15

mc

MARÍLIA BELLUOMINI

CONTRIBUIÇÃO DA
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE
NOS PROGRAMAS DE
LUTA CONTRA A TUBERCULOSE

Monografia apresentada na
Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São
Paulo, para obtenção do
grau de MESTRE EM SAÚDE
PÚBLICA.

1975

CONTRIBUIÇÃO DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NOS PROGRAMAS DE LUTA
CONTRA A TUBERCULOSE

S U M Á R I O

	Pag .
AGRADECIMENTO E DEDICATÓRIA	I
INTRODUÇÃO	II
1. <u>CONSIDERAÇÕES GERAIS</u>	1
1.1 - Educação	1
1.2 - Educação para a saúde	2
1.3 - Tuberculose	6
2. <u>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</u>	9
3. <u>EDUCAÇÃO E PROGRAMAS DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE</u> ..	19
3.1 - Educadores	21
3.1.1 - o médico	22
3.1.2 - a enfermeira	23
3.1.3 - os outros profissionais	25
3.1.4 - o pessoal auxiliar	26
3.1.5 - o educador de saúde pública	28
3.2 - Educandos	29

	Pag.
3.2.1 - o paciente	29
3.2.2 - a família	30
3.2.3 - a comunidade	31
4. <u>PROGRAMA EDUCATIVO</u>	33
5. <u>INSTITUIÇÕES DE SAÚDE</u>	35
5.1 - Unidades Sanitárias	35
5.2 - Hospital	36
5.3 - Entidades particulares	37
6. <u>COMENTÁRIOS FINAIS</u>	39
7. <u>RESUMO</u>	41
8. <u>SUMMARY</u>	42
9. <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	43

AGRADECIMENTO

ao Dr. Diogenes Augusto Certain, o
agradecimento maior
Professor, orientador e acima de tudo Amigo

DEDICATÓRIA

dedico este trabalho a meus pais, no ano de suas
Bodas de Ouro

São Paulo - 1975

I N T R O D U C A O

Nosso primeiro contato e exercício de atividades no campo da tuberculose data de 1949.

Como visitadora tarefeira fomos admitidas para trabalhar no Dispensário de Tuberculose de Santos.

Para treinamento, valeu-nos a experiência das visitadoras do Dispensário Clemente Ferreira.

A medida que o tempo foi passando, mais o assunto tuberculose foi nos entusiasmando. Devemos lembrar as figuras inesquecíveis de Drs. Alderico Monteiro Soares e Oiram Nogueira grandes responsáveis por esse entusiasmo.

Em 1955 apresentou-se-nos a oportunidade de fazer o Curso de Educadores Sanitários da antiga Faculdade de Higiene e Saúde Pública. Para que isto fosse possível muito contribuiu e nos estimulou a intervenção do Médico-chefe do Dispensário de Santos e da ilustre professora D. Carolina Ribeiro.

Após o término do Curso permanecemos por mais dois anos e meio como visitadora sanitária nos Dispensários da Capital, tendo sido de grande valia os conhecimentos de educação para a saúde que havíamos adquirido para dar melhor desempenho àquelas funções.

Em Julho de 1958 fomos admitidas como Educadora Sanitária do Centro de Saúde da Faculdade de Higiene. Trabalhamos durante dois anos nas várias Seções desse Centro e, em 1960, passamos a exercer nossas atividades no seu Dispensário de Tuberculose, precisamente na Seção de Diagnóstico e Tratamento, onde orientávamos os doentes. Sempre estivemos interessadas na ampliação dos nossos conhecimentos e nas inovações que periodicamente iam se introduzindo

no diagnóstico, prevenção e tratamento da doença.

Em 1970 solicitamos ao Diretor da Faculdade de Saúde Pública permissão para fazer o "Curso de Educação em Saúde Pública". Durante um ano estivemos afastadas das nossas atividades no Dispensário, mas ampliamos consideravelmente os nossos conhecimentos na área da educação para a saúde. Complementamos os dois últimos meses do Curso com um estágio especializado no exterior, na Escola de Saúde Pública da Venezuela. Nessa Escola tivemos oportunidade de exercer atividades docentes e participar como observadora, na Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social de Caracas e em dois Estados desse país - Barquisimeto e Maracaibo, dos programas educativos.

Em 1971, recebemos convite para coordenar o Programa de "Levantamento da Prevalência e Vacinação pelo BCG Intradérmico em escolas da Prefeitura do Município de São Paulo", de iniciativa da Disciplina de Tisiologia, de comum acordo com o Departamento de Assistência ao Escolar daquela Prefeitura. Por ser um programa pioneiro no Estado, a equipe da Disciplina em várias oportunidades recebeu solicitações de outras entidades para esclarecimentos sobre o programa e o método de vacinação empregados. Estes trabalhos, que foram atendidos sob forma de aulas, eram também apresentados nos Cursos Normais de Saúde Pública da Faculdade. Isto ensejou-nos a oportunidade de convite para servir como auxiliar de ensino da Tisiologia na Disciplina e, em 1973, fomos admitidas oficialmente pelo Departamento de Epidemiologia para exercer essas funções.

No Curso de Pós-Graduação inscrevemo-nos em 1972. Para cumprir os requisitos exigidos elegemos um assunto para nossa monografia que sempre foi uma constante desde o início de nossa vida profissional: a importância da educação nos programas de luta contra a tuberculose.

Constante é a palavra que define bem o interesse que sempre tivemos nela doença e representa um passado

de intervenções nesse terreno, sempre incluindo as atividades educativas, por considerá-la importante, embora pouco lembrada pelos nossos Administradores.

Nessa linha de conduta, quer atuando como visitadora, quer como educadora sanitária, sempre nos preocupamos com a transmissão de conhecimentos e com orientação precisa, através de uma comunicação favorável com os doentes e seus comunicantes. Exercendo atualmente funções docentes, ministramos aulas de Educação para a Saúde em tuberculose a médicos e outros profissionais por ela interessados, valendo-nos da longa experiência no campo. A necessidade de incluir estas atividades em programas específicos de luta, nos parece de fundamental importância e é por esse entendimento que nos batemos.

Consideramos que o nosso trabalho é uma mensagem e como tal deve cumprir seu destino, isto é, que o conteúdo do texto desperte o interesse dos que, responsáveis pela Administração, podem determinar a integração de atividades educativas aos programas específicos.

Não tivemos a pretensão de abordar o assunto com profundidade. Achamos que no bojo da exposição estão contidos, em linhas gerais, os seus aspectos mais expressivos. De qualquer forma, define bem as metas, evidenciando certas partes essenciais, necessárias para o controle da tuberculose e de capital importância para sua rentabilidade.

O texto é dividido em vários capítulos. No seu correr aproveitamos a oportunidade para comentar e sugerir táticas que, a nosso ver, deveriam ser incorporadas aos programas educativos sobre tuberculose.

Como base, consultamos extensa bibliografia e desta extraímos as referências mais significativas que foram inseridas no texto, como a apresentação de programas pesquisas, metodologia e comentários importantes, dos autores que se dedicaram longa e largamente ao assunto.

Ao apresentarmos o nosso trabalho, podemos dizer que nunca estivemos a sós. Nossas idéias e nossas esperanças, consubstanciadas nesta dissertação, tem que estar alinhadas na vanguarda dos que, como cruzados, lutam para valorizar a Educação para a Saúde.

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

1.1 - Educação

"O homem, por ser inacabado, tende à perfeição. A educação é, portanto, um processo contínuo que só acaba com a morte". (19)

Podemos dizer que cada ser possui duas individualidades que, embora não possam ser separadas materialmente, podem ser analisadas distintamente. Uma é formada por caracteres exclusivos e pessoais. É o que chamariamos de "ser individual". A outra é constituída por um sistema de idéias, sentimentos e hábitos que exteriorizam não apenas a própria personalidade, mas também aquela do grupo ou dos grupos nos quais está incluído o indivíduo. Aqui estão refletidas as crenças, as práticas, as tradições, as opiniões coletivas. Este conjunto forma o "ser social". A educação precisamente constitui ou organiza este ser em cada um (17). Não sob a forma de uma técnica social, que vai aperfeiçoando o indivíduo de maneira a integrá-lo harmoniosamente na sociedade. Ao contrário, a educação deve dar oportunidade para que os indivíduos se preparem e tenham condições de enfrentar as inúmeras perspectivas do mundo atual (20). No início da vida, a criança traz consigo apenas uma constituição primitiva. É preciso, pois, que a sociedade intervenha e através do processo educativo torne este ser, primitivamente associal, em outro, capaz de integrar-se na vida moral e social (17).

Se é pela educação que a sociedade se perpetua, se é pela educação que as gerações adultas transmitem as crenças, as práticas, os costumes e os conhecimentos às gerações mais novas, a educação é um conjunto de fenômenos

que são assimilados pelos indivíduos que crescem, se desenvolvem e amadurecem. Estes fatos se processam através da constante re-organização e reconstrução originárias da experiência de cada um. Seja na infância, na idade adulta ou na velhice, todos participam ou podem participar do caráter educativo de suas experiências pessoais. Experiência educativa é, pois, aquela que atinge um nível de percepção das relações entre as coisas, e que possibilita sempre a aprendizagem de algo novo. Isto permite alargar os conhecimentos, enriquecer o espírito e dar, dia a dia, um significado mais profundo à vida.

"Educar-se, portanto, é crescer, não no sentido biológico, mas no sentido espiritual, no sentido humano, no sentido de uma vida cada vez mais participada, engrandecendo-se através do esforço próprio, tornando o indivíduo criatura verdadeiramente humana" (16).

Sendo, portanto, a educação um meio pelo qual os indivíduos são preparados para as exigências essenciais da própria existência, vale acentuar o seguinte conceito:

"Educação é o processo que visa o desenvolvimento das potencialidades do indivíduo, levando-o a encontrar-se com a realidade e nela atuar de maneira consciente, eficiente e responsável para o atendimento das necessidades e aspirações pessoais e sociais".

1.2 - Educação para a Saúde

"O culto da saúde não tem significado, a não ser que esteja integrado no culto à vida; não podemos jamais esquecer que, quando se faz uma campanha para o primeiro, o segundo é que é o objetivo, o supremo bem e o fim". Lucien Viborel.

Dentro do processo global de educação, a educação para a saúde desempenha papel fundamental. Gradativamente se impõe como atividade imprescindível quando o objetivo principal é a saúde das pessoas.

Tal como a educação em geral, a educação para a saúde está vinculada à mudança de conhecimentos, sentimentos e comportamento das pessoas (69). Educar não é trabalho fácil, pois é tarefa a longo prazo ligada a uma vasta rede de ações e reações. O homem não é máquina ou tubo de ensaio; é, antes, um organismo, um ser vivo, tem sentidos, e apresenta um modo de pensar e ser. Cada indivíduo dá forma às suas percepções e ao significado que o mundo tem para si, através de valores, crenças, atitudes, motivos e idéias consequentes de sua própria experiência pessoal ou do grupo no qual está inserido (27). Quando pretenda promover a educação para a saúde em determinado grupo, é necessário que o educador tenha amplos conhecimentos dos numerosos fatores que influem na ação educativa. O educando deve compreender como novas idéias poderão ser adotadas, assimiladas, re-estruturadas e postas em ação (39). A educação realmente se inicia quando o educando passa a agir em função dos conhecimentos adquiridos numa ação consciente, que se traduz por um comportamento razoável e compreensivo.

Este é um dos pontos mais difíceis na educação para a saúde - o de tornar responsáveis os indivíduos no combate à doença, com a aquisição daquelas normas de vida que resultam na higidez física e mental, e que somam consequências benéficas, não só para si como para o seu grupo social (6). Já que cada indivíduo faz parte de um grupo e a conservação da saúde de cada componente desse grupo influi nele como um todo, a perda da saúde de um, dentro da coletividade, não é somente uma perda individual: ela põe em risco também a própria coletividade. Há, portanto, de

parte a parte, uma grande responsabilidade, um relacionamento de direitos e deveres do binômio indivíduo e sociedade, constituindo-se este fato num dos aspectos fundamentais da organização social.

No que diz respeito à saúde, cada um tem o direito de gozã-la bem e o dever de conservã-la cuidadosamente (18, 31).

Devemos dirigir o interesse das pessoas, utilizando métodos e técnicas apropriadas, persuadindo-as a que por si mesmas consigam ajustamentos benéficos em seu modo de vida (39) . Estaremos desta forma trabalhando para sua saúde, contribuindo para melhorar suas condições sôcio-econômicas e promovendo conseqüentemente a saúde da coletividade.

Para agir conscientemente, as pessoas têm que ser informadas sobre os riscos a que estão expostas e os modos de enfrentã-los (59) .

É necessário educar a população apontando as vantagens da adoção de medidas preventivas em geral e de todos os cuidados higiênicos de natureza individual ou coletiva. Há necessidade, portanto, que a população tenha participação ativa e meios lhe sejam propiciados para que conheça e avalie tudo aquilo que diz respeito à doença (18) .

A educação para a saúde é, conseqüentemente , um processo relacionado com mudanças. Em épocas passadas as informações sobre saúde eram divulgadas junto à população e acreditava-se ou pelo menos mantinha-se a esperança de que elas seriam suficientes para que as pessoas modificassem seu comportamento com relação à saúde. Alguns trabalhos mostraram, no entanto, que certas pessoas resistem às mudanças . Se quisermos que ocorram mudanças, não basta apenas influenciar seus conhecimentos . Mudanças de crenças e atitudes são frequentemente necessárias antes de po-

dermos mudar o comportamento (63). Isto é fundamental para se conseguir da parte do público as ações desejadas. Se as mudanças no comportamento individual, grupais ou comunitários são necessárias para promover a saúde ou prevenir doenças, a primeira preocupação deve ser a de prever as condições necessárias para que elas ocorram. As modificações de conceitos, de conhecimentos e de atitudes das pessoas deverão, em última análise, ser despertadas através do processo educacional, utilizando-se a motivação como potente força de ação (41, 55).

Bem dirigido, o processo será um importante suporte na solução dos problemas de saúde. De um modo geral, os problemas deverão ser resolvidos pelos indivíduos e não pelas instituições (59).

A educação para a saúde não pode mais ser aceita, portanto, como em outras épocas, quando se enfatizava apenas a propaganda e divulgação de conhecimentos sobre saúde. Hoje essa interpretação cedeu lugar a uma outra, em que o comportamento humano e as modificações que nele se verificam constituem a preocupação básica da educação para a saúde.

Derryberry, na 12a. Assembléia Mundial da Saúde, em 1958, afirmava:

"A Educação para a Saúde abrange a somatória de todas aquelas experiências de um indivíduo que modificam seu comportamento com respeito à saúde e os processos e esforços para produzir essas modificações". (15)

E Dorothy Nyswander define a educação para a saúde "como um processo de evolução dentro do organismo humano com o objetivo de alcançar a saúde individual e da coletividade" (47). Ruth Sandoval Marcondes conceitua a educação para a saúde como "um processo essencialmente ativo que envolve mudanças no modo de pensar, sentir e agir dos indivíduos, visando a obtenção de um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência

de doença". (39)

1.3 - Tuberculose

"A tuberculose é uma doença infectuosa, sem dúvida, porém diferente das outras doenças ..."

Sir Robert Philip

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa com caráter de universalidade e que não faz distinção de raça, sexo, idade ou cor. Representa uma das grandes fontes de sofrimento humano e, pelos danos causados, constitui-se num problema prioritário entre os que preocupam as autoridades da Saúde Pública.

Hipocrates, considerado o pai da medicina (460-355 anos A.C.) descreveu a tuberculose como uma entidade clínica, dando-lhe o nome de tísica. Não mencionou o contágio, mas afirmava sugestivamente que "um tísico nasce de outro tísico". Depois dessa época a história revela os pronunciamentos de vários autores que estudaram a doença do ponto de vista diagnóstico e terapêutico.

Séculos mais tarde, a transmissão da doença através da matéria caseosa foi proclamada por Villemin (1865). O agente causal da tuberculose, o *Mycobacterium* somente foi descoberto por Koch em 1882 e como homenagem a esse descobridor foi-lhe dado o seu nome - bacilo de Koch (60, 53, 61).

Desde a antiguidade até os nossos dias a tuberculose, grassando sob forma epidêmica, de invasão, vem assolando as populações e produzindo os seus malefícios. Apesar de ser conhecida como doença da pobreza por incidir principalmente nas classes menos favorecidas, nem por isso sua ação destruidora tem poupado pessoas de certa catego-

ria social. Dai a vida de tantas personalidades famosas, que por ela foram ceifadas, terem se tornado tema de romances, do teatro e da música. Entre outras registramos a comovente história de Margherita Gautier, a "Dama das Camélias", que marca, com a história de Chopin e outros, a fase romântica da tuberculose no século passado (44, 51).

Durante longo período a tuberculose desafiou as medidas postas em prática para que deixasse de ser um flagelo. Somente na metade do século atual, com o advento dos quimioterápicos, é que houve declínio sensível no rol de tantas vidas sacrificadas pela doença.

É impossível, dentro da epidemiologia da tuberculose, destacar um ou mais fatores que possam ser os responsáveis "de maneira constante ou pelo menos predominante dentre as variáveis características de sua difusão secular" (37).

Dois, não se pode negar, concorrem substancialmente para a difusão dessa doença: o fator social e o fator médico.

A história da humanidade ou a história da civilização, em suas mudanças econômicas, determina, de certo modo a história da tuberculose, mostrando a grande influência dos fatores sociais no seu comportamento. Estudando os dados epidemiológicos de vários países e analisando-os em várias décadas, certos autores chegaram à conclusão de que a evolução, ou a "história da tuberculose", em todas as partes do mundo segue um curso igual, mesmo vivida em épocas diferentes. Embora esta evolução histórica se processe naturalmente, algumas influências poderão ocorrer modificando-lhe os rumos como: os progressos técnico-científicos e as melhorias sócio-econômicas acelerando o ritmo da doença ou as calamidades públicas e guerras contribuindo para retardar o processo. Isto está de acordo com o enunciado por Flatzbeck e Hofbauer em 1931 quando, ao analisar a curva

da tuberculose em vários países, demonstraram que ela segue um ritmo paralelo à civilização (25, 46). Devido à influência que esta contingência exerce sobre a tuberculose, ela pode ser considerada principalmente como doença social. Todos os dados econômico-sociais terão importância fundamental para explicar de maneira mais exata as implicações epidemiológicas em relação à doença. Para Gusmão (26), "a idade de cada cidade, a intensidade do exodo rural para os centros urbanos, o nível médio da vida econômica são outros tantos fatores que sempre devem ser considerados na epidemiologia da tuberculose, desde que são eles podem orientar com eficiência as medidas a serem tomadas".

Arnold Rich, citado por Baldó (2), afirma: "não se conhece medida antituberculose que possa ser mais eficaz em localidade alguma que a melhora de vida do povo pobre".

Não resta dúvida que o controle da tuberculose somente será possível quando, além de medidas profiláticas e assistenciais bem executadas, se consiga melhorar o nível de vida das populações.

Quanto aos fatores médicos que interferem no comportamento da doença, devemos mencionar entre outros o fator imuno-biológico, isto é, aquele que determina os diferentes níveis da resistência natural individual. Para Rich (52) "as peculiaridades da susceptibilidade e da resistência à tuberculose nos diferentes períodos de vida, constituem um problema importante e que deve merecer um estudo cuidadoso ...". Temos que admitir também o papel exercido pela hereditariedade, que pode dotar o indivíduo de certa resistência natural e a natureza das condições que poderão concorrer para alterar este nível.

Outro fator é o da infecciosidade da doença, e que como tal constitui risco constante.

Muitas vezes, mesmo os casos ativos, quando evoluem silenciosamente, o fazem de maneira inapercpta: por isso não chegam a causar preocupação e não recebem assis -

tência médica. Outros que suspeitam estarem doentes, evitam se submeter a um diagnóstico, pois a confirmação da doença traria tantos transtornos que iriam complicar profundamente suas vidas econômica e social. As condições de vida das comunidades em nossos dias criam situações cada vez mais propícias para a disseminação da tuberculose. A aglomeração de pessoas vivendo em espaços pequenos obriga a um sistema de vida que favorece contactos frequentes do mesmo grupo, aumentando assim as probabilidades da propagação da doença quando o bacilo está presente (3).

Nos últimos anos temos observado uma tendência no sentido de se programar efetiva e economicamente o controle da tuberculose mediante a aplicação racional dos conhecimentos e dos recursos disponíveis. Os objetivos visados tem sido os de eliminar o dano com a máxima rapidez, melhorando as condições da população, no que se refere à saúde e ao bem estar social (66). Porém, ao analisarmos os dados epidemiológicos relativos à doença, vemos que o problema ainda está presente e continua desafiando os esforços feitos para reduzir apreciavelmente os danos e riscos causados pela mortalidade, morbidade e infecção.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Na pesquisa bibliográfica sobre a educação para a saúde em tuberculose encontramos dados históricos interessantes como os referidos no livro "Ways to community Health Education", publicado em 1939 (29). No capítulo XIII há referências sobre o provável primeiro folheto educativo, publicado para distribuição ao público pelo Departamento de Saúde da Cidade de Nova York, em 1889. O assunto era tuberculose e presume-se ter sido o primeiro a ser divulgado por uma agência Municipal de Saúde. Tinha co

mo título "Regras a serem observadas para a prevenção da propagação da tísica" e contava os prejuízos causados pela doença, como ela se propagava e advertia o leitor a observar nove substanciosos itens de "NÃOS". Este acontecimento pioneiro é histórico e bastante interessante. No mesmo livro há referências também sobre uma primeira exposição com pretensões educacionais que teve lugar na Universidade de Johns Hopkins, em Janeiro de 1904. Foi patrocinada em conjunto pela Associação de Saúde Pública e pela Comissão de Tuberculose do Departamento de Saúde do Estado de Maryland. Knopf, em 1922, traduziu este empreendimento como "uma objetiva apresentação histórica envolvendo distribuição, variações, causas, custos, prevenção e cura da tuberculose ...". Observa-se que há muita coisa para uma apresentação, porém temos que lembrar que havia muito a ser mostrado naqueles dias, apresentando-se um desejo real, por parte de muitos, em aprender a verdade sobre moléstia tão terrível. Provavelmente, a primeira agência de saúde a aventurar-se em um projeto de educação para a saúde ambicioso e contínuo foi a Sociedade de Pensilvania para a Prevenção da Tuberculose. Em seu início em 1892, conta Knopf, "começou a divulgar informações sobre a natureza e infeciosidade da doença". A partir desta iniciativa várias cidades como Boston, Nova York e Chicago, com suas associações locais, iniciaram uma política de educação para a saúde baseada na exposição de Maryland e no folheto dos "NÃOS" do Departamento de Saúde da Cidade de Nova York. Há ainda um ponto de interesse histórico na educação para a saúde. Quando a Associação Nacional para Estudo e Prevenção da Tuberculose foi formada em 1904, entre os objetivos propostos, além do estudo que o seu título já preconizava, se incluíam a divulgação de conhecimentos sobre a causa, tratamento e prevenção da tuberculose e o encorajamento científico de tratamento e prevenção. Já nessa época se verificava a utilidade dos esforços das agências voluntárias no au

xílio das atividades educativas . Estes primeiros passos adquirem importância porque foi nas atividades desenvolvidas neste campo que a educação para a saúde começou a se impor como valioso recurso auxiliar. É importante este reparo , pois com isto se lançou a semente de todo o progresso educativo, tanto na esfera oficial quanto na voluntária.

Como documento histórico registramos também o relatado por *Pitanga* (49). No Brasil, o início da luta contra a tuberculose contou com a voz eloquente e poderosa de Plácido Barbosa, que apregoava a necessidade da profilaxia, sustentava que a doença era evitável e que se impunha o dever de combatê-la. Em 1902, em colaboração com a "Liga Brasileira Contra a Tuberculose", fundada 2 anos antes, este médico idealista produzia uma série de artigos e conferências. Em 1917 encaminhava ao Presidente da República uma notável exposição sobre "um plano de combate ã tubercu^lose na cidade do Rio de Janeiro". Neste plano defendia a criação de uma Inspetoria de Tuberculose, a instalação de Dispensários, o serviço de vigilância higiênica dos tuberculosos em domicílio e a instituição do seguro contra a doença. Em 1920, no Governo de Epitácio Pessoa, a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose planejada por Plácido Bar^bosa foi criada e passou a ser por ele dirigida. Iniciou-se então, sobre fundamentos científicos, a luta contra a tuberculose no Brasil. Verificou-se, num crescendo, o interesse dos médicos pela especialidade, a criação dos Dispen^sários, a dedicação de Manuel de Abreu no ensino e prática da radiologia pulmonar, seguido da introdução do pneumo^tórax terapêutico. Ao lado destes progressos científicos a educação não foi esquecida. "O diagnóstico repre^sentava apenas parte do programa. A educação individual do doente, a educação coletiva dos sãos, a propaganda anti^tuberculose, faziam parte essencial desse programa. As che^fias, com seus auxiliares, organizavam esquemas de pales

tras e estas foram realizadas em grande número de fábricas, utilizando projeções, cartazes e larga distribuição de folhetos. Os serviços de afixação de cartazes, contendo conselhos e advertências e de cartazes ilustrados, eram diariamente executados pelo corpo de guardas sanitários. Tornou-se praticamente impossível encontrar, em todo antigo Distrito Federal, um estabelecimento de atendimento público, ou onde se reunissem pessoas, casa comercial, fábrica, pequenas ou grandes indústrias, escolas, clubes em que não se deparasse com um cartaz de propaganda antituberculose". "Foi confeccionado e largamente distribuído um modelo de copo de papel para ser usado uma só vez" ... "Pela primeira vez foram instaladas escarradeiras higiênicas em locais de trabalho"... "Chegou depois a vez dos bebedouros higiênicos"... Com Plácido Barbosa, ainda, inicia-se um novo capítulo no campo das realizações educativas. É o capítulo da visitadora de tuberculose; "eram moças e senhoras selecionadas entre as candidatas e às quais se ministrava um pequeno curso teórico de rudimentos de anatomia, fisiologia, patologia e higiene, com suas aplicações à tuberculose e mais instruções especiais sobre a conduta em face do doente e de sua família" ... Para dar cunho prático ao seu trabalho educativo, as visitadoras forneciam aos doentes escarradeiras portáteis e as vezes também de bolso"... Além disso, os Dispensários emprestavam camas de ferro com colchões e cadeiras de lona para repouso. Todas essas facilidades amaciavam e tornavam mais eficaz o trabalho das enfermeiras". "Nos primeiros anos de funcionamento dos Dispensários ensaiou-se um regime de palestras educativas, nas salas de espera, a cargo de auxiliares de dispensário que se revezavam semanalmente. Essas palestras coletivas foram mais tarde substituídas por palestras individuais num gabinete de educação, onde permanecia uma enfermeira de saúde pública ou uma auxiliar de dispensário e para onde era encaminhado o doente após a consulta. Além dos con

selhos apropriados, aĩ lhe eram fornecidos lenços para evitar a dispersão dos perdigotos, escarradeira e folhetos educativos".

Os métodos empregados para a educação foram se transformando pouco a pouco. Tornou-se evidente que meras informações não bastavam. Não somente os conhecimentos "das pessoas sobre a doença precisavam ser incrementados , como também seus sentimentos, interesses e atividades precisavam ser mudados".

MEYERS (43), em seu trabalho sobre a história da tuberculose em Minesota, cita T.S. Roberts que no princípio do século dizia: "O trabalho de maior envergadura é, e deve continuar sendo, a educação total da população ... Quando se tenha ensinado a todas as comunidades a considerar a tuberculose como uma doença infecciosa e evitável, e quando a opinião pública apoiada pelo interesse próprio das pessoas não infectadas seja suficientemente forte para exigir do paciente oom a citada doença um sentido de responsabilidade pessoal que o obrigue a cuidar de si mesmo e a proteger aos demais, é de esperar que vā desaparecer de nosso meio o maior flagelo da humanidade, a "peste branca".

AMSLER (1), da França, HANZAL (28), da Tchecoslovaquia e MAZZETTI (42), da Itália, na 3a. Conferência Internacional de Educação em Saúde em 1956 mostraram a necessidade da revisão dos métodos e das técnicas utilizadas para as campanhas antituberculose e são unâimes em reconhecer a necessidade de que a educação para a saúde se ajusta às transformações que vão se realizando nesse campo. A população precisa ser devidamente instruída sobre os riscos da doença e ao mesmo tempo motivada a colaborar com os médicos e agências de saúde. Muitos casos, cujos diagnósticos são feitos tardiamente, têm como causa a ignorância ou a precariedade de conhecimentos, motivos estes

que explicam as razões da população não tomar cuidados com a saúde .

MACK CLUZKEY *et al.* (38) em 1953 e VAVRA (64) em 1955 referem os resultados de suas pesquisas visando o planejamento de programas educativos para os pacientes em tratamento nos hospitais de tuberculose. Mostram esses A.A. a responsabilidade e a experiência que deve possuir a equipe hospitalar para assistir os pacientes , solucionar os seus problemas físicos e sociais, neutralizar os de ordem emocional e orientá-los também nas suas dificuldades econômicas. Para estes misteres devem se unir médicos, enfermeiras, assistentes sociais e outros profissionais. Ampla cooperação e compreensão dos doentes devem ser alcançados para que estes sintam a responsabilidade que tem no seu tratamento. Nos esforços da equipe deve estar incluído, não apenas o ensino do interessado, mas sua extensão também às famílias e aos amigos com o objetivo de maior alcance , que é o de se atingir a comunidade.

Na XV Conferência Internacional de Tuberculose realizada em Istambul, em 1959, um dos temas tratados foi o da "Educação para a saúde e novos métodos de prevenção e tratamento da tuberculose".

Renomados especialistas como Görke (24) da Turquia, Kaufmann (33) da Suíça, Hir (35) do Marrocos, Schröder (57) da Alemanha , Stone (62) da Suíça, Viborel (65) da França e Wherrett (67) do Canadá, membros das Associações contra a Tuberculose em seus respectivos países, apresentaram estudos substanciais sobre esse assunto e relataram como se desenvolvem as atividades educativas nos seus programas de luta contra a tuberculose.

Reconhecem esses A.A. o papel fundamental que exerce a educação para a saúde no controle da doença. Lembram a longa duração do tratamento, dos controles que devem ser mantidos durante esse tempo e da paciência que os doentes necessitam para vencer os prazos necessários e desta forma alcançar a cura. O ideal, acham eles, seria envi

dar esforços para que todas as medidas de luta contra a tuberculose constassem como elementos importantes da política sanitária de cada país, com ênfase especial sobre a prevenção. Afirmam ainda que a necessidade de ajudar o indivíduo a aumentar os seus conhecimentos é parte de sua proteção e isto concorre em ajudar a comunidade a se proteger e a se defender. Os A.A. fazem ainda referências sobre os métodos e as técnicas educativas que deverão ser adaptados ao nível intelectual, aos hábitos, e às necessidades dos grupos aos quais se destinam. Insistem na necessidade de um programa definido de educação para a saúde em tuberculose, ressaltando como tópicos essenciais: a importância do indivíduo que deve ser orientado, os deveres da equipe de saúde e o valor da participação de voluntários para o êxito do programa.

Na XVI Conferência Internacional de Tuberculose, 1961, em Toronto, Canadá, foi realizado um painel sobre o tema "Como informar o público que a tuberculose ainda não está sob controle". Após a exposição de vários participantes (45, 4, 34, 22, 32, 40, 50, 23), *WHERRETT* (68) resumiu a opinião do grupo dizendo: "Os A.A. reconhecem que não há métodos eficientes para vencer a indiferença do público frente à doença. Há necessidade de programas bem planejados e sob a orientação de líderes treinados para se atingir os objetivos. Outro aspecto encarecido foi a dificuldade encontrada nos países em desenvolvimento para a descoberta de casos e o seu tratamento correto provocado pela desinformação da comunidade em relação ao problema da tuberculose. Quanto à educação comunitária, acham os A.A. que a maneira de iniciá-la consiste em avaliar o indivíduo em sua dependência com os caracteres hereditários, sua vida em família, suas necessidades insatisfeitas e o tipo da ambiente em que vive. Não compreender e não apreciar as forças que intervêm e influenciam o comportamento humano, podem conduzir qualquer programa ao insucesso, por mais

bem planejado que seja. Também os A.A. exaltam a importância da personalidade das pessoas encarregadas de executar os programas, a participação do doente e o conhecimento de todas as influências que envolvem o paciente e os programas preventivos ao lado dos curativos. Finalizando, mencionam a importância da atuação dos professores, a sua força educativa e de persuasão junto aos alunos".

HOCHBAUM (30) estudou cuidadosamente as razões porque o povo participa ou não participa dos exames de Raios X dos pulmões. Descobriu que "as pessoas são mais propensas a fazerem voluntariamente um exame dos pulmões quando três causas em que acreditam estejam presentes: 1) possibilidade delas mesmas contraírem a tuberculose; 2) a falta de sintomas não é indício de ausência da doença; 3) a detecção precoce da doença é proveitosa. O fator mais decisivo parece ser o segundo. Também procurou determinar porque algumas pessoas que aceitavam esses conceitos não haviam, nunca, se submetido a um exame radiológico. Descobriu que muitas dessas pessoas deixavam de tomar essa iniciativa por não relacionarem as informações consigo mesmas. Elas imaginavam que o fato de ficarem doentes acarretaria sérias consequências para seu relacionamento matrimonial, familiar ou profissional; também receiavam a repercussão que teria a sua doença, por serem pessoas com prestígio social e posição na comunidade. Assim, a possibilidade dessa revelação parecia tão catastrófica que eles preferiam fugir à eventualidade e, portanto, negavam-se a submeter-se a exames.

SIMOND (58) relata em seu trabalho a função da educação para a saúde na luta antituberculose no Texas e resume o seu pensamento dizendo: "a função da Educação na luta antituberculose tem que prosseguir, pois se erradicarmos a tuberculose - como haverá de suceder algum dia - será como consequência da constante repetição destas medidas e destas ações do educador de saúde pública: informar ao nú

blico e induzi-lo a adotar uma conduta pessoal, familiar e social condizente com estas informações".

BARRAGAN (5) do México e *BOLAND* (7) da Austrália em trabalhos afins definem, respectivamente, as funções do médico e da enfermeira em programas de luta contra a tuberculose. Afirmam estes A.A. que tanto um quanto o outro desempenham papéis importantes, um especialmente no diagnóstico e ambos na instrução do paciente, família e comunidade. Referem também a necessidade de se adaptar a linguagem ao nível das pessoas orientadas e de se promover um relacionamento cordial e afetoso entre educadores e educandos. A mesma conclusão chega *BOUILLON* (56) em seus dois trabalhos sobre a motivação da equipe e do paciente tuberculoso.

GATTEF & LEFFURF (21) referem a contribuição da educação para a saúde em um projeto piloto sobre vacinação BCG na África. Salientam "a importância de certos princípios educacionais comprovados. Isto é, que a mensagem sobre saúde, para ser efetiva, deve propor objetivos simples e práticos, sem que seja necessário superar sérios obstáculos para alcançá-los, e deverão incluir: a) informações suficientes sobre o projeto, b) instruções claras para uma execução adequada, e c) forças motivadoras estabelecendo as vantagens das novas medidas propostas".

CASTELL's (11) em mesa redonda para tratar do tema "Enfoque sanitário do tratamento da tuberculose pulmonar", tecendo considerações sobre as vantagens do tratamento hospitalar ou domiciliário, afirmava que as indecisões estavam superadas desde que fossem cumpridas as premissas. "A disponibilidade permanente e assegurada de drogas, a aplicação de regimes terapêuticos de eficácia comprovada, o serviço de controle que permita a supervisão do tratamento e o de educação para a saúde que possibilite a educação do enfermo e familiares"(o grifo é nosso).

O "Departamento de Atención Médica de la Secretaría de Estado de la Salud Pública de Buenos Aires, publicó as normas técnicas (10) para controle da tuberculose a serem observadas nas programações das atividades para o desenvolvimento tanto da parte sanitária como assistencial. À frente das normas de prevenção, de diagnóstico e de controle, foram colocadas as normas de promoção e fomento, onde se destaca a importância de uma metodologia de educação para a saúde visando ao cumprimento dessas atividades. Segue-se a recomendação: "os conteúdos educativos de verão estar relacionados com a realidade sócio-econômica e cultural e com determinadas particularidades técnicas para sua adaptação aos diversos programas".

Analisando a situação da tuberculose como problema sócio-econômico, *Paula Souza* (48), em 1966, e *Zanon e Magarão* (70), em 1974, consideravam a necessidade do preparo do pessoal para uma efetiva participação na luta contra a doença. Segundo esses A.A. é essencial para uma programação de educação para a saúde, o estudo do homem, seu meio, seus hábitos e sua cultura, para que se possam desenvolver ações de saúde com perspectivas mais amplas.

CERTAIN (12), em sua tese de livre - docência (1948), diz em seus comentários finais: "a educação sanitária, ministrada pelas educadoras no próprio Serviço e na oportunidade das visitas, vem se revelando cada vez mais produtiva, haja visto o carinho e desvelo que essas auxiliares empregam no desempenho de suas funções e nos resultados conseguidos até hoje".

O mesmo autor, e colaboradores, em trabalhos sobre "Levantamento da prevalência da infecção tuberculosa" (14) e "Primeiro programa de vacinação pelo BCG intradérmico em escolares de São Paulo" (13), enfatizam a contribuição da educação para a saúde, não só em relação à equipe executiva, mas também no que se refere às autoridades es-

colares, e afirmam que "a Escola deverá ser aproveitada como um importante elemento de ligação entre a equipe e a comunidade. Esta, uma vez preparada e motivada, pode participar e colaborar efetivamente com o programa de saúde".

Em outras publicações abordando este tema (54, 9, 8), verifica-se a mesma concordância de opiniões dos autores quando afirmam da necessidade de um programa educativo específico integrado ao programa geral de saúde para o bom êxito dos trabalhos.

L. LINS DE LIMA (36), em seu trabalho sobre as experiências da Fundação SESP nas atividades de luta contra a tuberculose, comenta o importante problema do absentismo, tão prejudicial na terapêutica. Em alguns países ele chega a atingir 44%. Mostra que "anões um trabalho persuasivo e permanente com o pessoal das unidades, sobre a importância da educação para a saúde no sentido de convencer o paciente da necessidade de tratar-se corretamente durante um ano, o percentual médio de abandono registrado nos dispensários cai abaixo de 20%.

Temos a certeza de não ter esgotado a pesquisa sobre o assunto, porém os dados coligidos e aqui apresentados dão uma visão da evolução das atividades educativas observadas em programas de luta contra a tuberculose no Brasil e em outros países.

3. EDUCAÇÃO E PROGRAMAS DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE

Considerando o que foi exposto nos capítulos anteriores, vemos que a Educação para a Saúde é um processo que exige mudanças de conhecimentos, atitudes e comportamentos. A participação ativa dos indivíduos irá influir beneficamente sobre a sua saúde e a da coletividade.

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa,

tem características próprias e se transmite e se difunde principalmente porque se ignoram os seus riscos. Depende, da participação consciente do indivíduo tanto a sua preven
ção quanto o tratamento.

Nossa intenção, ao desenvolver o processo educativo em tuberculose, é o de ajudar o indivíduo a compreen-
der o problema em estreita relação consino mesmo, com sua família, com a comunidade e a encorajá-lo a assumir voluntariamente práticas para vencer a doença.

A impressão que prevalece atualmente é a de que a tuberculose não se constitui mais em problema que mereça
atenção e cuidado. Muitas pessoas sub-estimam sua import
ância e consideram-na quase uma doença do passado. Se lançarmos um olhar para os dias de hoje, apesar dos progressos, parece-nos que a maioria dos países, em matéria de lu-
ta, tem progredido muito lentamente.

Se formos objetivos, podemos dizer que a tuberculose continua sendo um problema de significante repercus-
são médico-social e tem uma importância que não deve ser re-
gligenciada.

Temos ainda que pensar em tuberculose como um grave problema de saúde e que exige dos responsáveis um cuidado especial. Por isso a integração das ações específicas nos programas gerais de saúde é providência imprescindível e que serve para melhorar os conhecimentos sobre a doença, seus meios de diagnóstico, prevenção e tratamento.

Os recursos atuais técnico-científicos facilitam muito estas atividades. É necessário, porém, que sejam conhecidos, devidamente utilizados por parte do pessoal de saúde e tenham tido boa aceitação por parte do público em geral. Esses recursos, que modificaram o panorama da doença, acabaram também reformulando conceitos e deram novo conteúdo ao problema da tuberculose.

Em tese, o processo educativo consiste na adequada interação de dois elementos: o educador e o educan-

do. A harmonia das relações entre um e outro, de forma a tornar mais fácil e proveitosa essa interação, é a essência da técnica educativa.

3.1 - EDUCADORES

Para que a população aquiria conhecimentos exatos sobre as doenças e passe a agir corretamente para se defender, há necessidade de que existam pessoas capacitadas para esclarecê-las. É a equine de saúde. Educar é parte das atividades de cada profissional que a integre. Assim, o termo Educador abrange todo aquele que constitui essa equine. No preparo de cada integrante em atividades específicas, não pode ser esquecida a base educativa que é fundamental para o bom desempenho de suas funções.

Em todas as intervenções, e particularmente aquelas de saúde, há dois aspectos importantes: um puramente técnico e outro educacional. Este, seguindo-se ao primeiro, visa a prolongar o ato técnico dentro de uma significação mais humana e verdadeiramente social.

O médico, a enfermeira e os outros profissionais, o pessoal auxiliar, têm que aproveitar sempre as oportunidades para desenvolver um bom trabalho educativo, procurando evitar que as pessoas deixem de cooperar devido à falta de informações ou por informações mal dadas.

Quando nos referimos à tuberculose, o progresso alcançado pelo diagnóstico e terapêutica tornou mesmo possível a execução destas medidas por pessoal não especializado. Qualquer pessoa devidamente treinada e sob a supervisão de profissionais capazes pode realizar excelente trabalho.

3.1.1 - o médico

Diante da simplicidade que caracteriza os métodos empregados para a luta contra a tuberculose, o médico especialista deixou de se constituir numa necessidade. Suas atividades específicas estão hoje ao alcance da generalidade dos clínicos. Com as simplificações a que chegou o tratamento e o seguimento dos casos, estes trabalhos poderão ser executados da maneira a mais correta nos Centros de Saúde Integrados, nos Serviços de Tisiologia das Autarquias, nos Hospitais, nos Dispensários porventura ainda existentes ou nas entidades beneficentes de luta. É preciso, no entanto, para o sucesso, que o médico esteja a par da gravidade e extensão da doença e utilize os processos modernos de prevenção, do diagnóstico e da terapêutica. Isto nos mostra o quanto é fundamental para os futuros médicos a inclusão nos currículos acadêmicos pelo menos de noções básicas sobre a tuberculose para que se tornem familiarizados com as características próprias da doença.

A especialização em tuberculose, como sabemos, não oferece mais atrativos. Trata-se de uma doença de massa e seu interesse está estreitamente ligado à Saúde Pública.

Os médicos que a ela se dedicam ou venham a ter responsabilidades na prevenção e assistência ao tuberculoso tem oportunidade de atualizar seus conhecimentos nos Cursos de Saúde Pública. De acordo com outros interesses, ainda podem desenvolver-se nas atividades de programação, planejamento e assessoria para o exercício em Unidades Sanitárias. Na Disciplina de Tisiologia, ministrada nos Cursos para Médicos, adquirem noções sobre a educação que, embora insuficiente pelo número reduzido de aulas, dão ao sanitarista um elemento valioso para um melhor rendimento dos recursos empregados na luta. Como confirmação, podemos di-

zer, e a prática vem demonstrando, que os benefícios auferidos com a educação dos pacientes apresentam uma rentabilidade melhor quanto maior for a atenção dispensada pelo médico, principalmente se esta for acompanhada de um certo calor humano e compreensão. É preciso que o médico sinta que o paciente é um indivíduo vivendo de conflitos e temores devidos ao seu estado de saúde, e que necessita de diálogo e amizade.

Atuando nas Unidades Sanitárias ou nos Hospitais o médico tem que fazer render a sua influência junto ao doente e ao seu meio. Cabe-lhe enorme responsabilidade no trabalho educativo. É necessária, de sua parte, uma ativa colaboração junto à equipe de saúde, para que suas atribuições perante o indivíduo e a comunidade sejam desenvolvidas dentro de um espírito humanitário e responsável. As horas destinadas ao exercício profissional deverão ser cumpridas como um apostolado dignificando o desempenho de sua missão.

O médico, quando atende o paciente pela primeira vez, se defronta na oportunidade com o momento adequado para iniciar suas atividades educativas. Estas devem ter prosseguimento a posteriori e ser desempenhadas pelos outros elementos da equipe, indo se constituir num processo que não pode e não deve sofrer solução de continuidade.

3.1.2 - a enfermeira

Em sequência, e de acordo com o trabalho educativo desenvolvido pelo médico, cabe à enfermeira, com habilidade e tato, explicar ao paciente o significado do diagnóstico e a importância da aceitação das medidas terapêuticas indicadas.

Da sua atuação vai depender, em grande parte, a conduta futura do doente. Qualquer indivíduo, ao receber

a notícia de que está tuberculoso, tem um choque emotivo e toda a sua estrutura bio-social fica ameaçada. Cabe à enfermeira, numa entrevista bem conduzida, feita com o paciente e não para o paciente, dar-lhe a oportunidade de esclarecer o que sabe sobre a doença, quais seus conceitos e como interpreta o problema. Conhecer suas idéias sobre o assunto será de grande ajuda para as orientações futuras. Sendo a tuberculose uma doença de tratamento prolongado, os contatos individuais ou em grupos podem ser utilizados como oportunidades educativas nos planos de orientação ou na motivação para o paciente submeter-se ao tratamento correto. Muita vez o indivíduo se sente mais à vontade em conversar com a enfermeira do que com o médico sobre os seus problemas, seja por timidez ou pelo significado que o "status" de médico tem para ele. A enfermeira deve estar sempre pronta a ouvi-lo, ajudando-o, ou entendendo-se com o médico sobre os problemas que podem estar interferindo na sua conduta pessoal.

Se existe na Unidade um atendimento de tratamento controlado, ou seja, que registre a presença diária do doente no Serviço para tomar o medicamento, a atuação da Enfermeira é importantíssima, seja na ministração do remédio ou na supervisão dessa tarefa. Nesta esfera de ação ela necessita recorrer constantemente à sua imaginação, na ciência e persistência, compreensão e simpatia para que sejam proporcionadas as medidas necessárias que resultam numa total participação do doente até a cura.

O papel educativo da enfermeira não pode se restringir ao que foi mencionado. Sem esquecer o indivíduo, não é somente a cura deste o seu objetivo. Seus esforços devem ter um alcance mais amplo, abrangendo a família do doente e a comunidade, para que haja uma participação efetiva desses grupos.

Cabe ainda à enfermeira a supervisão constan -

te das atividades específicas e educativas, inerentes a cada profissional auxiliar da Unidade ou Hospital. As reuniões, palestras, treinamento em serviço deverão ser frequentes para uma atualização dos conhecimentos e motivação constante para o bom desempenho dessas funções.

Para o êxito de sua missão nas atividades de luta contra a tuberculose, é fundamental que o preparo recebido pela profissional tenha sido amplo e os conhecimentos e a experiência adquiridos nos serviços tenham revelado a importância da inclusão dessas atividades educativas, em todas as fases do trabalho. A interrelação dos problemas, de mais variada natureza, como os de ordem infecciosa, terapêutica, psicológica, social e econômica não permitem uma dissecação e esse complexo precisa ser enfrentado pela enfermeira.

É por tudo isto que ela necessita ser uma auxiliar dotada de requisitos muito especiais e, ao lado deles, se inspire na nobreza do ideal profissional que neste campo atinge um papel preponderante.

3.1.3 - os outros profissionais

Dependendo dos recursos financeiros e da disponibilidade de pessoal com formação universitária, os Serviços poderão contar ainda com a participação do assistente social, do nutricionista, do psicólogo, do cientista social. Estes, uma vez orientados nas atividades específicas e educativas em tuberculose, oferecerão grande oportunidade para um verdadeiro trabalho de equipe na prestação de serviços à comunidade.

Lembraremos ainda o Educador Sanitário que na sua formação recebeu noções sobre a doença e educação sanitária. Embora o Curso para o seu preparo tenha sido extinto, esse profissional ainda está presente em várias unidades e exerce tarefas educativas com desempenho bastante

proveitoso, principalmente no nosso Estado.

3.1.4 - o pessoal auxiliar

Certas nações em desenvolvimento como a nossa, além da carência de profissionais de nível universitário, lutam com enormes dificuldades financeiras para remunerá-los compensadoramente.

A necessidade, porém, de restringir a participação destes no desenvolvimento dos programas não veio interferir na sua produtividade. A criação de uma linha de pessoal auxiliar para substituí-los, embora menos categorizados, não deve comprometer a execução dos trabalhos e nem lhes diminuir a eficiência. O preparo deste pessoal é atribuição quase que exclusiva da enfermagem que o desenvolve através de treinamento em cursos teórico-práticos e estágios. As atividades educativas não são omitidas neste preparo. Estes auxiliares pertencem obrigatoriamente àquele grupo denominado de educador e dividem com os demais integrantes da equipe a responsabilidade de educar. Há que se reconhecer a importância do bom desempenho do pessoal para-médico e ressaltaremos a atuação da visitadora sanitária.

O domicílio, área sua por excelência, deve ser considerado como a célula profilática básica, e neste caso merecer atenção especial por parte daqueles que zelam pela saúde pública. Gradativamente a tuberculose vai se libertando do dispendioso tratamento hospitalar, sendo substituído pelo ambulatorial, o que diminui sensivelmente os custos, sem contudo, prejudicar sua eficiência. Porém, para que o mesmo seja facilitado, precisamos inquirir mais sobre o doente do que habitualmente se faz nos Serviços. Estes, devem penetrar mais no meio comunitário, dinamizando suas atividades e não se restringindo exclusivamente aos trabalhos estatísticos da clínica. A visita domiciliã-

ria é a ação que prolonga as atividades ambulatoriais junto aos familiares, alcançando mesmo o meio social e profissional do doente. Por ocasião da visita é que se pode entender certos comportamentos do indivíduo e sua família, em relação àquilo que se pede e se pretende obter. Não é fácil enfrentar todas as barreiras que são constituídas pela formação pessoal, nível econômico e meio social.

É a visitadora sanitária o técnico que pode se encarregar deste trabalho que, sobretudo, se avalia pela sua alta cobertura educativa.

A visitadora sanitária deve trabalhar em contato permanente com o Serviço Médico e de Enfermagem, para que sua atuação consiga os benefícios esperados. Também de nada adianta que um Serviço conte com esta auxiliar se ela não for aproveitada nas suas funções. Muita vez, por falta de pessoal na Unidade, a visitadora é aproveitada em serviços internos, deixando de prestar a sua contribuição específica tão necessária. É preciso que a sua função seja respeitada e que ela saiba como é importante a sua participação, a fim de que, com sua parcela educativa somada a dos demais membros da equipe, proporcione melhores condições de saúde à população.

Quanto à formação destas auxiliares, há um detalhe interessante. Ela sempre foi monovalente, devido à sua atuação em Serviços especializados, ou seja, nos Dispensários. Através dos seus próprios esforços e encaminhamento natural (pois não havia treinamento ou reciclagem), elas foram adquirindo conhecimentos e experiências apenas no campo da tuberculose e nesta área eram executados os seus trabalhos de visita domiciliar. Atualmente, com a integração dos Serviços, as visitas são feitas indistintamente àqueles que apresentam problemas de saúde e, com isso, a visitadora passou a ser polivalente, embora não tenha sido preparada para este fim.

O importante para despertar a responsabilidade que cabe a cada profissional - seja do médico até o pessoal de serviço - é que haja uma verdadeira integração nas atividades de luta contra a tuberculose. Dentro das responsabilidades que lhes competem, deve cada um desempenhar a sua parte, empenhando-se em torná-la harmônica e, sobretudo, executá-la com manifesta dedicação.

É preciso que a equipe se compenetre de que este trabalho, de ordinário lento e cansativo, é de incontestável utilidade e que é justamente por meio dele que a população se arma melhor e passa a confiar nos seus meios de defesa.

3.1.5 - O Educador de Saúde Pública

Aceitas as funções educativas, como atividades básicas nos programas de luta contra a tuberculose, há que se dotar os profissionais de saúde de conhecimentos que os tornem aptos na utilização de métodos, técnicas e meios de comunicação que favoreçam o processo de aprendizagem junto à comunidade.

Este processo, exige a presença, na equipe de saúde, de um profissional qualificado e com reconhecida competência - o Educador de Saúde Pública.

As principais funções deste são as de intensificar e ampliar as atividades educativas dos membros da equipe e consolidá-las em uma estrutura básica segura e organizada.

Os conhecimentos, por parte do Educador, das ciências sociais possibilitam a interpretação do comportamento das pessoas com relação à tuberculose, o que virá a contribuir para a formulação de programas adequados. Ainda devido à sua formação, ele saberá empregar meios para despertar o interesse das pessoas sobre a doença; poderá nar-

ticipar dos estudos de levantamento de dados e de recursos da comunidade; criar condições para o recrutamento das pessoas necessárias a uma cooperação ativa nos programas; promover um bom entrosamento entre as agências de saúde, oficiais ou não; assistir aos demais profissionais na seleção, distribuição e emprego de métodos e meios de comunicação, de acordo com as necessidades e as possibilidades locais; participar no planejamento e implantação dos programas gerais de saúde ou de treinamento de pessoal; divulgar os locais onde os serviços de saúde são oferecidos à população; ajudar na avaliação dos programas.

É inquestionável a utilidade destas práticas para a integração dos trabalhos de equine e desta com a coletividade. Assim sendo, a participação do Educador de Saúde Pública é essencial para a obtenção do sucesso no desenvolvimento de um programa que tenha como objetivo o controle da tuberculose.

3.2 - EDUCANDOS

3.2.1 - o paciente

Em nossas considerações sobre as pessoas que recebem os benefícios do processo educativo, ou seja, o educando, queremos colocar em primeiro lugar o doente tuberculoso. Se gradativamente a parte técnica da luta contra a tuberculose vai sendo resolvida, é diferente, no entanto, o comportamento do paciente que, por falta de colaboração, continua se constituindo no principal obstáculo para o sucesso da luta, tanto em países em desenvolvimento, quanto nos países altamente industrializados. O que se impõe na realidade é a conquista do indivíduo para que ele colabore efetivamente na resolução do problema. O indivíduo não vive no vácuo. Há que se levar na devida conta os fatores

econômicos e sociais que o envolvem. Também os fatores étnicos e culturais podem influir no seu comportamento e este é resultante de uma infinidade de fatores bastante complexos ligados ao seu modo de vida pessoal. O sucesso da educação de um paciente depende seguramente da atitude dos que cuidam dele. Numa Unidade Sanitária, por exemplo, a equipe deve se assegurar que o mesmo tenha absorvido efetivamente aquilo que lhe é ensinado, e que daí por diante passe a agir de acordo com esses ensinamentos.

É preciso que ele aceite antes de tudo sua parcela de responsabilidade e obedeça às recomendações necessárias à sua cura, evitando assim que outros sejam atingidos pela doença. O que se deve obter na realidade é a verdadeira cooperação do doente para vencer a moléstia e assim interromper a cadeia de transmissão. Ele deve ser esclarecido suficientemente sobre a necessidade de obedecer rigorosamente ao tratamento, quer este seja domiciliar ou hospitalar. Os riscos da interrupção do tratamento sem ordem médica, devem ser enfatizados. Os cuidados necessários quando da tosse e expectoração e a obrigatoriedade do isolamento domiciliar deverão ser devidamente explicados. A importância do controle médico deve alcançar, não apenas o paciente, mas também os seus comunicantes e isto deverá ser constantemente lembrado. Todo o indivíduo consciente e motivado deve retribuir com juro o que se espera dele. Para se obter essa retribuição não irá influir apenas a orientação estritamente correta; sobretudo, a maneira como se transmite, quem a transmite, onde e quanto é transmitida.

3.2.2 - a família

O doente, para que possa por em prática todas as instruções e conselhos recebidos, necessita igualmente do auxílio de sua família, amigos e conhecidos. É natural

que um indivíduo se sinta extremamente deprimido ao receber a confirmação do diagnóstico de tuberculose para o seu caso. Se ele contar com o apoio da família, que deve encorajá-lo e procurar colaborar para o seu tratamento, o impacto inicial será superado. O paciente passa em seguida, a sentir os benefícios de sua melhora física, consequência natural do tratamento bem feito e da melhora psíquica pelo apoio moral recebido. Ainda será melhor a resposta se ele se sentir compreendido pelo seu grupo social e profissional mais próximo (amigos, vizinhos, conhecidos e colegas de trabalho).

A tuberculose ainda é considerada por muita gente como um estigma. O doente pode não se sentir rejeitado por parte do seu círculo de amizades e, se isto não ocorrer, a sua cura será mais fácil e período de tratamento menos angustiante. Seria ideal que a família e o grupo social no qual o doente está incluído pudessem participar do processo educativo, auxiliando-o a compreender a sua responsabilidade dentro do processo. Mais uma vez, queremos acentuar a importância fundamental que tem a atuação de toda a equipe de saúde neste trabalho e, principalmente, a da visitadora sanitária, que no desempenho de suas funções tem a oportunidade de atuar com mais intensidade no meio familiar e social do doente.

3.2.3 - a comunidade

O paciente é o ponto de partida de qualquer programa educativo em tuberculose. Como já foi referido anteriormente, o paciente pertence geralmente a uma família e integra um grupo social. Isto nos leva a considerar a necessidade de estender o processo educativo até a comunidade, onde o indivíduo e seu grupo estão engajados. É imperioso que o ensino seja proporcionado a todas as pessoas

que vivem num agrupamento social, mesmo que estas pessoas não estejam incluídas entre os doentes conhecidos e seus contatos. Ensinar não é tudo, é preciso empregar meios para que do ensino se passe à ação e que esta seja mantida e o interesse estimulado constantemente. Isto é um trabalho que compete inicialmente ao pessoal que trabalha nos órgãos de saúde. Estes deverão por em práticas os melhores meios para recrutar, selecionar, ensinar, integrar e manter o pessoal que deverá colaborar nos programas de luta contra a tuberculose. É evidente que estes órgãos tem o dever de esclarecer a população sobre os riscos da doença e sobre os recursos de que a Saúde Pública dispõe para o emprego de medidas profiláticas e de assistência. Autoridades, associações de classe, clubes de Serviço, grupos sociais, esportivos e religiosos devem ser informados dos objetivos do programa e comprometerem sua colaboração. Na mesma linha, entrevistas e contatos devem ser feitos com os líderes formais e informais da comunidade e também entendimentos com as agências de comunicação para a divulgação das atividades programas. Menção especial tem que ser feita sobre a inclusão das entidades de ensino, pois a colaboração dessas autoridades é imprescindível e iniciativas devem ser tomadas para que se inclua orientação específica sobre tuberculose nos currículos.

Devemos ter sempre presente que o tempo dispendido com a criança, levando-a a conhecer e aplicar noções básicas de saúde, inclusive sobre tuberculose, é tempo gasto generosamente e generosamente serão reconhecidos os benefícios que advirão para o futuro.

Todo o trabalho comunitário naturalmente é lento, difícil e os seus resultados, quase sempre só podem ser aguardados a longo prazo. Se for bem planejado, a comunidade pode identificar as suas necessidades e despertar nela o desejo de resolvê-las através do próprio esforço. Des

ta participação resultarão benefícios que poderão contribuir de modo decisivo para o controle da doença.

4. PROGRAMA EDUCATIVO

O programa de educação para a saúde na luta contra a tuberculose tem que ser um componente da programação técnica. Esta deverá ter os seus objetivos definidos. Alcançados, devem tornar-se uma referência importante na valorização da contribuição educativa.

A tuberculose é uma doença endêmica. Tem características próprias e difere das demais que preocupam a Saúde Pública.

Embora seja de inclusão obrigatória nos programas gerais de saúde, as atividades educativas específi-cas devem ser programadas de acordo com as características que lhes são próprias. Estas atividades devem exercer-se de forma sistemática e permanente. A doença, dado o seu carater endêmico, não requer campanhas especiais, agudas e, uma vez que a comunidade a ela já se acostumou, é evidente que não haveria compensação. Desta forma, devem ser aproveitadas todas as oportunidades educativas que se ofereçam, aos profissionais no contato com os indivíduos ou grupos. Quando se planejam atividades educativas em tuberculose, há necessidade da colaboração de toda a equipe de saúde.

Para a formulação dos objetivos nesse trabalho deve-se proceder a um diagnóstico da situação educativa, com base principalmente nos conhecimentos, hábitos e atitudes da população com respeito à doença.

O conteúdo educativo a ser programado deverá estar de acordo com os objetivos e com o que foi estabelecido nas normas.

Como metodologia a ser utilizada, há que considerar as características do grupo a ser atingido, o pessoal que vai empregá-la e os recursos de que se dispõe. Com o

doente, a entrevista e a discussão em grupo produzem, a nosso ver, os melhores resultados. O paciente tuberculoso é um indivíduo que perdeu a saúde, está preocupado e, por isso, é natural que procure uma solução. O diálogo é a forma de ouvi-lo e orientá-lo. A discussão em grupo entre pessoas apresentando o mesmo problema facilita a troca de idéias e do intercâmbio de experiências poderão advir grandes benefícios.

Todos os outros métodos educativos tem o seu valor, quer sejam usados isoladamente ou de forma conjugada com as técnicas e os meios apropriados. Temos tido oportunidade de ler em publicações especializadas a experiência de outros países que utilizam métodos desde os mais simples até os mais sofisticados nos programas educativos.

Referências são feitas à utilização do cinema, da televisão, do rádio e da imprensa na divulgação de ensinamentos sobre tuberculose ao grande público. As palestras, conferências, mesas redondas são programadas com líderes das agências de saúde, de modo a chegar com proveitos à população. Os museus, murais ou exposições contendo material específico e instituídos principalmente com a colaboração das Escolas, despertam nas crianças um sensível interesse. Também cartazes e folhetos com ilustrações e mensagens educativas são expostos e largamente distribuídos.

Infelizmente, entre nós pouco se tem feito neste sentido. Os meios de divulgação para o grande público são utilizados parcimoniosamente. As palestras e conferências, quando promovidas, reúnem um público restrito; geralmente o nível em que elas se desenvolvem é de caráter técnico científico e não atingem a população. Os poucos folhetos, cartazes ou albuns seriados são apresentados ou distribuídos com penetração bastante reduzida.

O ideal seria que os métodos e os recursos fossem empregados adequadamente e com grande cobertura. Isto viria a favorecer uma avaliação futura dos seus resultados. Todos eles encerram um potencial próprio e poderemos esperar que despertem na comunidade um desejo de modificar o seu comportamento em relação à saúde, ocasionando resultados sensíveis nos programas de luta contra a tuberculose.

5. INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

5.1 - Unidades Sanitárias

Todo o programa de saúde fundamenta-se na infra-estrutura básica de saúde, na qual e através da qual se efetuam as atividades programadas. Ela não se constitui somente de órgãos assistenciais: é composta pela administração, pelo pessoal de saúde e também pela coletividade. A infra-estrutura deve corresponder a uma série de exigências, principalmente: 1) tornar os Serviços providos de todos os recursos para que sejam eficientes, distribuí-los de forma a facilitar o acesso por parte da população e em quantidade suficiente para não deixar certas áreas desfavorecidas; 2) promover na comunidade a mobilização do interesse das pessoas para que tenham, utilizem e propaguem os seus benefícios.

O primeiro tipo de organização de luta antituberculose cientificamente planejado e posta em funcionamento surgiu em 1887, no chamado esquema de Edinburgo, devido a Sir Robert Philin. Sua iniciativa baseou-se na natureza infecciosa da doença. Além do tratamento, que na época se podia considerar precário, o Dispensário buscava, nas informações sobre os doentes e seu ambiente, uma participação social, dispondo desta forma de maiores dados para acompanhar a evolução dos pacientes e suas famílias. Já naquela época havia preocupação pela educação do doente tuberculo-

so, preocupação esta que vem até os nossos dias. Num Serviço bem organizado, com grandes ou poucos recursos, o objetivo deve continuar o mesmo, ou seja, facilitar e orientar o diagnóstico, a prevenção e o tratamento da doença. O programa de controle da tuberculose só pode ser entendido se integrado ao programa de saúde geral: portanto, todas as informações referentes à infra-estrutura sanitária são essenciais para o seu planejamento.

O doente, quando atendido por pessoal atencioso e em ambiente agradável, torna-se um bom propagandista da assistência que recebeu. Isto contribui naturalmente para criar uma imagem favorável dos Serviços de Saúde na comunidade, o que facilita e auxilia sua participação nos programas.

5.2 - Hospital

Se, de um lado, as atividades dispensárias podem ser englobadas dentro da Unidade Sanitária, o mesmo não acontece com o Hospital. Este ainda é considerado como um elemento de profilaxia, no caso do isolamento dos pacientes, e atuante no sentido de tratamento nos internados com formas moderadas ou graves, obtendo-se ótimos resultados numa primeira fase, isto é, até a negativação do escarro. Hoje em dia o tratamento ambulatorial pode ser instituído em todas as formas da doença e, no geral, são enviados aos Hospitais apenas os casos em que é grande a eliminação de bacilos, aí permanecendo por período de curta permanência. Este tempo em que o doente permanece hospitalizado, via de regra três a quatro meses, deve ser aproveitado para educá-lo em conhecimentos sobre a doença, sua defesa e da família e para que tome consciência da responsabilidade de se tratar corretamente na segunda fase, isto é, quando, após a alta, for encaminhado ao Dispensário da sua área domiciliar.

Isto tudo é parte do processo educativo, que de verá ser iniciado desde a ocasião do encaminhamento do doen te, através do Serviço que o assistiu e continuado na fa se do tratamento hospitalar. Mas nada poderá ser obtido se não se despertar o interesse da equipe hospitalar para as atividades educativas. Isto requer preliminarmente a organização de um programa de ensino e preparo deste pes soal, para que, no exercício diário de suas funções, promova a educação dos pacientes, mostrando-lhes os benefícios que podem trazer a si mesmo e, porque não dizer, à sua fa mília. Todo o programa educativo deve ensinar aos pacien tes o ensino de fatos importantes sobre a enfermidade e fa cilitar aos mesmos a oportunidade de consulta aos membros da equipe na busca de esclarecimentos e soluções para os seus problemas.

5.3 - Entidades particulares

Muito antes que o organismo oficial passasse a se responsabilizar pela luta contra a tuberculose em nosso país, a iniciativa particular já atuava por meio de suas entidades beneficentes ou voluntárias.

Estas entidades sempre foram mantidas com recursos particulares e donativos oferecidos pela população. As que conseguiram sobreviver, passaram posteriormente a receber auxílios e subvenções oficiais que as ajudam na ma nutenção de seus trabalhos.

A intervenção oficial tem se limitado, em alguns centros, apenas ao auxílio financeiro, não oferecendo oportunidades para uma integração de esforços com as agen cias oficiais de luta contra a tuberculose, nem estimulando a mobilização de pessoas de boa vontade que, como vôlun tárias, poderiam exercer um trabalho educativo bastante pro veitoso na comunidade, tal como se verifica com a experiên cia de vários países.

Em vista disto a população habitou-se a considerar apenas o Governo o responsável pela luta antituberculose.

Em países como o nosso, de extensa área territorial, torna-se difícil um atendimento razoável no campo da saúde. Muitos dos nossos órgãos sanitários são carentes de recursos materiais e humanos. Isto posto, todos os meios que possam contribuir para melhorar a situação da tuberculose deverão obrigatoriamente ser utilizados. O concurso dos trabalhadores voluntários é um deles e de capital importância. Se contar com a retaguarda dos organismos oficiais, através de suas equipes especializadas para assessoria e treinamento em atividades específicas, estas entidades poderão prestar um grande auxílio para informação e educação das pessoas. Sua aceitação será muito facilitada por fazerem parte do próprio grupo comunitário e pela ausência da intervenção oficial, que algumas vezes é mal interpretada.

Uma das campanhas lideradas por essas entidades, e de maior importância na luta contra a tuberculose, é a do Selo Antituberculose. Nos Estados Unidos este movimento tem grande repercussão e angaria fundos em torno de alguns milhões de dólares. Seria desejável que também entre nós este recurso fosse amplamente difundido, pois, poder-se-ia conseguir um montante considerável em dinheiro que seria destinado ao auxílio das entidades beneficentes para bem exercerem as suas funções.

O selo não deve representar apenas uma forma de arrecadação de fundos, mas deve se constituir em um importante meio de transmitir mensagens educativas, através de dizeres e desenhos na sua estampa, reforçados por frases alusivas no carimbo empregado para sua inutilização.

6. COMENTÁRIOS FINAIS

Ao chegarmos ao término de nosso trabalho, queremos lembrar a posição inicial em que nos colocamos ao abordar o problema. De uma maneira geral, consideramos como os recursos humanos e assistenciais podem contribuir nos programas de luta, sob o ponto de vista educativo. Jamais se constituiu em objetivo nosso a esquematização de um modelo que pudesse servir como esquema nas programações a serem planejadas em altos níveis ou desenvolvidas a nível local. Lembraremos, ainda, que a tuberculose é uma doença extremamente influenciada pelos fatores sociais e nossas considerações alcançam somente aqueles onde o sistema saú-de pode influir.

Insistiremos apenas em que:

- 1) a influência que a educação exerce nas atividades de luta contra a tuberculose é referida de longa data, bem como o reconhecimento de seus benefícios é fato incontestado, como se infere dos muitos trabalhos publicados a respeito;
- 2) na maioria destes trabalhos os autores mostram a preocupação das autoridades sanitárias em assinalar-lhes os méritos, mas sem repercussão, porque não há correspondência. Na prática os programas de luta contra a tuberculose dedicam pouca ou nenhuma atenção às atividades educativas;
- 3) não tem havido entre nós, nem mesmo em programações regionais, interesse de se criar centro de preparação de equipes para os ensinamentos no campo da tuberculose e pessoal de nível não universitário;

- 4) aos médicos e demais profissionais de nível superior grandes oportunidades são oferecidas com a sua participação nos estudos de Tisiologia dos Cursos de Saúde Pública;
- 5) há necessidade que certas conceituações, no que se refere à educação no campo da tuberculose, sejam reformuladas e que a mentalidade até agora presente e atuante no planejamento dos programas de luta se volte para aquele ponto onde a Educação para a Saúde seja reconhecida como elemento de real valia.

Se as autoridades de Saúde se preocuparem como problema e obtiverem motivação dos profissionais para que sua atuação esteja dentro de um verdadeiro espírito de trabalho em equipe, poderemos ter a grande oportunidade de ir modificando a triste posição em que nos situamos, face às demais nações, no combate à tuberculose.

7. PESUMO

Na parte inicial do trabalho, são apresentadas considerações gerais sobre Educação Geral e Educação para a Saúde. A filosofia atual destes processos é mostrada, como práticas essencialmente ativas que dão ênfase especial ao indivíduo como ser humano e como tal, influenciado no seu comportamento pelos vários fatores que o envolvem. A história da Tuberculose é lembrada, com suas características especiais de infecciosidade e contágio. A Revisão Bibliográfica inclui trabalhos que mostram a evolução das atividades educativas específicas. Numa análise retrospectiva os assuntos são interligados, de forma a proporcionar a todos os que participam da luta contra a tuberculose a compreensão de suas responsabilidades educativas e a necesidade de desempenhá-las dentro de um verdadeiro trabalho de equipe. Destaque deve merecer a inclusão da Educação para a Saúde nos programas. Juntamente com outras medidas profiláticas, o seu emprego proporciona contribuição sensível para o desenvolvimento do controle da doença.

8. SUMMARY

The initial part of the present report presents some considerations about General Education and Health Education. Some remarks are made about these processes considered as essentially active procedures. Special emphasis is given to the individual as a human being and the several factors that influence his behaviour. History of tuberculosis is remembered as well as its special infectiousness and contagiousness. Bibliography includes papers that show the evolution of the specific educational activities. An interrelation among the various topics is made to point out that all those concerned with the fight against tuberculosis have the ultimate educational responsibilities that must be carried out with real team work spirit. With Health Education included in specific programs along with all other prophylactic measures, it is possible to look forward to the control of tuberculosis in a near future.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) AMSLER, R. La totale transformation de la tuberculose impose celle des themes de pronagande antituberculeuse. In: CONFERENCE INTEPNATIONALE DE L'EDUCATION SANITAIRE. 3a. Rome, 1956. Actes officiels. Rome, 1957. v.2, p. 293-301.
- 2) BALDÓ, J.I. El problema de la tuberculosis en las Americas. Bol. Of. Sanit. Panam., 58: 37-65, enero, 1965.
- 3) BARCLAY, W. La tuberculosis en los paises desarrollados. Bol. Of. Sanit. Panam., 58: 25-36, enero, 1965.
- 4) BARIÉTY, M. Comment faire comprendre au public que la tuberculose n'est pas encore une maladie maîtrisée ? In: INTERNATIONAL TUBERCULOSIS CONFERENCE, 16a. Toronto, Canadá, 1961. Proceedings. Amsterdam, Excerpta Medica, 1961, v.1, p.137-141.
- 5) BARRAGAN, J.G. El papel educativo del medico en la lucha antituberculosa. Salud Publica Mex., 8 (2): 185-187, Mar-Abr., 1966.
- 6) PIPKENHEAD, C. Problems in health education. Int. J. Health Educ., 8: 154-159, oct-dec., 1965.
- 7) BOLAND, P. The role of the tuberculosis clinic nurse in the moderns treatment and control of tuberculosis. Bull. Int. Union Tuberc., 49 (supl. 1): 84-94, 1974.
- 8) BRAGA, F.C. & SANTOS, R.J.C. Ensaio de vacinação BCG intradérmica. Rev. Div. Nac. Tuberc., 17 (65): 93-103, jan-mar., 1973.
- 9) RÔNLIQ, P. et al. Programa desenvolvido na pesquisa da sensibilidade tuberculínica e vacinação pelo BCG intradérmico em escolares do primeiro ano da rede municipal de ensino de São Paulo, durante o ano de 1971. Rev. Div. Nac. Tuberc., 18 (69): 46-52, jan-mar., 1974.

- 10) BUENOS AIRES (Provincia). Secretaria de Estado de la Salud Publica. Departamento de Atención Médica. - Nor-
mas de tuberculosis para incrementar programas de
educación médica. Rev. Arg. Tuberc. Enferm. Pulmo-
nares, 31 (4): 306, 1970.
- 11) CASTELLS, H.P. Enfoque sanitário del tratamiento de
la tuberculose pulmonar: mesa redonda. Rev. Arg. Tu
berc. Enferm. Pulmonares, 30 (1/2): 3-4, 1969.
- 12) CERTAIN, D.A. Da atuação do Dispensário de Tuberculos
e da Faculdade de Higiene e Saúde Pública sobre o
grupo etário 0-2 anos desde 1938 a 1974 (10 anos) :
estudo social das 241 famílias do grupo 0-1 ano. São
Paulo, 1948. [Tese apresentada a Comissão Julgadora
do concurso para docência livre da Cadeira de Fisiolog
ia da Faculdade de Higiene e Saúde Pública de São
Paulo].
- 13) CERTAIN, D.A. et al. Análise dos resultados da pesquis
a da infecção tuberculosa e do primeiro programa de
vacinação pelo BCG intradérmico em escolares de São
Paulo - 1971-1974. Rev. Saúde Pública (S.Paulo) ,
9(2), 1975. | No prelo |
- 14) CERTAIN, D.A. et al. Levantamento da prevalência da
infecção tuberculosa em escolares da 1a. série pri-
mária das escolas públicas de São Paulo. Rev. Div.
Nac. Tuberc., 17(67): 307-315, 1973.
- 15) DERRYBERPY, M. Educação em Saúde - seus objetivos e
métodos. Conferencia pronunciada na Reunião da Junta
do National Health Council's Committee on Research
and Committee on Health Education, dez., 1959, New
York.
- 16) DEWEY, J. Vida e educação. 8a. ed. São Paulo, Ed.
Melhoramentos, 1973.
- 17) DUPKHEIM, E. Educação e sociologia. 9a. ed. São Paul
o, Ed. Melhoramentos, 1973.
- 18) FABINI, C. La conception medico-sociale de l'education
sanitaire. In: CONFERENCE INTERNATIONALE DE L'EDUCA

- TION SANITAIRE, 3a., Rome, 1956. Actes officiels. Rome, 1957, v.1, n. 103-107.
- 19) FURTER, P. Educação e reflexão. 3a. ed. Petrópolis - lis, Ed. Vozes, 1970.
- 20) FURTER, P. Educação e vida. 3a. ed. Petrópolis . Ed. Vozes, 1970.
- 21) GATTEF, C. & LEFEVRE, M. Health education contribution to PCG vaccination: a pilot project in Africa. Int. J. Health Ed., 11: 38-46, jan-mar, 1968.
- 22) GEDDES, J.E. How to inform the general public that tuberculosis is not yet under control. In: INTERNATIONAL TUBERCULOSIS CONFERENCE, 16a. Toronto, Canadá, 1961. Proceedings. Amsterdam, Excerpta Medica, 1961. v.1, n. 151-154.
- 23) GEEKIE, D.A. Research and evaluation in tuberculosis public education programmes. In: INTERNACIONAL TUBERCULOSIS CONFERENCE, 16a., Toronto, Canadá, 1961. Proceedings. Amsterdam, Excerpta Medica, 1961, v.1, p. 163-165.
- 24) GÖKCE, T.I. L'education sanitaire a la lumière des méthodes récentes de prévention et de traitement de la tuberculose. Bull. Int. Union Tuberc., 29 (4) : 820-831, 1959.
- 25) GOTTSTEIN, A. La curva secular de la tuberculosis . In: Enidemiologia general de la tuberculosis. Madrid, Ed. Morata, 1943. n. 46-58.
- 26) GUSMÃO, H.H. O universitário diante da infecção tuberculosa. Relatório apresentado na Cadeira de Higiene no 50 ano da Faculdade de Medicina da USP - out . 1943.
- 27) HAAS, L.E. The increasing dimensions in health: what the health education specialist can add. Int. J. Health Educ., 11: 32-35, jan-mar., 1968.

- 28) HANGAL, S. Recherche des connaissances sanitaires de la population en matière de tuberculose. In: CONFERENCE INTERNATIONALE DE L'EDUCATION SANITAIRE, 3a, Rome, 1956. Actes officiels. Rome, 1957. v.2, p. - 405-440.
- 29) HISCOCK, I. Campaign against tuberculosis and syphilis. In: Ways to community health education: Cambridge, Mass., Harvard Univ. Press, 1939. p. 185 - 204.
- 30) HOCHBAUM, G.M. Public participation in medical screening programs. Washington, U.S. Department of Health Education and Welfare, s/data.
- 31) JAROCKING, L.S. World Health Assembly: focus on health education. Some significant statements. Int. J. - Health Educ., 17: 82-90, 1974.
- 32) JOSEPH, T.J. How to inform the general public that tuberculosis is not yet under control. In: INTERNATIONAL TUBERCULOSIS CONFERENCE, 16a., Toronto, Canadá, 1961. Proceedings. Amsterdam, Excerpta Medica, 1961. v.1, n. 155-156.
- 33) KAUFFMANN, F. Les connaissances qui doivent être données au public sur les nouvelles méthodes de prévention et de traitement de la tuberculose. Bull.Int. Union Tuberc., 29 (4): 834-844, 1959.
- 34) LEACH, C. How to inform the general public that tuberculosis is not yet under control. In: INTERNATIONAL TUBERCULOSIS CONFERENCE, 16a., Toronto, Canadá, 1961. Proceedings. Amsterdam, Excerpta Medica, 1961, v.1, p. 149-150.
- 35) LE HIR, M. Les problèmes de l'éducation sanitaire dans un pays en voie de développement. Bull. Int. Union Tuberc., 29(4): 845-854.
- 36) LIMA, L.L. Atividades de luta contra a tuberculose integradas nos programas gerais de saúde pública: experiência da Fundação SESP. Rev. Div. Nac. Tuberc.,

13(49): 33-47, jan-mar., 1969.

- 37) LOPEZ BONILLA, J. & PIO, A. Definición de objetivos en un programa de control de la tuberculosis. In: El control de la tuberculosis como problema de salud pública. Buenos Aires, Eudeba, 1967. p. 222-225.
- 38) McCLUSKEY, A.M. et al. A patient education program for the tuberculosis patient in the New York Hospital. New York, 1953.
- 39) MARCONDES, P.S. Educação sanitária em nível nacional. São Paulo, 1964. [Tese apresentada para doutorado na Faculdade de Saúde Pública, USP].
- 40) MARTIKAINEN, H. Health education in action. In: INTERNATIONAL TUBERCULOSIS CONFERENCE, 16a., Toronto, Canadá, 1961. Proceedings. Amsterdam, Excerpta Medica, 1961. v.1, p. 157-160.
- 41) MATHEWS, B. Toward a framework for inquiry in health education. In: DOROTHY NYSWANDER INTERNATIONAL SEMINAR, New York, 1974. Papers on theoretical issues in health education. New York, 1974. p. 161-172.
- 42) MAZZETTI, G. A propos de la propagande antituberculeuse. In: CONFERENCE INTERNATIONALE DE L'EDUCATION SANITAIRE, 3a., Rome, 1956. Actes officiels. Rome, 1957. v.2, p. 529-531.
- 43) MEYERS, J.A. Invited and conquered: historical sketch of tuberculosis in Minnesota. St. Paul, Minn., Webb Publishing, 1949.
- 44) MONTENEGRO, T.H. Tuberculose e literatura. 2a. ed. Rio de Janeiro, Casa do Livro, 1971.
- 45) NIX, M.E. Health education and human motivation. In: INTERNATIONAL TUBERCULOSIS CONFERENCE, 16a., Toronto, Canadá, 1961. Proceedings. Amsterdam, Excerpta Medica, 1961. v.1, p.137-141.
- 46) NUSSENZVEIG, I. & CERTAIN, D.A. Contribuição para o estudo da tuberculose no município de São Paulo: aspectos epidemiológicos do problema. Arq. Fac. Hig.

- S. Paulo, 7 (1): 3-86, junho 1953.
- 47) NYSWANDER, D. Educação Sanitária. Fundação Serv. Esp. de Saúde Pública, R. Janeiro, 1964, p.8-9.
- 48) PAULA SOUZA, P. Educação sanitária no ensino da tisiologia. Arq. I.B.I.T., 21 (1/2): 84-90, 1962.
- 49) PITANGA, G. Evocando Plácido Barbosa. Clínica Tisiológica, 8 (31): 267-276, 1953.
- 50) PUELMA, H.O. Comment faire comprendre au public que la tuberculose n'est pas encore une maladie maîtrisée. In: INTERNATIONAL TUBERCULOSIS CONFERENCE, 16a., Toronto, Canadá, 1961. Proceedings. Amsterdam, Excerpta Medica, 1961, v.1, p. 161-162.
- 51) RIBEIRO, L. Tendências da luta contra a tuberculose. Rev. Div. Nac. Tuberc., 16 (63): 309-327, 1972.
- 52) RICH, A. Patogenia de la tuberculosis. Buenos Aires, Ed. Alfa, 1946. p. 155.
- 53) RIEUX, C.G. & GERVOIS, M. Le role de la lutte antituberculeuse dans le developpement des programmes generaux de santé: données historiques. Bull. Union Int. Tuberc., 43: 185-187, sept. 1969.
- 54) ROCHA, E.R. et al. A introdução da vacinação pelo BCG intradérmico e a luta contra a tuberculose na Guanabara. Rev. Div. Nac. Tuberc., 18(72): 378-392, out dez. 1974
- 55) ROSENSTOCK, I.M. Técnicas para influir en las gentes: bases motivacionales de los procedimientos de educación sanitaria. Mexico, Ofic. Sanit. Panam., 1961.
- 56) ROUILLON, A. Problèmes posés par l'organization d'un traitement ambulatoire efficace des malades tuberculeux: motivation. Bull. Union Int. Tuberc., 47: 72-86, Feb. 1972.
- 57) SCHRÖDER, E. Nécessité et role de l'education sanitaire dans la lutte contre la tuberculose. Bull. Int. Union Tuberc., 29(4): 855-858, 1959.

- 58) SIMOND, A.M. Funcion de la educacion sanitaria en la lucha antituberculosa. Trabalho apresentado na XXII Reunión Anual de la Asociación Fronteira Mexico-Estado Unidense de Saúde. Monterrey, Nuevo Leon, Mexico, março de 1954.
- 59) Society of Public Health Educators, USA. In: CONFERENCE INTERNATIONALE DE L'EDUCATION SANITAIRE, 3a., Rome, 1956. Actes Officiels. Rome, 1957. v.2, p.90.
- 60) SOUTO, V. História e tradição. In: Tuberculose pulmonar. Rio de Janeiro, F. Alves, 1937. p.
- 61) SOUTO, V. Transmissão da tuberculose: papel do contágio e responsabilidade da heranca. S.Paulo, Ed. Melhoramentos, 1945.
- 62) STONE, J.G. Health education in the United States of America and new methods of prevention and treatment of tuberculosis. Bull. Int. Union Tuberc., 29 (4): 859-869, 1959.
- 63) TAYLOR, D. The use of health education services in national health programs. Int. J. Health Educ., 9 : 2-7, jan-mar, 1966.
- 64) VAVPA, C. A study of the skimo patient's opinion of care at Firland Sanatorium. In: CONFERENCE INTERNATIONALE DE L'EDUCATION SANITAIRE, 3a., Rome, 1956. Actes officiels. Rome, 1957. v.2, p. 702-718.
- 65) VIBOREL, L. Méthodes et techniques d'éducation sanitaire antituberculeuse de la population. Bull. Int. Union Tuberc., 29(4): 870-877, 1959.
- 66) VILAS BOAS, A. El problema de la tuberculosis nas Americas. Rev. Div. Nac. Tuberc., 14(55): 217-224, 1970.
- 67) WHERRETT, G.J. The role of health education in the anti-tuberculosis campaign. Bull. Int. Union Tuberc., 29 (4): 878-881, 1959.

- 68) WHERRETT, G.J. Summary by the Chairman. In: INTERNATIONAL TUBERCULOSIS CONFERENCE, 16a. Toronto, Canadá, 1961. Proceedings. Amsterdam, Excerpta Medica, 1961, v.1, p. 166-167.
- 69) WORLD HEALTH ORGANIZATION. Expert Committee on Health Education of the Public. First report. Geneva, 1954.
- 70) ZANON, U. & MAGARÃO, M.F. Recrutamento e formação de pessoal. Rev. Div. Nac. Tuberc., 18(70): 158-164, abr.-jun., 1974.