



UFES

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

WELINGTON SERRA LAZARINI

**O LUGAR DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
VITÓRIA-ES: HISTÓRIA, DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

**VITÓRIA
2013**

WELINGTON SERRA LAZARINI

O LUGAR DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES: HISTÓRIA, DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração de Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Francis Sodré

VITÓRIA
2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

L431l Lazarini, Welington Serra, 1984-
O lugar da educação em saúde no município de Vitória-ES :
história, desafios e possibilidades / Welington Serra Lazarini. – 2013.
136 p.

Orientador: Francis Sodré.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal
do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Educação sanitária. 2. Política de saúde. 3. Sistema Único de
Saúde (Brasil). I. Sodré, Francis. II. Universidade Federal do Espírito
Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

WELINGTON SERRA LAZARINI

O LUGAR DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES: HISTÓRIA, DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração de Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Francis Sodré (orientadora)

Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima (membro interno)

Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a. Dr^a. Maria Fátima de Sousa (membro externo)

Universidade de Brasília

Prof^a. Dr^a. Maristela Dalbello Araújo (suplente interno)

Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Ramos (suplente externo)

Universidade Federal do Espírito Santo

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, artista do universo, por nos conceder o dom da vida. Agradeço pelo livre arbítrio e a possibilidade de fazermos nossas próprias escolhas, inclusive as políticas.

Aos meus pais, Sebastião e Conceição, que nunca mediram esforços para que eu alcançasse meus objetivos.

À Jose, Aguinaldo e Bernardo pelas longas conversas, preocupações, sorrisos e alegrias que nos acompanharam ao longo deste caminho.

Ao Antônio Carlos, Arlene e Alex pelo apoio, carinho e dedicação que sempre destinaram a mim e pela acolhida em sua família.

À Professora Francis, minha querida orientadora, que conduziu meus passos por entre as trilhas da academia. Agradeço pelo cuidado que sempre teve comigo, pela amizade e pelo vigor no qual empreende as lutas a favor da universidade e do SUS.

À Professora Maristela, pelas valiosas contribuições na construção deste trabalho e por me fazer perceber o mundo de maneira menos inocente.

Aos professores da banca, pela solicitude na qual aceitaram contribuir com suas reflexões acerca deste trabalho.

Aos professores e funcionários do PPGSC, pela atenção, respeito e dedicação no qual desenvolvem suas atividades e orientam os alunos.

Aos colegas da turma de mestrado, pelo companheirismo, força e amizade tão essenciais ao longo do curso.

Ao GEMTES, pela oportunidade de compartilhar ideias, projetos e reflexões em grupo. Agradeço por sua resistência, persistência e ousadia, e por acreditar que outro SUS é possível.

Aos nobres colegas da Unidade de Saúde de Consolação, que batalham todos os dias para oferecerem um serviço de saúde digno a população, mesmo com todas as dificuldades. Agradeço especialmente as mulheres guerreiras da Equipe 5 e meus colegas enfermeiros, por contribuírem na minha formação profissional e por compreenderem os momentos de ausência.

A tantos amigos e amigas, que sempre estiveram por perto, prontos a dividir as alegrias e tristezas que compõem a ciranda da vida. Em especial, agradeço aos meus grandes amigos Denis e Thiago, que se colocaram a serviço e colaboraram com este projeto antes mesmo do ingresso no mestrado em Saúde Coletiva.

Por fim, agradeço de maneira especial à Alana, minha namorada, amiga e companheira. Sua dedicação e carinho ao longo da jornada fez com que a estrada se fizesse menos árida. Suas provocações certamente foram um enorme aprendizado. Obrigado por dividir tantos sonhos e planos comigo. Obrigado por acreditar em mim e ajudar a tornar este trabalho mais belo.

*“É que a gente junto vai
Reacender estrelas vai
Replantar nosso sonho
Em cada coração
Enquanto não chegar o dia
Enquanto persiste a agonia
A gente ensaia o baião “*

(Zé Vicente)

RESUMO

A Educação em Saúde (ES) articula-se com a diversidade de práticas desenvolvidas nos serviços. É elemento estratégico na busca pela consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto Política Pública. Entretanto, historicamente caracterizou-se pelo emprego de ações normativas e verticalizadas, orientada pelo modelo biomédico. Esta pesquisa analisou as diretrizes políticas orientadas para a ES, produzidas em duas gestões do município de Vitória-ES, lideradas pelo Partido dos Trabalhadores. Buscou-se a relação entre a ES e quatro dispositivos que estão sobre influência da gestão administrativa local: a organização administrativa e hierárquica da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), o financiamento das ações educativas, a política de formação dos trabalhadores da saúde e o debate acerca das práticas educativas no conselho municipal de saúde. Trata-se de uma pesquisa documental realizada a partir do levantamento dos documentos oficiais produzidos pela gestão, entre 2005 a 2012, a partir do conceito foucaultiano de biopoder. Os dados sinalizam uma falta de articulação entre as áreas técnicas da Atenção Básica. Em geral, as ações são fragmentadas, verticalizadas e não há uma construção conjunta com os trabalhadores. Há falta de clareza em relação àquilo que a SEMUS entende por ES. Apenas alguns programas possuem repasse direto de verbas. Evidenciou-se uma centralização dos processos formativos na gerência de formação. A política de Educação Permanente adotada evidenciou determinados interesses da gestão administrativa. Considerou-se o distanciamento entre a formação dos trabalhadores e a utilização dos conhecimentos no cotidiano. Os resultados mostraram ainda que, embora a SEMUS tenha orientado sua política com base na Participação Social, sua ação restringiu-se ao Conselho Municipal de Saúde. O tema ES foi pontual nas reuniões do conselho, mas sua frequência foi mantida no período. Ficou caracterizada a concepção de ES como vigilância. Faz-se necessário, portanto, rever a postura política municipal, de modo a orientar a construção de projetos em uma perspectiva dialógica. É preciso ampliar o debate acerca dos pressupostos da Educação Popular, de modo a promover um sistema mais equânime, participativo e em sintonia com as necessidades da população.

Descritores: Educação em Saúde, Políticas de Saúde, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The Health Education (HS) is linked to the diversity of practice in services. It is a strategic element in the quest for consolidation of the Unified Health System (SUS) as Public Policy. However, historically characterized by the use of verticalized and regulatory actions, guided by the biomedical model. This research analyzes the policy guidelines aimed at HS, produced two terms in the city of Vitória-ES, led by the Workers' Party. Sought the relation between HS and four devices that are under the influence of local administrative management: administrative and hierarchical organization of the Municipal Health (SEMUS), funding of educational, policy training of health workers and debate about educational practices in the municipal health council. This is a documentary research conducted from the survey of official documents produced by the administration, from 2005 to 2012, from the Foucaultian concept of biopower. The data indicate a lack of coordination between the technical areas of primary care. In general, the actions are fragmented, vertical and there is a joint construction with workers. There is a lack of clarity over what the SEMUS meant by HS. Only a few programs have direct transfer of funds. It was evident centralization of formative processes in management training. Education policy adopted permanent interests showed certain administrative operations. It was considered the gap between employee training and use of knowledge in everyday life. The results also showed that although SEMUS has directed its policy based on social participation, its action was restricted to the City Council Health HS. The theme was timely in board meetings, but their frequency was maintained during the period. It was characterized as the design of HS surveillance. It is therefore necessary to review the municipal policy stance in order to guide the construction of projects in a dialogical perspective. You need to broaden the debate about the assumptions of popular education in order to promote a more equitable, participatory and in tune with the needs of the population.

Keywords: Health Education, Health Policy, National Health System

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

CLT – Consolidação das Leis de Trabalho

DAGEP - Departamento de Apoio à Gestão Participativa

DEGES - Departamento de Gestão da Educação

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

ETSUS - Escola Técnica e Formação em Saúde

GEMTES – Grupo de Estudos em Trabalho e Saúde

GERUS – Gerenciamento das Unidades Básicas do SUS

GFDS - Gerência de Formação e Desenvolvimento em Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MOPS - Movimento Popular de Saúde

MS – Ministério da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

ONU - Organização das Nações Unidas

PAB FIXO - Piso da Atenção Básica Fixo

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAN – Partido Aliança Nacional

PARTICIPA SUS - Política Nacional de Gestão Participativa

PC do B – Partido Comunista do Brasil

PDT – Partido Democrático Trabalhista

PHS – Partido Humanista da Solidariedade

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PSB – Partido Socialista Brasileiro

PSE - Programa Saúde na Escola

PSF - Programa Saúde da Família PT – Partido dos Trabalhadores

PV – Partido Verde

SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
OBJETIVOS.....	18
1.1 OBJETIVO GERAL.....	19
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
PERCURSO METODOLÓGICO.....	20
2.1 METODOLOGIA.....	21
2.2 CENÁRIO DE ESTUDO	21
2.4 QUESTÕES ÉTICAS.....	26
ARTIGOS.....	27
3.1 PRIMEIRO ARTIGO - A EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SUAS CONCEPÇÕES NO SÉCULO XX: UMA ANÁLISE BIOPOLÍTICA	28
3.2 SEGUNDO ARTIGO - EDUCAÇÃO EM SAÚDE: DESAFIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA.....	51
3.3 TERCEIRO ARTIGO - O LUGAR DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA POLÍTICA DE FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES	74
3.4 QUARTO ARTIGO - DESAFIOS E PERSPECTIVAS SOBRE O DEBATE DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA-ES.....	97
CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS.....	124
Anexo	135

INTRODUÇÃO

A Educação em Saúde articula-se de modo intrínseco, com a diversidade de práticas desenvolvidas cotidianamente no Sistema Único de Saúde (SUS), adquirindo fundamental importância na busca pela melhoria da saúde da população. Por se tratar de uma prática transversal, favorece a articulação entre os vários níveis de gestão do sistema. Contribui tanto para a construção compartilhada das Políticas de Saúde, como para as ações que ocorrem na relação entre os trabalhadores dos serviços e os usuários do sistema (BRASIL, 2007).

Dessa maneira, quando a Educação em Saúde se faz instrumento na busca pela promoção da cidadania, torna-se estratégica no processo de consolidação do SUS enquanto política pública. Através da perspectiva da Participação Social, entende-se que a prática educativa se insere entre sujeitos sociais, no intuito de possibilitar a integralidade de saberes, práticas, vivências e espaços de cuidado. Assim, almeja-se que ela esteja presente não apenas em momentos pontuais produzidos no interior dos serviços, mas que aconteça nos movimentos sociais, na mobilização em defesa do SUS, nos processos de Educação Permanente para o controle social, entre outros (BRASIL, 2007).

Todavia, percebe-se ainda a manutenção de práticas educativas ancoradas em concepções, objetivos e metodologias que não estão comprometidos com a produção da saúde em seu sentido amplo. Essa realidade contribui com a fragilidade e o descrédito dado a Educação em Saúde, em parte pelo descaso no qual os serviços do SUS lidam com o tema (VASCONCELOS, 1999; ALVES, 2005; BRASIL, 2007; BRASIL, 2008).

Ao reconhecer a necessidade de repolitização da sociedade brasileira e dos trabalhadores sobre o direito a saúde, tem-se na Educação em Saúde um espaço privilegiado para o debate e ampliação da cidadania. Para tanto, torna-se necessário o desenvolvimento de ações educativas em uma perspectiva dialógica, participativa e criativa, que compreenda as dimensões do indivíduo, dos grupos e das comunidades em sua integralidade (BRASIL, 2008).

Face ao exposto, a realização deste estudo possui origem na aproximação do pesquisador com diferentes práticas educativas, vivenciadas ainda no decorrer da graduação em enfermagem. Posteriormente, sua inserção como enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Vitória há cinco anos,

possibilitou perceber os desafios e as potencialidades existentes no trabalho educativo com diferentes grupos, especialmente os adolescentes. Cabe ressaltar ainda, sua experiência com a Educação Popular através da participação na Pastoral da Juventude, organização juvenil ligada às Comunidades Eclesiais de Base da Igreja Católica (CEB's). A participação nesse movimento possibilitou vivenciar a importância do diálogo e da reflexão crítica no processo de formação integral dos jovens, a partir da realidade deles.

A partir dessa aproximação pessoal, acadêmica e profissional com as práticas educativas, o interesse pela temática da Educação em Saúde foi se manifestando além da prática. Através da participação em debates no Grupo de Estudos em Trabalho e Saúde (GEMTES), seminários, encontros, congressos ou mesmo em conversas informais, as reflexões sobre as possibilidades e os desafios contidos na realização das práticas educativas ganharam amplitude.

O foco da pesquisa residiu no interesse em analisar as diretrizes políticas orientadas para a Educação em Saúde, produzidas por duas gestões de centro-esquerda. A coligação formada em ambos os governos foi liderada pelo Partido dos Trabalhadores (PT), cuja origem está na organização dos trabalhadores do movimento sindical, na articulação de intelectuais de esquerda e de católicos ligados à Teologia da Libertação. Historicamente, o PT foi considerado o principal canal partidário na construção de um modelo de participação chamado campo democrático e popular (MORONI, 2010). Dessa forma, destaca-se como um dos pressupostos do partido a participação popular e apoio aos movimentos sociais.

Desse modo, este estudo nasce da inquietação acerca de uma questão central: qual o lugar ocupado pela Educação em Saúde na gestão dos serviços de saúde do município de Vitória-ES, entre 2005 e 2012, em dois governos sucessivos de centro-esquerda, liderado pelo PT?

Assim, importou a esta pesquisa analisar a interface entre a Educação em Saúde e quatro dispositivos que estão sobre influência direta da gestão administrativa municipal, a saber: a organização administrativa e hierárquica da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), o financiamento das ações educativas, a política de formação dos trabalhadores da saúde e o debate acerca das práticas educativas no conselho municipal de saúde.

Uma vez inserida na máquina político-administrativa do governo, a Educação em Saúde torna-se um estratégico dispositivo no jogo de forças entre o Estado e a população. Nesse sentido, os trabalhos de Michel Foucault acerca do biopoder tornam-se referência para este estudo. Seus conceitos sobre biopolítica e disciplina são de grande valia no processamento, compreensão, concepções e opiniões, no que tange a análise das Políticas Públicas.

A perspectiva do poder para Foucault é desenvolvida a partir de uma concepção não-jurídica, ou seja, concebe um poder diferente da lei ou do direito cedido previamente, sobre o qual um regime de soberania se justifica e se constitui. Desse modo, há um deslocamento em relação às teorias jurídico-políticas tradicionais, que atribuíam à centralidade do poder ao Estado.

Para Foucault, o poder está fundamentado nas relações. Funciona como uma rede que perpassa todo o tecido social. Logo, o poder não pode ser entendido como propriedade, ou seja, um objeto que pertença exclusivamente a algo ou alguém. Além disso, o poder não assume a característica intrínseca de ser repressivo. De modo contrário, é preciso perceber sua dimensão ideológica que o faz ser aceito socialmente, ou seja, a formação de individualidades e os rituais de verdade.

Com a formação da sociedade moderna, o poder assumiu a tarefa de gerir a vida, isto é, tornou-se capaz de fazer viver e deixar morrer. Esse novo momento da história ocorre com a emergência do biopoder, caracterizado pelo uso de tecnologias políticas que “se dirigem ao corpo, à vida, ao que faz proliferar, ao que reforça a espécie, seu vigor, sua capacidade de dominar, ou sua aptidão para ser utilizada” (FOUCAULT, 1985, p. 138).

Na dinâmica do biopoder, a tecnologia das disciplinas se dirige a individualidade dos corpos, a fim de mantê-los separados, alinhados, colocados em série e sob vigilância, tornando-se alvo de técnicas produtoras de sua força útil e de sua docilidade. Foram exercidas de forma dispersa, uma vez que suas técnicas foram aplicadas por instituições como família, escola, exército, fábrica, hospital, asilo, prisão, sem um grande aparelho político que as coordenasse (FOUCAULT, 1987).

De modo contrário, a estratégia biopolítica atua em um processo massificante, que reduz o indivíduo a uma parte insignificante, imerso em um conjunto homogêneo,

facilmente manipulado (Revel, 2006). Sua técnica ocorre através de um conjunto de intervenções e regulações, sempre investidas sobre o corpo social, “por intermédio de leis, mas também das mudanças de atitude, de maneira de fazer e de viver que podem ser obtidas pelas ‘campanhas’” (FOUCAULT, 2008a, p. 493).

A biopolítica explicita que o “nível de pertinência para a ação de um governo não é a totalidade efetiva e ponto por ponto dos súditos, é a população com seus fenômenos e seus processos próprios.” (FOUCAULT, 2008a, p. 86). Logo, áreas como a epidemiologia, a economia, as ciências humanas, a planificação familiar, o controle de imigração, os programas de saúde pública e as políticas sociais são caracterizados como estratégias biopolíticas (FASSIN, 2006), de modo a serem aplicáveis tanto por meio da lei e de normas, quanto por técnicas diversas.

Assim, ao passo em que a tecnologia das disciplinas e da biopolítica foram empregadas, organizou-se a sociedade de normalização. Sua ascensão foi fundamental para o fortalecimento do capitalismo, uma vez que dispunha de corpos produzidos individualmente e assegurava a gestão da população. É justamente esta articulação entre norma disciplinar e norma regulamentadora, a característica marcante desta sociedade. A norma está posta entre ambos os lados, podendo “tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar” (FOUCAULT, 1999, p. 302).

Portanto, como afirma Foucault (1979), o biopoder foi necessário ao desenvolvimento do capitalismo, já que se configurou em uma estratégia eficaz de controle dos corpos individuais e do ajustamento a população diante das flutuações da economia. Para além do controle do corpo e da população, ainda exerceu papel fundamental na extração de forças e aptidões dos indivíduos através de técnicas sanitárias anátomo e biopolíticas. Para que estes dispositivos pudessem de fato controlar e potencializar, foi necessário um conhecimento minucioso da vida e seus mecanismos.

Todo esse conhecimento disponível ao desenvolvimento do biopoder configurou-se no arcabouço da norma sanitária, responsável pela imposição do normal e o anormal em saúde, caracterizando o lugar do sistema jurídico da lei, referido fundamentalmente à morte.

A análise de Foucault acerca do biopoder oferece elementos importantes para a compreensão dos discursos e práticas relativas à Educação em Saúde. Enquanto dispositivo da política pública de saúde, as ações educativas também se tornam mecanismos responsáveis por gerir a vida. Logo, a maneira na qual são operacionalizadas traduzem interesses específicos, que são direcionados tanto aos indivíduos, quanto à totalidade da população.

Assim, as práticas educativas desenvolvidas nos serviços podem ser utilizadas como instrumento de imposição da norma e/ou determinados interesses do Estado. Todavia, as ações também possuem potencial para alavancar importantes movimentos de resistência, que ocorrem cotidianamente em favor da afirmação do SUS.

Com isso, a interseção das ideias de Educação em Saúde, Biopoder e Biopolítica podem apresentar uma nova forma de se pensar os paradigmas das práticas educativas. Essas contribuições trazidas por Foucault para o campo das Políticas Públicas serão utilizadas como aporte teórico no presente trabalho. Calcado nesses valores deseja-se contribuir para os avanços da política de saúde no país.

CAPÍTULO 1

OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as diretrizes políticas orientadas para a Educação em Saúde, produzidas pela gestão administrativa do município de Vitória-ES, entre 2005 e 2012.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Compreender a organização administrativa e financeira da SEMUS e sua implicação nas práticas educativas realizadas nas Unidades de Saúde da Família (USF's);

Analisar a política de formação dos trabalhadores adotada pela SEMUS e sua relação com ações de Educação em Saúde propostas nas USF's;

Verificar se o tema Educação em Saúde está posto na agenda do Conselho Municipal de Saúde de Vitória-ES e quais as principais concepções que caracterizam essas ações.

CAPÍTULO 2

PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 METODOLOGIA

Lakatos e Marconi (2007, p.45) apontam como finalidade da atividade científica “a obtenção de verdade através da comprovação de hipóteses, que, por sua vez, são pontes entre a observação da realidade e a teoria científica que explica a realidade”. Não se pode considerar esta *verdade* como algo estanque, mas que se caracteriza por ser relativa e pontual, ou seja, permanentemente passível de mudança. As próprias autoras também destacam que o conhecimento científico é considerado analítico na medida em que, entre outros fatores, pondera sobre problemas parciais. Desse modo, apresentam soluções também parciais e restritas à finalidade de análise.

Em se tratando da Educação em Saúde, suas bases de produção de conhecimento tem sido estruturadas através de metodologias qualitativas. Albuquerque e Stotz (2004) afirmam que os grandes debates que embasam as práticas em saúde, em suas mais diversas formas operacionalização, são frutos de análises qualitativas.

Desse modo, o percurso que se propõe neste estudo, consiste em um método de avaliação qualitativa do problema previamente apresentado. Segundo Minayo (2006), tal método

se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

2.2 CENÁRIO DE ESTUDO

Este estudo teve como cenário a secretaria de saúde da cidade de Vitória, capital do estado do Espírito Santo, localizada na Região Sudeste do país. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o IBGE (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2011) possui uma população de aproximadamente 297.500 pessoas.

Atualmente, a SEMUS organiza sua operacionalização dividindo a cidade em 06 Regiões de Saúde, na qual estão inseridas 28 Unidades de Saúde. Além disso, a rede de saúde conta ainda com 10 Centros de Referências, 02 Pronto Atendimentos, 01 Laboratório Central Municipal, Serviço de Vigilância Sanitária e Orientação ao Exercício (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010).

Com relação ao quadro de servidores a SEMUS conta com um total de 3.428 trabalhadores, de modo que 2.611 são efetivos. Os outros 817 são formados por trabalhadores contratados em regime de CLT - Consolidação das Leis de Trabalho - e profissionais temporários (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010b).

O recorte temporal deste estudo compreende o período entre 2005 a 2012, no qual o município de Vitória foi conduzido por duas gestões consecutivas de governos com ordenação de centro-esquerda. O primeiro governo (2005-2008) foi conduzido pela coligação “Movimento Vitória de todas as Cores”, formada pelos partidos PT/PSB/PDT/PC do B/PHS/PAN/PV. Já o segundo (2009-2012) temos a coligação “Todos Por Vitória”, formado pelo PT/PMDB.

Parte-se do princípio que a orientação destas duas gestões, historicamente, se incline mais às lutas relativas à participação, diálogo e garantia do direito a saúde. Essa postura se distingue das formas liberais de governo, caracterizadas por fragilizarem o Estado de sua função de proteção social, ou seja, tende a descomprometer-se com questões como a cidadania e as necessidades em saúde da população. Nesse sentido, considerou-se o período favorável à discussão sobre as diretrizes políticas que orientaram e sustentaram as práticas educativas no município.

2.3 TAREFAS, TÉCNICAS E INSTRUMENTAL ANALÍTICO

A estruturação do presente trabalho se deu na modalidade de artigos. Acompanhando esse formato estão a revisão bibliográfica e a apresentação dos

resultados. A proposta foi organizar, destacar e facilitar a exposição acerca dos dados obtidos durante a execução da pesquisa.

Primeiramente, foi realizado um resgate histórico das concepções que caracterizaram a Educação em Saúde no país ao longo do século XX, através de uma consulta à artigos na base de dados *Scielo* e em livros. Tal reflexão, a luz do referencial teórico de Foucault, culminou com a construção do primeiro artigo presente nos resultados dessa pesquisa. Optou-se por apresentar a revisão bibliográfica após a descrição da metodologia, com o intuito de aproximá-la dos resultados da pesquisa.

No tocante aos objetivos específicos, a técnica empregada para a coleta de dados nos três artigos subsequentes foi à pesquisa documental. Tal escolha reside no fato que ela “permite identificar informações factuais nos documentos a partir de questões ou hipóteses de interesse” (LÜDKE, ANDRÉ, 1986, p.38). Além disso, torna-se possível fazer inferências sobre questões específicas acerca de determinados problemas de pesquisa.

Por documentos, compreendem-se os materiais escritos, cujo uso dado pode ter influência sobre um ou mais comportamentos humanos, interferindo-o, ou mesmo exercendo controle sobre este. Podem ser, portanto, leis, normas e memorandos, pareceres, entre outros (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Nesse sentido, o segundo artigo discute sobre a organização administrativa da SEMUS e a alocação dos recursos financeiros disponíveis para o desenvolvimento das atividades. Para tal, uma minuciosa investigação foi realizada nos Planos Municipais de Saúde 2006-2009 e 2010-2013, nos Relatórios de Gestão dos anos de 2006, 2007, 2008, 2009, na Programação Anual de Saúde SEMUS 2010 e 2011; Planilhas Trimestrais de Prestação de Contas 2005-2012, Portarias e Leis Municipais, e os Protocolos de Saúde da Criança e Saúde Bucal, produzidos entre 2005 e 2012.

Durante o processo de pré-análise, os referidos documentos foram lidos e a exploração do material ocorreu através da busca dos termos evocadores, a saber: Educação em Saúde, ação educativa e prática educativa.

Com relação ao terceiro artigo, importou a este analisar a política de formação dos trabalhadores adotada pela SEMUS e sua relação com as práticas educativas realizadas nas USF's. Desse modo, os documentos analisados foram os Planos Municipais de Saúde 2006-2009 e 2010-2013; nos Relatórios de Gestão dos anos de 2006, 2007, 2008, 2009; nas Planilhas de Cursos e Eventos da SEMUS entre 2008 e 2012 e nas Portarias e Leis Municipais.

Em se tratando de pré-análise, a exploração do material ocorreu após a leitura dos documentos, através da busca dos seguintes termos evocadores: formação e capacitação.

Por fim, o quarto e último artigo analisou a relação entre a Educação em Saúde e a Política de Participação e Controle Social em Saúde promovida na cidade de Vitória-ES, no período compreendido entre 2005 e 2012. O foco da pesquisa dirigiu-se a frequência na qual as práticas educativas são discutidas nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, sua forma de apresentação e as principais concepções que caracterizam a práxis dessas ações.

Assim, além de realizar a coleta de dados nos Planos Municipais de Saúde 2006-2009 e 2010-2013, nos Relatórios de Gestão dos anos de 2006, 2007, 2008, 2009, também foram investigadas 139 atas produzidas pelo Conselho Municipal de Saúde, referentes a 91 reuniões ordinárias e 48 oriundas de reuniões extraordinárias entre 2005 e 2012.

As atas produzidas pelo conselho de saúde são documentos produzidos a cada reunião, na qual estão registradas as falas dos conselheiros acerca dos pontos de pauta e dos informes. Logo, são consideradas fontes passíveis de investigação, pois expressa as concepções dos membros sobre as práticas educativas em saúde, objeto de interesse desse estudo. Para exploração deste material, utilizou-se a busca do termo evocador “educ”¹.

Todos estes documentos são compreendidos como relevantes para a Educação em Saúde produzida na cidade de Vitória, já que foram elaborados pela própria SEMUS

¹ Este termo refere-se ao sufixo educ e encontra-se escrito em linguagem digital. Uma vez que os documentos pesquisados se encontram disponibilizados em formato digitalizado, esta busca foi feita pelo campo “localizar” presente na barra de ferramentas de todo arquivo em formato PDF ou WORD.

e discorrem sobre seus planos e metas, bem como suas realizações e dificuldades. Foram investigados por intermédio de uma seleção não-aleatória. Apresentou-se como critério o fato de serem documentos produzidos pela instituição e serem de domínio público. Neles, estão impressos a visão da instituição sobre a organização de seus deveres, seus planos e agenda, além da organização do processo de trabalho.

A partir das ocorrências do termo evocador, os trechos foram selecionados e categorizados conforme as descrições e/ou apontamentos que continham sobre cada objetivo referido. A lógica utilizada pressupõe que serão evocadas a maioria das ocorrências que versem sobre o processo de trabalho em saúde e/ou liguem-no a ideias e concepções que possibilitem o esclarecimento acerca do lugar ocupado pela Educação em Saúde na política produzida pela gestão pública municipal. A fim de não desconsiderar materiais importantes presentes em trechos dos textos apresentados, todos os trechos foram relidos.

A fim de identificar os temas, as relações e as contradições pertinentes ao entendimento das práticas de Educação em Saúde, a presente pesquisa procedeu à análise qualitativa dos dados. Desse modo, como estratégia metodológica foi utilizada a Análise de Conteúdo, definida por Bardin (2011, p.42) como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Este método permite encontrar significados profundos presentes no campo das comunicações, subjacentes à superfície da mensagem emitida (OLIVEIRA, 2008), ou ainda, “produzir inferências de um texto para seu contexto social de maneira objetivada” (BAUER, 2002, p.191).

Assim, a construção das categorias respeitou as diretrizes metodológicas da Análise de Conteúdo Temático, uma vez que este é o método de análise garante melhor aproveitamento dos dados e é geralmente utilizado para pesquisas documentais (LÜDKE; ANDRÉ, 1986; BARDIN, 2011).

2.4 QUESTÕES ÉTICAS

A pesquisa considerou os princípios éticos, adequando-se à resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, bem como a toda normatização vigente sobre ética em pesquisa aplicável ao desenho de estudo apresentado. Nesse sentido, a presente pesquisa foi aprovada com nº 315/11 (Anexo) pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo e pela Coordenação de Pesquisas da Prefeitura de Vitória, pertencente à SEMUS.

CAPÍTULO 3

ARTIGOS

3.1 PRIMEIRO ARTIGO - A EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SUAS CONCEPÇÕES NO SÉCULO XX: UMA ANÁLISE BIOPOLÍTICA

RESUMO

Este artigo objetiva refletir as concepções da Educação em Saúde (ES) no Brasil durante o século XX a partir do conceito de foucaultiano de biopolítica. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada a partir de levantamentos documentais e bibliográficos. Utilizou-se a base de dados Scielo com as categorias de busca "Educação em Saúde" e "biopolítica", além de livros e documentos ministeriais. As ações de ES são caracterizadas em quatro momentos distintos: Primeiramente, durante a República Velha, orientou-se pela verticalização das ações e pelo uso do poder disciplinar. O período varguista destacou-se pela ampliação das políticas sociais. O terceiro momento se refere a Ditadura Militar, onde as ações de ES se tornaram uma obrigação no âmbito escolar. Após a abertura política ao Estado democrático, surge a chamada Educação Popular em Saúde (EPS). Após a VIII Conferência Nacional de Saúde, garante-se a saúde como direito na Constituição em 88, levando a criação do Sistema Único de Saúde, cujo período seguinte caracteriza o quarto momento da ES no país. A ES foi preconizada como atribuição dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Todavia, coexistem nos serviços iniciativas orientadas por um processo dialógico e por discursos higienistas. Embora pareça consolidada nos serviços a concepção dialógica da ES, em seu caráter biopolítico, ainda figura como importante estratégia de normalização do Estado.

Descritores: Educação em Saúde; Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

Ao longo do século XX, a assistência à saúde no Brasil foi marcada por acirrados debates, lutas, resistências, avanços e retrocessos, cujo cerne encontra-se no jogo de forças políticas e econômicas que tentavam, sobretudo, defender as elites e perpetuar seu *status quo*.

No decorrer desse período, as práticas de saúde produzidas no cotidiano também foram submetidas às pressões do Estado. Esse movimento não aconteceu de maneira uniforme, mas atendendo aos anseios do Estado em cada período. Não obstante, o contraponto às ações impositivas estatais aconteceram nos diferentes modos de resistência que decorreram da organização social da população.

Inerente a estas práticas, a Educação em Saúde emerge como importante estratégia de Estado ao refletir suas intenções e reais preocupações em relação à saúde da população. Conforme Schall e Struchiner (1999) a Educação em Saúde constitui-se em um campo multifacetado, influenciado por concepções oriundas das áreas da educação e da saúde, que trazem consigo diferentes posturas políticas e modos de ver o homem e a sociedade.

Para este trabalho, compreende-se a Educação em Saúde como um conjunto de saberes e práticas diversas, que se estabelece no encontro entre os trabalhadores da saúde e a população. Esse encontro pode se dar no interior dos serviços ou na comunidade, de maneira formal ou não, com o propósito de interagir com os indivíduos a respeito do seu processo saúde-doença-cuidado.

Objetiva-se analisar as concepções de Educação em Saúde no Brasil durante o século XX, dividido em quatro momentos históricos, a saber: a) República Velha, b) Período Getulista, c) Período ditatorial e, d) após a efetivação do Sistema Único de Saúde.

Por se tratar de um dispositivo da política pública, utilizamos o conceito de biopolítica formulado por Michel Foucault, como referencial na análise das concepções sobre Educação em Saúde. Segundo definição do autor, “[...] deveríamos falar de ‘biopolítica’ para designar o que faz com que a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos, e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana” (FOUCAULT, 1988, p. 134).

Nesse sentido, o texto discorre sobre a apropriação das práticas de Educação em Saúde como importante estratégia biopolítica de Estado, de modo a controlar e modificar os processos relativos à vida da população, conforme interesses políticos e econômicos em cada período histórico.

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA REPÚBLICA VELHA

Em um país que acabara de dar a alforria a seus escravos e que ainda era fortemente marcado pela herança colonial, a Proclamação da República no Brasil em 1889 dá origem a um novo momento na história conhecido como República

Velha. Esse período se estendeu até 1930, ocasião do movimento armado cujo desfecho levaria Getúlio Vargas ao poder.

Durante a República Velha, praticamente nenhum sentimento de nacionalidade era percebido na população. Este contexto se tornou decisivo para a saúde ocupar um lugar significativo na conformação de uma ideologia de pertencimento à “nação brasileira”. Foram as primeiras ações de saúde que unificaram as ações e o discurso do governo diante da população. Abria-se aí uma nova concepção, capaz de superar a imagem negativa que habitava o país, referente à inferioridade climática e racial da população brasileira (LIMA, et al., 2006).

Nesse período, início do século XX, surge nos Estados Unidos da América a concepção de Educação em Saúde como uma estratégia de prevenção das doenças. Atrelada aos interesses econômicos e financeiros das elites, vislumbrava como diretrizes três pressupostos básicos. Primeiramente, partia-se do princípio que os problemas de saúde deveriam ser prevenidos pelo esforço individual e pela adesão a hábitos corretos de vida. Em segundo lugar, a falta de informação seria um elemento central para o surgimento dos problemas de saúde da população. E por fim, a educação devia ser pensada como a simples transmissão de conteúdos neutros e descontextualizados, contemplando apenas instrumentos médicos, sem abordar outros elementos como as condições de vida da população, por exemplo (ALVES, AERTS, 2011).

Então, neste mesmo período, ocorre no Brasil as primeiras iniciativas caracterizadas como ações educativas de saúde. Foi uma tentativa imperiosa de centrar esforços no controle das epidemias de varíola, peste e febre amarela que assolavam os grandes centros urbanos e impactavam diretamente os interesses do modelo agroexportador. Essa ameaça às exportações gerou, conseqüentemente, preocupação a aristocracia (VASCONCELOS, 2004).

A arquitetura dessas primeiras práticas de Educação em Saúde era extremamente simplória, já que as autoridades consideravam a população, que era recém liberta da escravidão, pouco instruída para compreender atividades e falas mais complexas (VASCONCELOS, 2004). Além disso, deveriam ser submissos ao saber dos técnicos que impunham suas normas tidas como científicas na época. Buscava-se assim, muito mais uma alternativa de sanear os espaços urbanos e manter a saúde

das elites, do que propriamente cuidar dos atores populares (VASCONCELOS, 1998).

Tal discurso visivelmente ancorou-se na ideologia campanhista, situada em meio à efervescência das repercussões sociais das políticas de defesa da renda do setor exportador cafeeiro. De inspiração bélica, essa estratégia de combate às epidemias seguia a lógica dos serviços de saúde dos exércitos coloniais, ao concentrar o poder decisório nas mãos dos tecnocratas e adotar um modelo médico fortemente repressivo sobre os corpos individuais e sociais (SILVA, et al., 2010).

Desse modo, a Educação em Saúde nasceu revestida por uma roupagem moralizante, acrítica e descontextualizada, que influenciaria seu modo de ser e sua inserção nos serviços durante todo o século XX. Sua característica culpabilizadora, relegava ao indivíduo toda a responsabilidade pelos seus problemas de saúde, e sua pedagogia voltava-se para a transmissão do conhecimento e a domesticação da população, de maneira a seguir as regras impostas pelos trabalhadores da saúde e a favor dos interesses das elites (ALVES, AERTS, 2011). Incide sobre os indivíduos, isto é, volta-se para o controle dos seus corpos, impondo a ditadura da norma.

A normalização disciplinar consiste em primeiro colocar um modelo, um modelo ótimo que é construído em função de certo resultado, e a operação de normalização disciplinar consiste em procurar tomar as pessoas, os gestos, os atos, conformes a esse modelo, sendo normal precisamente quem é capaz de se conformar a essa norma e o anormal quem não é capaz (FOUCAULT, 2008, p. 75).

Logo, essa estratégia biopolítica possui extrema capilaridade, atingindo um nível minucioso de detalhe sobre o corpo quando levada a seu extremo, de modo a ir além da anatomopolítica do corpo humano que caracteriza o poder disciplinar (FOUCAULT, 2005).

Esse modelo médico norte-americano, amplamente reproduzido no Brasil, foi ditado pela *Rockefeller Foundation*, base da estrutura capitalista e que financiaria a *Johns Hopkins University*, no início do século XX. Foi justamente neste espaço que se originou um modelo de ensino da medicina centrado no paradigma biológico, hospitalocêntrico, detentor da “verdade científica”, de ideologia positivista (DA ROS, 2000).

Dessa universidade nasceria o chamado “Relatório Flexner”, que em linhas gerais propunha que não fossem financiadas faculdades de medicina que contemplassem em suas grades de ensino outros modelos e formas de entender o processo saúde-doença. Logo, nem as Ciências Sociais, a Saúde Pública e tampouco a dimensão psicológica estariam contempladas nesse modo de ver o processo saúde-doença (DA ROS, 2000).

Somente em 1918 é que essa Universidade consideraria a Saúde Pública como especialização médica. Foi então que professores da Faculdade de Medicina de São Paulo trouxeram a proposta de criar a Faculdade de Saúde Pública no Brasil, o que só foi possível com a ajuda financeira da *Rockefeller Foundation*. Assim, construiu-se o Instituto de Higiene, cujas diretrizes estavam de acordo com o modo de pensar o processo saúde-doença norte-americano, que por sua vez influenciaria por décadas o modo de pensar a Saúde Pública no país (CANDEIAS, 1988).

Ligada a isso, a revolução bacteriológica europeia, a partir de Pasteur, serviu de inspiração para o que se convencionou chamar de Movimento Sanitarista (HOCHMAN, 1998). Esse paradigma atribuía a difusão das doenças aos microorganismos e fomentava um programa de ação que procurava evitar o contato dos indivíduos com os “causadores” de cada doença. Para isso utilizava-se como arma a vacina, ou então o combate ao vetor, garantindo ao movimento um papel de regulação da vida privada e pública através da norma (HOCHMAN, 1998).

Assim, associou-se a ideia de Polícia Sanitária no Brasil (SILVA, et al, 2010), atrelada a um discurso higienista e notoriamente marcada por desconsiderar as relações entre doença e condições de vida. Destacava-se ainda a imposição de normas e o estabelecimento de medidas de saneamento consideradas científicas. Cabe salientar que essa ideia de Polícia Sanitária foi fortemente influenciada pelo modo de atuação da Polícia Médica alemã (FOUCAULT, 1979).

Dessa forma, as questões de saúde eram ainda concebidas sob um prisma de responsabilidade estritamente individual. Caberia ao indivíduo à atribuição de garantir sua saúde através do “bom comportamento”, e às Políticas Públicas de Saúde seriam responsáveis pelo controle das doenças epidêmicas, do espaço urbano e do padrão de higiene das classes populares (SMEKE, OLIVEIRA, 2001).

Esse pensamento estava intimamente atrelado à égide da Teoria Malthusiana, no qual as classes pobres são perigosas, uma vez que oferecem problemas para a organização das cidades, além de serem responsáveis pelo fantasma da disseminação e contágio de doenças. Por outro lado, servia como parâmetro redutor do poder de revolta e a periculosidade que era associada à pobreza na época.

É interessante perceber, como Foucault (1979) já salientava em seus estudos, que não somente na Inglaterra do século XVIII, mas em vários lugares do mundo e em outros momentos históricos, a resistência provém da população quando sobre esta se impõe uma medicina que se organiza sobre a forma de controle. Isto é, o poder expresso por intermédio da norma sanitária faz suscitar diferentes formas de organização, em resposta aos abusos e excessos cometidos pelo Estado “em nome da saúde”.

Na concepção de Costa (1986) a organização da Saúde Pública no Brasil foi também uma resposta das elites economicamente dominantes a inúmeras ameaças que iam à contramão do desenvolvimento de novas relações econômicas no país. Essas ameaças terminariam por fomentar as ideias de organização sanitária que motivariam a resistência popular frente às ações de Saúde Pública.

O cenário forjado pelo crescimento econômico produzido pela atividade cafeeira e o processo de industrialização, foi determinante para fazer surgir neste período uma nova concepção de serviços de saúde, que foi denominada “Saúde Pública”. Junto a esta concepção, surge uma nova prática de educação voltada para a saúde, denominada Educação Sanitária consoante ao modelo estruturado nos Estados Unidos (SILVA, et al., 2010).

Havia certo esvaziamento da teoria unicausal da medicina, já que sua explicação para as doenças, baseada apenas nos agentes microscópicos, tornara-se insuficiente para responder muitos fenômenos de morbidade e mortalidade populacional postos naquele momento. Entretanto, o movimento sanitarista da época continuava a ser fundamentalmente um movimento de elite, com uma pequena vista de olhos para a população, diante de um país que contava, em 1920, com 70% de analfabetos (LIMA, et al., 2006).

A revisão da literatura e os documentos da época sinalizam no sentido de afirmar que as campanhas sanitárias tornaram visíveis à insensibilidade do Estado frente às

manifestações da população sobre sua atuação no campo da saúde, ao privilegiar o modelo sanitarista até a chegada legislação na década de vinte. A proposta do Estado liberal republicano foi pífia frente as necessidade da população e se limitou a responder àquilo que era postulado por uma elite da época.

Todavia, mais uma vez a nova proposta para o campo da saúde é concebida com graves equívocos, uma vez que o peso conferido aos fatores ambientais fora demasiadamente pequenos, em relação ao espaço que os agentes etiológicos ainda ocupavam na agenda. Não se pensava em ações que pudessem intervir nas condições de vida e de trabalho nas quais as populações estavam submetidas. O modo de ver o mundo sob as lentes do mecanicismo e do positivismo foi imponente, de modo que o contexto se aproximava muito mais da unicausalidade, sendo esta avessa a contribuição de outros modos de pensar o processo saúde-doença, e foi assim que os alicerces para a estruturação dos serviços de saúde se fundaram, a partir de 30, início da Era Vargas (SILVA, et al., 2010).

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PERÍODO GETULISTA

O primeiro governo Vargas ficou reconhecido na história como um marco na elaboração de políticas sociais no Brasil. Tal movimento político engendrou o arcabouço material e jurídico que daria as bases para a construção do sistema de proteção social que norteou a seguridade até um passado recente. Todo este percurso ocorreu em meio a um panorama de instabilidade e disputas políticas, dando a tônica no imediato pós-30 e, conseqüentemente, refletindo expressivamente nas propostas feitas para o campo da saúde (SILVA, et al., 2010).

Nesse período, os esforços do Estado na saúde da população se dirigem para a construção de um sistema previdenciário cujo alvo seria aquelas categorias de trabalhadores que estivessem vinculados formalmente, os ditos “de carteira assinada”. Nesta nova compreensão de organização das ações em saúde, as atividades de caráter coletivo são esvaziadas. Seu lugar é tomado pela assistência médica individual, que expande suas atividades devido vultosos incentivos do Estado. Conseqüentemente, houve o crescimento das redes públicas estaduais e municipais, empenhadas sobremaneira com os programas especiais como o

materno-infantil, saúde mental e pronto-socorro, cujo enfoque vislumbrava a imensa massa populacional que estava posta a margem do incipiente sistema de previdência (VASCONCELOS, 1998).

Compreendia-se que a população era um elemento fundamental na dinâmica de poder do Estado. Diante da necessidade de se mover a economia, há uma urgência perene em investir no indivíduo para que o mesmo permaneça apto ao trabalho. Daí então que o governo Vargas ficou marcado na história, como aquele que se centrou sobre a formação do Brasil inserido em um mercado produtivo, investindo no brasileiro que fosse caracteristicamente um “trabalhador”. Garantir a concorrência entre a mão de obra possível é assegurar a manutenção da produção e com baixos salários (Foucault, 2008a). A parcela não produtiva da sociedade recebia o mínimo necessário à sobrevivência, como objetiva os programas e as políticas sociais.

As ações educativas em saúde, por sua vez, ficavam restritas a programas e serviços destinados a esta mesma população marginalizada, fora das classes elitizadas e fora do perfil produtivo com vínculo empregatício formal na época. Manteve o enfoque das atividades no combate às doenças infecciosas e parasitárias (VASCONCELOS, 1998). O autor denuncia ainda, que as práticas educativas no Brasil assumem a cruel característica de serem implementadas como forma de substituir e justificar a não organização de serviços de saúde bem estruturados, ou seja, mais uma vez a Educação em Saúde configura-se como estratégia de dominação por parte do Estado ao ditar regras e normas aos indivíduos segundo os seus interesses (VASCONCELOS, 1998). Em determinados casos específicos, porém, essas mesmas ações educativas adquiriram contornos diferenciados e se expandiram consoantes determinados interesses.

Nos idos de 1940, estabelece-se uma parceria entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos, cujo produto resultaria na estruturação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Este serviço que notoriamente abriu as portas e alavancou o desenvolvimento das instituições de saúde no país, sobretudo no que tange as suas importantes contribuições no campo do planejamento em saúde (SILVA, et al., 2010; MEHRY, 1997).

No campo das técnicas educacionais da área da saúde, lograram-se importantes avanços do ponto de vista da inovação metodológica. São introduzidas novas práticas como educação em grupos, utilização de recursos audiovisuais e a

organização e desenvolvimento das comunidades. Nesse contexto, ocorreu a possibilidade de germinar a ideia da participação e mobilização dos indivíduos nas ações de saúde, proposta esta que iria de encontro aos pressupostos centralizadores do pensamento vigente que norteava as ações de saúde no país (SILVA, et al., 2010).

Esse movimento de despertar os indivíduos para a participação comunitária iniciada pelo SESP traria reflexos ainda na reforma do currículo da Faculdade de Higiene e Saúde Pública. Trazia para o debate e para a formação dos alunos a inclusão de temas ligados à agenda social, econômica e cultural, configurando novos contornos ao processo saúde-doença dentro dos currículos de Educação Sanitária (CANDEIAS, 1988; SILVA, et al., 2010). Entretanto, esse processo trouxe outros desdobramentos inserindo a Educação em Saúde no ambiente escolar, onde fora introduzida a educação sanitária, ainda sob a égide do pensamento eugenista, que vislumbrava a adoção de normas e regulações, a fim de transmitir às crianças todo um sistema de hábitos higiênicos.

Segundo aponta Foucault (1999), assim como outras instituições, a escola ocupa lugar central na engenharia disciplinar, contribuindo decisivamente com o processo de docilização e adestramento dos corpos na infância. Ou seja, desde muito cedo as técnicas disciplinares atuam sobre os indivíduos, aplicando sobre eles a norma, um modelo “correto” a ser seguido e de se comportar. Os resultados de tal estratégia seriam tão relevantes, que o próprio Estado adotaria a mesma tática em outros momentos da história.

Logo após a Segunda Guerra Mundial, em uma tentativa de mobilizar as populações marginalizadas do mundo inteiro contra a sua própria miséria, a Organização das Nações Unidas (ONU) incita o desenvolvimento comunitário. Então, a ideia da Participação Popular possui a proposta de mobilizar a população e assim chegar aos territórios mais pauperizados. Isto é, alcançar aquelas áreas onde um grande contingente populacional encontrava-se sem assistência.

Notoriamente desenhada e caracterizada pelos países desenvolvidos, utiliza o próprio desenvolvimento comunitário como instrumento de intervenção social, ditando comportamentos e planejando modos de viver, gerando, nesse aspecto, mudanças culturais importantes.

Ao trazer o debate para a área da saúde, nota-se que a participação popular teve reflexos inicialmente nos serviços básicos. Nessa instância contribuiu para sua extensão de cobertura, embora não houvesse garantia de qualidade e resolubilidade dos serviços prestados a população. Sendo assim se ressalta que as ações propostas carecessem ainda de importantes modificações em suas estruturas. Houve neste período um intenso incentivo ao trabalho voluntário, ou seja, o emprego de mão de obra gratuita, de modo a expandir o número de programas comunitários que foram empregados em várias frentes de trabalho, como até mesmo para a construção de Postos de Saúde e mutirões de Saneamento Básico (ROSA, 1994).

É neste contexto que o país assiste o nascer de um novo paradigma na Educação em Saúde, que se denominou “Educação para a Saúde” (SILVA, et al., 2010). Segundo essa mesma autora, a mudança de nomenclatura pouco diferenciou da concepção de Educação Sanitária, uma vez que ambas compreendem o homem como alguém em potencial a ser educado. Sua ação se baseia na transmissão vertical do conhecimento, negando a história e a compreensão de mundo do indivíduo, ou seja, sem permitir a partilha de informações.

Assim, houve a captura do termo “Participação” pelo Estado, com a finalidade de manipular, sobretudo a população pobre, cuja força de trabalho foi explorada. Todavia, cabe salientar que a ampliação, ao menos física, dos serviços de saúde contribuiu para o aumento do acesso, principalmente no que tange aos desafios geográficos. No entanto, essa facilidade ainda estava distante de um atendimento que proporcionasse dignidade aos indivíduos, tampouco que reduzisse o fosso cultural, social e econômico para aquelas pessoas das quais ele servia de referência (VASCONCELOS, 1999).

É justamente essa lógica econômica, orientada pelo acúmulo do capital, que tolhe sutilmente as liberdades individuais.

O liberalismo se insere num mecanismo em que terá, a cada instante, de arbitrar a liberdade e a segurança dos indivíduos em torno da noção de perigo. No fundo, se de um lado o liberalismo é uma arte de governar que manipula fundamentalmente os interesses, ele não pode - e é esse o reverso da medalha -, ele não pode manipular os interesses sem ser ao mesmo tempo gestor dos perigos e dos mecanismos de segurança/liberdade, do jogo segurança/liberdade que deve garantir que os indivíduos ou a coletividade fiquem o menos possível expostos aos perigos (FOUCAULT, 2008a, p.90).

Desse modo, o pensamento da saúde nas décadas de 50 e 60 orientou-se por uma lógica modernizante cujo intuito seria transpor os obstáculos psicossociais e culturais que ainda “atrapalhavam” a introjeção de novas aquisições tecnológicas utilizadas para o enfrentamento e controle das doenças e, assim, manter o controle societal (VASCONCELOS, 1998).

Seria justamente no final desse período que o debate sobre o papel do Estado Nacional na implantação de um efetivo Sistema de Saúde estaria em franco aquecimento. Retrato disso foi a III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, na qual se propôs a municipalização da assistência à saúde no Brasil.

Porém, no ano seguinte, a reação das forças sociais conservadoras levaria ao golpe militar no país, impondo aos brasileiros o fardo pesado de um regime autoritário na administração pública, impactando todos os setores da sociedade - como é o caso da saúde. Era necessário que a participação comunitária se reinventasse e adquirisse outras estratégias de resistência frente ao cenário do autoritarismo que havia se configurado.

DO AUTORITARISMO MILITAR A REDEMOCRATIZAÇÃO: REINVENÇÕES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O pós-64 despontaria com o retorno a tendência centralizadora, dentro dos moldes militares, contrária às iniciativas de abertura política e social que se configuravam nos anos anteriores. No que tange as ações educativas, estas também receberiam o jugo do autoritarismo militar. Segundo SMEKE e OLIVEIRA (2001),

durante o período do Regime Militar, com o fechamento das instituições, o aprofundamento das relações sociais capitalistas de produção promovidos pelos militares, a diminuição de gastos com as políticas sociais, e a expansão dos serviços médicos privados, que acentuam a mercantilização da doença, encontram-se espaços institucionais limitados para a Educação em Saúde desenvolver suas atividades, como é o caso do planejamento familiar. Nesse período, Educação em Saúde é igual a controle e o sujeito é despossuído da terra (êxodo rural), de valores tradicionais (hiperurbanização/favelização) e de bens, mas revalorizado pela ótica do consumo.

A partir de 1967, as atividades educativas direcionadas a saúde passaram a se chamar “Educação em Saúde”. Outra questão assinalada diz respeito a composição da equipe de trabalho; se outrora havia a centralização na figura dos educadores, agora as equipes de trabalho seriam formadas por profissionais das diversas áreas de conhecimento (SILVA, et al., 2010). A Educação em Saúde se tornaria ainda uma obrigação nas escolas de ensino fundamental e médio no Brasil, cujo enfoque se daria na prática da saúde básica e da higiene nos alunos (MOHR, SCHALL, 1992)

Em relação à atenção peculiar dispensada às crianças e à família, Foucault (1979, p.199) afirma que:

Ao problema "das crianças" (quer dizer de seu número no nascimento e da relação natalidade – mortalidade) se acrescenta o da "infância" (isto é, da sobrevivência até a idade adulta, das condições físicas e econômicas desta sobrevivência, dos investimentos necessários e suficientes para que o período de desenvolvimento se torne útil, em suma, da organização desta "fase" que é entendida como específica e finalizada). Não se trata, apenas, de produzir um melhor número de crianças, mas de gerir convenientemente esta época da vida.

Tais alterações calcavam seu modo de atuação no indivíduo, no que se refere aos seus cuidados individuais. Os desdobramentos seguintes resultariam na construção desordenada de hospitais, laboratórios e serviços privados, além de faculdades de medicina e odontologia, tudo isso custeado com dinheiro público. Para além de se conjecturar em um bem público, a saúde tornou-se um bem de consumo bastante lucrativo, saltando aos olhos dos proprietários do capital (SOARES, MOTTA, 1997).

O efeito deletério dessa política coercitiva e centralizadora da saúde foi despertando um sentimento de insatisfação na população brasileira. Desde o início da década de 70, já eram constantes as situações de crise e conflitos nas filas dos ambulatórios. Mesmo com o embate produzido pelas forças sociais em disputa, as atividades de Educação em Saúde pautaram-se de modo semelhante às concepções anteriores, responsabilizando os indivíduos pela sua própria saúde, tratando de “conscientizar” a população quanto à aquisição de hábitos que afastassem a doença, de modo a alcançar a saúde (SMEKE, OLIVEIRA, 2001).

Em meio aos abusos advindos do controle dos indivíduos e das estratégias biopolíticas descritas até aqui, cabe caracterizar o fenômeno que emana do campo das resistências, posto que as relações de poder não se findam no imediatismo, mas se dão em uma relação direta com as lutas que engendra. Logo,

Não há relação de poder sem resistência, sem escapatória ou fuga, sem inversão eventual; toda relação de poder implica, então, pelos menos de modo virtual, uma estratégia de luta, sem que para tanto venham a se superpor, a perder sua especificidade e finalmente a se confundir (FOUCAULT, 1995, p.248).

Diversas iniciativas ousavam integrar o saber científico com o popular. O método educacional sistematizado por Paulo Freire, calcado sobre uma metodologia dialógica, sistematiza encontros possíveis, relações educadoras entre profissionais e usuários, no qual os sujeitos interlocutores possam realmente compreender a produção de significados (FREIRE, 1992). A luta empenhada pelo movimento democrático foi decisiva para a abertura política no país, o que animou a construção de um novo caminho para a Educação em Saúde no Brasil, o caminho da Educação Popular em Saúde.

Esse novo modo de conceber as ações educativas incorporou nos serviços de saúde uma cultura de diálogo com a comunidade, sobretudo com as classes populares, o que iria à contramão da tradição autoritária e normativa pela qual acontecia a Educação em Saúde no país até a década de setenta. Para a Educação Popular, é do encontro entre o saber técnico e científico com a sabedoria popular, de modo livre, sem censura ou amarras, calcada na participação livre dos indivíduos e respeitando suas possibilidades de escolha, que definitivamente seriam concebidas estratégias que fossem a favor da vida, cujo respeito à dignidade humana seria, de fato, respeitado (VASCONCELOS, 1999; PEDROSA, 2001).

Seria justamente este cenário de repressão, resistência, debate e articulação entre diversos setores da sociedade, que se engendraria o Movimento Sanitário no Brasil. Munido pelas pesquisas e estudos realizados, mas, sobretudo, movido pelos efeitos nocivos oriundos do modelo econômico adotado no país, que refletia diretamente na saúde da população, bem como em todos os outros setores da sociedade. Tal movimento vislumbrava a urgência de uma Reforma Sanitária no país, por intermédio de um processo político que lograsse conquistas sociais, almejando melhorias na saúde da população e a construção de um novo sistema de saúde no país (SOARES, MOTTA, 1997).

Originalmente, o Movimento Sanitário no Brasil começou a ser articulado por um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor saúde. Majoritariamente, estas lideranças estavam ligadas ao Partido Comunista Brasileiro

(PCB), que desempenhou importante papel na luta contra o regime militar (SOARES, MOTTA, 1997).

Em meio à tensão imposta pelo regime autoritário, o Movimento Sanitário ia se configurando como uma força política. Fazia-se necessário, então, espalhar esse novo modo de pensar a outros brasileiros. Dessa necessidade nasceria o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) (SCOREL, et al, 2005).

Outra importante via na busca pela transformação do setor saúde no Brasil seria conduzido pelo Movimento Popular de Saúde (MOPS), fruto da organização de bairros pobres, situados nas periferias dos grandes centros urbanos, sobretudo da Região Sudeste (VASCONCELOS, 1999; VASCONCELOS, 2001; SOARES, MOTTA, 1997). Embora seu início ocorra na década de setenta, destaca-se por sua ampliação e modo de atuação na década de 80. Sua pauta apresenta um salto significativo ao sair de uma simples reivindicação econômica a uma contundente crítica a qualidade dos serviços (VASCONCELOS, 2001). A origem dos atores que compunham o movimento era vasta, podendo encontrar desde estudantes, sanitaristas e integrantes de partidos políticos, a até, militantes católicos, religiosos e populações carentes (SOARES, MOTTA, 1997).

Após a VIII Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação popular, debateu-se os princípios que orientariam a Reforma Sanitária, sintetizados na forma de universalidade, equidade, participação popular, descentralização e integralidade das ações de saúde (SCOREL, BLOCH, 2005). Em seu relatório final, figurou a ampliação do conceito de saúde, trazendo como prerrogativa o fato desta ser um direito de todos e dever do Estado. A concepção do desenvolvimento de um país em sua construção histórica estaria intimamente atrelada ao fato de sua população poder gozar integralmente de sua saúde (SCOREL, BLOCH, 2005; SILVA, et al., 2010).

Nesse momento, a Educação em Saúde passa a ser considerada como estratégia básica da promoção da saúde, desvinculando-se da doença e da prescrição normativa. O arcabouço teórico e político contido na Carta de Ottawa traz a primazia do caráter participativo para definir a Educação em Saúde (BRASIL, 2008).

Evidenciam-se dois espaços por onde a Educação em Saúde passa a ser considerada como estratégia: a primeira refere-se aos movimentos sociais, ou seja, iniciativas da própria comunidade, associações, igrejas, entre outros. Por sua vez, a segunda diz respeito às organizações governamentais, instrumento do poder público utilizado para responder as necessidades da população que demandava abertura democrática ao final dos anos 80 (BRASIL, 2008).

O NOVO NÃO ALCANÇADO E O ANTIGO NÃO SUPERADO: A EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM TEMPOS DE SUS

Após a inserção da saúde como direito postulado na Carta Magna brasileira, fazia-se então necessário materializá-la, por intermédio da construção de um novo sistema de saúde que respeitasse os preceitos constitucionais. Nesse sentido, o país assistiria no despertar da década de noventa, um palco fértil de lutas que buscariam legitimar e expandir o SUS.

Ao se deixar influenciar por esta nova tendência, a Educação em Saúde despontava como importante estratégia de mudança na sociedade. Contribuiu para fermentar as lutas sociais, não apenas para defender questões relativas às condições estritas de saúde, mas também para proporcionar a garantia de um debate amplo acerca do respeito à conquista da cidadania. Desse modo contribuía para observar todos os fatores que impactavam diretamente na vida dos indivíduos como, entre outros, moradia, cultura, lazer, trabalho e educação (PEDROSA, 2001).

Para além de um desenvolvimento pedagógico, as ações de Educação em Saúde devem despertar os indivíduos para a reflexão crítica, comprometida com a transformação da sociedade (ALVES, AERTS, 2011). Com estes pressupostos, ela adquire relação estreita com a Participação Popular.

Entrando em cena com o papel de ser um dos protagonistas do SUS e legalmente embasada pela Lei nº 8.142, de 1990 (BRASIL, 2007), a Participação Popular abre caminhos para que múltiplos atores possam ser responsáveis por influenciar na construção, bem como participar da fiscalização e avaliação das Políticas Públicas para o setor saúde.

Atores ligados a movimentos sociais, serviços de saúde, universidades, entre outros, se organizaram para formar a Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, forjada naquele que seria o I Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde, no ano de 1991, na cidade de São Paulo (VASCONCELOS, 1999).

Era de extrema importância que a Atenção Básica adquirisse novos contornos no seu modo de atuação. O modelo de atenção clássico assumido no Brasil, caracterizado pelo tecnicismo centrado no indivíduo e o hospital como lugar de referência para a prestação de cuidados de saúde, já não correspondia mais aos anseios da população. Desse modo, o Programa Saúde da Família (PSF) entra em cena em 1994, como aposta do Ministério da Saúde (MS) como modelo de Atenção à Saúde, de modo a reorientar a Atenção Básica no Brasil.

A amplitude de tal proposta era tão grande que, ainda que tenha nascido com *status* de “programa”, o PSF assumiria na prática o posto de estratégia ministerial. Por intermédio de um detalhado diagnóstico da situação de saúde local, a então Estratégia de Saúde da Família propõe uma participação ativa da comunidade frente às diversas demandas que influenciam cotidianamente a qualidade de vida da população. Essas características que particularizam a ESF exigem um modelo de Educação em Saúde afinado e comprometido com os princípios do SUS (ALVES, 2005; CARVALHO, PEDROSA, 2010).

No que se refere a prevenção, torna-se dever de todos os profissionais da ESF desenvolverem no cotidiano de suas ações, práticas educativas que vislumbre o aprimoramento do auto-cuidado dos indivíduos. Assim, é oportuno destacar que a Educação em Saúde não exige um lugar próprio para que ela ocorra. De modo contrário, seu desenvolvimento pode e deve ocorrer em todos os espaços, conforme orienta a Carta de Ottawa, documento que contém um resgate da dimensão da Educação em Saúde, no qual o diálogo e a troca de experiências ocorram de modo confortável e acessível para os profissionais e indivíduos, independente de funcionar em *locus* institucional (ALVES, 2005; Brasil, 1997, p.15).

Apenas com o advento da Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, a Educação em Saúde foi definida como procedimento de atenção e cuidado, se inserindo, assim, na tabela de pagamentos de procedimentos do SUS (BRASIL, 2009).

Em relação à Educação Popular em Saúde, a aproximação feita no início dos anos 1990 e que originou a chamada Articulação Nacional de Educação Popular, persistiu ao longo de toda essa década. Em 1998, passa a se chamar de Rede de Educação Popular e Saúde, materializando-se em um espaço de grande importância para a troca de experiências e propostas para a melhoria do trabalho em saúde.

Atualmente, em muitas instituições públicas, vários profissionais de saúde insistem em incorporar aos seus processos de trabalho práticas de Educação em Saúde orientadas por um processo dialógico e em construção com a comunidade. Entretanto, esses profissionais esbarram na lógica ainda hegemônica do funcionamento dos serviços, que insiste em cultuar a clínica e o saber do médico, além de mover-se por interesses políticos e econômicos dominantes (VASCONCELOS, 2004; VASCONCELOS, 1999).

É necessário, evidentemente, não apenas levar em conta a mudança voluntária das leis, se as leis são desfavoráveis a população, mas principalmente, se se quiser favorecer a população ou conseguir que a população esteja numa relação justa com os recursos e as possibilidades de um Estado, e necessário agir sobre toda uma série de fatores, de elementos que estão aparentemente longe da própria população, do seu comportamento imediato, longe da sua fecundidade, da sua vontade de reprodução. (FOUCAULT, 2008, p.94).

Desse modo, observa-se após a criação do SUS a coexistência de práticas de Educação em Saúde embasadas em concepções distintas. A primeira seria chamada de um “Modelo Tradicional”, pois guarda as características hegemônicas focalizadas no indivíduo, de cunho biológico e que prima pela adoção de hábitos considerados saudáveis, segundo os preceitos dos técnicos. A segunda refere-se ao modelo dialógico, que emerge do encontro entre os sujeitos, sejam eles trabalhadores da saúde ou não, com a perspectiva de promover o debate através da reflexão crítica-cidadã, de modo a permitir aos indivíduos a possibilidade de fazerem suas próprias escolhas (ALVES, 2005).

A essa contraposição de práticas, que almeja a qualquer preço garantir a governabilidade e prover a manutenção do poder, denominamos movimento biopolítico, que é a própria tradução do jogo de forças estabelecida entre o Estado. Por outro lado, existem os sujeitos, que se reinventam ao longo do tempo em suas formas de resistência.

A biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder [...] (FOUCAULT, 2002, p.292).

Conforme expresso no documento Síntese do Relatório da Oficina Nacional de Educação em Saúde nos Serviços do SUS (BRASIL, 2008, p. 23):

[...] a Educação em Saúde no âmbito dos serviços é essencial para a melhoria da saúde individual e coletiva. No entanto essas práticas nem sempre são conduzidas de forma satisfatória, pois as concepções, objetivos e metodologias não favorecem mudanças produtoras de mais saúde. A Educação em Saúde como procedimento de atenção e de cuidado foi instituída pela NOB/96 que a define enquanto componente da tabela de pagamentos de procedimentos do SUS. Entretanto ainda permanece a fragilidade destas práticas, em parte pelo descaso que as instituições do SUS vêm tratando o tema.

Desse modo, com o intuito de reorganizar as ações de Educação em Saúde no país, o MS cria no ano de 2003 o Departamento de Gestão da Educação (DEGES). Nesse departamento foi estruturada a coordenação de Educação Popular em Saúde com o propósito de incentivar os movimentos e práticas de Educação Popular em Saúde em todo o país. Em 2005, essa coordenação é transferida para a o Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP), integrado a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do MS (BRASIL, 2009; PEDROSA, 2006; PEDROSA, 2008). Ou seja, no momento em que se institui como responsabilidade do Estado, capturada dos movimentos sociais, a Educação em Saúde é alocada como recurso de gestão da saúde, estratégia de “administração do diálogo” feita pelo Estado com os serviços de saúde e movimentos sociais.

Assim, transcorridas mais de duas décadas da criação do SUS, grandes obstáculos ainda insistem em dificultar a sua consolidação. Sua lógica universal vai à contramão da tendência econômica global, que preza pelos cortes na área social, definidos no período de ápice do neoliberalismo na década de 90. Ou seja, quando a Educação em Saúde se tornou política pública prevista pela proteção social do Estado através da saúde pública, foi o mesmo momento de contenção dos direitos sociais e redução de investimentos financeiros com os mesmos. Daí que isto captura a Educação em Saúde como discurso e ferramenta do Estado, mas não fomenta a sua efetivação.

Por outro lado, embora algumas dificuldades práticas surjam no meio do caminho, os êxitos alcançados com o reconhecimento da saúde como direito e a possibilidade de Participação Social na política instituída, abrem um leque de possibilidades para que as diretrizes do SUS possam ser atingidas. Além disso, efetiva uma verdadeira abertura democrática na condução das Políticas Públicas, possibilitando outras formas de resistência (SILVA, et al., 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das práticas de Educação em Saúde em perspectiva histórica, possibilita a compreensão do complexo jogo de relações entre o Estado e a sociedade, que se estabelecem, neste caso, no campo da saúde.

Ao longo do século XX, a Educação em Saúde esteve intimamente relacionada às práticas desenvolvidas nos serviços de saúde. Para que se adequasse aos interesses específicos de cada época, foi utilizada pelo Estado para impor sua normalização. Essa apropriação utilitarista das ações conferiu às mesmas uma polissemia de concepções ao longo do tempo, de modo à ainda hoje influenciar a maneira pelo qual os trabalhadores de saúde desenvolvem suas atividades, bem como interferem no processo pedagógico que servirá como estratégia de comunicação entre estes e a população.

Dessas relações de poder também nascem importantes focos de resistência ao longo do tempo. Ao passo que denunciemos as ações verticalizadas e coercitivas, também apresentamos um modo jeito de pensar a Educação em Saúde, reconhecendo os indivíduos em sua dimensão subjetiva e atentos as suas necessidades em saúde.

Esse movimento de revisitar criticamente o passado se traduz em um importante exercício, para todos aqueles que se incomodam com a perpetuação das estratégias de controle, as quais ainda servem como orientação pedagógica onde também se constroem as práticas educativas do presente. Portanto, urge uma necessidade de radicalizar as práticas educativas em direção a uma concepção dialógica.

Somente fará sentido pensar em uma Educação em Saúde que respeite e garanta os preceitos constitucionais de garantia e promoção da cidadania, se ela de fato ocupar um lugar central entre os atores sociais. Este também se tornará um exercício de radicalização da democracia neste país, por meio de uma política baseada na produção de diálogo, vínculo e relações sociais.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. **Oficina Nacional de Educação em Saúde nos Serviços do SUS: Síntese do Relatório**. Brasília. Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

CANDEIAS, N. M. F. Evolução histórica da educação em saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1925 a 1967. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 4, Ago. 1988.

CARVALHO, P. M. G.; PEDROSA, J. I. S. Education in Health: practices the nurses who work for the Family Health Strategy: a descriptive study. Online **Brasilian Journal of Nursing**, v. 9, p. 49/1-49, 2010.

COSTA, N. **Lutas Urbanas e Controle Sanitário**: Origens das Políticas de Saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1986.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R. do; EDLER, F. C. **As origens da reforma sanitária e do SUS**. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; MANUEL SUÁREZ, J. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005. p. 59-81.

ESCOREL, S.; BLOCH, R. A. de. **As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS**. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; MANUEL SUÁREZ, J. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005. p.83-119.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do oprimido**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert Lederer; RABINOW, Paul. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-49.

_____. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France, ano 1975-1976. São Paulo: Martins Fontes, 2002. (Coleção tópicos).

_____. **O Nascimento da Biopolítica**: curso no Collège de France, ano 1977-1978. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. **Segurança, Território, População**: curso no Collège de France, ano 1977-1978. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

HOCHMAN, G. **A era do saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo, Hucitec/Anpocs, 1998.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. **A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica**. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; MANUEL SUÁREZ, J. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2006. p.27-58.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E, ONOCKO, R. organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

MOHR, A., SCHALL, V. T. Rumos da educação em saúde no Brasil e sua relação com a educação ambiental. **Cad. Saúde Pública** 1992; 8(2):199-203.

PEDROSA, J. I. S.. Notas sobre a educação popular e a política de educação permanente em saúde. **Saúde em Debate**, v. 30, p. 179-188, 2006.

_____. Educação Popular em Saúde e Gestão Participativa no SUS. **Revista de APS**, v. 11, p. 303-313, 2008.

_____. Educação Popular, Saúde, institucionalização: temas para debate. **Interface**. Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 137/8-138, 2001.

PEREIRA, G. S. **O profissional de saúde e a educação em saúde**: representações de uma prática. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz/MS, 1993.

ROSA, M. S. O. Saber e Participação Popular: diálogo e aprendizagem da cidadania em Saúde. **Revista Município Saúde**: 1994; 1(1):10-15.

SCHALL, V. T.; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública** [online]. 1999, vol.15, suppl.2 [cited 2012-07-17], pp. S4-S6.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SILVA, C. M. da C., et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Ago. 2010.

SOARES, N. R. F.; MOTTA, M. F. V. As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde. **Revista de Educação Pública**, v. 6, p. 215-228, 1997.

_____. Educação popular em tempos de democracia e pós-modernidade: uma visão a partir do setor saúde. In: COSTA, M.V. organizadora. **Educação popular hoje**. São Paulo: Edições Loyola, 1998.

_____. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

_____. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: VASCONCELOS, E. M., organizador. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec; 2001.

_____. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jun. 2004.

3.2 SEGUNDO ARTIGO - EDUCAÇÃO EM SAÚDE: DESAFIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA

RESUMO

Embora historicamente tenha se caracterizado pelo emprego de ações normativas e verticalizadas, a Educação em Saúde (ES) ocupa importante função no processo de trabalho das Unidades de Saúde da Família (USF's). Desse modo, este trabalho visa analisar como a Secretaria Municipal de Saúde do município de Vitória-ES orienta as atividades de educação em saúde, a partir da sua organização administrativa e do financiamento. Trata-se de uma pesquisa documental realizada a partir do levantamento dos documentos oficiais produzidos pela SEMUS, entre 2005 a 2012, analisados à luz do conceito foucaultiano de biopolítica. Os dados apontam para uma falta de articulação entre as diversas áreas técnicas da Atenção Básica, com proposição de ações fragmentadas, dirigidas a determinados grupos ou agravos específicos. Em geral as ações são verticalizadas e não há uma construção conjunta com os trabalhadores das USF's. Há falta de clareza em relação àquilo que a SEMUS entende por ES. Apenas alguns programas específicos possuem repasse direto de verbas. Os demais recursos são provenientes do PAB FIXO (Piso da Atenção Básica Fixo) sendo de responsabilidade do gestor municipal o critério da partilha das divisas. Conclui-se que a ES ainda se configura em estratégia biopolítica de Estado. Faz-se urgente rever a postura política municipal, de modo a orientar a construção de projetos em uma perspectiva dialógica, com base nas necessidades dos indivíduos.

Descritores: Educação em Saúde; Saúde da Família; Biopolítica; Política de Saúde.

INTRODUÇÃO

Ao longo do século XX, a Educação em Saúde notabilizou-se como importante área do conhecimento. Ao aproximar reflexões e propostas tanto da educação quanto da saúde e outras ciências, ousa reunir a diversidade de interpretações acerca dos diferentes modos de ser e estar no mundo. Logo, a postura política e filosófica, contida em cada concepção, evidencia seus interesses e os diferentes arranjos de poder que envolvem o homem e a sociedade (SCHALL, STRUCHINER, 1999).

A maneira de pensar e agir na Educação em Saúde esteve intimamente ligada aos interesses políticos e econômicos das elites no Século XX. Até a década de 70, as práticas educativas caracterizavam-se pela imposição de ações verticalizadas, normativas, acríticas, culpabilizadoras e com foco, sobretudo, nas doenças infecciosas e parasitárias (VASCONCELOS, 1999).

Todavia, a ditadura imposta pelo Governo Militar incitou diferentes formas de resistência na população. Parte dela originou a eclosão de práticas educativas, que seguiam em uma lógica contrária ao padrão historicamente estabelecido. Esse método, influenciado pela obra de Paulo Freire, seria a base da Educação Popular em Saúde, que ganhou força com o movimento que conduziria à Reforma Sanitária (VASCONCELOS, 1999).

Em 1986, a Carta de Ottawa, traria a proposta teórica e política que conferiu à Educação em Saúde uma dimensão desvinculada da doença, ao considerar a mesma uma das estratégias básicas para a promoção da saúde. Por definição, aponta para a realização de uma prática de caráter participativo, construtivista e transversal. (BRASIL, 2008).

Com o advento da Constituição Federal de 1988, após anos de resistência, organização e luta da população brasileira, o direito à saúde é legitimado. Novos desafios estavam postos. Entre eles, a necessidade de se criar um Sistema de Saúde que garantisse os preceitos constitucionais.

Desse modo, a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), calcada nos alicerces democráticos da Universalidade, Equidade e Integralidade, tem se configurado historicamente como a mais expressiva reforma da área social no Brasil. Fruto de uma construção social e política, que se expressa por intermédio de Políticas Públicas para o setor, bem como na produção diária dos serviços de saúde (ALVES, 2005).

Para viabilizar a materialização do SUS na lógica desses pressupostos, fez-se necessário a reorientação do modelo assistencial vigente no país. Marcado historicamente por práticas hegemônicas, que primavam pela dicotomia entre assistência e prevenção, esse antigo modelo não permitia a uma parcela significativa da população brasileira o acesso aos serviços de saúde. Podemos dizer

que atenção à saúde no Brasil não atendia as necessidades da população, tampouco se importando com a integralidade das ações (ALVES, 2005).

Partindo dessa necessidade, o Programa Saúde da Família (PSF) foi efetivado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994. O programa emerge como estratégia na busca pela mudança dos modos de pensar e fazer a saúde a partir da Atenção Básica (BRASIL, 1997). Seu trabalho vislumbra a lógica da Promoção da Saúde e sinaliza para a integralidade da assistência ao usuário, concebido como sujeito que se articula com a família, o domicílio e a comunidade na qual está inserido (BESEN et al., 2007; MATTOS, 2001).

Nesse novo contexto, Vasconcelos (2004) afirma que a Educação em Saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre ação dos trabalhadores da saúde e o pensar e fazer cotidiano da população. Ao se deixar influenciar pela nova orientação do sistema de saúde, a Educação em Saúde passa a ser apontada como uma importante estratégia de mudança na sociedade.

A Educação em Saúde contribuiu, não apenas para defender questões relativas às condições estritas de saúde, mas para fermentar as lutas sociais. Assim, colaborou para proporcionar a garantia de um debate amplo acerca do respeito à conquista da cidadania, de modo a observar todos os fatores que impactam diretamente na vida dos indivíduos como, entre outros, moradia, cultura, lazer, trabalho e educação (PEDROSA, 2001). Logo, para além de um desenvolvimento pedagógico, as ações educativas devem despertar os indivíduos para a reflexão crítica, comprometida com a transformação da sociedade (ALVES; AERTS, 2011).

Com estes pressupostos, a Educação em Saúde adquire relação estreita com a Participação Popular que entra em cena com o papel de ser um dos protagonistas do SUS. Legalmente embasada pela Lei nº 8.142, de 1990 (BRASIL, 2009), possibilita que múltiplos atores possam ser responsáveis por influenciar na construção, bem como participar da fiscalização e avaliação das Políticas Públicas para o setor saúde.

Neste artigo, a Educação em Saúde é entendida como um conjunto de saberes e práticas diversas, estabelecidas no encontro entre os trabalhadores da saúde e a população, sejam no âmbito individual ou coletivo. Esse encontro pode ocorrer tanto

no interior dos serviços quanto na comunidade, de maneira formal ou não. A proposta aponta para a adoção de um modelo pautado no diálogo, “que favorece o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos portadores de saberes sobre o processo saúde-doença-cuidado e de condições concretas de vida” (ALVES, 2005, p.50).

Todavia, embora a concepção de uma prática educativa calcada no diálogo e na construção de projetos de vida pareça presente, pouca ou nenhuma valorização tem sido dada a estas ações nos serviços de saúde (ALBUQUERQUE, STOTZ, 2004). Além disso, vários estudos têm apontado para a manutenção de práticas tradicionais, pautadas pela imposição, norma e culpabilização dos indivíduos (ALBUQUERQUE, STOTZ, 2004; ALVES, 2005; BESEN et al., 2007; SILVA, et al. 2010).

Esse panorama sinaliza para a existência de um contexto histórico no qual o Estado, ao passo que sustenta as ações educativas em cada tempo, impede ou dificulta a realização de uma prática comprometida com a promoção da cidadania. Portanto, o presente estudo discorre sobre a apropriação das práticas educativas pelo Estado, de modo a controlar e modificar os processos relativos à vida da população, conforme os interesses políticos e econômicos em cada período. O trabalho objetiva compreender a organização administrativa e financeira da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) e sua implicação nas práticas educativas realizadas nas Unidades de Saúde da Família.

PERCURSO METODOLÓGICO

O campo da Educação em Saúde tem fundado suas bases e conduzido seus passos por intermédio de metodologias qualitativas. Os grandes debates teóricos que embasam os mais diversos modos de se operacionalizar essas práticas são frutos de análises qualitativas (ALBUQUERQUE, STOTZ, 2004).

Segundo Minayo (2006), utiliza-se este método no estudo da história, das relações, das crenças, percepções e opiniões, ou seja, o resultado daquilo que os indivíduos interpretam a respeito do modo como vivem, sentem e pensam.

Este estudo teve como cenário a cidade de Vitória-ES, cuja organização compreende 06 Regiões de Saúde, onde estão inseridas 28 unidades de saúde. Nas USF's são ofertados variados serviços à população. Entre eles consultas médicas e de enfermagem, visitas domiciliares, atendimento psicológico, odontológico, fonoaudiológico e de serviço social, atividade física orientada, vacina, nebulização, curativo, coleta de exames laboratoriais, serviços de enfermagem, dispensação de medicamentos, marcação de consultas e exames especializados, ações de promoção da saúde e ações de Educação em Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010b).

A técnica empregada para a coleta de dados foi a pesquisa documental. Tal escolha reside na perspectiva de que ela “permite identificar informações factuais nos documentos a partir de questões ou hipóteses de interesse” (LÜDKE, ANDRÉ, 1986, p.38). Além disso, torna-se possível fazer inferências sobre questões específicas acerca de determinados problemas de pesquisa.

Assim, uma minuciosa investigação foi realizada nos Planos Municipais de Saúde 2006-2009 e 2010-2013, nos Relatórios de Gestão dos anos de 2006, 2007, 2008, 2009, na Programação Anual de Saúde SEMUS 2010 e 2011; Planilhas Trimestrais de Prestação de Contas 2005-2012, Portarias e Leis Municipais, e os Protocolos de Saúde da Criança e Saúde Bucal, produzidos entre 2005 e 2012.

Estes documentos são compreendidos como relevantes para a Educação em Saúde de Vitória, já que foram elaborados pela própria secretaria e discorrem sobre seus planos e metas, bem como suas realizações e dificuldades. Logo, são fontes passíveis de investigação acerca das concepções da SEMUS sobre as práticas educativas.

A escolha do período compreendido entre 2005 e 2012 justifica-se pelo interesse em compreender o lugar assumido pelas práticas de Educação em Saúde, em duas gestões consecutivas de governos de ordenação de centro-esquerda, que possuem como uma de suas prerrogativas a participação popular. O primeiro governo (2005-

2008) foi conduzido pela coligação Movimento Vitória de todas as Cores, formada pelos partidos PT/PSB/PDT/PC do B/PHS/PAN/PV. Já no segundo (2009-2012) temos a coligação Todos Por Vitória, formada pelo PT/PMDB.

Durante o processo de pré-análise, os referidos documentos foram lidos e a exploração do material ocorreu através da busca dos termos evocadores, a saber: Educação em Saúde, ação educativa e prática educativa. Na primeira etapa, estes trechos foram categorizados e computados. Com o propósito de identificar os temas e as relações que envolvem o entendimento das práticas de Educação em Saúde, a presente pesquisa procedeu à análise qualitativa dos dados. Desse modo, como estratégia metodológica será utilizada a Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011).

Este método permite encontrar significados profundos presentes no campo das comunicações, subjacentes à superfície da mensagem emitida (OLIVEIRA, 2008), ou ainda, “produzir inferências de um texto para seu contexto social de maneira objetivada” (BAUER, 2002, p.191).

As categorias foram constituídas observando as diretrizes metodológicas da Análise de Conteúdo Temático, já que este método de análise é geralmente utilizado nas pesquisas documentais (LÜDKE; ANDRÉ, 1986; BARDIN, 2011). Sua estruturação ocorreu a partir dos sentidos presentes nas frases ou parágrafos, no qual estavam inseridos os termos evocadores.

Em seus escritos, Foucault discorre sobre as técnicas utilizadas para a gestão da vida. Marca-se a existência do biopoder, que se constitui na articulação entre a tecnologia disciplinar, que é aplicada sobre os corpos dos indivíduos; e da biopolítica, dirigida à regulamentação da população, como poder de gestão e maximização da vida (FOUCAULT, 2002). Dessa forma, para os estudos das Políticas Públicas, neste caso àquela dirigidas à saúde, o alicerce teórico de Foucault torna-se um grande esteio.

Pensar na regulação da vida é pensar em biopolítica. “[...] Deveríamos falar de ‘biopolítica’ para designar o que faz com que a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos, e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana” (FOUCAULT, 1980, p. 134). Portanto, sob esta perspectiva crítica,

o artigo apresenta os desafios para a construção da Política de Educação em Saúde, relacionando com as análises de Foucault.

Em relação aos procedimentos éticos, a presente pesquisa foi aprovada com nº 315/11 em 29 de fevereiro de 2012 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo e pela Coordenação de Pesquisas da Prefeitura de Vitória e na Secretaria Municipal de Saúde.

ESTRATÉGIA DE GESTÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A PRODUÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA MUNICIPAL

Em ambos os governos, a opção por uma gestão participativa e democrática, diferente dos modelos liberais anteriores, é posta em evidência nos Planos Municipais de Saúde, formulados no primeiro ano de cada administração. Tais documentos caracterizam o sistema local de saúde e deixam explícitos os princípios orientadores das ações propostas pelo governo em relação ao setor para os quatro anos seguintes.

Desse modo,

A estratégia de gestão definida nesta administração é de um planejamento democrático e participativo, colegiado, sistemático e contínuo, integrado, baseado na intersetorialidade e na participação popular, partindo-se da democratização interna, no âmbito da Prefeitura e externa, da sociedade civil e movimentos organizados (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2005, p.7).

Além disso, sinaliza para o compromisso com a história de lutas engendradas no campo da saúde, que culminaram com a conquista do direito à saúde e com a criação do SUS.

Este Plano de Saúde está fundamentado nos compromissos da reforma sanitária e na consolidação do SUS no âmbito do Município de Vitória, com a garantia dos princípios constitucionais de que “saúde é direito de todos e dever do Estado”, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doenças e outros agravos e a busca da universalização e da equidade com redução das desigualdades em saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2005, p.10).

A adoção de tal estratégia mostra-se coerente com o processo que conduziu a construção da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (BRASIL, 2009). Esta política adverte para o compromisso ético e institucional em prol do resgate da Educação em Saúde como prática produtora de qualidade de vida. Manifesta-se em todos os atos de promoção, proteção, cuidado e recuperação da saúde, presente desde o cuidado básico ao mais complexo e contempla as dimensões do indivíduo, dos grupos e das comunidades (BRASIL, 2008).

Em se tratando da Educação em Saúde, essa postura inclina-se à adoção de uma relação dialógica com a comunidade, comprometida com a cidadania e empenhada com a construção de projetos de vida. Esta percepção das ações educativas difere radicalmente da concepção hegemônica, pautada pela verticalização e pela norma. Todavia, os documentos analisados apresentam algumas divergências entre a estratégia de gestão adotada e aquilo que é pautado no cotidiano.

É necessário, evidentemente, não apenas levar em conta a mudança voluntária das leis, se as leis são desfavoráveis a população, mas principalmente, se se quiser favorecer a população ou conseguir que a população esteja numa relação justa com os recursos e as possibilidades de um Estado, e necessário agir sobre toda uma série de fatores, de elementos que estão aparentemente longe da própria população, do seu comportamento imediato, longe da sua fecundidade, da sua vontade de reprodução. (FOUCAULT, 2008b, p.94).

Embora a análise dos documentos tenha evidenciado que os descritores estejam inseridos na maioria dos documentos consultados, não há uma Política de Educação em Saúde propriamente dita que oriente as ações no município de Vitória.

Segundo Albuquerque e Stotz (2004), a definição de uma política municipal de Educação em Saúde, sobretudo se pautada pelos valores da Educação Popular, seria de extrema importância, uma vez que orientaria a aquisição de uma nova prática nos serviços. Estas ações estariam embasadas na valorização do saber popular e do usuário, na participação e no diálogo.

No tocante aos Planos Municipais de Saúde, não há qualquer menção aos termos “Educação em Saúde” ou “ações educativas” no documento elaborado pela primeira gestão em 2005. De modo contrário, o Plano construído pelo governo seguinte em 2009, os descritores aparecem no texto 06 vezes.

Em relação aos relatórios de gestão, a análise foi feita sobre os documentos compreendidos entre 2005 a 2010. Em todos eles faz-se menção a realização de

atividades educativas. Cabe ressaltar que, embora as ações sejam direcionais para assuntos ou grupos específicos dentro do ciclo vital, a frequência com que os temas aparecem ocorre de maneira desigual. É o caso das ações educativas direcionadas à saúde escolar, que foi citada 05 vezes nos documentos. Em contrapartida, o tema relativo à formação profissional foi citado apenas 01 vez.

Há uma diminuição gradativa das referências às ações educativas no primeiro governo, entre 2005 e 2008. Nos dois primeiros relatórios da segunda gestão, observa-se também a mesma tendência de queda nas citações (TABELA 1).

TABELA 1 – FREQUENCIA DOS DESCRITORES NOS RELATÓRIOS DE GESTÃO DA SEMUS E SEUS RESPECTIVOS TEMAS.

ANO	NÚMERO DE CITAÇÕES	TEMAS RELATIVOS
2005	7	Saúde Escolar Saúde da Mulher Saúde da Criança DST/AIDS Produção de Materiais educativos Saúde Bucal Programa Bolsa Família
2006	4	Pré-Natal Saúde Escolar Saúde da Criança Bolsa Família
2007	3	Saúde da Criança Saúde da Mulher DST/AIDS
2008	1	Saúde do Adolescente
2009	4	Formação profissional Saúde do Adolescente Processo de Trabalho
2010	1	Saúde Escolar

Dentre as principais temáticas abordadas, destaca-se o predomínio das atividades de Educação em Saúde realizadas com as crianças, principalmente no interior do ambiente escolar, e com as mulheres, destacando-se as atividades relativas ao pré-natal. Ambos somam quase 50% das citações.

Cuidar das crianças, vigiando-as, garantindo sua ida à escola, mantendo-as asseadas e acompanhar cotidianamente seu desenvolvimento são responsabilidades impostas aos pais pelo governo, pela sociedade e pela organização familiar. Trata-se de disciplinarizar, docilizar e dessa forma orientar a formação da criança, desde muito cedo.

Não se trata, apenas, de produzir um melhor número de crianças, mas o de gerir convenientemente esta época da vida. [...] A família não deve ser mais apenas uma teia de relações que se inscreve em um estatuto social, em um sistema de parentesco, em um mecanismo de transmissão de bens. Deve-se tornar um meio físico denso, saturado, permanente, contínuo que envolva o corpo da criança. [...] organiza-se como o meio mais próximo da criança, tende a se tornar, para ela, um espaço imediato de sobrevivência e de evolução (FOUCAULT, 1979, p. 198-9).

No tocante ao cuidado dirigido à mulher, ressalta-se a característica de nossa sociedade que relega à mulher o cuidado com o lar e a família. Dessa forma ao garantir assistência e orientação à mulher desenvolve-se uma grande aliada doméstica para a efetivação dos cuidados.

Como nos aponta Foucault (1979), esse enfoque nas atividades educativas com as crianças e as mulheres deve ser interpretado como parte do processo de medicalização da infância e da família. Este mecanismo torna-se eficiente, na medida em que transforma as questões sociais, políticas, econômicas, subjetivas e culturais em problemáticas médicas. Assim, figuram como estratégia de regulação social extremamente eficazes e relevante para o Estado.

Mesmo havendo um consenso nos documentos sobre a importância de pensar a saúde de maneira ampliada, não há referências explícitas às práticas educativas como parte fundamental nesse processo. Não reconhecer a Educação em Saúde como instrumento na busca por melhores condições de saúde é relegá-la ao espaço secundário, de caráter marginal, de algo que ainda não se constitui em campo de atuação no SUS (ALBUQUERQUE, STOTZ, 2004).

IMPASSES DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

Em relação à organização administrativa da SEMUS, o organograma expresso nos relatórios de gestão demonstra uma estrutura tipicamente hierárquica (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010b). Figura no ápice dessa estrutura o secretário municipal de saúde, diretamente ligado ao Conselho Municipal de Saúde. Logo abaixo, após a assessoria técnica e a auditoria, encontram-se dois grandes pilares: a Subsecretaria de Atenção à Saúde e a Subsecretaria de Apoio Estratégico. Subordinadas às subsecretarias estão as gerências, que por sua vez são compostas por várias coordenações.

A “ponta” dos serviços se encontra diretamente subordinada a ambas as subsecretarias e toda a sua estrutura é verticalizada. É formada aqui pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), USF, Pronto-atendimentos, Centros de Referência e Laboratório Central Municipal.

Essa conformação hierárquica submete as práticas de saúde efetivadas pela ponta a um poder superior. Foucault em sua obra (1979). Na Alemanha, a organização administrativa era estruturada em um poder central especializado, encarregado por decodificar as informações transmitidas pelos médicos, acompanhar o esquadramento sanitário da população e observar os tratamentos dispensados.

Tal organização traz reflexos diretos para o cotidiano das práticas de saúde, pois contradiz a lógica de uma gestão pautada pelos valores do diálogo e da participação, tal qual se propõem os governos em análise. Em relação às práticas educativas, essa centralização representa mais um obstáculo, já que exclui os trabalhadores da ponta dos processos decisórios.

Em se tratando das USF's, o fato das mesmas fazerem parte do primeiro nível de atenção do sistema, implica em sua ligação direta com a Coordenação de Atenção Básica, subordinada à Gerência de Atenção à Saúde. Este espaço é composto pelas áreas técnicas de saúde escolar, saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto, saúde da mulher, saúde do idoso e saúde mental.

Percebe-se através dos documentos que, mesmo havendo uma programação anual da Atenção Básica (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2009b, 2010a, 2011b), as proposições das atividades educativas ficam restritas à programação de cada área técnica: ora elaboram suas estratégias e pautam sua organização na

programação anual da secretaria, ora resumem-se a seguir as orientações do Ministério da Saúde.

Em geral, as ações programáticas da secretaria são efetuadas apenas pelos trabalhadores alocados nestas áreas técnicas, contrapondo-se mais uma vez à estratégia de gestão que aponta para o compartilhamento do planejamento, participação e a formação de colegiados. Além de desmotivar não somente os trabalhadores, mas também os usuários, tal atitude contribui para a elaboração de projetos universais, que nem sempre se adaptam às realidades locais e, muitas vezes, são malsucedidos.

Como as áreas técnicas são formadas com base no ciclo de vida, tendem a elaborar projetos para grupos específicos, tidos como mais vulneráveis na população (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010b). Para todos os grupos, recomenda-se a realização de ações educativas; todavia, a ausência de projetos coletivos conduz a elaboração de propostas segmentadas, cujo foco restringe-se à mudança de comportamento dos indivíduos, com o objetivo central de prevenir determinadas doenças. Além disso, nota-se que a maioria das ações propostas limita-se a reproduzir as orientações do MS, como ocorre, por exemplo, com o discurso oficial sobre a diabetes no Brasil (MELLO, 2011).

Para Alves (2005) esta abordagem fragmentária e reducionista contrapõe-se a integralidade da assistência. O olhar profissional deve se pautar por uma ação totalizante, voltada para um sujeito biopsicossocial. Desse modo, caracteriza-se uma assistência para além da doença e do sofrimento manifesto, mas que também contemple o indivíduo em suas necessidades mais abrangentes (ALVES, 2005).

(DES) CAMINHOS DA PRÁTICA EDUCATIVA: FRAGILIDADES CONCEITUAIS

Embora pareça consolidada a concepção acerca da realização de atividades educativas nas USF's, expressa através da inserção do tema nos documentos oficiais, não há uma definição clara acerca daquilo que a SEMUS entende por Educação em Saúde e sua relação entre serviço e comunidade.

Conforme aponta Vasconcelos (1999), a Educação em Saúde recebeu contornos diferenciados, conforme as necessidades e interesses de cada época. Geralmente esteve atrelada ao modelo de atenção implantado nos serviços, com vistas à manutenção da saúde da mão de obra da população trabalhadora (SILVA, et al, 2010). Por ser um conceito polissêmico, uma multiplicidade de ações são desenvolvidas cotidianamente nos serviços de saúde e, sem qualquer critério, são referenciadas como Educação em Saúde.

A falta de clareza acerca daquilo que a SEMUS entende como prática educativa contribui decisivamente para o seu empobrecimento. Essa política, uma vez que não orienta os trabalhadores sobre o referencial a ser adotado, desarticula a possibilidade de consolidação de uma Educação em Saúde dialógica. Não se trata de normatizar as ações educativas para que todos façam o que está instituído. Pelo contrário, apenas se espera que a secretaria oriente, capacite e incentive seus trabalhadores a pautarem suas ações com vistas à construção de projetos de vida e respeito às escolhas que os indivíduos fazem no cotidiano.

Outra importante questão a ser debatida diz respeito às orientações contidas nos materiais produzidos pela SEMUS que subsidiam as atividades educativas dos trabalhadores alocados nas unidades de saúde. Algumas áreas técnicas como Saúde da Criança, Saúde da Mulher e Saúde Bucal possuem protocolos clínicos que embasam os atendimentos dos profissionais. Entre as orientações apresentadas, todas contemplam a importância da realização de ações em saúde. Entretanto, a maior parte delas sinaliza para a adoção de “comportamentos saudáveis”, normatizando o modo de ser dos indivíduos, culpabilizando os mesmos pela sua resistência à mudança de práticas.

Ações de Educação em Saúde: reuniões com grupos de mães sobre assuntos referentes à promoção da saúde da criança (Grupos de Puericultura), reuniões com grupos de mães de crianças desnutridas, palestras na comunidade quando pertinente (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2009c).

As ações coletivas em saúde bucal são essenciais para atingir a população com medidas relacionadas à Educação em Saúde e a medidas preventivas; deve atingir toda a população da área adscrita à US; devem ser realizadas de acordo com os critérios de risco social e atividade de doença, avaliados pela equipe de saúde bucal que deverá definir método e frequência para o acompanhamento de grupos populacionais, previamente identificados; no município de Vitória o programa de ações coletivas em odontologia recebe o nome de “Sorria Vitória” (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2009a).

Como ressalta Foucault, a normalização consiste primeiramente em se colocar um modelo, posto em função da obtenção de certo resultado, e a estratégia de normalização disciplinar consiste exatamente em fazer com que as pessoas, os gestos e as atitudes possam estar em consonância com este modelo ótimo (FOUCAULT, 2008b).

O que está posto nestes documentos, no que se refere à prática educativa, é a tentativa de convencer os sujeitos a aderirem ao tratamento que lhes é proposto e, conseqüentemente, adotarem estilos de vida saudáveis, segundo a compreensão dos técnicos (MELLO, 2011). Neste caso, a própria política se encarrega de definir aquilo que se considera como “saudável”. Ao assumir esta postura, objetivam manter os padrões de saúde da população, conforme os interesses governamentais (MELLO, 2011). Pode-se considerar o reforço desses padrões como estratégia biopolítica, com intuito de assegurar a governabilidade (FOUCAULT, 2008a).

Outra questão que vale ressaltar refere-se ao foco das ações. Em sua maioria, apontam para uma prática que ainda permanece atrelada à doença, ou seja, não conseguiu romper com o modelo tradicional, hegemônico e preventivista. Através de uma ação pautada na transferência de conhecimento, culpam-se os sujeitos pela manutenção de certos comportamentos que, pela verdade científica, conduzem ao adoecimento.

Há uma nítida dificuldade em se transpor a barreira que impede a realização de uma prática educativa, pautada em um processo participativo e dialógico, realizada “com” os sujeitos e não “para” eles. Isso ocorre em virtude da insistência do modelo biomédico na prática profissional que, verticalmente, preza pela adoção de novos modos de viver (GAZZINELLI, et al, 2005; BESEN, et al, 2007). Ou seja, estes profissionais, conduzidos a uma prática hegemônica, não encontram alternativas para a realização de seu trabalho enquanto prática social.

Dessa forma, é possível considerar nos textos analisados, duas dimensões importantes do biopoder: primeiramente, tem-se a noção de população, não apenas como um problema biológico, mas também político, científico e de poder; em segundo lugar, faz-se necessária a introdução de mecanismos reguladores, a fim de que haja nesta mesma população, a manutenção de uma média e o estabelecimento de uma suposta homeostase (FOUCAULT, 2002).

Assim, embora os protocolos e os materiais educativos que normatizam a vida dos sujeitos sejam direcionados a toda a população, ou seja, uma estratégia biopolítica, sua finalidade reside em atingir, capilarmente, os corpos individuais (MELLO, 2011). Como detalha Foucault (2002), a estratégia biopolítica, quando levada ao extremo, é capilar, corporal, detalhista e minuciosa, de modo a se sobrepor à anatomopolítica do corpo humano, caracterizando o poder disciplinar.

PRIORIDADES, ENTRAVES E CONTRADIÇÕES: A QUESTÃO DO FINANCIAMENTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Vários dispositivos fomentam ou retrocedem o avanço de uma política pública. Julga-se que um dos principais elementos de análise para isto passa pela questão do financiamento das ações. Através da verba disponibilizada ou recurso destinado a determinado fim, demonstra-se o interesse em priorizar uma ação em detrimento de outra, com menor recurso, disponibilizado pela plataforma estatal de uma política pública. Nesse sentido, procurou-se levantar informações sobre o financiamento da Educação em Saúde do município de Vitória.

A análise dos documentos oficiais consultados evidenciou a ausência de recursos destinados especificamente para as ações de Educação em Saúde. Não há menção aos termos evocadores nas apresentações das prestações de conta.

Como o planejamento e proposições das ações ocorrem de maneira isolada, cada referência técnica é responsável pela programação de suas atividades (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2009b). Desse modo, as iniciativas propostas são inseridas na programação anual da SEMUS que, por sua vez, deverá disponibilizar os recursos necessários para o cumprimento da agenda de trabalho pautada.

A verba utilizada por estas áreas técnicas provém do PAB FIXO (BRASIL, 2006), que dentre outras demandas, possui o objetivo de financiar atividades educativas a grupos da comunidade. Somente no ano de 2011 o município recebeu desta fonte R\$ 17.402.665,00 (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2011a). Entretanto, o destino final deste recurso fica a critério da aprovação do secretário de saúde.

Para Foucault (2008a), é papel do governo apropriar-se dos mecanismos econômicos em sua essência e, conseqüentemente, respeitar estes mecanismos. Entretanto, “respeitar esses mecanismos não quer dizer, contudo, que ele vai providenciar uma armadura jurídica que respeite as liberdades individuais e os direitos fundamentais dos indivíduos” (FOUCAULT, 2008a, p.84)

Existem alguns programas específicos que possuem repasse direto de divisas, em função da execução ou não de atividades referentes à Educação em Saúde, como é o caso do Programa Saúde na Escola (PSE), Sorria Vitória e Bolsa Família. Esses programas possuem indicadores específicos e estreita relação com o governo federal. O cumprimento de suas metas traduz-se em incentivos financeiros ao município.

A transferência do recurso financeiro se efetivará por meio do recurso fundo a fundo na modalidade PAB variável, compondo o Bloco de Financiamento da Atenção Básica do Pacto Pela Saúde.

§ 1º O valor total do recurso financeiro corresponde a uma parcela extra do incentivo mensal das Equipes de Saúde da Família que atuam no PSE.

§ 2º 70% do total do recurso financeiro do Programa Saúde na Escola (PSE) será pago a partir da assinatura do Termo de Compromisso Municipal do PSE. Os 30% restantes do valor total do recurso financeiro será pago após o cumprimento de 70% das metas municipais pactuadas (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2011d, p.1).

Habitualmente, os programas com maior impacto sobre as condições de pobreza e miséria, possuem indicadores com controles ministeriais rígidos, visto que atuam diretamente com uma intervenção sobre as condições sociais de vida da população e envolvem o repasse de recursos financeiros direto aos usuários e, em outra instância, também aos municípios.

Devido à pactuação de metas, esses programas terminam por receber atenção especial dos gestores locais, que buscam junto aos seus trabalhadores o cumprimento das mesmas. Todavia, outras experiências desenvolvidas nos serviços, ainda que recebam o apoio dos gestores locais, não detém a mesma vigilância ou ocupam o mesmo lugar de destaque, quer das atividades pactuadas ou de outros serviços prestados pela Atenção Básica.

Assim, os trabalhadores geralmente são demandados a organizarem “campanhas” educativas, geralmente com a utilização de materiais que reforçam a adoção de práticas normativas como panfletos, cartazes e vídeos (ALBUQUERQUE, STOTZ,

2004). A maior parte desses recursos possui origem no Ministério da Saúde e chegam às Secretarias Municipais que, por sua vez, repassam às unidades de saúde sem a devida discussão.

Outra fonte de recursos mais recente, pactuada a partir de 2009, diz respeito à implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, do Sistema Único de Saúde – ParticipaSUS. Através da Portaria 2344 de Setembro de 2009, foram transferidos R\$ 200.000,00 em recursos financeiros federais para o Fundo Municipal de Saúde de Vitória (BRASIL, 2009).

Uma fonte de recursos mais próxima dos trabalhadores das USF's no município de Vitória é obtida através do repasse do “Adiantamento”, verba dividida em seis parcelas de R\$ 600,00 durante o ano. Esse dinheiro possui origem nos recursos próprios da Prefeitura e fica sob responsabilidade direta do gestor local. Em tese, o recurso se destina à compra de artigos de baixo valor, necessários à melhoria do processo de trabalho no interior da unidade. Desse modo, a obtenção de materiais para a realização das atividades de Educação em Saúde também poderiam ser obtidas através desse recurso. Entretanto, nem sempre os diretores das unidades atentam-se aos prazos e aos procedimentos para a obtenção do dinheiro, perdendo a possibilidade de utilização do mesmo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos documentos demonstra que, embora as duas gestões tenham pautado o discurso de uma administração que se orienta pela lógica da participação, estabelecendo um processo dialógico com os trabalhadores e a comunidade, na prática é possível encontrar algumas contradições.

A estrutura hierárquica na qual se articula a secretaria municipal valoriza a verticalização das ações, reforçando o pensamento de que há um pequeno grupo detentor do poder decisório, responsável pela programação das ações, e um grande contingente de trabalhadores em outra extremidade, responsável por operacionalizar aquilo que foi determinado.

Nesse processo, ainda que a Educação em Saúde seja reconhecida como parte integrante das ações da Atenção Básica, ela ocupa um lugar secundário no

processo de trabalho dos profissionais da “ponta”, uma vez que a insistência do modelo hegemônico preza pela manutenção da produtividade das consultas individuais.

Destaca-se, ainda, a ausência de um projeto que consiga articular as diversas áreas técnicas, de modo a romper com a lógica da elaboração de propostas fragmentadas, com vistas à construção de uma prática educativa que reconheça os sujeitos em sua totalidade.

Cabe ainda ressaltar que, a ausência de uma diretriz conceitual para a Educação em Saúde, também se configura em um dos maiores entraves na busca pela saúde integral. Essa situação termina por gerar uma diversidade de atividades que, sem qualquer critério, são denominadas como “ações educativas”. Geralmente, apoiam-se na prescrição de modelos tidos como saudáveis e responsabilizam os sujeitos que divergem ou se negam a seguir tal imposição.

Tal atitude impositiva fere o exercício da cidadania, uma vez que não respeita a liberdade de escolha dos sujeitos. Para muitos trabalhadores da saúde é inadmissível que um indivíduo portador de Diabetes não faça restrição de açúcar em sua dieta, ou que uma mulher que já iniciou sua vida sexual se recuse a realizar o exame de Papanicolau. Seja no plano coletivo ou no âmbito individual, o compromisso ético da Educação em Saúde deveria ser o mesmo: promover o diálogo aberto, livre de tabus ou preconceitos, comprometido com um conceito amplo de saúde e disposto a viabilizar as condições necessárias para que os sujeitos possam fazer suas próprias escolhas.

Quanto aos protocolos clínicos que orientam a ação dos trabalhadores, percebe-se a manutenção de condutas normativas, baseadas no controle das doenças e na culpabilização dos sujeitos. Coerente com este pensamento, outros materiais como cartazes, folders e panfletos, também assumem a característica de servirem como instrumentos da transmissão de normas e comportamentos considerados pelos técnicos como “saudáveis”. Assim, a Educação em Saúde se operacionaliza no cotidiano dos trabalhadores da saúde como um conjunto de regras que devem ser repassadas aos usuários, com o objetivo de reproduzir hábitos comportamentais, habitualmente adjetivados como “hábitos corretos” ou “comportamentos adequados” a serem seguidos.

Outro entrave que se coloca na busca por uma Educação em Saúde orientada por processo dialógico, diz respeito ao financiamento. Não há repasse de recursos diretamente para a execução de atividades educativas, o que obriga alguns trabalhadores a improvisarem suas ações ou a angariarem recursos por outros meios. No entanto, percebe-se nos documentos analisados, uma atenção especial aqueles programas em que há pactuação e rígido controle de determinados indicadores, como é o caso dos Programas Saúde Escolar, Sorria Vitória e Bolsa Família. Desse modo, a chefia imediata “cobra” do trabalhador a realização de atividades educativas junto a estes programas pactuados. Entretanto, as outras práticas de Educação em Saúde terminam por se configurar em um “algo a mais” oferecido pelos serviços, bem distante de ser reconhecida como elemento central dentro do processo de trabalho das USF’s.

Desse modo, há uma urgência em tornar a Educação em Saúde uma prática central nos serviços de saúde, sobretudo na Atenção Básica. Faz-se necessário que sua ação deva estar intimamente relacionada a uma produção de saúde que esteja comprometida com a autonomia dos sujeitos. Entretanto, talvez mais importante do que rever os caminhos da Educação em Saúde é a necessidade em romper com o modelo hegemônico e sua lógica, que impede o alcance de uma saúde integral, comprometida com a autonomia dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C. de; STOTZ, E. N.. A educação popular na Atenção Básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 15, Ago. 2004.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Jan. 2011.

BESEN, C. B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 1, abr. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. **Oficina Nacional de Educação em Saúde nos Serviços do SUS: Síntese do Relatório**. Brasília. Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Portaria nº 2344 de setembro de 2009. Regulamenta as condições para transferência de recursos financeiros, com vistas a implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, do Sistema Único de Saúde – ParticipaSUS em 2009, e dá outras providências. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 06 out. 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_2344_2009.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 6. ed. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.

BAUER, M. W. Análise de Conteúdo Clássica: uma revisão. In. Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som. BAUER, M. W.; GASKELL, G. (orgs.) Petrópolis: Vozes, 2002.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

_____. **Microfísica do poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **Em defesa da sociedade:** curso no Collège de France, ano 1975-1976. São Paulo: Martins Fontes, 2002. (Coleção tópicos).

_____. **O Nascimento da Biopolítica:** curso no Collège de France, ano 1977-1978. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. **Segurança, Território, População:** curso no Collège de France, ano 1977-1978. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

GAZZINELLI, M. F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, Fev. 2005.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental. In. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade:** algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p.39-64.

MELLO, L. P. de. **Discurso oficial sobre educação em saúde para Diabetes no Brasil: uma análise biopolítica.** Trabalho apresentado no X Congresso Nacional de Educação - EDUCERE, Curitiba, 2011. Disponível em: <http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/5607_3430.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2012.

MINAYO, M. C. **O Desafio do Conhecimento:** Pesquisa Qualitativa em saúde; 9 ed. revista e aprimorada – São Paulo: Hucitec, 2006.

OLIVEIRA, D.C. ANÁLISE DE CONTEÚDO TEMÁTICO-CATEGORIAL: uma proposta de sistematização In: **Rev. Enfermagem**, UERJ, Rio de Janeiro, 16(4):569-76, out/dez, 2008.

PEDROSA, J. I. dos S. Educação Popular, Saúde, institucionalização: temas para debate. **Interface**. Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 137/8-138, 2001.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. Secretaria de Saúde. **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2006-2009.** Vitória, 2005. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_plano_2006_2009.pdf>. Acessado em: 11 de julho de 2011.

_____. Secretaria de Saúde. **RELATÓRIO DE GESTÃO 2005**. Vitória, 2006. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_relator_gestao_2005.pdf>. Acessado em: 11 de julho de 2011.

_____. Secretaria de Saúde. **RELATÓRIO DE GESTÃO 2006**. Vitória, 2007. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_relator_gestao_2006.pdf>. Acessado em: 11 de julho de 2011.

_____. Secretaria de Saúde. **RELATÓRIO DE GESTÃO 2007**. Vitória, 2008. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_relator_gestao_2007.pdf>. Acessado em: 11 de julho de 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. Secretaria de Saúde. **ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL**. Vitória, 2009a.

_____. Secretaria de Saúde. **PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE DA SEMUS 2010**. Vitória, 2009b. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_programacao_2010.pdf>. Acessado em: 16 de maio de 2012.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **PROTOCOLO VITÓRIA DA VIDA: Atenção à Saúde da Criança**. Vitória, 2009c.

_____. Secretaria de Saúde. **RELATÓRIO DE GESTÃO 2008**. Vitória, 2009d. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_relator_gestao_2008.pdf>. Acessado em: 11 de julho de 2011.

_____. Secretaria de Saúde. **PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE DA SEMUS 2011**. Vitória, 2010a. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_programacao_2011.pdf>. Acessado em: 16 de maio de 2012.

_____. Secretaria de Saúde. **RELATÓRIO DE GESTÃO 2009**. Vitória, 2010b. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_relator_gestao_2009.pdf>. Acessado em: 11 de julho de 2011.

_____. Secretaria de Saúde. **PRESTAÇÃO DE CONTAS**. Vitória, 2011a. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20090921_contas_saude_40_tri_2011.pdf>. Acessado em: 16 de maio de 2012.

_____. Secretaria de Saúde. **PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE DA SEMUS 2012**. Vitória, 2011b. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_programacao_2012.pdf>. Acessado em: 16 de maio de 2012.

_____. Secretaria de Saúde. **RELATÓRIO DE GESTÃO 2010**. Vitória, 2011c. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_relator_gestao_2010.pdf>. Acessado em: 11 de julho de 2011.

_____. Secretaria de Saúde. Termo de Compromisso Municipal que firmam as Secretarias Municipais de Saúde e Educação de Vitória/ES, representadas pelos (as) seus Secretários (as) Municipais de Saúde e educação, para pactuar e formalizar as responsabilidades e metas inerentes à execução do Programa Saúde na Escola, nos territórios de responsabilidades, objetivando o desenvolvimento das ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos escolares, para recebimento dos recursos financeiros. **Atos Oficiais [da] Prefeitura de Vitória**. Vitória, 25 nov. 2011d.

SCHALL, V. T., STUCHINER, M. Editorial: Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15(2), p. 4-5, 1999.

SILVA, C. M. da C., et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Ago. 2010.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

_____. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jun. 2004.

3.3 TERCEIRO ARTIGO - O LUGAR DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA POLÍTICA DE FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES

RESUMO

A Educação em Saúde configura-se em um conjunto de saberes e práticas diversas, que se estabelecem no encontro entre os trabalhadores da saúde e a população, sejam no âmbito individual ou coletivo dos serviços. Nesse sentido, os processos formativos dos trabalhadores tornam-se dispositivos estratégicos para o alcance de práticas educativas compartilhadas, pautadas no diálogo. Assim, este trabalho visa analisar a política de formação dos trabalhadores adotada pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) e sua relação com ações de Educação em Saúde propostas nas Unidades de Saúde da Família (USF's). Trata-se de uma pesquisa documental, realizada a partir do levantamento dos documentos oficiais produzidos pela SEMUS, entre 2005 a 2012, analisados à luz do conceito foucaultiano de biopoder. Evidenciou-se uma centralização dos processos formativos na gerência de formação da Secretaria de Saúde. A política de educação permanente adotada se caracterizou como estratégia bioplítica, evidenciando os interesses da gestão administrativa. Mereceu destaque ainda, o distanciamento entre a formação dos trabalhadores e a utilização dos conhecimentos no cotidiano. Faz-se necessário, portanto, aproximar os técnicos da gerência de formação e os trabalhadores. Tornar hábito o diálogo entre estes atores é um desafio a ser superado durante a construção de processos formativos que estejam comprometidos com o direito a saúde, a cidadania e a autonomia dos sujeitos.

Descritores: Educação em Saúde; Saúde da Família; Formação de Recursos Humanos; Política de Saúde.

INTRODUÇÃO

A Educação em Saúde configura-se em uma importante área do conhecimento, caracterizada por aglutinar reflexões e propostas de diversas ciências. Assim, possibilita uma variedade de interpretações acerca dos diferentes modos de ser e estar no mundo. Todavia, a postura política e filosófica contida em cada concepção de Educação em Saúde utilizada no cotidiano, revela interesses diferentes e incide

sobre os diferentes arranjos de poder que envolvem o homem e a sociedade (SCHALL, STRUCHINER, 1999).

Em virtude do seu caráter polissêmico, compreende-se a Educação em Saúde neste texto como um conjunto de saberes e práticas diversas, que se estabelecem no encontro entre os trabalhadores da saúde e a população, sejam no âmbito individual ou coletivo. Esta interação pode ocorrer tanto no interior dos serviços quanto na comunidade, de maneira formal ou não, cujo propósito visa um modelo dialógico “que favorece o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos portadores de saberes sobre o processo saúde-doença-cuidado e de condições concretas de vida” (ALVES, 2005, p.50).

Consoante a esta perspectiva de materialização das ações educativas, torna-se um imperativo a viabilização de iniciativas de formação profissional que problematizem, reflitam e contribuam na reorientação do agir dos trabalhadores de saúde no que tange a sua relação com a população (VASCONCELOS, 2004). Todavia, vários estudos têm revelado a insistência na manutenção de práticas tradicionais, pautadas pela imposição de normas, saberes e na culpabilização dos indivíduos, sobretudo no cotidiano das Unidades de Saúde da Família (USF's) (ALBUQUERQUE, STOTZ, 2004; ALVES, 2005; BESEN et al., 2007; SILVA et al., 2010).

Historicamente, a maneira como o Estado desenvolveu as práticas educativas ao longo do século XX atendeu diretamente os interesses políticos e econômicos das elites. Até a década de 70, essas ações eram orientadas pela unilateralidade, ou seja, pautavam-se pela imposição de normas, sem exercer qualquer atitude crítica acerca do contexto sociopolítico (VASCONCELOS, 1999).

Entretanto, contrariando o regime repressor instalado no período, começaram a surgir novas experiências de Educação em Saúde durante o Governo Militar, que seguiram a lógica inversa das práticas hegemônicas. Esse novo método recebeu a influência da obra de Paulo Freire e deu origem a Educação Popular em Saúde, que ganhou força com o Movimento Sanitário (VASCONCELOS, 1999).

A Carta de Ottawa lançada em 1986 foi enfática ao considerar a Educação em Saúde como uma das estratégias básicas para a Promoção da Saúde em sua proposta teórica e política. Como diretriz, apontou para a necessidade de realizar

uma prática desvinculada da doença e que tenha um caráter participativo, construtivista e transversal. (BRASIL, 2008).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, estruturado a partir dos pilares democráticos da universalidade, equidade e integralidade, fez-se necessário a reorientação do modelo assistencial vigente. Marcado historicamente por práticas hegemônicas, os cuidados de saúde primavam pela dicotomia entre assistência e prevenção. Esse modelo de atenção não permitia o acesso aos serviços de saúde a uma parcela significativa da população brasileira, não atendia suas necessidades e tampouco se importava com a integralidade das ações (ALVES, 2005).

O lançamento do Programa Saúde da Família (PSF), concebido pelo Ministério da Saúde (MS) em meados de 1993 e efetivada em 1994, foi a estratégia adotada pelo governo para reorientar a Atenção Básica no país (BRASIL, 1997). Sua lógica está ancorada na Promoção da Saúde e sinaliza para a integralidade da assistência ao usuário, concebido como sujeito que se articula com a família, o domicílio e a comunidade na qual está inserido (BESEN et al., 2007; MATTOS, 2001).

Nesse contexto, a Educação em Saúde adquire fundamental importância, pois como afirma Vasconcelos (2004), ela representa o campo de práticas e conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos com a população, considerando toda a sua diversidade.

Ao se deixar influenciar por esta tendência, a Educação em Saúde passa a ser apontada como uma importante estratégia de mudança na sociedade. Contribuiu para fermentar as lutas sociais, não apenas para defender questões relativas às condições estritas de saúde, mas também para proporcionar a garantia de um debate amplo acerca do respeito à conquista da cidadania, de modo a observar todos os fatores que impactam diretamente na vida dos indivíduos como, entre outros, moradia, cultura, lazer, trabalho e educação (PEDROSA, 2001).

Para que esta realidade se torne factível, faz-se necessário rever os princípios e os métodos que orientam a estruturação dos processos formativos dos trabalhadores de saúde, seja nos espaços da academia ou nas instâncias administrativas dos governos federal, estadual ou municipal. Experiências inovadoras, mudanças nos conteúdos, práticas pedagógicas calcadas no diálogo e novos cenários de

aprendizagem, são alguns elementos que precisam ser incorporados a esta nova realidade (MACHADO et al., 2007).

Conforme aponta o Documento Síntese do Relatório da Oficina Nacional de Educação em Saúde nos Serviços dos SUS, um dos maiores entraves para a consolidação das práticas educativas nos serviços, principalmente da Atenção Básica, diz respeito “a falta de capacitação dos gestores, usuários e trabalhadores para exercitar o agir educativo decorrente das práticas pedagógicas entre o serviço e a população” (BRASIL, 2008, p. 19).

Ceccim e Ferla (2003) expõem que o desafio é não dicotomizar a ação individual da ação coletiva durante a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. É preciso não perder o conceito de atenção integral à saúde ao realizar o trabalho educativo junto à população, abrindo espaços para a diversidade de saberes e aceitando a “incerteza na definição dos papéis profissionais” (MACHADO et al., 2007, p. 337).

No município de Vitória-ES, a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória-ES (SEMUS) adotou os pressupostos da Educação Permanente em Saúde como política de formação para os trabalhadores da saúde no período compreendido entre 2005 e 2012, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde.

Nesse sentido, o texto discorre sobre a evolução das estruturas administrativas responsáveis pela formação dos trabalhadores em saúde da SEMUS e aborda a maneira como a secretaria gerencia os processos formativos conforme os seus interesses.

Assim, este artigo destina-se a analisar a política de formação dos trabalhadores adotada pela SEMUS e sua relação com as ações de Educação em Saúde propostas nas USF's.

PERCURSO METODOLÓGICO

O campo da Educação em Saúde tem fundado suas bases e conduzido seus passos por intermédio de metodologias qualitativas. Os grandes debates teóricos que

embasam os mais diversos modos de se operacionalizar essas práticas são frutos de análises qualitativas (ALBUQUERQUE, STOTZ, 2004).

Segundo Minayo (2006), tal método

se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Este estudo teve como cenário a cidade de Vitória-ES, cuja organização compreende 06 Regiões de Saúde, onde estão inseridas 28 unidades de saúde. Nas USF's são ofertados serviços como consultas médicas e de enfermagem, visitas domiciliares, atendimento psicológico, odontológico, fonoaudiológico e de serviço social, atividade física orientada, vacina, nebulização, curativo, coleta de exames laboratoriais, serviços de enfermagem, dispensação de medicamentos, marcação de consultas e exames especializados, ações de promoção da saúde e ações de Educação em Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010c).

A pesquisa documental foi utilizada como técnica para a coleta de dados. Esta escolha se apoia no fato que ela “permite identificar informações factuais nos documentos a partir de questões ou hipóteses de interesse” (LÜDKE, ANDRÉ, 1986, p.38). Além disso, torna-se possível fazer inferências sobre questões específicas acerca de determinados problemas de pesquisa.

Realizou-se uma investigação nos Planos Municipais de Saúde 2006-2009 e 2010-2013; nos Relatórios de Gestão dos anos de 2006, 2007, 2008, 2009; nas Planilhas de Cursos e Eventos da SEMUS entre 2008 e 2012 e nas Portarias e Leis Municipais.

A escolha do período justifica-se pelo interesse em compreender o lugar assumido pelas práticas de Educação em Saúde na formação dos trabalhadores da saúde do município de Vitória, em duas gestões consecutivas de governos com ordenação de centro-esquerda, que possuem como uma de suas prerrogativas a participação popular. O primeiro governo (2005-2008) foi conduzido pela coligação Movimento Vitória de todas as Cores, formada pelos partidos PT/PSB/PDT/PC do

B/PHS/PAN/PV. Já o segundo (2009-2012) temos a coligação Todos Por Vitória, formado pelo PT/PMDB.

Estes documentos são compreendidos como relevantes para a Educação em Saúde de Vitória já que foram elaborados pela própria SEMUS e discorrem sobre seus planos e metas, bem como suas realizações e dificuldades. Logo, são fontes passíveis de investigação acerca das concepções da SEMUS sobre as práticas educativas em saúde.

Durante o processo de pré-análise, os referidos documentos foram lidos e a exploração do material ocorreu através da busca dos termos evocadores, a saber: formação e capacitação. Na primeira etapa, estes trechos foram categorizados e computados.

A fim de identificar os temas, as relações e as contradições pertinentes ao entendimento das práticas de Educação em Saúde, a presente pesquisa procedeu à análise qualitativa dos dados. Desse modo, como estratégia metodológica será utilizada a Análise de Conteúdo, definida por Bardin (2011, p.42) como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Este método permite encontrar significados profundos presentes no campo das comunicações, subjacentes à superfície da mensagem emitida (OLIVEIRA, 2008), ou ainda, “produzir inferências de um texto para seu contexto social de maneira objetivada” (BAUER, 2002, p.191).

A construção das categorias respeitou as diretrizes metodológicas da Análise de Conteúdo temático, uma vez que este é o método de análise geralmente utilizado para pesquisas documentais (LÜDKE; ANDRÉ, 1986; BARDIN, 2011). Sua formulação se deu com base nos sentidos presentes nas frases ou parágrafos, onde estavam inseridos cada termo evocador.

As categorias foram analisadas a luz do conceito foucaultiano de biopoder, que discorre sobre a concepção de um poder que se constitui na articulação entre a tecnologia disciplinar, aplicada sobre os corpos dos indivíduos, e a biopolítica,

dirigida à regulamentação da população, como poder de gestão e maximização da vida (FOUCAULT, 2002).

Os conceitos de biopolítica e governamentalidade de Estado, formulados por Foucault, conferem a possibilidade de se por em suspensão os pressupostos das Políticas Públicas. Uma vez que contribuem com a atitude reflexiva que desnaturaliza a ideia pré-concebida acerca do seu caráter evolutivo e, conseqüentemente, do avanço da ação do Estado na sociedade. Ao estruturar seu arcabouço na perspectiva governamentalidade, expõe seu processo histórico e político e, junto dele, revela as nuances que envolvem as relações saber-poder e permitiram seu surgimento (SANTIN, HILLESHEIM, 2011).

No que concerne aos procedimentos éticos, a presente pesquisa foi aprovada com o nº 315/11 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, pela Coordenação de Pesquisas da Prefeitura de Vitória e pela Secretaria Municipal de Saúde.

O PROCESSO DE CENTRALIZAÇÃO DA GERÊNCIA DE FORMAÇÃO DA SEMUS

Pensar a mudança das práticas educativas no cotidiano das USF's conduz ao exercício de reconhecer a importância dos trabalhadores da saúde como agentes de transformação do espaço onde estão inseridos (MACHADO et.al., 2007). Logo, essa perspectiva se dirige para a importância de uma formação permanente destes trabalhadores, visto que “uma profunda renovação das organizações de saúde não se faz sem uma política de educação para o setor” (CECCIM, FERLA, 2003).

No início do segundo ano da primeira gestão, a SEMUS reestruturou sua organização administrativa, através do Decreto nº 12.632, de 13 de janeiro de 2006. Assim, a responsabilidade pela gestão dos processos educativos da secretaria ficou a cargo da Gerência de Formação e Desenvolvimento em Saúde (GFDS), hierarquicamente ligada diretamente ao Gabinete do Secretário (PREFEITURA

MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2007). No mesmo ano, a GFDS abrigou os técnicos da Coordenação de Educação em Saúde da Gerência de Gestão do Trabalho, justamente pela afinidade em relação aos processos formativos que vinham sendo implantados.

A GFDS tem a finalidade de discutir, pactuar e executar as diretrizes de capacitação e desenvolvimento dos servidores da SEMUS. A missão da GFDS é promover ações de ensino-aprendizagem dos servidores da SEMUS, através de metodologias ativas na aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes, gerando influência substancial na saúde dos munícipes de Vitória (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010a, p.1).

Conforme aponta o Relatório de Gestão (2010c, p.32), ao longo do período compreendido entre 2006 a 2009, a GFDS

[...] promoveu a revisão dos processos formativos/educativos a partir da constituição de espaços coletivos de discussão e de valorização da realidade local como ponto de partida para proposição de ações formativas. Rompeu, portanto, com uma visão tradicionalista da educação, marcada pela fragmentação de planejar/fazer, da assistência/gestão, ensino/serviço e dos núcleos /campo de saber.

Até 2009, a GFDS, responsável por elaborar programação anual de cursos da SEMUS, ofereceu cerca de 140 cursos de formação por ano, principalmente na modalidade de capacitação de curta duração. A proposição dessas atividades educativas, bem como sua concepção teórica e metodológica, ocorreu de modo descentralizado, ou seja, outras estruturas administrativas como as áreas técnicas, coordenações e demais gerências poderiam também planejar suas próprias atividades formativas. Neste caso, para a realização do evento, seria de responsabilidade da GFDS apenas o apoio logístico.

A partir da segunda gestão, o número de capacitações sofre uma diminuição em termos quantitativos, de modo que logo no primeiro ano foram programados 63 cursos, dos quais apenas 44 foram efetivados (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010c). Segundo o Relatório de Gestão de 2009, tal redução ocorreu com o intuito de otimizar tempo e recurso, “com vistas a aproximar a oferta de capacitações das necessidades de cada território, [...] além de promover uma aproximação e integração contínua entre as diversas áreas técnicas e gerências da SEMUS” (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010c, p.33).

Em meados de 2010, a GFDS passa a centralizar a gestão dos processos educativos da SEMUS. Ao solicitar propostas de formação as gerências e áreas técnicas, recebeu 123 propostas de cursos e eventos, sendo encaminhados 61 para a programação de 2011 (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2011).

No penúltimo ano do segundo governo, a SEMUS oficializa a instituição da Escola Técnica e Formação em Saúde – ETSUS, considerada um marco não apenas na formação dos trabalhadores do SUS vinculados ao município de Vitória, mas de todo o estado.

Art. 2º. A Escola Técnica e Formação Profissional em Saúde tem por objetivo a formação profissional de seus trabalhadores tendo em vista o atendimento das demandas do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da utilização de metodologias ativas destinadas à melhoria das atividades de ensino pesquisa e cooperação técnica, tendo em vista a implementação de políticas de educação profissional em saúde, prioritariamente para os trabalhadores do SUS e ainda formular e promover a gestão da Educação Permanente em Saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção a saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010b).

Atualmente, todos os processos formativos dos trabalhadores da SEMUS são gerenciados pela ETSUS. Ademais, oferta cursos livres, formação técnica e cursos de pós-graduação *lato sensu*, tanto para servidores quanto para comunidade, além de possuir uma biblioteca pública em suas instalações.

A POLITICA DE FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES E SUA ARQUITETURA BIOPOLÍTICA

Consoante às orientações do MS, o município estruturou seus projetos formativos à luz da Educação Permanente em Saúde. Suas diretrizes acenam para a construção de projetos coletivos, os quais todos os trabalhadores de saúde tenham participação ativa e possam colaborar com o processo. Além disso, “sugere que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços” (BRASIL, 2004, p.10).

Assim, conforme aponta o Relatório de Gestão de 2009, a adoção da EPS pela GFDS objetivou romper “com uma visão tradicionalista da educação, marcada pela fragmentação de planejar/fazer, da assistência/gestão, ensino/serviço e dos núcleos/campo de saber” (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010a).

O arcabouço da política de Educação Permanente em Saúde converge para a construção de projetos que estejam próximos das necessidades que emanam do cotidiano dos serviços de saúde. Propõem-se a perspectiva do trabalho como espaço reflexivo-formativo, onde o trabalhador também se torne gestor da sua própria ação (SANTIN, HILLESHEIM, 2011).

Essa concepção trazida pela Educação Permanente em Saúde representa um deslocamento importante no que compete a formação dos trabalhadores, uma vez que, ao invés de retirá-lo do seu *lócus* de ação, incorpora o ensino ao passo que vivencia a própria realidade. Além disso, tende a romper com as práticas educativas institucionais fragmentadas, promover a valorização do saber do trabalhador e se dispor a tratar a equipe como grupo, de modo a ir além da segmentação disciplinar (SANTIN, HILLESHEIM, 2011).

A adoção da política de Educação Permanente em Saúde pressupõe o rompimento das velhas práticas pedagógicas, pautadas pela transmissão de conhecimento, de caráter unilateral. Logo, caracteriza-se por aproximar-se do cotidiano pelo uso de metodologias ativas.

A reorientação dos pressupostos técnicos metodológicos fundamenta-se na aprendizagem significativa, que compreende que as mudanças comportamentais e técnicas decorrentes da aquisição de novos conteúdos e informações só se produzem quando articuladas à realidade vivida e experienciada (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2005, p.52).

Essa perspectiva metodológica atenta às necessidades reais da população, a qual sustenta a aprendizagem significativa, seria reafirmada pela Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (BRASIL, 2009), cujo compromisso ético aponta para a defesa da cidadania.

Daí a importância de construir ações educativas voltadas à realidade local, apoiadas nas práticas educativas de saúde, no encontro das ações intencionais que buscam a construção de significados para os saberes, as representações e as informações que a população apresenta sobre sua saúde/doença, por meio de atos pedagógicos e comunicativos capazes de conscientizar as pessoas de seu lugar no mundo, produzir subjetividades com o sentido de mudança e desencadear a mobilização para a ação (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2005, p.52).

Todavia, é importante pensar as formações dos trabalhadores a partir de um olhar biopolítico, uma vez que esta “lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder [...]” (FOUCAULT, 2002).

Para além do enfoque formativo, faz-se necessário pensar a Política de Educação Permanente em Saúde e suas práticas, na medida em que dialogam diretamente com a população, como uma estratégia de Estado para manutenção de sua governamentalidade. Assim, torna-se possível empreender uma nova leitura sobre a adoção desta política pela SEMUS, observando os contornos que aproximam as diretrizes da formação dos trabalhadores da saúde aos interesses de Estado.

Conforme aponta Santin e Hilleshem (2011), a racionalidade política ancorada na governamentalidade configura-se em um processo extremante sutil, pois considera todo o corpo social como um objeto passível de governo. Nesse sentido, “nunca se governa um Estado, nunca se governa um território, nunca se governa uma estrutura política. Quem é governado são sempre pessoas, são homens, são indivíduos ou coletividades” (FOUCAULT, 2008b, p.164).

Essa racionalidade pretende investir nas condições de vida das populações de maneira positiva, diferentemente das disciplinas e seus mecanismos coercitivos que engessavam os indivíduos. Logo, pode-se exemplificar este processo através da formação do trabalhador, pois, ao deixá-lo apto ao trabalho e livre para criar e produzir espera-se que todo o Sistema de Saúde possa ser beneficiado.

Portanto, torna-se estrategicamente mais interessante para o Estado manter o exercício do controle da população. Não mais pela coerção, mas sim a partir da potencialização da força de trabalho desta mesma população, por intermédio de técnicas de governo contínuas e permanentes. De modo a lograr seus objetivos com o menor desgaste possível.

Ao orientar os processos formativos dos trabalhadores da saúde, conforme as diretrizes preconizadas pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a SEMUS ratifica essa indissociação entre formação e processos de gestão do trabalho. Essa perspectiva centrada no trabalhador, reconhecido não mais como um mero “cumpridor de tarefas”, mas como um agente autônomo que também gere seu

próprio trabalho, lhe atribui mais uma responsabilidade, que seria o levantamento das principais necessidades de formação.

No encontro entre essas realidades diversas, onde todos os envolvidos, ao poderem expressar suas opiniões e discutirem suas propostas e objetivos, fundamentadas em indicadores e avaliações criteriosas e ainda considerando as normas e diretrizes da SEMUS, a GFDS acredita em uma oferta de capacitações para os trabalhadores da saúde voltadas de fato para as necessidades de saúde de nossa população, de forma significativa e contextualizada (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010a, p.1).

Essas modificações nos mecanismos de poder não apontam necessariamente para uma cisão entre eles. De modo contrário, podem até mesmo se complementar, pois é próprio da biopolítica se configurar em uma estratégia de potencialização da força de trabalho, sempre atenta a preservação da vida dos indivíduos, sinônimo de produção de valor (REVEL, 2006).

É factível, portanto, admitir que a política de Educação Permanente em Saúde adotada pela SEMUS esteja imersa na lógica da governamentalidade liberal, visto que o arcabouço da estrutura formativa obedece a contornos biopolíticos. Imersos na engrenagem competitiva e individualista, a busca incessante por formação é apontada não apenas como uma exigência do sistema de saúde, mas advém da própria subjetividade do trabalhador que o impele buscar qualificação. Esse processo inacabável, embasado pela ideia de que sempre se terá algo a aprender, faz com que a intervenção do Estado se legitime sem que seja necessário utilizar de imposições ou outros meios repressores.

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE E O DESAFIO DE INCORPORÁ-LA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Em ambos os governos, a opção por uma gestão participativa e democrática é posta em evidência nos planos municipais de saúde, formulados no primeiro ano de cada administração. Tal instrumento caracteriza o sistema local de saúde e deixam explícitos os princípios orientadores das ações propostas pelo governo em relação ao setor para os quatro anos seguintes.

Desse modo,

A estratégia de gestão definida nesta administração é de um planejamento democrático e participativo, colegiado, sistemático e contínuo, integrado, baseado na intersectorialidade e na participação popular, partindo-se da democratização interna, no âmbito da Prefeitura e externa, da sociedade civil e movimentos organizados (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2005, p.7).

Particularmente, o processo formativo dos trabalhadores da saúde foi posto como um dos eixos estruturantes para o alcance da qualidade na atenção a saúde. Sua orientação sinaliza para a necessidade em formar um novo profissional, atento às mudanças e necessidades de seu tempo.

[...] a formação de profissionais que não corresponde mais àquela necessária para atender aos avanços e as novas práticas de saúde, está entre as situações importantes que interferem nos processos e resultados do trabalho. Para que novas mudanças ocorram é preciso grandes transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área. Isso significa que a mudar a forma de cuidar em saúde, prescinde das mudanças de ensinar e aprender (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2005, p.45-46).

Contraditoriamente, durante o processo de análise dos documentos oficiais produzidos pela SEMUS, destacou-se a baixa ocorrência de formações e/ou capacitações dirigidas aos trabalhadores cuja proposta estivesse orientada especificamente para o desenvolvimento das atividades educativas nos serviços, sobretudo nas USF's. Entretanto, foi possível evidenciar algumas particularidades que caracterizaram cada gestão.

Inicialmente, o primeiro governo apresentou as seguintes diretrizes que orientaram a ação formativa dos trabalhadores de saúde da SEMUS,

Elaborar anualmente e implementar um Programa Institucional Municipal de Educação Permanente para os trabalhadores, dirigentes, gerentes e conselheiros no município de Vitória em consonância com as diretrizes institucionais da SEMUS. Humanização no atendimento em todos os níveis e serviços da rede SUS, Humaniza-SUS (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2005, p. 47).

Essa diretriz começou a se materializar no ano de 2005, com a criação da Coordenação de Educação em Saúde. Tal estrutura foi responsável por programar, no mesmo ano, a implantação das Rodas de Educação Permanente na rede de Atenção Básica do município de Vitória, que possuía como arcabouço metodológico o “Método da Roda”, proposto por Campos (2000). Dentre os enfoques

estabelecidos pela SEMUS para a adoção deste método, ressalta-se a importância em

Contribuir para a transformação das práticas de saúde, melhorando a qualidade do cuidado e promovendo a humanização da assistência;
Promover a gestão participativa, afirmando a indissociabilidade gestão/atenção; fortalecer o trabalho em equipe, integrando saberes e profissionais; realizar levantamento de problemas na percepção dos trabalhadores, gestores e usuários e construir coletivamente as soluções; disparar processos e apontar temas prioritários a serem aprofundados em fóruns, capacitações ou oficinas específicas; promover a participação popular na construção do SUS (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2006).

Embora os processos de trabalho tenham sido uma constante nas pautas das Rodas que ocorreram no interior das USF's de Vitória, a Educação em Saúde junto a população pouco foi discutida entre os participantes. Segundo Cardoso (2012), os principais temas versavam acerca do arranjo e aperfeiçoamento dos fluxos de trabalho e da prestação de serviços nas unidades de saúde. Visualizou-se uma preocupação excessiva em relação a estrutura organizacional dos serviços, mas pouco se refletiu acerca da efetividade do *modus operandi* dos trabalhadores da saúde.

Há no imaginário de muitos profissionais a concepção que para se realizar as atividades educativas não é necessário formação (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004). Imersos em uma lógica produtivista, a busca pela organização dos serviços torna-se um imperativo, onde o que vale mais é a quantidade de serviços disponibilizados, relegando a um plano secundário a maneira como estes processos se pautam no cotidiano.

Muitos assuntos levantados nas Rodas também exigiram maior aprofundamento, sendo incorporados na planilha de formações dos anos seguintes. A maioria das temáticas também contemplavam os princípios estruturantes dos serviços, como aqueles relativos à Política Nacional de Humanização, do SUS e, particularmente, da ESF (CARDOSO, 2012). Dessa forma, ainda que a proposta da gestão tenha sido de aproximação dos trabalhadores da USF's por intermédio dos facilitadores, o que se percebeu na prática foi a efetivação de projetos pré-concebidos pela secretaria, sem abertura a qualquer movimento ascendente, cuja origem estivesse na defesa dos direitos dos trabalhadores e usuários das USF's ou que nascesse de ideias germinadas nas tais "Rodas".

Além dos assuntos abordados pelas Rodas, a GFDS também elaborou anualmente a programação de formações da SEMUS. Entretanto, a maioria esteve relacionada a programas específicos ou processos de trabalho, não havendo formação específica para a realização de atividades educativas com os usuários (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010c).

Nesse sentido, Albuquerque e Stotz (2004) sinalizam que, embora os órgãos gestores apontem para o reconhecimento da importância das ações educativas nas USF's, pouco se observa na prática em termos de políticas específicas para as ações ou que visem a formação dos trabalhadores.

Logo, as práticas educativas que emanam do cotidiano das USF's, em suas diversas formas e destinos, advêm de iniciativas pessoais de grupos de trabalhadores, que ousam romper com a lógica produtivista do sistema vigente. Entretanto, muitos precisam conviver com a limitação técnica de suas formações pautadas na clínica individual, falta de apoio financeiro para realização das atividades educativas e pressões dos gestores locais, que relegam as atividades educativas ao segundo plano, uma vez que estas não compõem a lista dos indicadores pactuados, objeto real de suas preocupações à frente da gerência dos serviços de saúde.

Em meio às tensões que emanaram das Rodas, como os questionamentos e reivindicações em direção a gestão, além do próprio desgaste dos facilitadores, a gestão decretou o fim dos espaços de conversa no ano de 2008, com justificativa posta na necessidade de rever a efetividade destas ações (PINTO et al., 2010). Como sinaliza Foucault (2008a, p.89), “a liberdade dos trabalhadores não pode se tornar um perigo para a empresa e para a produção”. Ao evidenciar esses conflitos, que são próprios do cotidiano e envolvem disputa de poder, autonomia e controle entre os atores, os próprios facilitadores sinalizam que tal atitude ocorreu de modo precipitado e impositivo (PINTO et al., 2010).

Se durante a primeira gestão a GFDS, em sua concepção, “promoveu a revisão dos processos formativos/educativos a partir da constituição de espaços coletivos de discussão e de valorização da realidade local como ponto de partida para proposição de ações formativas” (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010c), o enfoque das ações formativas no segundo governo acenou para o desenvolvimento de estratégias que visassem a qualificação da gestão. Alguns cursos mereceram destaque como a Especialização em Gerenciamento das Unidades Básicas do SUS

– GERUS, a Especialização em Saúde da Família e o movimento de apoio institucional com a formação do Grupo de Apoiadores PAIDÉIA, estratégia esta que substituiu as Rodas de Educação Permanente em Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010c).

No que tange a Educação em Saúde, ainda que timidamente, vislumbrou-se a inserção de alguns cursos no calendário programático da SEMUS, que contemplaram a temática de modo mais específico. Particularmente, os anos de 2009 e 2010 destacaram-se em termos de proposições formativas em relação às ações educativas.

Além dos cursos de especialização, ressaltam-se as capacitações em Gestão dos Processos Educativos em Saúde, Formação Pedagógica para servidores que atuam em ações de Educação em Saúde em Consonância com a Política Nacional de Gestão Participativa (PARTICIPA SUS), Formação dos Ativadores da Mudança na Atenção Básica e Educação Popular em Saúde, sendo esta voltada a população (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2009; 2010c).

Cabe destacar a adesão do município de Vitória ao PARTICIPASUS neste mesmo ano. Isso proporcionou a arrecadação de recursos federais por intermédio do cumprimento das metas do pacto, entre elas, a “sensibilização e capacitação de diferentes atores para promoção da equidade em saúde, para o controle social e para a Educação em Saúde” (BRASIL, 2009, p. 29). Para além do recurso financeiro, o ato de vincular-se ao pacto pressupõe um maior comprometimento da gestão local. Espera-se, de fato, uma abertura ao diálogo com os atores sociais e respeito, frente à diversidade expressa nos diferentes modos de viver e adoecer dos sujeitos.

É importante considerar que, ainda que Educação em Saúde tenha sido pautada em algumas formações para os trabalhadores da SEMUS, sua execução ocorreu de maneira pontual. Além de não privilegiar a reflexão crítica dos trabalhadores, os cursos geralmente são formatados para atender temas ou desenvolver habilidades específicas. Ou seja: apoiam-se na transmissão de conteúdos fechados, por imposição do MS ou por determinados interesses da gestão municipal, que limitam a percepção dos trabalhadores acerca dos determinantes do processo saúde-doença e, conseqüentemente, sua capacidade de intervenção no cotidiano.

A realidade de um território de saúde é marcada pela sua dinâmica. Muitos cursos não encontram a ressonância nos serviços, pois devido as suas características, não conseguem a flexibilidade que é preciso para se obter efetividade frente às necessidades locais e atender os indicadores. Além disso, a falta de acompanhamento dos trabalhadores e de avaliação dos processos educativos após os cursos, aliados a lógica hegemônica da clínica individual que ainda impera nos serviços, contribuem decisivamente para a marginalização da Educação em Saúde no cotidiano.

Com a centralização da programação dos cursos na GDFS a partir de 2011 e posteriormente na ETSUS em 2012, observou-se novamente a redução das formações envolvendo o tema da Educação em Saúde. Dentre os fatores considerados na proposição das capacitações, destacaram-se:

- Os dados da pesquisa realizada pela NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ sobre a Estratégia de Saúde da Família em Vitória publicada em 2009;
- A análise das demandas de capacitação oriundas dos TCC's do GERUS;
- A análise dos indicadores de saúde do município;
- A análise de sobreposições de eventos nos mesmos períodos;
- A proximidade de temáticas, objetivos e público alvo;
- A adequação das propostas quanto à pertinência e modalidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2011, p.6).

Embora a política de formação dos trabalhadores de saúde da SEMUS, nas duas gestões em análise, estivesse embasada na construção de processos participativos, preocupados em atender as reais necessidades de saúde da população, observou-se na prática um enfoque amplamente voltado para a estrutura organizativa e seus programas de saúde.

Os cursos de formação, tanto na academia quanto nas secretarias de saúde, não tem priorizado o debate necessário acerca das dificuldades que envolvem uma “ação pedagógica voltada para a apuração do sentir, pensar e agir dos atores envolvidos nos problemas de saúde, de forma a se construir coletivamente as novas soluções sanitárias necessárias” (VASCONCELOS, 2004, p. 77).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os documentos oficiais elaborados pela SEMUS entre 2005 e 2012 admitiram que “a formação de trabalhadores para a saúde se destaca como peça fundamental para a elaboração e implementação de uma política de gestão do trabalho para o SUS” (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2005, p. 45).

Algumas modificações ocorreram com a estrutura administrativa responsável pela formação dos trabalhadores. Todavia, destaca-se que durante todo o período ela esteve diretamente subordinada ao secretário municipal; porém, apresentava um distanciamento dos trabalhadores das USF's, que geralmente foram coadjuvantes na construção dos processos formativos.

Embora a SEMUS tenha adotado os pressupostos da Educação Permanente em Saúde, como política de formação para os trabalhadores da saúde no município de Vitória em ambos os governos, sua apropriação pode evidenciar a defesa de determinados interesses das duas gestões. Ainda que esteja posta com o sentido de valorizar a reflexão crítica e apontar para a necessidade de transformação das práticas produzidas no cotidiano dos serviços, sua utilização se caracteriza como estratégia biopolítica de uso do poder.

A análise documental demonstrou que a secretaria disponibilizou uma vasta programação de cursos de formação para os trabalhadores da saúde ao longo do período em estudo, comparando as duas gestões administrativas municipais. Pelas temáticas apresentadas, percebeu-se a importância atribuída aos elementos que compõem a estrutura dos serviços, como os diversos programas de saúde e os fluxos de trabalho interno, sobretudo o acolhimento.

Neste contexto, a Educação Permanente em Saúde potencializa a força de trabalho dos profissionais de saúde, tornando-os mais aptos a alcançarem os indicadores pactuados pela secretaria. Como resultados, tem-se o reconhecimento da qualidade dos serviços prestados a população, através do olhar do gestor que mensura unicamente o cumprimento das metas e, conseqüentemente, vislumbra o aumento do repasse financeiro para o município.

Em se tratando da Educação em Saúde, poucas capacitações contemplaram especificamente o tema com os trabalhadores. Apenas na segunda gestão administrativa da cidade analisada, alguns cursos pautaram a questão. Além disso,

percebeu-se a falta de acompanhamento e avaliação das práticas desenvolvidas nas USF's após a conclusão das formações.

A Educação em Saúde, portanto, nas duas gestões administrativas, não foi tratada como uma tecnologia de produção do diálogo tanto com usuários, quanto com os trabalhadores da saúde. Metodologias pedagógicas de tratamento do tema não se constituíram como agenda e também não foram pautadas como assunto da formação de trabalhadores para a qualificação do SUS.

Entende-se que a Educação em Saúde, sendo uma estratégia de diálogo, mostra-se também como uma estratégia de resguardar valores universais para o avanço da democracia: a abertura política, a gestão dialogada e a ampliação do fluxo de informações entre trabalhadores e usuários do SUS.

Essa constatação revela o plano secundário no qual ainda estão inseridas as práticas educativas com a população nos serviços de saúde da SEMUS. A manutenção do modelo hegemônico, centrado na clínica individual, ainda se apresenta como uma prioridade na Atenção Básica. Sua estruturação está além dos muros das USF's e se revela em vários componentes do sistema, entre eles a política de formação dos trabalhadores.

Desse modo, para que as USF's possam de fato reorientar as ações na Atenção Básica, de modo a atender os pressupostos que sustentam as diretrizes e os princípios do SUS, há uma urgência em tornar a Educação em Saúde como uma prática dialógica nos serviços de saúde.

Para alcançar este objetivo, faz-se extremamente necessário repensar as trilhas que hoje conduzem a formação dos trabalhadores. É preciso romper, sobretudo, com a centralidade nas capacitações que visam unicamente a formação pontual do trabalhador, ocupadas em apresentar-lhe uma fração do processo de trabalho em saúde e orientada pela imposição de "fôrmas" que engessam o desenvolvimento das práticas de saúde.

Logo, aproximar os técnicos da gerência de formação e os trabalhadores, e tornar hábito o diálogo entre eles é um desafio a ser superado durante a construção de processos formativos que estejam comprometidos com o direito a saúde, a cidadania e a autonomia dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C. de; STOTZ, E. N.. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 15, Ago. 2004.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.

BESSEN, C. B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 1, abr. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento Para o SUS. **Caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. **Oficina Nacional de Educação em Saúde nos Serviços do SUS: Síntese do Relatório**. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 6. ed. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.

BAUER, M. W. Análise de Conteúdo Clássica: uma revisão. In. Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som. BAUER, M. W.; GASKELL, G. (orgs.) Petrópolis: Vozes, 2002.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Residência integrada em saúde: uma resposta à formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A., organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRAS-CO; 2003.

CARDOSO, I. M. “Rodas de educação permanente” na atenção básica de saúde: analisando contribuições. **Saúde soc.**, São Paulo, 2012.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France, ano 1975-1976. São Paulo: Martins Fontes, 2002. (Coleção tópicos).

_____. **O Nascimento da Biopolítica**: curso no Collège de France, ano 1977-1978. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. **Segurança, Território, População**: curso no Collège de France, ano 1977-1978. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental. In: **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, M. de F. A. S. et al. Integralidade, Formação de Saúde, Educação em Saúde e as Propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. V. 12, n. 2, Abr. 2007.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MINAYO, M. C. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em saúde; 9 ed. revista e aprimorada – São Paulo: Hucitec, 2006.

OLIVEIRA, D.C. ANÁLISE DE CONTEÚDO TEMÁTICO-CATEGORIAL: uma proposta de sistematização In: **Rev. Enfermagem**, UERJ, Rio de Janeiro, 16(4):569-76, out/dez, 2008.

PEDROSA, J. I. dos S. Educação Popular, Saúde, institucionalização: temas para debate. **Interface**. Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 137/8-138, 2001.

PINTO, E. E. P. et al. Desdobramentos da Educação Permanente em Saúde no Município de Vitória, Espírito Santo. **Revista Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 77-96, mar/jun 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. Secretaria de Saúde. **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2006-2009**. Vitória, 2005. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_plano_2006_2009.pdf>. Acessado em: 11 de julho de 2011.

_____. Secretaria de Saúde. **RELATÓRIO DE GESTÃO 2006**. Vitória, 2007. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_relator_gestao_2006.pdf>. Acessado em: 11 de julho de 2011.

_____. Secretaria de Saúde. **Catálogo de Cursos e Eventos**. Vitória, 2009.

_____. Secretaria de Saúde. **Catálogo de Cursos e Eventos**. Vitória, 2010a.

_____. Secretaria de Saúde. Decreto nº 14.919, de 13 de dezembro de 2010. **Diário Oficial [da] Prefeitura Municipal de Vitória**. Vitória, 2010b.

_____. Secretaria de Saúde. **RELATÓRIO DE GESTÃO 2009**. Vitória, 2010c. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_relator_gestao_2009.pdf>. Acessado em: 11 de julho de 2011.

_____. Secretaria de Saúde. **Catálogo de Cursos e Eventos**. Vitória, 2011.

REVEL, J. **Nas origens do biopolítico: de Vigiar e Punir ao pensamento da atualidade**. In.: GONDRA, J., KOHAN, W. Foucault 80 anos. Belo Horizonte: Autêntica, 2006, p. 61-62.

SANTIN, G.; HILLESHEIM, B. Governo de trabalhadores de saúde: uma análise da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. In: 16º Encontro Nacional de Psicologia Social da ABRAPSO, 2011, Recife. 16º Encontro Nacional de Psicologia Social da ABRAPSO. Recife: Abrapso, 2011. v. 1. p. 8-8.

SCHALL, V. T., STUCHINER, M. Editorial: Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15(2), p. 4-5, 1999.

SILVA, C. M. da C., et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Ago. 2010.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

3.4 QUARTO ARTIGO - DESAFIOS E PERSPECTIVAS SOBRE O DEBATE DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA-ES

RESUMO

Este estudo objetivou verificar se o tema Educação em Saúde está posto nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Vitória-ES e quais as principais concepções que caracterizam essas ações, no período entre 2005 e 2012. A análise documental foi realizada nos Planos Municipais de Saúde, nos Relatórios de Gestão e nas 139 atas produzidas pelo Conselho Municipal de Saúde. Os resultados evidenciaram que embora a Secretaria Municipal de Saúde tenha orientado sua política tendo como base os pilares da democracia e da participação, esta se restringiu ao Conselho Municipal de Saúde, pouco se aproximando das demais formas de controle social. O tema Educação em Saúde apareceu de maneira pontual nas reuniões do Conselho de Saúde, sem aprofundamento do debate. Sua frequência manteve-se ao longo dos 08 anos em análise, geralmente concebido pelo modelo tradicional hegemônico das práticas educativas, caracterizadas pela verticalização, configurando-se em estratégia de Estado para vigilância da população. A Educação Popular em Saúde foi mencionada somente no segundo governo, mas também não veio acompanhado pelo debate acerca da redefinição das práticas educativas. Sinaliza-se para a necessidade de reconhecer as diferentes formas de participação e controle social no município de Vitória. Além disso, é preciso ampliar o debate acerca do modelo dialógico da Educação em Saúde, referenciado pelos pressupostos da Educação Popular, de modo a promover um sistema mais justo, equânime, participativo e em sintonia com as reais necessidades da população.

Descritores: Educação em Saúde, Participação Social, Conselho de Saúde.

INTRODUÇÃO

Os conselhos de saúde se configuram em um dos principais mecanismos de participação institucionalizada do Sistema Único de Saúde (SUS) (CÔRTEZ, 2010). Sua dinâmica representativa envolve diversos atores e traz para a agenda de debates, temas importantes que afetam as relações entre o Estado e a Sociedade, como é o caso da Educação em Saúde produzida nos serviços.

Desse modo, esse estudo tem por objetivo analisar a relação entre a Educação em Saúde e a Política de Participação e Controle Social promovida na cidade de Vitória-

ES, no período compreendido entre 2005 a 2012. O foco da pesquisa dirige-se a frequência na qual as práticas educativas são discutidas nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, sua forma de apresentação e as principais concepções que caracterizam a práxis dessas ações.

Embora esteja posto que a Educação em Saúde no âmbito dos serviços seja essencial para a melhoria da saúde individual e coletiva, nem sempre suas práticas são conduzidas de maneira satisfatória. Isso porque há uma diversidade de objetivos e metodologias que são postas no cotidiano, e muitas não favorecem a promoção de uma ação compartilhada de saberes, calcada no diálogo (BRASIL, 2008).

Vários estudos (ALBUQUERQUE, STOTZ, 2004; ALVES, 2005; BESEN et. al., 2007; SILVA, et. al. 2010) vêm apontando a fragilidade destas ações, em parte pelo descaso que as instituições do SUS vêm tratando o tema. Assim, a postura política contida nestas concepções revelam determinados interesses e incidem sobre os diferentes arranjos de poder que envolvem o homem e a sociedade (SCHALL, STRUCHINER, 1999).

Em virtude do seu caráter polissêmico, compreende-se a Educação em Saúde como um conjunto de saberes e práticas diversas, que se estabelecem no encontro entre os trabalhadores da saúde e a população, sejam no âmbito individual ou coletivo. Esta interação pode ocorrer tanto no interior dos serviços quanto na comunidade, de maneira formal ou não, cujo propósito visa um modelo dialógico “que favorece o reconhecimento dos usuários como sujeitos portadores de saberes sobre o processo saúde-doença-cuidado e de condições concretas de vida” (ALVES, 2005, p.50).

Nesse sentido, o esforço de tornar a Educação em Saúde uma prática central para o processo de produção de saúde, entendida como estratégia mediante o processo de construção da autonomia dos sujeitos e coletividades, passa pela necessidade de politização da sociedade brasileira, sobretudo no que tange ao debate acerca da importância da Participação Social na saúde.

Ao longo do século XX, entretanto, as práticas educativas foram conduzidas pelo Estado com o objetivo central de atender os interesses políticos e econômicos das elites. Até a década de 70, essas ações eram orientadas pela unilateralidade, ou seja, pautavam-se pela imposição de normas, sem exercer qualquer atitude crítica acerca do contexto sociopolítico (VASCONCELOS, 1999).

Contrariando o regime repressor instalado no período, começaram a surgir novas experiências de Educação em Saúde justamente durante o governo militar, cuja lógica orientadora era inversa a das práticas hegemônicas. Esse novo método recebeu a influência da obra de Paulo Freire e deu origem a Educação Popular em Saúde, que ganhou força com o Movimento Sanitário (VASCONCELOS, 1999).

A Carta de Ottawa lançada em 1986 considerou a Educação em Saúde como uma das estratégias básicas para a Promoção da Saúde em sua proposta teórica e política. Destaca em sua diretriz a necessidade de realizar uma prática desvinculada da doença e que tenha um **caráter participativo**, construtivista e transversal (BRASIL, 2008, grifo nosso).

A criação do SUS no Brasil se deu a partir dos pilares democráticos da universalidade, equidade e da integralidade. Dessa forma fez-se necessário a reorientação do modelo assistencial vigente, que primava pela dicotomia entre assistência e prevenção (ALVES, 2005).

Ao começar a ser produzida por esta nova tendência, a Educação em Saúde passa a ser apontada como uma importante estratégia de mudança na sociedade. Contribuiu para fermentar as lutas sociais, não apenas para defender questões relativas às condições estritas de saúde, mas também para proporcionar a garantia de um debate amplo acerca do respeito à conquista da cidadania, de modo a observar todos os fatores que impactam diretamente na vida dos indivíduos como, entre outros, moradia, cultura, lazer, trabalho e educação (PEDROSA, 2001).

Para que esta realidade se torne possível, a participação da comunidade adquire fundamental importância. Definida na Lei nº 8.142/90, essa diretriz tem tido papel relevante na luta pela efetivação do SUS, pois adquire um sentido de participação política. Exemplo disso refere-se às decisões tomadas pelos conselhos municipais sobre a política de saúde (OLIVEIRA, PINHEIRO, 2010).

Os Conselhos de Saúde são espaços deliberativos que compõem o arcabouço da máquina político-institucional do SUS, configurando uma importante inovação do processo de democratização das decisões setoriais (LABRA, 2006). Todavia, sua prática concreta é marcada por um processo paradoxal, que mescla conquista e imposição. Tal situação ocorre, pois, embora tenham sido legalmente estabelecidos a partir de um processo de luta política, muitos conselhos municipais de saúde são

instituídos meramente como obrigação legal ou iniciativas isoladas de alguns gestores (OLIVEIRA, PINHEIRO, 2010).

Nesse sentido, o texto discorre sobre as características que envolvem o debate acerca da Educação em Saúde, que ocorre nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Vitória-ES - espaço este entendido como instância institucionalizada da participação e do controle social em saúde (ESCOREL, MOREIRA, 2010).

PERCURSO METODOLÓGICO

O campo da Educação em Saúde tem fundado suas bases de produção de conhecimento por intermédio de metodologias qualitativas. Os grandes debates teóricos que embasam os mais diversos modos de se operacionalizar essas práticas são frutos de análises qualitativas (ALBUQUERQUE, STOTZ, 2004).

Segundo Minayo (2006), tal método

se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Este estudo teve como cenário a cidade de Vitória-ES, cuja organização compreende 06 Regiões de Saúde, onde estão inseridas 28 unidades de saúde. Além disso, a rede de saúde conta ainda com 10 Centros de Referências, 02 Pronto Atendimentos, 01 Laboratório Central Municipal, Serviço de Vigilância Sanitária e Orientação ao Exercício (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010).

A técnica empregada para a coleta de dados foi a pesquisa documental. Tal escolha parte da premissa que ela “permite identificar informações factuais nos documentos a partir de questões ou hipóteses de interesse” (LÜDKE, ANDRÉ, 1986, p.38). Além disso, torna-se possível fazer inferências sobre questões específicas acerca de determinados problemas de pesquisa.

Uma minuciosa investigação foi realizada nos Planos Municipais de Saúde 2006-2009 e 2010-2013, nos Relatórios de Gestão dos anos de 2006, 2007, 2008, 2009 e nas 139 atas produzidas entre 2005 e 2012 pelo Conselho Municipal de Saúde, referentes a 91 reuniões ordinárias e 48 oriundas de reuniões extraordinárias.

Estes documentos são compreendidos como relevantes para a Educação em Saúde de Vitória já que foram elaborados pela própria secretaria municipal de saúde e discorrem sobre seus planos e metas, bem como suas realizações e dificuldades. Em relação às atas produzidas pelo conselho, particularmente, são consideradas como fontes passíveis de investigação acerca das concepções dos conselheiros municipais sobre as práticas educativas em saúde.

Embora estivessem resumidas, as atas das reuniões do Conselho de Saúde analisadas apresentaram boa organização em sua estrutura. Os pontos de pauta estavam separados dos informes e os autores das principais falas estavam identificados. Cabe ressaltar que não houve qualquer constrangimento ou dificuldade de acesso ao material e que as atas mais recentes estão disponíveis por meio eletrônico na internet.

A escolha do período justificou-se pelo interesse em compreender o modo como as práticas de Educação em Saúde foram pautadas nos debates do conselho municipal de saúde de Vitória-ES, em duas gestões consecutivas de governos com ordenação de centro-esquerda, que possuem como uma de suas prerrogativas a participação popular. O primeiro governo (2005-2008) foi conduzido pela coligação Movimento Vitória de todas as Cores, formada pelos partidos PT/PSB/PDT/PC do B/PHS/PAN/PV. Já o segundo (2009-2012) temos a coligação Todos Por Vitória, formado pelo PT/PMDB.

Durante o processo de pré-análise, as atas do conselho municipal de saúde foram lidas e a exploração do material ocorreu através da busca do termo evocador “educ”². Na primeira etapa, os trechos que continham o termo foram categorizados e computados.

² Este termo refere-se ao sufixo educ e encontra-se escrito em linguagem digital. Uma vez que os documentos pesquisados se encontram disponibilizados em formato digitalizado, esta busca foi feita pelo campo “localizar” presente na barra de ferramentas de todo arquivo em formato PDF ou WORD.

A fim de identificar os temas, as relações e as contradições pertinentes ao entendimento das práticas de Educação em Saúde, a presente pesquisa procedeu à análise qualitativa dos dados. Desse modo, como estratégia metodológica será utilizada a Análise de Conteúdo, definida por Bardin (2011, p.42) como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Este método permite encontrar significados profundos presentes no campo das comunicações, subjacentes à superfície da mensagem emitida (OLIVEIRA, 2008), ou ainda, “produzir inferências de um texto para seu contexto social de maneira objetivada” (BAUER, 2002, p.191).

A construção das categorias respeitou as diretrizes metodológicas da Análise de Conteúdo temático, uma vez que este é o método de análise geralmente utilizado para pesquisas documentais (LÜDKE; ANDRÉ, 1986; BARDIN, 2011). Sua formulação se deu com base nos sentidos presentes nas frases ou parágrafos, onde estavam inseridos cada termo evocador.

As categorias foram postas em análise a partir das premissas trazidas por Foucault em sua obra. Assim, o biopoder, que discorre sobre a concepção de um poder que se constitui na articulação entre a tecnologia disciplinar, aplicada sobre os corpos dos indivíduos, e a biopolítica, dirigida à regulamentação da população, como poder de gestão e maximização da vida trazem reflexões extremamente relevantes para a Educação em Saúde (FOUCAULT, 2002).

No que concerne aos procedimentos éticos, a presente pesquisa foi aprovada com nº 315/11 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, pela Coordenação de Pesquisas da Prefeitura de Vitória e pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS).

A fim de sistematizar a crítica aos dados desta pesquisa, se estruturou três categorias de análise que serão detalhadas a seguir, a saber: A Política de Participação e Controle Social da SEMUS, Educação em Saúde como recurso para

vigilância da população e, por fim, Educação Popular em Saúde na Gestão Municipal: estratégia de gestão participativa ou nova forma de controle?

A POLÍTICA MUNICIPAL DE PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

Os documentos oficiais analisados evidenciaram a opção por uma gestão participativa e democrática em ambos os governos, diferentemente dos modelos liberais anteriores. Especificamente nos Planos Municipais de Saúde, formulados no primeiro ano de cada administração, e nos Relatórios de Gestão, produzidos anualmente, a Participação Cidadã e o Controle Social estão elencados entre os valores que orientam e servem de sustentação à Política Municipal de Saúde.

A estratégia de gestão definida nesta administração é de um planejamento democrático e participativo, colegiado, sistemático e contínuo, integrado, baseado na intersectorialidade e na participação popular, partindo-se da democratização interna, no âmbito da Prefeitura e externa, da sociedade civil e movimentos organizados (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2005, p.7).

A aposta em tal estratégia mostra-se coerente com o processo que conduziu a construção da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (PARTICIPASUS). A origem dessa política teve como alguns de seus pilares as deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde, o Plano Nacional de Saúde e as orientações do Conselho Nacional de Saúde, além dos dispositivos constitucionais e legais que regulamentam o SUS (BRASIL, 2009).

O PARTICIPASUS engloba o:

conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando maior eficiência, eficácia e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao **controle social, à educação popular, à mobilização social**, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2008, p. 15, grifo nosso).

Intimamente atrelada à concepção de gestão participativa, a Educação em Saúde é destacada pela Política Nacional de Participação Social, o PARTICIPASUS, que adverte para o compromisso ético e institucional em prol do resgate da prática educativa como produtora de qualidade de vida. Manifesta-se em todos os atos de

promoção, proteção, cuidado e recuperação da saúde, presente desde o cuidado básico ao mais complexo e contempla as dimensões do indivíduo, dos grupos e das comunidades (BRASIL, 2008).

Logo, essa postura inclina-se a adoção de uma relação dialógica com a comunidade, comprometida com a cidadania e empenhada com a construção de projetos de vida. A concepção de prática educativa não mais deve ancorar-se na ação normativa e vertical centrada no saber técnico. De modo contrário, deve comprometer-se com a autonomia dos sujeitos e a transformação da realidade.

Na dimensão mais geral, a Educação em Saúde se expressa nas relações sociais como amalgamadora da interação entre os indivíduos, quando da adesão à propostas libertadoras como democracia, participação e direitos de cidadania. É nesta sociedade globalizada que emergem novas referências tais como a solidariedade, o acesso às oportunidades e o direito de ser diferente.

Na dimensão particular das políticas de saúde em cada contexto, a proposta de Educação em Saúde incorpora princípios como intersetorialidade, equidade, **participação e controle social**, onde suas especificidades decorrem de sua acepção enquanto educação para a cidadania, ou seja, a instrumentalização da sociedade para participar de intervenções na realidade, buscando a qualidade de vida (BRASIL, 2008, grifo nosso).

Os esforços empreendidos em direção à Participação Cidadã e ao Controle Social são direcionados quase exclusivamente a sua forma institucionalizada, ou seja, aos Conselhos de Saúde, cuja composição, organização interna, normas de funcionamento e atribuições, foram determinadas pela Lei Municipal nº 6.606/06 e pelo Decreto nº 12.325, de 29 de junho de 2006 (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010c).

O Sistema Público Municipal de Saúde estará aberto ao controle da cidadania, representada nos Conselhos de Saúde. Grande prioridade será dada ao fortalecimento do Conselho Municipal e Locais de Saúde, mas envolverá outras ações: a instituição dos Fóruns Regionais de Saúde; o desenvolvimento da ouvidoria de saúde, a colaboração com o Ministério Público para facilitar o exercício de sua função de garantia da relevância pública das ações e serviços de saúde; a oferta, através do Polo de Capacitação Permanente, de um programa de educação continuada dos conselheiros de saúde locais e municipais (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2005).

Essa postura contradiz o que está posto na estratégia de gestão, uma vez que as formas não-institucionalizadas de participação, como os movimentos populares, as organizações não-governamentais e as reuniões com a comunidade, são pouco valorizadas ou, até mesmo, desqualificadas pela maneira como ocorrem.

Tanto nos documentos oficiais quanto na prática, o que se apresenta é uma espécie de modelo a seguir destinado àqueles que querem contribuir com o setor saúde. Todavia, espera-se que todas as práticas que não obedeçam a “formalidade” do funcionamento dos conselhos de saúde, não sejam reconhecidos como mecanismos legítimos de participação. De modo contrário, podem inclusive ser interpretadas como manifestações sem propósito, perturbadoras da harmonia e do funcionamento dos serviços de saúde.

Conforme salienta Foucault (2008a) a perspectiva de se promover a liberdade é própria do liberalismo, ainda que não a aceite. Na medida em que ele fabrica essa liberdade, ocupa-se em manipula-la a cada instante em nome da segurança da população, garantindo assim a manutenção dos seus interesses. Logo, os conselhos de saúde simbolizam a materialização dessa liberdade relativa a participação no Sistema de Saúde e estão ligados diretamente a estrutura hierárquica das Secretarias Municipais. É justamente esse jogo de liberdade e segurança que se apresenta no reconhecimento dessa forma de participação. Ou seja, aquilo que é passível de controle pelo governo é reconhecido, mas as demais formas de manifestação não são valorizadas.

Esse cerceamento e/ou limitação da Participação Cidadã e do Controle Social refletem diretamente sobre as práticas educativas desenvolvidas no SUS. O apoio aos movimentos sociais que se organizam e lutam pelo direito a saúde praticamente inexistente por parte dos serviços de saúde. Uma Educação em Saúde alicerçada pelos valores da Reforma Sanitária precisa estar comprometida com a formação política, quer no âmbito local ou municipal. Entretanto, o que se percebe nos conselhos de saúde é o predomínio do caráter fiscalizador desta instância, sobre a pedagogia cidadã da participação (ESCOREL, MOREIRA, 2010).

Isto é, um espaço que deveria ser referência para a democracia deliberativa, vem cada vez mais se impregnando da estrutura rígida e morosa que é a máquina burocrática.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO RECURSO PARA VIGILÂNCIA DA POPULAÇÃO

Ao longo da análise das atas do Conselho Municipal de Saúde, o termo Educação em Saúde foi mencionado em diversas vezes (TABELA 1), merecendo destaque o ano de 2010, no qual o assunto foi citado mais vezes devido aos convites recebidos pelo conselho para a participação de eventos relativos ao tema.

Entretanto, por se tratar de um conceito polissêmico, há que se considerar o sentido que lhe é atribuído pelos presentes e o lugar em que o mesmo ocupa na pauta de reuniões. Nesse sentido, observa-se que a maioria das menções ao termo Educação em Saúde identificada no texto, fazia alusão ao chamado modelo tradicional da Educação em Saúde (ALVES, 2005).

Esse modo de compreender a *práxis* educativa ancora-se no referencial biologicista, que possui o foco na doença e na intervenção curativista. Caracteriza-se pela normativa das ações e pela transmissão vertical das informações, onde o saber técnico sobrepõe-se aos saber popular (VASCONCELOS, 2004). Além disso, traz o pressuposto de que a prevenção das doenças deriva da mudança de atitude e dos comportamentos individuais (SMEKE, OLIVEIRA, 2001).

TABELA 2 – NÚMERO DE ATAS DAS REUNIÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE E CITAÇÕES DO TERMO EDUCAÇÃO EM SAÚDE ENTRE 2005 E 2012.

ANO	ORDINÁRIAS		EXTRAORDINÁRIAS	
	Nº DE ATAS	Nº DE CITAÇÕES	Nº DE ATAS	Nº DE CITAÇÕES
2005	10	2	7	0
2006	12	0	6	2
2007	12	1	6	0
2008	12	1	4	1
2009	12	2	4	2
2010	11	7	7	1
2011	12	2	9	1
2012	10	6	5	2
TOTAL	91	21	48	8

Esse modelo de ação educativa vai ao encontro daquilo que Foucault (2008b) convencionou chamar de normalização disciplinar. O mecanismo consiste em colocar um modelo ótimo, cujo arcabouço é estruturado em função de certo resultado. Logo, “procura tomar as pessoas, os gestos, os atos, conforme a esse modelo, sendo normal precisamente quem é capaz de se conformar a essa norma e o anormal quem não é capaz” (FOUCAULT, 2008b, pg. 75).

O conselheiro (...) lembrou que é importante a educação da comunidade para criação de bons hábitos (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA, 2010d)

Apresentou a proposta dos indicadores para os anos de 2010-2011 (...) realizar atividade educativa sobre a temática nutricional com relação ao consumo de sódio, açúcar, gordura, para o setor produtivo e população – a meta para 2010-2011 é desenvolver um programa de educação sanitária (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA, 2010a).

Essa concepção hegemônica de Educação em Saúde esteve presente desde o início da 1ª gestão, mantendo sua frequência ao longo dos dois governos. Surge geralmente como pauta nas reuniões, tanto das ordinárias quanto das extraordinárias. Entretanto, embora sua importância seja ressaltada, sua menção ocorre pontualmente, com pouco conteúdo e sem qualquer debate ou reflexão acerca de sua operacionalização.

Outra questão pertinente diz respeito ao atrelamento das ações educativas aos programas de saúde e/ou agravos específicos. São comuns algumas falas como:

Disse que estão implementando as ações de Educação em Saúde sobre a tuberculose nas Unidades de Saúde” (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA, 2009b)

A conselheira (...) acredita que as ações educativas são de grande importância para a população na prevenção da dengue” (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA, 2009a)

Falou que o Plano de Ações e Metas para DST/AIDS está dividido em 3 eixos temáticos: Promoção; Diagnóstico, Tratamento e Assistência; Gestão e Desenvolvimento Humano e Institucional. No ponto de promoção destacam-se: **elaboração de material gráfico educativo para três populações** (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA, 2008a, grifo nosso).

Embora as ações do Ministério da Saúde para a Atenção Básica preconizem, entre outros, a Participação Popular, o Controle Social e o reconhecimento da saúde como direito de cidadania, torna-se evidente a perpetuação de práticas assistencialistas,

compartimentalizadas e medicalizantes nos serviços de saúde. Conforme adverte Albuquerque e Stotz (2004), essas atividades de Educação em Saúde são geralmente realizadas, conforme o programa da ocasião ou a epidemia em curso no momento. Logo, não há uma preocupação com a continuidade das ações, tampouco com a integralidade dos processos.

Outra questão que cabe ressaltar, é que grande parte das ações propostas para a Educação em Saúde possuem como cenário de desenvolvimento o ambiente escolar, como nos é evidenciado nos seguintes trechos

O conselheiro (...) falou da importância da Educação em Saúde ensinada nas escolas e veiculada na mídia (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA, 2010b),

A Dra. (...) apresentou dados epidemiológicos relativos à AIDS no município de Vitória. Em sua apresentação falou que na área de promoção à saúde é proposto a produção de material informativo para a população, além de palestras educativas na rede educacional do município (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA, 2007).

Como contrapartida estabeleceu-se a participação gratuita de todos os profissionais de Odontologia dos quadros da SEMUS/PMV, quer sejam, Cirurgiões Dentistas, Atendentes de Consultório Dentário, Técnicas de Higiene Dental e Agentes Comunitários de Saúde. Além disso atividades educativas e recreativas sobre saúde bucal serão sistematicamente realizadas com alunos da Rede Municipal de Educação (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA, 2006).

(...) as propostas para o programa (Saúde Escolar) são: (...) ações de promoção da saúde e prevenção de doenças: educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva, cultura da paz e prevenção das DST/AIDS, uso indevido de drogas e violências (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA, 2008b).

Em relação ao privilégio da infância e da medicalização da família, Foucault (1979, p.199) afirma que "não se trata, apenas, de produzir um melhor número de crianças, mas de gerir convenientemente esta época da vida". Percebe-se na análise dos documentos, que a escola continua sendo considerada como o espaço da educação por excelência, ou seja, o local onde se normatiza a infância, com o objetivo de viabilizar as condições necessárias para garantir a sobrevivência das crianças, a fim de que o seu desenvolvimento se torne útil para a sociedade.

Ao contrário do discurso pautado no respeito a cidadania e no desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, essa concepção de educação formal, ou seja, gerida no ambiente escolar e que almeja reger o modo de ser e viver dos indivíduos, adquire contornos de vigilância. Ao se propor a disciplinar os corpos, coloca-os diante a

conformidade da regra e submetem-nos "a uma perpétua pirâmide de olhares" (FOUCAULT, 1979, p. 62).

A administração municipal espera reproduzir práticas de Educação em Saúde dentro do ambiente escolar, reforçando que a relação ensino-aprendizagem se dá, por excelência, nos espaços formais e instituídos da educação. A escola passa assim a representar, o *lôcus* do ensino em saúde. Daí, então, que as práticas esperadas pelo município também se balizam por uma experiência professoral, pautada na transmissão de conhecimentos considerados "corretos", destinados a crianças que deverão "aprender" e consumir o discurso da saúde de forma normativa.

Desse modo, a Educação em Saúde segue impregnada por sua concepção tradicional, sendo estrategicamente utilizada como mecanismo de controle da sociedade. Torna-se, sobretudo, endereçada às populações mais pobres, com o objetivo de garantir manutenção da força de trabalho e a proteção contra os perigos gerais causados, interesse último das classes políticas e econômicas mais abastadas.

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NA GESTÃO MUNICIPAL: ESTRATÉGIA DE GESTÃO PARTICIPATIVA OU NOVA FORMA DE CONTROLE?

Mesmo com a orientação do Ministério da Saúde de fortalecer os processos que envolvem o desenvolvimento do Controle Social e das práticas de Educação em Saúde em perspectiva dialógica nos serviços, por intermédio da criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa em 2005, embasada pelos pressupostos da Educação Popular, a SEMUS não pautou esta questão ao longo da primeira gestão em análise.

Embora a maioria das menções relativas a Educação em Saúde, presentes nas atas ordinárias e extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde, façam alusão a ações pontuais e direcionadas a programas e/ou agravos específicos, constatou-se a presença de algumas inserções da temática da Educação Popular em Saúde a partir de 2009, ano de início da segunda gestão.

Segundo Vasconcelos (2004), a Educação Popular tem por finalidade trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, de modo a desenvolver estratégias coletivas de aprendizado e investigação, cujo objetivo seria promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. Configura-se, portanto, em uma maneira de construção da participação popular no redirecionamento da vida social.

Inicialmente, o tema Educação Popular em Saúde figurou na pauta de uma reunião extraordinária por intermédio de um convite recebido pelo Conselho Municipal de Saúde, solicitando o envio de representantes para um congresso, onde o assunto seria discutido.

O Secretário Executivo informou que o Conselho Municipal de Saúde recebeu um convite para participar do 8º Congresso Nacional da Rede Unida entre os dias 6 e 9 de maio. A SEMUS participará com um representante da gestão. Falou que a temática é educação, trabalho e cidadania. Uma das discussões centrais é o debate sobre educação popular. Falou da importância de discutir a implantação da Educação Popular pela Secretaria Municipal de Saúde. Sugeriu um membro para participar do congresso para se apropriar desta discussão e que no retorno possa começar a discutir ações para a política de Educação Popular (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA, 2009a).

Posteriormente, voltou a ser mencionada em duas ocasiões no ano de 2010. Em ambas as oportunidades, o tema novamente é colocado em pauta mediante o recebimento de convites para a participação em eventos, a saber: o Encontro Regional de Educação Popular em Saúde e o III Encontro Nacional da Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde (ANEPS). Nesse sentido, tal qual a representação do Conselho Municipal nos eventos, o repasse das informações dos congressos ao Conselho Municipal também é de fundamental importância. No entanto, quando ocorre, é de modo muito frágil.

O plano de Governo da segunda gestão se comprometeu em “promover espaços de participação e articulação dos profissionais com os movimentos de Educação Popular em Saúde” (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2009, p.100). Mesmo assim o que se constatou através das atas do Conselho Municipal foram apenas menções pontuais ao termo, que não alcançaram a profundidade necessária. Sem debater a questão com maior amplitude, despreza-se a oportunidade de refletir sobre o reconhecimento, a importância e, sobretudo, o desenvolvimento de práticas

educativas orientadas pelos princípios da Educação Popular em Saúde, desvirtuando seu sentido.

A aposta teórica e prática da Educação Popular visa superar o próprio setor saúde ao propor a formação crítica dos representantes da sociedade civil de caráter popular. Isso se daria no sentido de ampliar a consciência e compreensão das condições de vida, bem como as relações existentes com a saúde, configurando-se em esteio para os movimentos e lutas em defesa da qualidade de vida, cidadania e controle social (VALLA, STOTZ, 1993).

Passados dois anos sem citação nas atas das reuniões do conselho municipal de Vitória, o tema Educação Popular em Saúde é retomado em 2012 em algumas oportunidades. Primeiramente, surge como tema do ciclo de palestras promovido pela Escola Técnica do SUS (ETSUS), que convida os conselheiros municipais para o evento. Logo após, surge o convite e a indicação dos membros do conselho para o Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde (ENEPS), cujo tema era “Educação popular como estratégia de controle social no SUS”. Durante o repasse do evento na reunião seguinte, os representantes afirmaram que o ENEPS “foi muito rico e permitiu a convivência com parteiras, umbandistas, benzedeiras, ou seja, uma riqueza de Brasil” (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2012b).

Ainda que timidamente e aproximando-se do final do mandato da gestão 2009-2012, o Conselho Municipal de Saúde

sugeriu a constituição de um comitê estadual de educação popular sediado e mantido pelo Conselho Municipal de Saúde de Vitória. A intenção é organizar e ter um espaço de diálogo e discussão sobre todas as iniciativas de Educação Popular em Saúde no município. A ideia é que o comitê organize essas atividades e amplie esse movimento. O presidente sugeriu a realização do encontro municipal de Educação Popular em dezembro, onde poderia ser criado o comitê (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA, 2012a).

Nesse processo que conduziu a realização do I Encontro de Educação Popular em Saúde de Vitória, algumas inquietações figuram como objeto de reflexão: Por que fomentar um encontro desta natureza apenas no final da gestão, ainda que o tema estivesse pautado desde o início no Plano Municipal de Saúde? Qual a motivação do Conselho Municipal de Saúde em propor um evento que não constava em sua programação anual, e que ocorreu de maneira tão rápida entre sua concepção e

realização? Como este comitê poderá ser de fato um espaço de diálogo, troca de experiência, respeito a cultura popular e de gestão participativa se, diferentemente de outras experiências do país ele não é concebido nos movimentos populares de saúde, mas já nasce institucionalizado, ou seja, está ligado aos interesses da máquina administrativa? Como ampliar o debate sobre a Educação Popular para além do comitê, de modo a envolver todos os trabalhadores dos serviços de saúde da SEMUS?

Torna-se evidente, portanto, que não se trata apenas de tornar a Educação Popular em Saúde uma realidade na capital capixaba. Para que se torne de fato uma estratégia de gestão participativa (PEDROSA, 2008), é preciso, anteriormente, ter o zelo necessário de apresentar a lógica de seus pressupostos, tanto para os conselheiros de saúde quanto para os trabalhadores, gestores, instituições de ensino e, sobretudo, para a população.

Vale ressaltar que, historicamente, esse modo de desenvolver as práticas educativas não possui o mesmo reconhecimento e a mesma força no município de Vitória, como acontece em outras cidades e estados do país. Mesmo que se conheça diversas experiências sendo desenvolvidas no estado do Espírito Santo, mas que recebem a denominação de Educação Popular.

Outra análise que se faz refere-se a um olhar simples sobre a organização do processo de trabalho que tornou a Educação em Saúde como uma ação de “vigilância” no período de 2005 a 2012. Isto provoca a pensar que uma vez qualificada como tal pela SEMUS seria tratada como uma ação a ser mensurada por indicadores estatísticos: índices, metas, número de ações, entre outros. Do ponto de vista no qual se entende a Educação em Saúde como uma prática dialógica, é possível inferir que a ação deverá ser cobrada como um número (ou indicador) e não por meio de uma perspectiva que vise o encontro de pessoas, suas histórias e experiências. Quando a Educação em Saúde se torna um indicador a ser perseguido pela vigilância, retiram a perspectiva dialógica e qualitativa da ação e inserem a perspectiva numérica e quantitativa das metas a serem alcançadas pela administração municipal.

Este deslocamento proposto na organização do trabalho da SEMUS irá implicar diretamente o debate no Conselho de Saúde. Uma vez que a Educação em Saúde se torne uma ação “de vigilância”, o conselho deverá se posicionar sobre ela com o

papel fiscalizador, esvaziando, ainda mais, o caráter político de discussão e debate sobre as práticas político-pedagógicas de Educação em Saúde com caráter de Educação Popular.

A estratégia de deslocar a Educação em Saúde para uma área organizacional da vigilância parece algo que pertence somente a um novo arranjo da organização do processo de trabalho. No entanto, entende-se que esta estratégia sugere a ratificação de um processo que já vinha há tempos se projetando para tal: a) organiza-se a Educação em Saúde por doenças ou agravos; b) considera-se somente as práticas produzidas nos espaços formais da educação (unidades de saúde e escolas) e, por último; c) organizam-se ações a partir de indicadores numéricos a serem fiscalizados pela vigilância.

Esta estratégia biopolítica de transformar em “processos” práticas que se davam em uma relação “inteira” com seres humanos, acabam por transformar a Educação em Saúde em algo esvaziado de sentido pelos trabalhadores do SUS, uma vez que a prática se torna uma série de “procedimentos” a serem acompanhados de forma processual. E, ainda, dos Conselhos de Saúde será pautada uma agenda fragmentada, desvinculada de lutas políticas maiores ou como se não pertencessem a uma dimensão maior de trabalhar em prol da saúde como uma militância política que defende a vida. Quem perde com isso são os usuários do sistema público de saúde, que cada vez mais demandam informações e diálogo como uma boa prática e exercício de democracia no sistema de saúde brasileiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os documentos oficiais produzidos entre 2005 a 2012 evidenciaram a opção da política municipal pela construção de uma gestão participativa e democrática, acompanhando as diretrizes do Ministério da Saúde expressas em políticas como o PARTICIPASUS.

Todavia, observou-se que, cada vez mais o Conselho de Saúde se torna parte da engenharia política da máquina administrativa, corroborando com Vasconcelos

(2010) quando afirma que esta estrutura, juntamente com as Conferências de Saúde, têm se empenhado, sobretudo, a temas relativos à gestão e ao planejamento das políticas de saúde. Não contempla a articulação e o apoio às práticas em uma perspectiva dialógica e participativa de enfrentamento das necessidades de saúde na sociedade.

Com relação a Educação em Saúde, ressalta-se que ainda pouco se discute sobre o tema nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Vitória; porém, manteve constante sua frequência nos debates ao longo dos dois governos em análise.

A principal concepção de Educação em Saúde que provém das atas orienta-se pelo modelo hegemônico, tradicional, caracterizado pelo emprego de ações pontuais, verticalizadas e ancoradas no saber técnico. Esse entendimento das práticas educativas não favorece a autonomia e o respeito a subjetividade dos sujeitos. Configura-se, portanto, como estratégia de vigilância de Estado, uma vez que disciplina os corpos dos sujeitos, impondo-lhes um “modelo correto” a ser seguido, traduzido pela “indiscutível” adoção do hábito saudável de vida.

Somente durante a segunda gestão, outra concepção de ação educativa é mencionada nos debates do Conselho Municipal. A Educação Popular em Saúde, orientada pelo processo dialógico, aparece esporádicas vezes, geralmente de modo pontual e ligada a convites a participação em eventos da área. No fim do último ano de governo é proposta a criação do Comitê de Educação Popular em Saúde e a realização do I Encontro Municipal de Educação Popular em Saúde de Vitória, sem que houvesse maior amplitude na discussão sobre o assunto.

Nesse sentido, ampliar e reconhecer as diferentes formas de Participação e Controle Social no município de Vitória faz-se necessário para o fortalecimento do sistema de saúde local. Além disso, é preciso ampliar o debate acerca do modelo dialógico da Educação em Saúde, referenciado no PARTICIPASUS pelos pressupostos da Educação Popular, de modo a promover um sistema mais justo, equânime, participativo e em sintonia com as reais necessidades da população.

Por ora, cabe ainda considerar que o deslocamento das ações de Educação em Saúde para a vigilância, posiciona o debate sobre o tema dentro dos conselhos como algo que deve ser regulado ou fiscalizado. Perde-se a dimensão que a Participação Popular é algo que dá a diretriz na gestão social da Política Pública e

sugere uma proposta política de controle ou unicamente “monitoramento” do cumprimento ou não da prática em si.

Esse movimento esvazia o caráter de qualificar a Política Pública que o Conselho de Saúde tem. Isso acaba por transferir até mesmo as práticas mais fundamentadas nas relações humanas para números a serem quantificados. E assim, cabe ao Conselho de Saúde conferir se a meta foi alcançada dentro de indicadores pré-estabelecidos. Tudo isso caracterizaria um Conselho de Saúde como “externo”, “exógeno” à criação e a gestão das Políticas Públicas de Saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C. de; STOTZ, E. N.. A educação popular na Atenção Básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 15, Ago. 2004.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.

BESEN, C. B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 1, abr. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. **Oficina Nacional de Educação em Saúde nos Serviços do SUS: Síntese do Relatório**. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS /**

Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 6. ed. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.

BAUER, M. W. Análise de Conteúdo Clássica: uma revisão. In. Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som. BAUER, M. W.; GASKELL, G. (orgs.) Petrópolis: Vozes, 2002.

Conselho Municipal de Saúde de Vitória. **Ata da 10ª reunião extraordinária realizada no dia 14 de março**. Vitória-ES, 2006.

_____. **Ata da 32ª reunião ordinária realizada no dia 11 de outubro**. Vitória-ES, 2007.

_____. **Ata da 45ª reunião ordinária realizada no dia 13 de novembro**. Vitória-ES, 2008a.

_____. **Ata da 26ª reunião extraordinária realizada no dia 25 de novembro**. Vitória-ES, 2008b.

_____. **Ata da 27ª reunião extraordinária realizada no dia 17 de abril**. Vitória-ES, 2009a.

_____. **Ata da 47ª reunião ordinária realizada no dia 08 de janeiro**. Vitória-ES, 2009b.

_____. Secretaria de Saúde. Conselho Municipal de Saúde de Vitória. **Ata da 60ª reunião ordinária realizada no dia 11 de março**. Vitória-ES, 2010a.

_____. Secretaria de Saúde. Conselho Municipal de Saúde de Vitória. **Ata da 62ª reunião ordinária realizada no dia 13 de maio.** Vitória-ES, 2010b.

_____. Secretaria de Saúde. Conselho Municipal de Saúde de Vitória. **Ata da 64ª reunião ordinária realizada no dia 08 de julho.** Vitória-ES, 2010c.

_____. Secretaria de Saúde. Conselho Municipal de Saúde de Vitória. **Ata da 66ª reunião ordinária realizada no dia 09 de setembro.** Vitória-ES, 2010d.

_____. **Ata da 51ª reunião extraordinária realizada no dia 25 de setembro.** Vitória-ES, 2012a.

_____. **Ata da 89ª reunião ordinária realizada no dia 16 de agosto.** Vitória-ES, 2012b.

CÔRTEZ, S. M. V. **Conselhos e Conferências de Saúde: papel institucional e mudanças nas relações entre Estado e sociedade.** In: FLEURY, S; LOBATO, L. de V. C. Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

ESCOREL, S; MOREIRA, M.R. **Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade.** In: FLEURY, S; LOBATO, L. de V. C. Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **Em defesa da sociedade:** curso no Collège de France, ano 1975-1976. São Paulo: Martins Fontes, 2002. (Coleção tópicos).

_____. **O Nascimento da Biopolítica:** curso no Collège de France, ano 1977-1978. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. **Segurança, Território, População:** curso no Collège de France, ano 1977-1978. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

LABRA, M. E. **Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios.** In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; MANUEL SUÁREZ, J. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2006. p.353-383.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental. **In. Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MINAYO, M. C. **O Desafio do Conhecimento:** Pesquisa Qualitativa em saúde; 9 ed. revista e aprimorada – São Paulo: Hucitec, 2006.

OLIVEIRA, D. C. ANÁLISE DE CONTEÚDO TEMÁTICO-CATEGORIAL: uma proposta de sistematização In: **Rev. Enfermagem**, UERJ, Rio de Janeiro, 16(4):569-76, out/dez, 2008.

OLIVEIRA, L. C. de; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Ago. 2010.

PEDROSA, J. I. dos S. Educação Popular, Saúde, institucionalização: temas para debate. **Interface.** Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 137/8-138, 2001.

_____. Educação Popular em saúde e Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 3, p. 303-313, jul./set. 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. Secretaria de Saúde. **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2006-2009**. Vitória, 2005. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_plano_2006_2009.pdf>. Acessado em: 11 de julho de 2011.

_____. Secretaria de Saúde. **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2010-2013**. Vitória, 2009. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_plano_2010_2013.pdf>. Acessado em: 11 de julho de 2011.

_____. Secretaria de Saúde. **RELATÓRIO DE GESTÃO 2009**. Vitória, 2010. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_relator_gestao_2009.pdf>. Acessado em: 11 de julho de 2011.

SCHALL, V. T., STUCHINER, M. Editorial: Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15(2), p. 4-5, 1999.

SILVA, C. M. da C., et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Ago. 2010.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. Apresentação. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Org.) **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p.7-8.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

_____. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jun. 2004.

_____. **Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde**. In: FLEURY, S; LOBATO, L. de V. C. Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

_____. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jun. 2004.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Educação em Saúde, nas duas gestões administrativas, não foi tratada como uma tecnologia de produção do diálogo tanto com usuários, quanto com os trabalhadores da saúde. Essa constatação revela o plano secundário no qual ainda estão inseridas as práticas educativas com a população nos serviços de saúde da SEMUS. A manutenção do modelo hegemônico, centrado na clínica individual, ainda se apresentada como uma prioridade na Atenção Básica. Sua estruturação está além dos muros das USF's e se revela em vários componentes do sistema, entre eles a política de formação dos trabalhadores.

Embora as duas gestões tenham pautado o discurso de uma administração orientada pela lógica da participação, os documentos oficiais postos em análise evidenciaram contradições na prática.

Há uma verticalização na estrutura hierárquica da secretaria municipal de saúde, reforçando o pensamento de que há um pequeno grupo detentor do poder decisório, responsável pela programação das ações. Por outro lado, existe um grande contingente de trabalhadores que são limitados a operacionalizar aquilo que foi programado.

Mediante a este fato, ainda que a Educação em Saúde seja reconhecida como parte integrante das ações da Atenção Básica, ela ocupa um lugar secundário no processo de trabalho dos profissionais da “ponta”, uma vez que a insistência do modelo hegemônico preza pela manutenção da produtividade das consultas individuais.

Não há um projeto que articule as diversas áreas técnicas. Tal fato contribui com a lógica da elaboração de propostas fragmentadas, o que dificulta a construção de uma prática educativa integral. Cabe ressaltar que, a ausência de uma diretriz conceitual para a Educação em Saúde, também se configura em um dos maiores entraves na busca pela saúde em sua concepção ampliada.

Quanto aos protocolos clínicos que orientam a ação dos trabalhadores, percebe-se a manutenção de condutas normativas, baseadas no controle das doenças e na culpabilização dos sujeitos. Assim, a Educação em Saúde se operacionaliza no

cotidiano dos trabalhadores da saúde como um conjunto de regras que devem ser repassadas aos usuários, com o objetivo de reproduzir hábitos comportamentais, habitualmente adjetivados como “hábitos corretos” ou “comportamentos adequados” a serem seguidos.

No tocante ao financiamento, constatou-se a ausência do repasse de recursos diretamente para a execução de atividades educativas, situação essa que obriga alguns trabalhadores a improvisarem suas ações ou disponibilizar recursos próprios.

Em relação ao Conselho Municipal de Saúde de Vitória, ressalta-se que esta instância pouco discutiu sobre o tema Educação em Saúde em suas reuniões, compreendida principalmente sob o prisma do modelo hegemônico. Esse entendimento das práticas educativas não favorece a autonomia e o respeito a subjetividade dos sujeitos. Configura-se, portanto, como estratégia de vigilância de Estado, uma vez que disciplina os corpos dos sujeitos, impondo-lhes um “modelo correto” a ser seguido, traduzido pela “indiscutível” adoção do hábito saudável de vida.

Desse modo, há uma urgência em tornar a Educação em Saúde uma prática central nos serviços de saúde, sobretudo na Atenção Básica. Faz-se necessário que sua ação deva estar intimamente relacionada a uma produção de saúde que esteja comprometida com a autonomia dos sujeitos. Aproximar os técnicos da gerência de formação e os trabalhadores, e tornar hábito o diálogo entre eles também é um desafio a ser superado.

É preciso romper, sobretudo, com a centralidade nas capacitações que visam unicamente a formação pontual do trabalhador, ocupadas em apresentar-lhe uma fração do processo de trabalho em saúde e orientada pela imposição de “fôrmas” que engessam o desenvolvimento das práticas de saúde.

Nesse sentido, ampliar e reconhecer as diferentes formas de Participação e Controle Social no município de Vitória faz-se necessário para o fortalecimento do sistema de saúde local. Além disso, é preciso ampliar o debate acerca do modelo dialógico da Educação em Saúde, referenciado no PARTICIPASUS pelos pressupostos da Educação Popular, de modo a promover um sistema mais justo, equânime, participativo e em sintonia com as reais necessidades da população.

Entretanto, mais importante do que rever os caminhos da Educação em Saúde, é a necessidade em romper com o modelo hegemônico e sua lógica, que impede o alcance de uma saúde integral, comprometida com a autonomia dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C. de; STOTZ, E. N.. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 15, Ago. 2004.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Jan. 2011.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 6. ed. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.

BAUER, M. W. Análise de Conteúdo Clássica: uma revisão. In. Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som. BAUER, M. W.; GASKELL, G. (orgs.) Petrópolis: Vozes, 2002.

BESSEN, C. B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 1, abr. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento Para o SUS. **Caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde,

Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. **Oficina Nacional de Educação em Saúde nos Serviços do SUS: Síntese do Relatório**. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

CANDEIAS, N. M. F. Evolução histórica da educação em saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1925 a 1967. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 4, Ago. 1988.

CARDOSO, I. M. “Rodas de educação permanente” na atenção básica de saúde: analisando contribuições. **Saúde soc.**, São Paulo, 2012.

CARVALHO, P. M. G.; PEDROSA, J. I. S.. Education in Health: practices the nurses who work for the Family Health Strategy: a descriptive study. Online **Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, p. 49/1-49, 2010.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Residência integrada em saúde: uma resposta à formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A., organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRAS-CO; 2003.

Conselho Municipal de Saúde de Vitória. **Ata da 10ª reunião extraordinária realizada no dia 14 de março**. Vitória-ES, 2006.

_____. **Ata da 32ª reunião ordinária realizada no dia 11 de outubro.** Vitória-ES, 2007.

_____. **Ata da 26ª reunião extraordinária realizada no dia 25 de novembro.** Vitória-ES, 2008a.

_____. **Ata da 45ª reunião ordinária realizada no dia 13 de novembro.** Vitória-ES, 2008b.

_____. **Ata da 27ª reunião extraordinária realizada no dia 17 de abril.** Vitória-ES, 2009a.

_____. **Ata da 47ª reunião ordinária realizada no dia 08 de janeiro.** Vitória-ES, 2009b.

_____. Secretaria de Saúde. Conselho Municipal de Saúde de Vitória. **Ata da 60ª reunião ordinária realizada no dia 11 de março.** Vitória-ES, 2010a.

_____. Secretaria de Saúde. Conselho Municipal de Saúde de Vitória. **Ata da 62ª reunião ordinária realizada no dia 13 de maio.** Vitória-ES, 2010b.

_____. Secretaria de Saúde. Conselho Municipal de Saúde de Vitória. **Ata da 64ª reunião ordinária realizada no dia 08 de julho.** Vitória-ES, 2010c.

_____. Secretaria de Saúde. Conselho Municipal de Saúde de Vitória. **Ata da 66ª reunião ordinária realizada no dia 09 de setembro.** Vitória-ES, 2010d.

_____. **Ata da 51ª reunião extraordinária realizada no dia 25 de setembro.** Vitória-ES, 2012a.

_____. **Ata da 89ª reunião ordinária realizada no dia 16 de agosto.** Vitória-ES, 2012b.

CÔRTEZ, S. M. V. **Conselhos e Conferências de Saúde: papel institucional e mudanças nas relações entre Estado e sociedade.** In: FLEURY, S; LOBATO, L. de V. C. Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

COSTA, N. **Lutas Urbanas e Controle Sanitário:** Origens das Políticas de Saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1986.

ESCOREL, S; BLOCH, R. A. de. **As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS.** In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; MANUEL SUÁREZ, J. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005. p. 83-119.

ESCOREL, S; MOREIRA, M.R. **Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade.** In: FLEURY, S; LOBATO, L. de V. C. Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. p. 229-247.

ESCOREL, S; NASCIMENTO, D. R. do; EDLER, F. C. **As origens da reforma sanitária e do SUS.** In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; MANUEL SUÁREZ, J. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005. p. 59-81.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **História da Sexualidade I: a vontade de saber.** 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** 27ª ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert Lederer; RABINOW, Paul. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-49.

_____. **Em defesa da sociedade:** curso no Collège de France, ano 1975-1976. São Paulo: Martins Fontes, 2002. (Coleção tópicos).

_____. **O Nascimento da Biopolítica:** curso no Collège de France, ano 1977-1978. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. **Segurança, Território, População:** curso no Collège de France, ano 1977-1978. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do oprimido.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.

GAZZINELLI, M. F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, Fev. 2005.

HOCHMAN, G. **A era do saneamento:** as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo, Hucitec/Anpocs, 1998.

LABRA, M. E. **Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios.** In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; MANUEL SUÁREZ, J. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2006. p.353-383.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. **A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica.** In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; MANUEL SUÁREZ, J. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2006. p.27-58.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental. **In. Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, M. de F. A. S. et al. Integralidade, Formação de Saúde, Educação em Saúde e as Propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. V. 12, n. 2, Abr. 2007.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p.39-64.

MELLO, L. P. de. **Discurso oficial sobre educação em saúde para Diabetes no Brasil: uma análise biopolítica**. Trabalho apresentado no X Congresso Nacional de Educação - EDUCERE, Curitiba, 2011. Disponível em: <http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/5607_3430.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2012.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E, ONOCKO, R. organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

MINAYO, M. C. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em saúde; 9 ed. revista e aprimorada – São Paulo: Hucitec, 2006.

MOHR, A., SCHALL, V. T. Rumos da educação em saúde no Brasil e sua relação com a educação ambiental. **Cad Saude Publica** 1992; 8(2):199-203.

MORONI, J. A. **O direito a participação no governo Lula**. In: FLEURY, S; LOBATO, L. de V. C. Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. p. 248-269.

OLIVEIRA, D. C. ANÁLISE DE CONTEÚDO TEMÁTICO-CATEGORIAL: uma proposta de sistematização In: **Rev. Enfermagem**, UERJ, Rio de Janeiro, 16(4):569-76, out/dez, 2008.

OLIVEIRA, L. C. de; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Ago. 2010.

PEDROSA, J. I. dos S. Educação Popular, Saúde, institucionalização: temas para debate. **Interface**. Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 137/8-138, 2001.

_____. Notas sobre a educação popular e a política de educação permanente em saúde. **Saúde em Debate**, v. 30, p. 179-188, 2006.

_____. Educação Popular em saúde e Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 3, p. 303-313, jul./set. 2008.

PEREIRA, G. S. **O profissional de saúde e a educação em saúde**: representações de uma prática. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz/MS, 1993.

PINTO, E. E. P. et al. Desdobramentos da Educação Permanente em Saúde no Município de Vitória, Espírito Santo. **Revista Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 77-96, mar/jun 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. Secretaria de Saúde. **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2006-2009**. Vitória, 2005. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_plano_2006_2009.pdf>. Acessado em: 11 de julho de 2011.

_____. Secretaria de Saúde. **RELATÓRIO DE GESTÃO 2005**. Vitória, 2006. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_relator_gestao_2005.pdf>. Acessado em: 11 de julho de 2011.

_____. Secretaria de Saúde. **RELATÓRIO DE GESTÃO 2006**. Vitória, 2007. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_relator_gestao_2006.pdf>. Acessado em: 11 de julho de 2011.

_____. Secretaria de Saúde. **RELATÓRIO DE GESTÃO 2007**. Vitória, 2008. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_relator_gestao_2007.pdf>. Acessado em: 11 de julho de 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. Secretaria de Saúde. **ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL**. Vitória, 2009a.

_____. Secretaria de Saúde. **Catálogo de Cursos e Eventos**. Vitória, 2009b.

_____. Secretaria de Saúde. **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2010-2013**. Vitória, 2009c.

Disponível

em:

<http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_plano_2010_2013.pdf>.

Acessado em: 11 de julho de 2011.

_____. Portaria nº 2344 de setembro de 2009d. Regulamenta as condições para transferência de recursos financeiros, com vistas a implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, do Sistema Único de Saúde – ParticipaSUS em 2009, e dá outras providências. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 06 out. 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_2344_2009.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2012.

_____. Secretaria de Saúde. **PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE DA SEMUS 2010**. Vitória, 2009e.

Disponível

em:

<http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_programacao_2010.pdf>.

Acessado em: 16 de maio de 2012.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **PROTOCOLO VITÓRIA DA VIDA: Atenção à Saúde da Criança**. Vitória, 2009f.

_____. Secretaria de Saúde. **RELATÓRIO DE GESTÃO 2008**. Vitória, 2009g. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_relator_gestao_2008.pdf>. Acessado em: 11 de julho de 2011.

_____. Secretaria de Saúde. **Catálogo de Cursos e Eventos**. Vitória, 2010a.

_____. Secretaria de Saúde. Decreto nº 14.919, de 13 de dezembro de 2010. **Diário Oficial [da] Prefeitura Municipal de Vitória**. Vitória, 2010b.

_____. Secretaria de Saúde. **PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE DA SEMUS 2011.** Vitória, 2010c. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_programacao_2011.pdf>. Acessado em: 16 de maio de 2012.

_____. Secretaria de Saúde. **RELATÓRIO DE GESTÃO 2009.** Vitória, 2010d. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_relator_gestao_2009.pdf>. Acessado em: 11 de julho de 2011.

_____. Secretaria de Saúde. **Catálogo de Cursos e Eventos.** Vitória, 2011.

_____. Secretaria de Saúde. **PRESTAÇÃO DE CONTAS.** Vitória, 2011b. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20090921_contas_saude_40_tri_2011.pdf>. Acessado em: 16 de maio de 2012.

_____. Secretaria de Saúde. **PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE DA SEMUS 2012.** Vitória, 2011b. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_programacao_2012.pdf>. Acessado em: 16 de maio de 2012.

_____. Secretaria de Saúde. **RELATÓRIO DE GESTÃO 2010.** Vitória, 2011c. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_relator_gestao_2010.pdf>. Acessado em: 11 de julho de 2011.

_____. Secretaria de Saúde. Termo de Compromisso Municipal que firmam as Secretarias Municipais de Saúde e Educação de Vitória/ES, representadas pelos (as) seus Secretários (as) Municipais de Saúde e educação, para pactuar e formalizar as responsabilidades e metas inerentes à execução do Programa Saúde na Escola, nos territórios de responsabilidades, objetivando o desenvolvimento das ações de prevenção, promoção e atenção a saúde dos escolares, para recebimento dos recursos financeiros. **Atos Oficiais [da] Prefeitura de Vitória.** Vitória, 25 nov. 2011d.

REVEL, J. **Nas origens do biopolítico: de Vigiar e Punir ao pensamento da atualidade.** In.: GONDRA, J., KOHAN, W. Foucault 80 anos. Belo Horizonte: Autêntica, 2006, p. 61-62.

ROSA, M. S. O. Saber e Participação Popular: diálogo e aprendizagem da cidadania em Saúde. **Revista Município Saúde:** 1994; 1(1):10-15.

SANTIN, G.; HILLESHEIM, B. Governo de trabalhadores de saúde: uma análise da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. In: 16º Encontro Nacional de Psicologia Social da ABRAPSO, 2011, Recife. 16º Encontro Nacional de Psicologia Social da ABRAPSO. Recife: Abrapso, 2011. v. 1. p. 8-8.

SCHALL, V. T., STUCHINER, M. Editorial: Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15(2), p. 4-5, 1999.

SILVA, C. M. da C., et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Ago. 2010.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde.** São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOARES, N. R. F.; MOTTA, M. F. V. As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde. **Revista de Educação Pública**, v. 6, p. 215-228, 1997.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. Apresentação. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Org.) **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p.7-8.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular em tempos de democracia e pós-modernidade: uma visão a partir do setor saúde. In: COSTA, M.V. organizadora. **Educação popular hoje.** São Paulo: Edições Loyola, 1998.

_____. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo: HUCITEC, 1999.

_____. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: VASCONCELOS, E. M., organizador. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde.** São Paulo: Hucitec; 2001.

_____. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jun. 2004.

_____. **Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde.** In: FLEURY, S; LOBATO, L. de V. C. **Participação, Democracia e Saúde.** Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

Anexo



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 01 de março de 2012.

De: Prof. Dr. Adauto Emmerich Oliveira
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Prof. (a) Francis Sodré
Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado **"O Lugar da Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família do município de Vitória-ES: História, Desafios e Possibilidades."**

Senhor (a) Pesquisador (a),

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa nº. 315/11 intitulado **"O Lugar da Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família do município de Vitória-ES: História, Desafios e Possibilidades."** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 29 de fevereiro de 2012.

Lembramos que, cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra "c".

Atenciosamente,


Coordenador do
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/UFES