ROSA ROSEMBERG ^{we}
KRAUSZ

Ø

ESTUDO DE UM NOVO GRUPO PROFISSIONAL;

O EDUCADOR DE SAÚDE PÚBLICA

**TESE DE DOUTORAMENTO APRESENTADA AO
DEPARTAMENTO DE PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

1 9 7 4

**BIBLIOTECA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
SP - 8**

Ao Mario, meu
companheiro de vida, dedi-
co este trabalho que ab-
sorveu muitas horas insubs-
tituíveis de nossa convi-
vência.

Aos meus filhos Miriam e
Luis Sérgio e à minha mãe, parte
da minha existência, ofereço esta mo-
desta realização.

S U M Á R I O

VOLUME I	pág.
PREFÁCIO	1
I. INTRODUÇÃO	1
II. OCUPAÇÕES E PROFISSÕES	4
III. A EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA: SUAS ORIGENS	16
IV. A EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	22
V. O EDUCADOR DE SAÚDE PÚBLICA	25
1. Caracterização Geral do Grupo de E.S.P. Estudado	26
2. O Ingresso numa Nova Ocupação	29
VI. O EDUCADOR DE SAÚDE PÚBLICA E SEU CAMPO DE TRABALHO	37
1. As Expectativas	37
2. A Satisfação com o Trabalho	39
3. As Condições de Trabalho	44
4. A Auto-Imagem	49
5. As Perspectivas para o Futuro	56

	pág.
VII. AVALIAÇÃO DO PREPARO PROFISSIONAL DO E.S.P.	59
1. As Falhas	60
2. Os Aspectos Positivos	62
3. As Modificações Sugeridas	65
VIII. AS EXPECTATIVAS COM RELAÇÃO AO CURSO DE <u>EDU</u> CAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA	67
IX. A IMAGEM DO EDUCADOR DE SAÚDE PÚBLICA	69
X. CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
XI. CONCLUSÕES	94
BIBLIOGRAFIA	96

VOLUME II

ANEXO I - Tabelas

ANEXO II - Formulário

"O progresso na saúde não deve ser julgado meramente pela redução de taxas de mortalidade ou pela prevenção de certas doenças. Boa saúde é um conceito positivo que envolve proteção geral ao indivíduo contra a doença e a promoção de um estado geral de bem estar. Isto é reconhecido na ênfase crescente que está sendo dada pelas administrações nacionais de saúde ao desenvolvimento saudável das crianças, à educação em saúde e à consciência de saúde do público, à saúde mental e ao saneamento do meio"

*Health Conditions - Report on
the Social Situation - United
Nations*

P R E F Á C I O

O presente trabalho é fruto de reflexões e inquietações que resultaram de nossa experiência acadêmica no campo da Saúde Pública.

A complexidade dos problemas com que se defrontam os sanitaristas, acentuada em virtude do impacto do desenvolvimento tecnológico e científico e das rápidas mudanças que sofre o mundo contemporâneo, constitui um desafio para a criatividade humana e para todas as tentativas de interpretar os acontecimentos.

Nossa preocupação central foi a de delinear o perfil de uma nova categoria ocupacional, o Educador de Saúde Pública, que vem sendo preparada no Brasil desde 1967 e cuja importância, na área da Saúde Pública, já é plenamente reconhecida em vários países europeus e nos E.U.A., mas que só recentemente vem sendo introduzida na América Latina. Trata-se, pois, de uma tentativa de análise microsociológica do processo de profissionalização dos egressos do curso de Educação em Saúde Pública nos seus primeiros cinco anos de existência, e cuja formação seguiu basicamente modelos utilizados nos E.U.A.

A análise da problemática em que foi envolvido este grupo pioneiro, em seus esforços de integração dentro das atividades de Saúde Pública, seguiu uma abordagem qualitativa-quantitativa, utilizando-se esquemas de referência conceitual retirados da vasta literatura existente sobre Sociologia das Ocupações e das Profissões, que se mostraram pertinentes para as questões abordadas.

Periféricamente, foram tentadas algumas interpretações de caráter mais globalizante, uma vez que, mesmo ao analisar-se um pequeno setor da realidade social, este não deve ser isolado do todo mais amplo.

Entretanto, as limitações inerentes ao material empírico coletado, decorrentes dos instrumentos de coleta de dados utilizados e da própria natureza da problemática investigada, que envolve um complexo de variáveis nem sempre passíveis de controle, determinaram a exploração de apenas alguns aspectos relevantes da questão.

Desejamos expressar nossos mais sinceros agradecimentos a todos os colegas Educadores de Saúde Pública que, dispendendo horas preciosas de seu trabalho e de seu lazer, se dispuseram a prestar as informações sobre as quais se baseou a nossa investigação. Sem sua boa vontade e espírito de colaboração não poderíamos ter realizado esta tarefa.

À Dra. Ruth Sandoval Marcondes, nossa orientadora, agradecemos não só pela assistência que recebemos, mas também pela oportunidade que nos ensejou de conhecer e vivenciar os problemas da Educação em Saúde Pública.

À Marlene Shiroma, que colaborou na coleta e tabulação dos dados, deixamos nossa admiração e agradecimento pela seriedade e empenho com que realizou o seu trabalho.

À Nelly Candeias o nosso reconhecimento pela paciência com que leu os originais e pela oportunidade que nos deu de partilhar de seus livros e de seu entusiasmo pela Educação em Saúde Pública.

A todos os colegas da Disciplina Educação em Saúde Pública nossos sinceros agradecimentos pelas sugestões e pelo apôio com que nos distinguiram.

Agradecemos também a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho através do empréstimo de material bibliográfico, de críticas, sugestões e informações.

Somos gratas ainda ao Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, na pessoa de seu diretor, Prof. Ayrton de Carvalho Mattos, cujo apôio financeiro permitiu a coleta de dados da presente investigação.

À Maria Zuleide Cavalcante nosso reconhecimento pela cuidadosa realização da capa.

"Last but not least" desejamos expressar nossos agradecimentos à Cornélia Frota Ferreira pelo interesse, dedicação e entusiasmo com que realizou o penoso trabalho de datilografar esta versão final.

S. Paulo, Setembro, 1974.

R.R.K.

ESTUDO DE UM NOVO GRUPO PROFISSIONAL:

O EDUCADOR DE SAÚDE PÚBLICA

"O progresso na saúde não deve ser julgado meramente pela redução de taxas de mortalidade ou pela prevenção de certas doenças. Boa saúde é um conceito positivo que envolve proteção geral ao indivíduo contra a doença e a promoção de um estado geral de bem estar. Isto é reconhecido na ênfase crescente que está sendo dada pelas administrações nacionais de saúde ao desenvolvimento saudável das crianças, à educação em saúde e à consciência de saúde do público, à saúde mental e ao saneamento do meio"

*Health Conditions - Report on
the Social Situation - United
Nations*

INTRODUÇÃO

"Enquanto as sociedades primitivas se mantêm coesas pelo costume, semelhança e autoridade dos mais velhos, a sociedade complexa é mantida pela dependência mútua de grupos profissionais altamente especializados."

Theodore Caplow

As sociedades modernas caracterizam-se pela interação de duas forças opostas. A primeira tende a uniformizar os indivíduos e resulta do processo de industrialização e urbanização que criaram a sociedade de massas e de consumo. A segunda tende a diferenciar os indivíduos devido à crescente divisão de trabalho que cria ramos de atividades altamente especializadas.

Estes fenômenos dicotomizam a vida dos indivíduos em duas grandes áreas — a ocupacional, caracterizada pela diferenciação de atividades e pela dependência funcional e a não ocupacional marcada pela crescente homogeneização de idéias, valores, padrões de comportamento e aspirações.

Assim o homem contemporâneo divide sua vida entre duas esferas principais de atividades: as de trabalho e as de lazer.

Nosso estudo focalizará a primeira. O trabalho, apesar de absorver, em média, menos de um terço do tempo dos adultos ativos, tem exigido a mobilização, cada vez maior, dos indivíduos "para atividades formalmente organizadas"⁽¹⁾ que, em virtude do avanço tecnológico,

(1) HUGHES, E.C. The study of occupations. In: MERTON, R. et. al., ed. Sociology today. New York, Basic Books, 1959. p. 433.

determinam o aparecimento de novas ocupações, transformando a sociedade num conjunto de estratos organizados segundo o tipo de trabalho executado e o prestígio social a ele atribuído.

O trabalho representa um ponto central na vida da maioria dos adultos do sexo masculino e de uma minoria crescente de adultos do sexo feminino, competindo com o grupo familiar na determinação do seu comportamento e nos papéis que deverá assumir na trajetória da vida⁽²⁾, além de constituir-se no principal elo entre a família consumidora de bens e serviços e o sistema econômico que os produz.

"O crescimento das atividades de serviço, o desenvolvimento das atividades científicas, o aumento de categorias de empregados, de técnicos do quadro de trabalhadores, todos estes fenômenos convergem para a emergência de uma sociedade profissionalizada, sinônimo da sociedade pós-industrial."⁽³⁾ Esta caracteriza-se por sua dependência do conhecimento e habilidade dos profissionais especializados. Neste sentido, pode-se considerar a sociedade industrial como uma "sociedade profissionalizada"⁽⁴⁾ na qual os próprios profissionais emergiram muito recentemente, atendendo às novas necessidades sociais.

Em 1841, segundo o Censo Britânico, existiam 431 ocupações e a maior parte da força de trabalho empenhava-se na produção de alimentos e matérias primas. Um século mais tarde, o Dicionário Ocupacional do Censo Norte-Americano, apresentava 25.000 títulos de ocupações. Este aumento vertiginoso causado pelo avanço tecnológico e científico, que expandiu as fronteiras do conhecimento humano, gerou o que Mannheim⁽⁵⁾ chamou de "despro

(2) MOORE, W.E. Occupational socialization. In: GOSLIN, A.D. Handbook of socialization theory and research. Chicago, Rand, 1971.

(3) MAURICE, M. Propos sur la sociologie des professions. Sociol.Trav. (2): 213-225, 1972.

(4) FREIDSON, E. Professions in contemporary society. Amer.Behav.Scient. 14 (4): 467, 1971.

(5) MANNHEIM, K. Man and society in an age of reconstruction. New York, Harcourt, Brace & World, s/d/ p. 43.

porção geral no desenvolvimento das capacidades humanas", criando um descompasso entre as mudanças socio-culturais ocasionadas por esta expansão e a capacidade do ser humano de adaptar-se às novas condições de vida. O incremento dos serviços sociais ou serviços corretivos, que se observa neste período, teve o objetivo de "conseguir o reajustamento dos grupos e indivíduos que se perderam na imensidão da sociedade moderna"⁽⁶⁾ procurando atenuar as diferenças entre as diversas camadas sociais, principalmente nas zonas urbanas, onde a grande massa pouco tem usufruído do desenvolvimento da sociedade industrial. Dentre estes serviços sociais destaca-se a Saúde Pública que, como veremos mais adiante, surgiu justamente neste período.

As novas categorias ocupacionais de serviço tem sido empregadas por grandes organizações, na sua maioria públicas, que possuem estruturas organizadas em hierarquias de habilidades, dominadas por uma ou algumas profissões mais antigas e de maior prestígio social, que reivindicam a habilidade definitiva em torno da qual todas as outras deveriam organizar-se e ser avaliadas. Desta forma, segundo este modelo de estrutura piramidal, as ocupações mais recentes encontram sérias barreiras para atingir sua autonomia e para conseguir condições de trabalho que lhes permitam utilizar o seu preparo técnico potencial, na medida em que passam a representar mera ramificação ou especialização dentro da estrutura ocupacional, com funções frequentemente ancilares.

Em virtude da relevância destes fenômenos para a compreensão da sociedade contemporânea, os estudos sobre as ocupações passaram a destacar-se na literatura sociológica atual que procura esclarecer, não apenas o processo de profissionalização em si, mas também suas relações com os sistemas sociais dentro dos quais se desenvolve e ocasiona mudanças.

(6) MANNHEIM, K. op. cit. (5). p. 352.

OCUPAÇÕES E PROFISSÕES

Segundo Hughes ⁽⁷⁾ a "divisão de trabalho, um dos processos sociais mais importantes, encontra uma das suas expressões mais claras nas ocupações. ... Uma ocupação, em essência, não é um conjunto particular de atividades; é parte de um indivíduo em qualquer sistema de atividades em funcionamento. O sistema pode ser grande ou pequeno, simples ou complexo. ... A lógica da divisão e combinação de atividades e funções em ocupações e de sua alocação a vários tipos de pessoas em qualquer sistema não deve ser considerada como evidente, sendo em qualquer caso, algo a ser descoberto."

Caplow define a ocupação como "um padrão de atividades com um valor de mercado, que o indivíduo exerce de forma regular, a fim de ganhar a vida."⁽⁸⁾

Ocupação, segundo Salz ⁽⁹⁾, é uma atividade específica, relativamente contínua que permite ao indivíduo ganhar a vida e manter um status social definido. Abrange três níveis: tecnológico, incluindo as operações manuais e mentais específicas envolvidas na execução do trabalho; econômico, representado pelo rendimento produzido por uma ocupação e social, correspondendo ao prestígio ligado a uma pessoa ou grupo em virtude de sua ocupação.

Dentre as diversas ocupações que se multiplicaram desde a Revolução Industrial, as que tem apresentando características mais ou menos homogêneas são as pro-

(7) Apud CAPLOW, T. Elementary sociology. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1971. p. 367.

(8) CAPLOW, T. op. cit. (7) p. 366.

(9) SALZ, A. Occupation. In: ENCYCLOPAEDIA of the social sciences. New York, Macmillan, 1963. v. 11.

fissões que se desenvolveram a partir das Universidades Medievais e que, ainda na atualidade, tem servido como modelo para o estudo do processo de profissionalização.

As profissões, segundo Becker⁽¹⁰⁾, devem ser consideradas *"como ocupações que tiveram suficiente oportunidade para adquirir e preservar no mundo atual do trabalho a propriedade de um título honorífico."*

Carr-Saunders e Wilson⁽¹¹⁾ definem profissão como *"uma vocação baseada num treinamento intelectual prolongado e especializado que permite prestar um serviço determinado."*

Greenwood⁽¹²⁾ considera profissão *"como um grupo organizado em constante interação com a sociedade, que dá forma à sua matriz, executa suas funções sociais através de uma rede de relações formais e informais e cria sua própria sub-cultura, exigindo ajustamentos a ela como pré-requisito para o sucesso na carreira."*

W.J. Goode⁽¹³⁾ afirma que *"cada profissão é uma comunidade sem localização física e, como as outras comunidades, com uma acentuada imigração, cujos iniciadores raramente estão ligados por laços familiares com a geração presente."*

Glaser⁽¹⁴⁾ define profissão como *"um corpo coeso e autônomo de pessoas treinadas que trabalham em benefício do público, baseado no conhecimento científico aplicado."*

(10) BECKER, H. apud M. Maurice op. cit. (3)

(11) CARR-SAUNDERS, A.M. & WILSON, P.A. The professions. Oxford, Clarendon Press, 1933. p. 478.

(12) GREENWOOD, E. Attributes of a profession. Soc. Work 3: 45-55, 1957.

(13) GOODE, W.J. Community within a community: The professions. Amer.J.Sociol. 22: 194-200, 1957.

(14) GLASER apud ARNOLD, M., ed., Administering health systems. New York, Aldine-Atherton, 1970. p. 40.

Para Moore⁽¹⁵⁾ profissão é "*uma ocupação cujos membros criam e utilizam de modo explícito um conhecimento geral, acumulado sistematicamente, na solução de problemas apresentados por uma clientela (indivíduos ou coletividades).*"

Caplow⁽¹⁶⁾ considera que "*a profissão é uma ocupação que monopoliza um agregado de atividades de trabalho relacionadas entre si e baseadas em um largo corpo de conhecimentos abstratos, permitindo considerável arbítrio ao praticante e tendo sérias consequências sociais.*"

Estas definições consideram diferentes aspectos. Becker enfatiza o fato das profissões gozarem de maior prestígio social; Carr-Saunders ressalta a importância do treinamento intelectual e Goode considera a participação em uma comunidade, que envolve um senso de identidade comum, participação em um conjunto de valores, semelhança de papéis desempenhados, linguagem comum e uma sujeição ao poder da comunidade. As definições de Glaser, Moore, Caplow e Greenwood ressaltam, entre outros aspectos, o papel social da profissão e a função desempenhada na sociedade consumidora de seus serviços.

Estas últimas, além de permitirem uma visão mais ampla e inclusiva dos grupos profissionais, prestam-se para a análise das profissões ditas "*de serviço*", cuja compreensão exige que se considere especialmente, o sistema social mais amplo dentro do qual se desenvolvem. É o caso da Saúde Pública e, particularmente, da Educação em Saúde Pública que surgiram em resposta aos problemas criados pela civilização urbano-industrial e que tem reformulado seus objetivos a partir das necessidades criadas pelas mudanças de condições de vida das sociedades contemporâneas. A Educação em Saúde Pública,

(15) MOORE, W. The professions: roles & rules. New York, Russel Sage Foundation, 1970. p. 53-54.

(16) CAPLOW, T. op. cit. (7). p. 401.

segundo Rosen, "preocupa-se, em última análise, com o processo de mudança social que diz respeito, basicamente, ao comportamento humano e às suas alterações, visando a melhoria e a promoção da saúde individual e comunitária." (17)

Ao se examinar as definições acima arroladas observa-se, que, apesar de todas apontarem aspectos importantes para a caracterização das profissões, nenhuma delas abrange todos os elementos necessários para uma delimitação mais precisa do que seja uma profissão. Estes elementos, a nosso ver, são os seguintes:

1. uma área de conhecimentos e técnicas;
2. um sistema de treinamento especializado ou de socialização profissional;
3. um sistema de controle do desempenho profissional;
4. uma área de aplicação dos conhecimentos e técnicas especializadas;
5. um mercado consumidor para os serviços especializados;
6. objetivos sociais que visem o bem estar dos indivíduos e da comunidade.

Com base nestes aspectos, profissão será definida como uma ocupação socialmente reconhecida cujos membros, previamente submetidos a um processo de treinamento especializado, utilizam de maneira sistemática e controlável um corpo de conhecimentos, visando a solução de problemas apresentados por grupos ou indivíduos, na procura de melhores níveis de bem-estar individual e comunitário.

Historicamente, as primeiras ocupações a atingirem a posição de profissão foram a Medicina e o Di

(17) ROSEN, G. Evolving trends in health education. Can.J.Publ.Hlth. 52 (12): 499-506, 1961.

relto. Estas, segundo Parsons⁽¹⁸⁾, *"formaram o quadro dentro do qual um sistema mais elaborado de profissões aplicadas começou a proliferar"*, constituindo-se na mais importante mudança ocorrida no sistema ocupacional das sociedades modernas.

O complexo ocupacional chamado profissão teve suas origens nas Humanidades e nas Ciências Naturais e Sociais que, por sua vez, ao se centralizarem nas Universidades, deram origem aos Institutos universitários que se dedicam às disciplinas intelectuais e aqueles que objetivam a aplicação prática destas disciplinas. Dado o acúmulo de conhecimentos, a necessidade de um treinamento relativamente prolongado a nível universitário e a especialização por áreas de conhecimentos, estabeleceu-se o monopólio de determinadas atividades que visam uma divisão organizada de trabalho e um preparo adequado para o desempenho eficiente destas atividades. Trata-se, pois, de um processo que começa a dominar o cenário contemporâneo e cujas consequências sociais a longo prazo são imprevisíveis. Como afirma Wilensky⁽¹⁹⁾ *"para entender o futuro do profissionalismo devemos compreender a diversidade de orientações que prevalecem atualmente entre os homens com níveis altos de treinamento e ligar estas orientações aos atributos específicos da ocupação e do local de trabalho."*

Além disto, enquanto não houver o que Mannheim⁽²⁰⁾ denominou de *"racionalidade funcional"*, entendida como coordenação da ação com referencia a um objetivo definido, a importância real dos especialistas reduzir-se-á a intervenções parciais, muitas vezes contraditórias, impedindo que sua ação atinja os objetivos gerais que visam, em última análise, o bem-estar da comunidade.

(18) PARSONS, T. Professions. In: SILLS, D.L., ed. International encyclopaedia of the social sciences. New York, The Macmillan Free Press. 1968. v. 12 p. 536-546.

(19) WILENSKY, H. The professionalization of everyone? Am.J.Soc., 70: 142-46, 1964.

(20) MANNHEIM, K. op. cit. (5) p. 54.

Uma das funções da institucionalização da profissão é proteger o cliente desinformado da ação imprópria ou irresponsável do profissional e, em contrapartida, proteger o profissional das exigências impróprias da clientela, isto é, delimitar e ajustar as expectativas dos profissionais e da clientela.

Além disso, a institucionalização da profissão constitui uma forma de equilibrar interesses, nem sempre compatíveis, do grupo profissional e da organização que o emprega, considerando que a força de trabalho profissionalizada tende a estar cada vez mais vinculada a organizações e a afastar-se progressivamente do tradicional modelo liberal autônomo. Wilensky⁽²¹⁾ afirma que *"a burocratização ameaça o ideal de serviço ainda mais do que a autonomia"*, o que poderia criar distorções profundas nas profissões ditas *"de serviço"*. Estes aspectos talvez expliquem, em parte, a crescente profissionalização da força de trabalho, gerando o fenômeno que este autor denominou de *"a profissionalização de todos"*⁽²²⁾.

A especialização ocupacional, que na atualidade tem atingido níveis nunca alcançados em nenhum outro momento da história da humanidade, é o produto conjunto de várias forças. Segundo Moore⁽²³⁾ este fenômeno é devido *"ao crescimento da população e das organizações de trabalho; à crescente complexidade técnica e econômica e à interdependência social, que resulta numa demanda de novos bens e serviços; à expansão do suprimento coletivo de conhecimentos úteis, tornando a competência de qualquer indivíduo ou ocupação cada vez mais fracionada."*

(21) WILENSKY, H. op. cit. (19).

(22) WILENSKY, H. op. cit. (19).

(23) MOORE, W. op. cit. (15).

Este fenômeno é particularmente acentuado nos países em desenvolvimento, onde a demanda maior de profissionais se concentra na área da Medicina, Engenharia e Saúde Pública, em virtude da incorporação de novas técnicas de produção de bens e serviços. No caso do Brasil verifica-se que entre 1940 e 1968 o número de alunos matriculados em Faculdades de Engenharia e de Saúde (incluindo Medicina e Saúde Pública) sofreu uma expansão notável. No primeiro caso, passou de 177 matriculados em 1940 para 5.589 em 1968. No mesmo período, para o caso de Medicina e Saúde Pública, passou de 186 para 1.345. (24)

Apesar da crescente participação dos profissionais na força de trabalho, a incorporação não tem sido feita em igualdade de condições. Em termos de prestígio, renda e poder, alguns grupos têm sido privilegiados, alcançando mais rapidamente do que outros o status de profissão. Este fenômeno tem chamado a atenção dos estudiosos, em particular dos sociólogos, que têm procurado criar modelos explicatórios através do delineamento da história natural das profissões. Wilensky⁽²⁵⁾ afirma que *"existe um processo típico através do qual as profissões estabelecidas atingiram seus objetivos: homens começam a executar seu trabalho em tempo integral e a reservar uma jurisdição; os conhecedores mais antigos das técnicas ou participantes do movimento começam a preocupar-se com os padrões de treinamento e da prática, criam instituições de treinamento que, se não são instaladas de início nas Universidades, fazem ligações acadêmicas dentro de duas ou três décadas; as profissões conseguem sucesso promovendo uma organização mais efetiva, primeiro local, depois nacional. Em seguida, aparece a proteção legal do monopólio da habilidade. Por fim, adota-se um código formal de ética."*

(24) O ENSINO superior em São Paulo, Instituto de Pesquisas Econômicas. S. Paulo, 1969-70. p. 41-55 Imimeografado

(25) WILENSKY, H. Op. cit. (19).

Na realidade o que se observa, entretanto, é uma variabilidade muito grande na sequência dos passos seguidos. Algumas ocupações, ao trilharem o complexo caminho da profissionalização, passaram por todas estas etapas, nem sempre na ordem proposta por Wilensky, não tendo, nem por isso, alcançado o reconhecimento pleno da sociedade. Outras, sem ter passado por todas elas, conseguiram êxito mais completo. É o caso das profissões historicamente reconhecidas como a Medicina, o Direito e o Sacerdócio.

Outras ocupações, por sua vez, estão em fase de desenvolvimento e continuam em sua trajetória aspirando o status de profissão. Estes fatos sugerem que a operacionalização do conceito de profissão deve ser feita ao longo de uma escala que permita localizar o estágio de profissionalização em que se encontra uma determinada ocupação e que atenda aos requisitos mínimos que a definem como aspirante ao status de profissão.

Daí concordarmos com Moore⁽²⁶⁾ ao afirmar que a profissionalização das ocupações deva ser "*considerada como uma escala e não como um aglomerado de atributos*". A tentativa de se delinear uma história natural das profissões não é "*nem empiricamente correta nem teoricamente convincente*"⁽²⁷⁾ pois é um fenômeno que varia no tempo e no espaço, segundo os sistemas sociais dentro dos quais se desenvolvem. É o caso, por exemplo, da Advocacia no Brasil, tradicionalmente prestigiada mas que, nas últimas décadas, em vista das transformações do sistema econômico, produtor de bens e serviços e das intervenções na área educacional tiveram seu campo de ação restringido pelo aparecimento de novas ocupações, tendo sofrido, em consequência, um rebaixamento de seu prestígio e, conseqüentemente, de poder e de renda.

(26) MOORE, W. op. cit. (15).

(27) GOODE, W.J. op. cit. (13).

Considerando a existência de um processo de profissionalização dinâmico, complexo e pouco conhecido e cuja comprovação empírica ainda é muito limitada, Etzioni⁽²⁸⁾ distingue dois grandes grupos. Os profissionais, aglutinando profissões tradicionalmente reconhecidas, que exigem um treinamento relativamente longo (5 ou mais anos de estudos em escolas de nível superior), cujo conhecimento é criado ou aplicado e apresentando o seu trabalho maior grau de autonomia e sendo seus membros predominantemente do sexo masculino. É o caso dos Médicos, Engenheiros, Advogados e Dentistas. Os semi-profissionais, que aglutinam um grande número de profissões novas, exigindo um treinamento mais breve, cujo conhecimento é apenas transmitido, com um campo de trabalho gozando de menor autonomia e cujos membros são, em grande parte, do sexo feminino. É o caso da Enfermeira, do Assistente Social e do Professor Primário e Secundário.

Tal dicotomia, apesar de constituir-se num modelo descritivo útil no estudo das profissões, deve ser utilizado com reservas, na medida em que, empiricamente, as distinções não se apresentam tão nítidas, visto que a autonomia profissional tem sofrido alterações profundas no cenário contemporâneo, mesmo em profissões que têm sido utilizadas como modelo de autonomia, que é o caso da Medicina⁽²⁹⁾. Entre os critérios de caracterização, o tempo do treinamento, parece frágil considerando-se que, mesmo nos casos da Medicina e Engenharia, existe uma acentuada tendência a reduzir o tempo de permanência nos institutos de ensino superior (como o caso da engenharia operacional), enfatizando-se, em vista da rápida obsolescência do conhecimento, a importância da

(28) ETZIONI, A. The Semi-Professions and their Organization. New York, The Free Press, p. V-XVI.

(29) Este fenômeno é analisado por DONNANGELO, M.C.F. O médico e o mercado de trabalho. São Paulo, 1972. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina, USP

educação continuada, da reciclagem e do "*in-service training*", como formas de manter o profissional atualizado e apto para atender as novas necessidades de seu trabalho. Por último, deve-se chamar a atenção para a predominância do sexo masculino nas chamadas profissões, como um dos critérios de distinção. Até o momento, nas sociedades urbano-industriais, o sexo feminino tem tido a função de "*exército de reserva*" de mão de obra, sendo convocado para atividades de menor prestígio social por causa do papel tradicionalmente subalterno que têm desempenhado no mercado de trabalho e na sociedade mais ampla. Nas últimas décadas, entretanto, a tendência é para uma transformação radical. As mulheres têm, progressivamente, penetrado em áreas de trabalho que até pouco eram exclusivas do sexo masculino e vice-versa, quebrando-se barreiras preconceituosas seculares e provocando desta forma mudanças profundas nos sistemas sociais tradicionais.

Em virtude das restrições expostas optou-se por uma classificação menos sintética, que distingue quatro grupos de profissões, assim caracterizados:

- Profissões estabelecidas - possuem uma área de conhecimentos e técnicas plenamente desenvolvidas e em constante aperfeiçoamento: possuem um sistema de treinamento especializado altamente elaborado; possuem um sistema de controle do desempenho profissional constituído por código de ética profissional e por associações profissionais; possuem uma área bem definida, sobre a qual mantêm estrito monopólio de aplicação de conhecimentos e técnicas, área esta protegida por sanções legais; possuem um mercado consumidor bem organizado para os serviços especializados; possuem objetivos sociais, que visam o bem estar da comunidade; possuem grande autonomia no trabalho. Exemplos das profissões estabelecidas são Medicina e Direito e alguns ramos da Engenharia.
- Profissões novas - possuem uma área de conhecimentos e técnicas em desenvolvimento; possuem um sistema de treinamento especializado e elaborado, porém, sujei-

to a constantes revisões; possuem um sistema de controle do desempenho profissional constituído por associações profissionais; possuem uma área relativamente definida de aplicação de conhecimentos e técnicas, sobre a qual mantêm controle parcial; possuem um mercado consumidor mais ou menos organizado para os serviços especializados; possuem objetivos sociais que, direta ou indiretamente, visam o bem-estar da comunidade; possuem autonomia moderada no trabalho. Exemplo das profissões novas são certos ramos da Engenharia, Odontologia, Química e Psicologia.

- Profissões Heterônomas⁽³⁰⁾ - aplicam conhecimentos e técnicas desenvolvidas por outras disciplinas; possuem um sistema de treinamento especializado em constante revisão; podem ou não possuir um sistema de controle do desempenho profissional estruturado; podem ou não possuir uma área definida de aplicação de conhecimentos e técnicas, não mantendo controle sobre ela; possuem um grande mercado consumidor potencial, porém restrito mercado real de trabalho por sofrerem a invasão de seu campo de trabalho por parte de outras profissões ou ocupações; possuem pequena autonomia no trabalho. Exemplos de profissões heterônomas: Magistério, Enfermagem, Serviço Social, Fisioterapia, Saúde Pública, Administração de Empresas.
- Pseudo-profissões - aplicam conhecimentos e técnicas desenvolvidas por outras profissões, podem ou não possuir um sistema de treinamento especializado; não possuem um sistema de controle do desempenho profissional; possuem uma área pouco definida de aplicação de conhecimentos e técnicas, não mantendo sobre ela nenhum controle; possuem um grande mercado consumidor de seus serviços, porém, pouco organizado; nem

(30) WEBER, M. The theory of social and economic organization New York. Oxford University Press, 1947 p. 250.

sempre possuem objetivos sociais que visem o bem estar da comunidade. Exemplos de pseudo-profissões: Ge rência de Vendas, Administração de Empreendimentos Comerciais, Industriais e Agro-pecuários; Gerência de relações Industriais, Direção de entidades educacionais.

Por esta classificação distribuímos os diferentes grupos profissionais numa escala, na qual em uma das extremidades se localizam as profissões estabelecidas, que gozam de um prestígio social relativamente alto, enquanto na outra encontram-se aquelas ocupações que, apesar de compartilharem de alguns atributos característicos das profissões não podem ser inteiramente consideradas como tal. De qualquer forma, trata-se de uma classificação que, considerando a dinâmica dos sistemas sociais permite de acordo com as mudanças observadas, deslocar as ocupações de um grupo para o outro, à medida que forem preenchendo os requisitos de um grupo profissional, como resultado da organização do mercado consumidor e da própria estruturação interna do grupo profissional.

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA: SUAS ORIGENS

"Não pode haver uma compreensão real da história da Saúde Pública em qualquer período sem uma completa compreensão da história social, política e econômica daquele período em relação com a situação da Saúde Pública contemporânea."

George Rosen

As origens da Educação em Saúde Pública se confundem com as da Saúde Pública, da qual é parte integrante.

A Saúde Pública surgiu a partir de um esforço do homem de proteger a si mesmo e a comunidade na qual vive. De início era *"em grande parte empírica e baseada nas observações em massa, muitas das quais necessariamente grosseiras e incompletas."*(31)

A Saúde Pública é, basicamente, fruto do desenvolvimento de duas áreas. A primeira é a das ciências biomédicas que, através do desenvolvimento de técnicas laboratoriais conseguiram controlar, em grande parte, doenças infecciosas responsáveis por muitos dos agravos da saúde. A segunda diz respeito ao desenvolvimento das ciências humanas que focalizaram, entre outros, os problemas relacionados com o bem estar das comunidades, cuja responsabilidade passou a ser assumida não só por grupos particulares, mas também pelos poderes constituídos, na medida em que se reconheceu, principalmente na Inglaterra, França, Prússia e Estados Unidos, nos séculos XVIII

(31) SHEPARD, W.P. et al Essentials of public health. Philadelphia, J. B. Lippincott, 1952 p. V.

e XIX que *"a proteção e a promoção da saúde e bem estar dos cidadãos são consideradas como uma das funções mais importantes do Estado Moderno."*⁽³²⁾

A Revolução Industrial constituiu o agente catalizador do desenvolvimento da Saúde Pública, pois, a consequente urbanização do mundo ocidental foi um dos estimuladores da conscientização dos problemas de saúde das populações, que assume proporções mais graves nas camadas de baixa renda e cujo desajustamento social, provocado pelas quebras dos padrões tradicionais da economia agrária, incluía também problema de saúde. Como afirma Rosen⁽³³⁾ *"o problema de saúde pública era inerente à nova civilização industrial. O mesmo processo que criou a economia de mercado, a fábrica e o meio urbano moderno, criou também problemas de saúde que tornaram necessários novos meios para a prevenção da doença e a proteção da saúde."* A conjunção destes fatores, mais os conhecimentos científicos disponíveis na área das ciências biomédicas somados às preocupações de ordem social, política, econômica e ética, foram as condições básicas para o surgimento da Saúde Pública. *"À medida que o sistema político se torna mais democrático, o serviço de responsabilidade pelo bem estar social torna-se mais forte. A Saúde Pública liderou o movimento, pois, sentiu-se obrigada desde logo a tratar o meio ambiente e não apenas o indivíduo. Isto significou um serviço para a comunidade e não meramente para uma classe."*⁽³⁴⁾

Historicamente, podemos considerar Chadwick como o propagador da idéia da viabilidade de se prevenir a doença. Convencido de que a saúde era afetada pelo meio

(32) ROSEN, G. A history of public health New York, M.D. Publications, 1958, p. 17.

(33) ROSEN, G. op. cit. (32). p. 201.

(34) MARSHALL, T.H. Professionalism and social policy. In: NOSOW, S. & FORM, W., ed., Men, Work and society. New York, Basic Books, 1962, p. 226.

ambiente físico e social, redigiu em 1842 o *"Report on an Inquiry into the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain"*, documento básico para a moderna Saúde Pública. No mesmo período, surgiram em outros pontos da Europa e Estados Unidos preocupações semelhantes. É o caso de Pigeotte, na França, que documentava a existência de uma estreita relação entre doença e condições de vida das classes economicamente menos privilegiadas.

Passou-se, em seguida, a reconhecer com maior clareza que muitos dos problemas de saúde poderiam ser amenizados, e mesmo resolvidos, se fosse possível esclarecer e moldar a opinião pública com os objetivos de criar padrões de comportamento compatíveis com melhores níveis de saúde.

Como diz Rosen⁽³⁵⁾, *"estes esforços representaram as primeiras formas de educação em saúde e organização comunitária"* que se pode observar nas origens dos movimentos de reforma sanitária que agitaram o cenário europeu na segunda metade do século XIX.

O movimento de Saúde Pública, iniciado na Inglaterra, atingiu rapidamente a França, Bélgica, Prússia e os Estados Unidos. Em 1850 Samuel Shattuck apresentou, neste país, um documento relevante para a Saúde Pública, no qual enfatizava a necessidade de se realizarem levantamentos sobre causas de doenças e mortes, problemas de saneamento do meio, controle de alimentos e drogas, vacinação antivariólica, saúde infantil, saúde mental, educação em saúde e ensino de Medicina preventiva, prevendo, com rara lucidez, padrões de organização e prática de Saúde Pública.

A legislação sanitária decorrente deste movimento pioneiro de Saúde Pública resultou da compreensão de que agravos endêmicos e epidêmicos, causados por condições insatisfatórias do meio ambiente, afetavam diversa-

(35) op. cit. (32).

mente as diferentes classes sócio-econômicas, porém, colocavam em perigo toda a comunidade humana. Isto levou a Saúde Pública a concentrar seus esforços nos problemas resultantes do inadequado saneamento do meio e da transmissão de doenças infecciosas, responsáveis ambos pelas epidemias que assolaram a Europa e a América na segunda metade do século XIX e início do século XX.

O movimento de Saúde Pública, que surgiu sob a égide do humanismo liberal, caracterizado pela preocupação com a melhoria das condições de vida e com a distribuição equitativa dos benefícios advindos do desenvolvimento científico, limitou, de início, as suas intervenções contra os agentes etiológicos responsáveis pelos agravos da saúde, sem preocupar-se com os aspectos comportamentais das populações que criaram condições desfavoráveis para a elevação dos níveis de saúde.

Entretanto, desde logo, ficou patente que, apesar dos progressos que se havia conseguido no campo do controle das epidemias mais comuns na época, havia uma gama de problemas de saúde muito mais complexa. Envolveriam não apenas conhecimentos de bacteriologia ou de saneamento do meio, exigindo a contribuição de outros profissionais, além de médicos e engenheiros, para a sua solução. Problemas como tuberculose, doenças venéreas, alto índice de mortalidade infantil, cuja incidência está diretamente ligada a estilo de vida e a padrões de comportamento, passaram a exigir a intervenção de novos campos de conhecimento, notadamente das Ciências do Comportamento, que trouxeram à Saúde Pública uma visão mais ampla e completa do ser humano como um todo integrado e não como mera soma de órgãos.

Fatores econômicos, políticos, sociais e humanitários começaram a ser considerados nos esforços para se conseguir melhores condições de saúde materno-infantil, área que incluía grupos cuja vulnerabilidade era evidente. Os trabalhos desenvolvidos mostraram ser a educação um processo fundamental para o estímulo de ação e de mudança de comportamento dos indivíduos e dos grupos. Para promover a saúde e prevenir a doença era necessário com-

bater a desinformação e a ignorância, além de oferecer tratamento médico. Esta ênfase, característica das preocupações dos sanitaristas dos fins do século XIX, levou ao reconhecimento amplo da importância da Educação em Saúde como um dos principais instrumentos para a melhoria da saúde das populações.

De início, entretanto, os esforços neste sentido basearam-se mais no bom senso do que na metodologia científica. É o caso de iniciativas, como a do Departamento de Saúde de Nova York que, já em 1874, utilizava amplamente a distribuição de folhetos explicativos sobre problemas de saúde. Outro exemplo é o do movimento contra a tuberculose que gerou a produção de métodos educativos, tais como exposições, palestras e campanhas publicitárias. As doenças venéreas que sofreram grande expansão durante a primeira Grande Guerra provocaram uma revisão crítica dos métodos educativos, obrigando as autoridades sanitárias da época a recolocar o papel da educação no seu controle em bases menos amadorísticas.

A medida que se ampliaram os conhecimentos desenvolvidos pelas ciências humanas, passou-se a dar maior importância aos problemas comportamentais envolvidos nas ações de Saúde Pública, propondo-se, durante a conferência patrocinada pela Organização de Saúde Infantil, realizada nos E.U.A. em 1919, o termo "*Educação em Saúde*" para definir esta nova área. Os profissionais que se empenharam na estruturação desta disciplina provinham da Medicina, Enfermagem, Ensino e Propaganda e sua contribuição forneceu os elementos básicos para a criação de um corpo sistematizado de conhecimentos e técnicas que permitiram delimitar paulatinamente um campo específico de ação dentro da Saúde Pública. Já em 1924 criou-se o primeiro curso de graduação em Educação em Saúde no Massachusetts Institute of Technology, E.U.A., sob a responsabilidade de Clair Turner.

Ao longo de seu desenvolvimento a Educação em Saúde Pública tem reformulado seus objetivos, não só em função da própria Saúde Pública, mas também em virtude dos conhecimentos fornecidos pelo crescimento das Ciên-

cias Sociais, da Educação e da Comunicação. Reconheceu-se, em virtude da análise interdisciplinar dos fenômenos ligados ao comportamento humano, que não bastava fornecer informações, mas que o essencial seria criar novas formas de comportamento. Além disso, reconheceu-se a importância do trabalho na comunidade, uma vez que os indivíduos não devem ser considerados isoladamente e que cada *"comunidade tem características e necessidades próprias."*(36)

Criou-se assim uma nova concepção de educação em saúde, diametralmente oposta àquela que caracterizava a sua origem: *"o processo negativo de forçar os indivíduos a agirem em benefício de sua saúde foi substituído pelo processo positivo de educá-los para assumir responsabilidade pela sua saúde pessoal, da sua família e da comunidade."*(37)

Atualmente a Educação em Saúde Pública encontra-se difundida por todo o mundo, tendo alcançado posição de maior relevância nos E.U.A. Outros países, como Inglaterra, França, União Soviética, Índia, Iugoslávia, Filipinas, Chile, têm utilizado a Educação em Saúde extensivamente, num esforço de aumentar a eficiência dos serviços de Saúde Pública, tanto a nível das comunidades, como das agências de educação e de saúde. Daí ter a Educação em Saúde Pública desenvolvido áreas especializadas como a Educação em Saúde na Escola e a Educação em Saúde Comunitária, passando a treinar profissionais específicos para aí atuarem.

(36) MARCONDES, Ruth S. Educação Sanitária em nível nacional. S. Paulo, 1964. p. 11. Mimeografado

(37) MARCONDES, Ruth S. op. cit. (36) p. 12.

IV

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

No Brasil, como afirma Marcondes⁽³⁸⁾, *"a preocupação com a transmissão de conhecimentos sobre saúde remonta aos fins do século passado, tendo sido expressa oficialmente em várias oportunidades."*

O primeiro passo para a coordenação de esforços educativos tomou forma com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920, que incluía os serviços de *"propaganda dos preceitos de higiene geral e educação profilática das populações do interior da República."* Em 1923 iniciou-se a organização do *"Serviço de Propaganda e Educação Sanitária"* junto ao Departamento Nacional de Saúde Pública. Em 1924, sob a liderança de Paula Souza foi criado um curso de Educadores Sanitários, no Instituto de Higiene de São Paulo, dando-se início à formação de recursos humanos especializados para a implementação da idéia pioneira no Brasil, que reconhecia a Educação em Saúde como um componente essencial da Saúde Pública. Tornava-se realidade em nosso país a constatação já legitimada em outros países, principalmente nos E.U.A., da importância da Educação como parte integrante da Saúde Pública.

Apesar das fases iniciais da educação em saúde terem sido auspiciosas no Brasil, seu desenvolvimento deixou muito a desejar, não só por questões ligadas a própria estrutura dos serviços de saúde, mas também pela incompreensão das funções da Educação em Saúde e pela ausência de uma política de saúde baseada nos princípios da Saúde Pública, que se apoia no trabalho multiprofissional.

(38) MARCONDES, Ruth S. op. cit. (36) p. 37.

A ausência de Escolas de Saúde Pública que formassem sanitaristas responsáveis pelas decisões e fixação de diretrizes dos serviços de saúde, a ausência de planejamento, de trabalho integrado, enfim, de uma visão preventiva, tolheram o desenvolvimento da Educação em Saúde Pública, transformando-a num serviço supletivo, convocado ocasionalmente para certas atividades específicas, em vez de ser um trabalho constante em todas as ações de Saúde Pública.

Distorceu-se, ao longo dos anos, o papel do Educador Sanitário, encarado mais como um auxiliar do médico, assumindo tarefas por ele delegadas, sem nenhuma autonomia e integração dentro dos serviços de saúde.

Como afirmava o chefe dos serviços de lepra e sífilis, em carta dirigida à Comissão Técnica e Administrativa da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, em 1960 *"Assim nos Centros de Saúde e nos demais serviços onde trabalham Educadores Sanitários, as atividades destes auxiliares se resumem a serviços de auxiliar de enfermagem ou atendente, tais como visitas domiciliares, preenchimento de fichas, pesagem de crianças, administração de vermífugos, chamada de clientes, etc."*(*)

Com a criação dos cursos de Saúde Pública, reconheceu-se a defasagem existente entre a Educação em Saúde Pública, tal como existia no Brasil, e as necessidades educativas geradas pelas novas concepções da Saúde Pública moderna. Diante de tal situação interrompeu-se a formação de Educadores Sanitários e passou-se a estudar a possibilidade da formação de um novo profissional, o Educador de Saúde Pública, aproveitando-se da experiência bem sucedida dos E.U.A. e cuja formação seria integrada à dos demais sanitaristas.

As primeiras tentativas de utilizar o especialista em Educação em Saúde, como membro da equipe de Saúde Pública, foram feitas, com sucesso, pelo Serviço Espe

(*) Ofício dirigido ao C.T.A. da Faculdade de Saúde Pública - USP 6/5/60.

cial de Saúde Pública, utilizando profissionais graduados em Faculdades de Saúde Pública norte-americanas.

Por iniciativa do Prof. Rodolfo dos Santos Mascarenhas e da Profa. Ruth S. Marcondes que, desde 1960, vinham lutando pela idéia de iniciar o curso de Educação em Saúde Pública junto à Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP, este foi iniciado em 1967 naquela Faculdade, contando, para sua estruturação, com a assessoria da Dra. Lucy Morgan da Universidade de Carolina do Norte (E.U.A.) e com o apoio técnico da Organização Panamericana da Saúde.

O mercado consumidor deste novo especialista é potencialmente grande, mas de fato ainda restrito, em grande parte, aos serviços públicos, cujos responsáveis absorveram os ensinamentos e orientações da moderna Saúde Pública, ou seja, promover a melhoria dos níveis de saúde das populações, conscientizando-as do fato que a saúde depende, em grande parte, da participação de cada indivíduo e de sua capacidade de assumir a responsabilidade pela sua própria saúde, da sua família e da comunidade.

O número de candidatos ao curso de Educação em Saúde Pública tem sofrido um incremento desde 1967, porém, a expansão do número de vagas não tem correspondido à demanda crescente, gerando desta forma um deficit anual de profissionais que tenderá a aumentar rapidamente não só em função do crescimento da população brasileira, mas também da melhoria da qualidade dos serviços curativos e preventivos oferecidos pelas agências de saúde.

O EDUCADOR DE SAÚDE PÚBLICA

"Em muitos aspectos o profissional empregado em uma organização burocrática é um homem marginal moderno; seus pés estão apoiados, sem muita segurança, em dois meios institucionais diferentes e parcialmente conflitantes."

W. Richard Scott

O presente estudo tem o intuito de traçar a história profissional de um novo grupo ocupacional, os Educadores de Saúde Pública, procurando explorar não apenas as características desta força de trabalho, mas principalmente suas condições de trabalho, seu desempenho profissional, sua auto-imagem, as barreiras que encontram, a adequação de sua formação profissional às exigências da atual sociedade brasileira, a imagem que os outros grupos ocupacionais tem do Educador de Saúde Pública, problemas de ajustamento ao trabalho na área da saúde pública, bem como recolher subsídios para o aperfeiçoamento do curso de Educação em Saúde Pública.

Os dados empíricos em que se baseia a nossa investigação foram obtidos (*) através de uma pesquisa realizada com Educadores de Saúde Pública formados entre 1967 e 1971 pelo curso de Educação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da U.S.P., única instituição de nível universitário a preparar este profissional no Brasil atualmente.

(*) Agradecemos ao Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, na pessoa de seu Diretor, Prof. Ayrton de Carvalho Mattos, o apoio financeiro que permitiu a realização desta pesquisa.

Foram estudados 92,1% dos Educadores de Saúde Pública^(*) diplomados entre 1967 e 1971 (Tab. 1), tendo-se utilizado as seguintes técnicas:

- Formulário (anexo II) contendo perguntas abertas e fechadas.
- Observação participante nos locais de trabalho.
- Entrevista com alguns profissionais da área da Saúde e Educação que trabalham ou não com E.S.P.

1. Caracterização Geral do Grupo de E.S.P. Estudado

A caracterização dos E.S.P. será feita segundo sexo, idade, naturalidade, formação superior básica^(**), exercício da profissão correspondente à formação básica, número e tipo de instituições em que trabalhou antes de ingressar no curso de Educação em Saúde Pública e tipo de atividades exercidas.

Os E.S.P., como a maioria dos indivíduos que trabalham na área da Educação, constituem um grupo majoritariamente feminino, apresentando uma idade média de 36,7 anos, média esta ligeiramente inferior para o sexo masculino, 35,7 anos, quando comparada com a idade média dos E.S.P. femininos que atinge 36,8 anos. A moda localiza-se no grupo de 30 a 34 anos de idade (Tab. 2). Apenas 14,6% dos E.S.P. têm menos de 30 anos e 11% estão acima de 45 anos de idade.

Considerando-se a formação básica, o grupo que apresenta idade média mais alta, 39,8 anos, é o dos Educadores Sanitários. Estes são enviados ao curso de Educa

(*) que serão designados no presente estudo como E.S.P.

(**) O curso de Educação em Saúde Pública está aberto somente a portadores de diploma de curso superior, de preferência com alguma experiência de trabalho na área da Saúde e/ou Educação.

ção em Saúde Pública em virtude de um convênio que as Secretarias da Educação e da Saúde do Estado de S. Paulo mantêm com a Faculdade de Saúde Pública, com o intuito de preparar recursos humanos para atender às necessidades advindas da reestruturação daquelas Secretarias.

Os Educadores Sanitários, que já possuem uma larga experiência na área da Saúde, tinham por ocasião do início do curso de Educação em Saúde Pública, em 1967, no mínimo 5 anos de formados, uma vez que o curso de Educação Sanitária foi interrompido em 1961.

A idade média dos outros profissionais é de 32,2 anos, sendo que o grupo mais jovem é constituído pelos que apresentam formação básica em Ciências Sociais, com uma média de idade equivalente a 31,8 anos.

A idade relativamente alta dos E.S.P. deve-se basicamente a dois fatores principais: o primeiro é que o curso de Educação em Saúde Pública é facultado apenas a portadores de diploma de curso superior: o segundo é que se exige alguma experiência de trabalho. Tal exigência é comum a todos que pretendem ingressar na Saúde Pública, não apenas no Brasil, mas também nos E.U.A.

Quanto à sua formação básica (Tab. 3), a maioria é constituída de Educadores Sanitários, 51,3%, seguida de Pedagogos, 15,8%, Cientistas Sociais, 8,5%, Assistentes Sociais, 6,1%, Licenciados em Letras Neo-Latinas 6,1%, profissões ligadas à Saúde (Odontologia, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Veterinária e Farmácia) 6,1%, licenciados em Filosofia, 3,7% e Medicina, 2,4%.

A relativa heterogeneidade da formação básica dos E.S.P. não é um fenômeno observado apenas no Brasil. Cohart e colaboradores⁽³⁹⁾, em estudo realizado com profissionais de Saúde Pública nos E.U.A., entre os quais havia 22 E.S.P., constataram que estes últimos provinham

(39) COHART, E.; WILLARD, W. & KORD, F. Education of public health workers Publ.Hlth.Rep., 70 (10): 1.024, 1955.

de áreas de formação básica as mais diversas, tais como Matemática, Ciências Naturais, cursos ligados à Saúde, Ciências Sociais, Humanidades e outras.

A duração do curso correspondente à formação básica varia de 1 ano, no caso dos Educadores Sanitários, até 6 anos, no caso dos médicos, como se pode observar na tabela 4.

Quanto ao exercício da profissão correspondente ao curso básico (Tab. 5), observa-se que todos os Educadores Sanitários exerceram a profissão sendo que, dos 42, 71,4% ou 30 o fizeram por mais de 10 anos. Dos Cientistas Sociais, apenas 1 tem mais de 10 anos de profissão, 4 até 9 anos e 2 nunca chegaram a exercê-la antes de ingressar no curso de Educação em Saúde Pública. Dos Pedagogos, apenas 1 exerceu esta profissão por mais de 10 anos. Considerando-se o conjunto de Educadores de Saúde Pública estudados, observa-se que 13,4% exerceram sua profissão básica até 3 anos, 32,9% de 4 a 9 anos, 43,9% por mais de 10 anos e apenas 9,7% nunca a exerceram, o que resulta num tempo médio de exercício da profissão básica de 9,46 anos por indivíduo estudado.

Cohart e colaboradores⁽⁴⁰⁾, analisando a experiência do pessoal que trabalha em Saúde Pública nos E. U.A., observaram, também, que poucos indivíduos ingressam na Saúde Pública no início de sua carreira. Aproximadamente 25% tinham, pelo menos, dez anos de experiência em outros campos quando de seu ingresso na Saúde Pública. Especificamente, dos que trabalham na área da Educação em Saúde Pública apenas 14% não tinham tido nenhuma experiência de trabalho anterior, 29% tinham de 5 a 9 anos, 43% de 10 a 19 anos e 14% 20 anos e mais, o que dá um tempo médio de exercício da profissão básica de 7,4 anos, valor este inferior ao encontrado entre os E.S.P. por nós estudados, que atinge 9,6 anos em média.

(40) COHART, E.; WILLARD, W.R. & JAMISON, E.F. Experience of public health workers Pub.HlthRep., 70 (11) 1955.

Analisando-se os tipos de instituições em que trabalharam no exercício da profissão básica, verifica-se que a maior parte atuou nos campos da saúde, educação e serviço social ou numa combinação destas áreas, constituindo todas elas campos afins da Educação em Saúde Pública e onde o E.S.P. exerce normalmente as suas atividades, não havendo, pois, deste ponto de vista, incompatibilidade entre as duas atividades. As instituições de educação e saúde absorveram o trabalho de 55,4% dos que chegaram a exercer a profissão básica (Tab. 6).

Quanto ao local, a maioria exerceu suas atividades no Estado de S. Paulo (82,4%) e os restantes em Alagoas (5,4%), Minas Gerais (2,7%), Santa Catarina (2,7%), Brasília (2,7%), Bahia (1,3%), Maranhão (1,3%) e Portugal (1,3%).

Quanto ao tipo de atividades exercidas (Tab. 7), 73% o fizeram em trabalho considerado concernente à sua formação básica, 21,6% em atividades concernentes enão concernentes e apenas 5,4% em atividades não concernentes. Este último grupo é constituído por 4 Pedagogos, o que poderia indicar dificuldade em encontrar trabalho apropriado, talvez por incapacidade do mercado em absorver o grande número de graduados nesta área.

Aliás, esta constatação é reforçada quando analisamos a formação daqueles que não chegaram a exercer atividades ligadas à formação básica (Tab. 5). Dois são graduados em Ciências Sociais, um em Letras Neo-Latinas, dois em Pedagogia, um em Serviço Social e dois em Filosofia.

2. O Ingresso numa Nova Ocupação

No Brasil, como em todos os países em desenvolvimento, a educação constitui uma das vias de ascensão social. Como afirma Hutchinson, "*a formação universitária está associada a muitas ocupações de alto prestígio*

social, quando não é o único meio meio de acesso às mesmas."⁽⁴¹⁾

No grupo estudado, com exceção dos Educadores Sanitários, cujo curso só foi reconhecido como de nível universitário em 1959, ou seja, dois anos antes da interrupção do curso, todos eram diplomados em cursos superiores.

Portanto, se para os Educadores Sanitários o curso de Educação em Saúde Pública representou uma oportunidade de legitimação de suas funções nas agências que já trabalharam e, neste sentido, um canal de ascensão social, para os outros representou uma forma de reforçar uma posição já alcançada, em termos de prestígio social, além de abrir novas possibilidades de trabalho.

Para esclarecer estes aspectos levantados, analisaremos separadamente a situação de cada um dos grupos profissionais.

Como já indicamos, o caso específico dos Educadores Sanitários é facilmente compreensível. Todos eles foram enviados, como comissionados, pelas agências onde já trabalhavam a fim de complementarem sua formação e estarem aptos a assumirem novas funções, como decorrência da reestruturação daquelas agências.

Quanto aos Pedagogos, apesar desta atividade já estar regulamentada e da demanda estar constantemente crescendo em virtude da expansão da rede escolar, o mercado de trabalho existente não é capaz de absorver todos os egressos de cursos de Pedagogia.

Podemos observar que, dos 13 Pedagogos que frequentaram o curso de Educação em Saúde Pública, apenas 2, ou 15,4% trabalharam anteriormente em atividades concernentes à sua formação. Dos 11 restantes, 2 nunca chega-

(41) HUTCHINSON, B. Aspectos da educação universitária e status social em S. Paulo Educ.C.Soc., 2 (4): 39, 1957.

garam a trabalhar, 4 exerciam atividades não concernentes e 5 exerciam atividades concernentes e não concernentes (Tab. 7).

Para os Cientistas Sociais a situação é parecida, com o agravante de não estar a atividade regulamentada e ser, em grande parte desconhecida a sua capacitação, tanto no setor público como no privado. Além disso, a produção anual de graduados é muito superior à demanda do mercado de trabalho nas atuais condições, e o próprio mercado é muito instável, na medida em que oferece oportunidades de trabalho temporário. Assim, apesar de 42,9% terem exercido atividades concernentes à sua formação, este dado deve ser apreciado dentro das ressalvas levantadas.

No que diz respeito aos Assistentes Sociais, é uma atividade regulamentada e conta com um mercado de trabalho estruturado, tanto no setor público, como no privado, capaz de absorver grande parte dos graduados. Dos 5 que frequentaram o curso de Educação em Saúde Pública, apenas 1 nunca exerceu a profissão, tendo-o feito, os 4 restantes, em atividades concernentes.

Em relação aos graduados em Humanidades, ou seja, Letras Neo-Latinas e Filosofia, é sabido que o mercado de trabalho é bastante restrito, apesar da expansão do sistema educacional do primeiro e segundo grau. Dos 8 incluídos em nossa investigação, 3 nunca chegaram a exercer o magistério, 1 o fez em atividades concernentes e 4 exerceram temporariamente o magistério.

Na categoria "*Cursos ligados à Saúde*" foram agrupados 1 Veterinário, 1 Dentista, 1 Enfermeira, 1 Farmacêutico e 1 Terapeuta Ocupacional. Deste grupo, todos contam com um mercado de trabalho não saturado e sua formação básica tem pouco em comum com a Educação em Saúde Pública.

Quanto aos Médicos, o problema de mercado de trabalho não se coloca.

A análise da formação básica dos E.S.P. permite, ao menos preliminarmente, afirmar que uma parte ingressou no curso de Educação em Saúde Pública à procura

de novas oportunidades de trabalho. É o caso dos portadores de diplomas de Pedagogia, Ciências Sociais, Letras Neo-Latinas e Filosofia. Os Educadores Sanitários vieram em busca de complementação de conhecimentos, a fim de assumirem novas funções nas agências em que já trabalhavam. Os Médicos e Assistentes Sociais vieram a procura de subsídios para aperfeiçoarem o desempenho de funções que já vinham exercendo, enquanto que para o grupo reunido na categoria *"outros cursos ligados à Saúde"* não foi possível encontrar uma explicação plausível, em termos de aperfeiçoamento profissional e/ou de mercado de trabalho.

A análise dos motivos que levaram o grupo a escolher a formação básica permitirá trazer alguns esclarecimentos suplementares.

Os processos que regem a escolha de uma ocupação nas sociedades urbano-industriais são pouco conhecidos.

A escolha de uma ocupação pode ser considerada *"como um processo de tomada de decisão que envolve uma série de compromissos que ponderam os interesses do indivíduo e as suas aptidões em relação às oportunidades existentes"*⁽⁴²⁾.

Os estudos realizados sobre a escolha de ocupações indicam que estas sofrem a influência do meio familiar, das habilidades intelectuais, dos valores ocupacionais do educando e do sistema educacional, sendo este último o principal fator limitante da escolha, seja por restringi-la em função do número limitado de opções que oferece, seja por força-la num período da vida, a adolescência, no qual a falta de maturidade socio-emocional constitui um sério impecilho para uma escolha adequada. Em consequência disto somente depois de ingressarem na faculdade, ou mesmo no exercício profissional, é que a maioria poderá avaliar o acerto ou erro de sua opção.

(42) SCZEKAN, M & BETZ, M. "Effect of values, social support and academic performance in stabilizing occupational choice" *Nurs.Res.* 22 (4): 339-343 1973.

Uma investigação realizada com estudantes de Odontologia da U.S.P.⁽⁴³⁾, sobre os motivos conscientes da escolha da profissão odontológica, indica que apenas 20,8% dos estudantes colocaram a Odontologia como primeira opção nos exames vestibulares e que 58,33% a colocaram como sexta e sétima opção. Além disso, 33,3% dos estudantes analisados pretendiam frequentar, depois de completado o curso de Odontologia, outros cursos superiores, por questão de "gosto". Foram anotadas ainda sete categorias de motivos que, isoladamente ou combinados, levaram à escolha da "profissão odontológica". São os seguintes: gosto pelas ciências médicas, gosto específico pela profissão, ambição sócio-econômica, influências familiares, tipo de vestibular, acaso e outras. Supondo-se que apenas os 20,8% que colocaram a odontologia como primeira opção são os que tem gosto específico pela profissão, deduz-se que 79,2% teriam outros motivos para permanecerem naquela Faculdade.

No caso dos E.S.P. estudados, observa-se (Tab. 8) que 37,8% escolheram a profissão básica por vocação (que equivale ao gosto pela profissão), 20,7% por influência de terceiros, 15,8% pela impossibilidade de fazerem outro curso, 7,3% pela combinação de influência de terceiros, gosto e tendência e 15,8% por vários outros motivos.

Com base nestas informações podemos dizer que pelo menos 60% apresentaram condições para mudar suas atividades profissionais, já que os motivos da primeira escolha foram circunstanciais e não baseados na "vocação".

A descrição dos motivos que levaram à procura de uma nova profissão (Tab. 9) indica alguns aspectos de interesse: 40,2% negam que tenham procurado uma nova profissão, considerando o curso de Educação em Saúde Pública tão somente como complementação do curso básico. Para alguns profissionais, como é o caso dos Médicos, existem algumas ponderações de importância a fazer. Para a Medi-

BIBLIOTECA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

(43) ARBENZ, G.O.; ABRAMOVICZ et al "Motivos conscientes na escolha da profissão odontológica" Rev. Fac.Odont. S.Paulo 11 (1): 101-10, 1973.

cina a importância da Educação em Saúde Pública é de fato complementar, aumentando não só a compreensão dos agravos da saúde nos seus aspectos comportamentais, como também aumentando a eficiência dos serviços dirigidos por aqueles profissionais. O médico que ingressa num curso de Educação em Saúde Pública certamente não estará procurando uma nova profissão, mas sim uma complementação para aumentar sua própria eficiência. No caso dos Educadores Sanitários, o curso de Educação em Saúde Pública oferece um nível diverso de atuação, apesar de ambos os profissionais atuarem em zonas limítrofes na área da Saúde. Enquanto o Educador Sanitário atua mais diretamente com a população receptora dos serviços de saúde, o Educador de Saúde Pública atua a nível central e regional, incentivando as responsabilidades educativas, inerentes a toda a equipe de saúde, desde o médico até o atendente, e incrementando a preocupação com as atividades educativas, componente intrínseco a qualquer ação na área da saúde.

Quanto aos Cientistas Sociais, Pedagogos e Assistentes Sociais, o campo de atuação é bastante distinto, porém, os conhecimentos adquiridos pela formação básica constituem um instrumental precioso para a sua atuação. A Educação em Saúde Pública, na realidade, está apoiada num tripé constituído pelas Ciências Sociais (incluindo-se a Psicologia Social), Pedagogia e Saúde Pública e, por isso mesmo, tem-se procurado recrutar preferencialmente candidatos ao curso de Educação em Saúde Pública diplomados em Ciências Sociais e Pedagogia.

No caso dos licenciados em Humanidades (Letras Neo-Latinas e Filosofia) a situação é menos clara, exigindo alguns esclarecimentos suplementares. Dos 8 indivíduos desta categoria, 5 trabalharam antes de ingressar no curso de Educação em Saúde Pública, sendo que apenas um em área alheia à sua formação. No entanto, 4 (Tab. 9) afirmam que não procuraram uma profissão nova. Esta afirmação causa certa surpresa se considerarmos a pequena relação que existe entre a formação básica e a Educação em Saúde Pública, o que poderia indicar uma distorção da imagem deste profissional.

Os que indicaram necessidade de trabalho (28,1%), apresentam todos eles formação básica compatível com a Educação em Saúde, pois são Educadores Sanitários, Cientistas Sociais, Pedagogos, Assistentes Sociais e Enfermeiras que já trabalhavam na área da saúde (Tab.9); 8,5% indicaram como motivo *"interesse pela área"*, o que parece legítimo, considerando-se a capacidade de absorção pelo mercado de trabalho da área da saúde de Pedagogos, Cientistas Sociais e Assistentes Sociais: 4,9% indicaram *"vontade de fazer curso de pós-graduação"*. De fato, nos primeiros anos de funcionamento o curso de Educação em Saúde Pública era classificado como de nível de Pós-Graduação: porém, a partir de 1969, com a implantação da Reforma Universitária, passou a ser curso para graduados, tendo eventualmente frustrado as expectativas destes indivíduos. Várias outras razões foram indicadas por 17,1%, como bolsa de estudos, maior possibilidade de conseguir trabalho e oportunidade de vir para São Paulo. Assim, apenas 8,5% procuraram o curso em função de um interesse bem definido pela área, 28,1% o fizeram por razões de trabalho e 62,1% chegaram ao curso por razões circunstanciais, que não envolviam obrigatoriamente o ingresso numa nova ocupação.

Pode-se inferir que a maioria dos candidatos, ao ingressarem no curso de Educação em Saúde Pública, não apresentavam uma identificação definida com a nova área, quer por desconhecimento desta, quer por estarem identificados com seu grupo ocupacional de origem. A falta de interesse definido, em relação à escolha da ocupação, tem sido pouco estudado, apesar de ser um aspecto importante no estudo das ocupações. As tentativas sistemáticas de diminuir o número de escolhas inadequadas da ocupação tem esbarrado com fatores de controle problemático, tais como características de personalidade daquele que faz a escolha, fatores de ordem economico-social e situacional no momento da escolha, número de opções oferecidas pelo sistema educacional, conhecimento das várias opções existentes e condições do mercado de trabalho, para citar alguns.

Cohart e colaboradores⁽⁴⁴⁾ observaram o mesmo fenômeno numa investigação que focalizou um grupo de sanitaristas norte-americanos. No caso particular dos E.S. P., o trabalho em pauta aponta que, dos 22 indivíduos estudados, 27,3% escolheram a Educação em Saúde Pública por acaso, 27,3% através de contatos pessoais, 13,6% pelas condições de trabalho oferecidas, 13,6% em função de sua educação formal e apenas 13,6% pelo tipo de trabalho. Nenhum evocou como motivo da escolha a vocação.

Outro trabalho⁽⁴⁵⁾, ao analisar as motivações das pessoas na escolha da área da Saúde Pública, conclui que os fatores que mais pesam são de ordem circunstancial.

A escolha da Educação em Saúde Pública, como as outras áreas da Saúde, pelo fato de exigir dos candidatos diploma de curso universitário é, portanto, uma opção secundária, feita em condições que teoricamente poderiam permitir uma escolha consciente e objetiva, mas que na realidade não difere muito, como se pode observar, das opções primárias.

(44) COHART, E. et al op. cit.

(45) STILES, W. & WATSON, J.C. *"Motivations of persons electing public health as a career"* Amer.J.Publ. Hlth. 45 (12): 1563-68. 1955.

VI

O EDUCADOR DE SAÚDE PÚBLICA E SEU CAMPO DE TRABALHO

1. As Expectativas

Neste capítulo será delineado o posicionamento do E.S.P. em relação ao seu campo de trabalho.

A análise das expectativas relacionadas com o trabalho na área da Educação em Saúde Pública partiu do pressuposto que os E.S.P., ao decidirem reingressar num curso superior que os preparasse para atuar numa ocupação diversa da correspondente à sua formação básica, tivessem utilizado critérios mais realistas e mais amadurecidos, apesar de muitos terem sido pressionados a esta opção por razões circunstanciais.

Entretanto, por ser a Educação em Saúde Pública uma área nova de atividades no Brasil, em fase de implantação, as informações disponíveis eram escassas e o "feed-back" de profissionais em atuação extremamente restrito, dificultando sobremaneira o delineamento claro do papel que os futuros E.S.P. deveriam assumir, criando-se, nos primeiros anos, condições propícias para opções aleatórias e para uma visão não muito clara das verdadeiras funções do E.S.P. e das suas condições de trabalho.

Apesar das restrições apontadas, verificou-se que de um total de 77 entrevistados que trabalharam ou trabalham como E.S.P., 40,3% declararam ter tido suas expectativas satisfeitas, 37,6% ter tido suas expectativas satisfeitas em parte e 22,1% não as ter satisfeito (Tab. 10).

Trata-se de medida puramente subjetiva, ou seja, tal como foi percebida pelos entrevistados. Os motivos que levaram à satisfação-insatisfação das expectativas foram indicados pelos próprios entrevistados. A tabe

la 11 indica os motivos que levaram à satisfação das expectativas. Dos 31 E.S.P. que tiveram a percepção de expectativas satisfeitas, 35,5% conseguiram realização pessoal, 29,0% consideram que melhoraram seu desempenho profissional, 22,6% indicam que houve abertura de novos campos de atividade e 12,9% mencionam criação de oportunidade para a carreira.

A inspeção da Tabela 12 permite observar que o motivo preponderante da não satisfação das expectativas foram as barreiras encontradas no exercício profissional (70,6%), seguido do não aproveitamento do profissional nas suas funções específicas (11,8%) e outros motivos (17,6%).

Quanto à satisfação parcial das expectativas (Tab. 13) alcançada por 29 E.S.P., observa-se a ênfase ora nos aspectos positivos, ora nos aspectos negativos, ou seja, muitos indicaram os motivos de satisfação pessoal e outros os de insatisfação pessoal, enquanto um grupo alegou motivos que não eram passíveis desta dicotomização.

Em resumo, o motivo mais citado na determinação da satisfação das expectativas foi a realização pessoal (35,5%), ao passo que na determinação da não satisfação foram as barreiras encontradas (70,6%). Na satisfação parcial o motivo mais indicado foi o de estarem realizando apenas parte daquilo que pretendiam (31,3%). Estes dados apoiam a idéia proposta no início do capítulo que se refere à visão não muito clara em que se basearam estas expectativas.

Procurando-se pesquisar se as expectativas criadas sofreram influência da formação básica, dividiram-se os E.S.P. em 3 grupos: os Educadores Sanitários que já atuavam na área da saúde e que, portanto, tinham melhor conhecimento das condições de trabalho nesta área; os Pedagogos, Cientistas Sociais e Assistentes Sociais, cuja formação básica fornece instrumentos de trabalho para o E.S.P., e os Licenciados em Humanidades e os que fizeram cursos ligados à Saúde, cuja formação básica pouca relação direta tem com a Educação em Saúde Pública.

A Inspeção da tabela 14 permite verificar, que a maior porcentagem de satisfação das expectativas quanto ao novo campo de trabalho encontra-se entre os portadores de diplomas na área de Ciências Sociais, Pedagogia e Serviço Social, enquanto que a maior porcentagem de não satisfação observa-se entre aqueles que fizeram o curso básico na área de Humanidades e Saúde.

Os Educadores Sanitários apresentam a porcentagem mais elevada de satisfação parcial.

A aplicação do teste estatístico de associação do χ^2 permite concluir que existe uma associação significativa entre a formação básica e a satisfação das expectativas quanto ao novo campo profissional.

2. A Satisfação com o Trabalho

Um outro aspecto em que se analisará o posicionamento do E.S.P. diz respeito à satisfação alcançada com o trabalho na área da Educação em Saúde Pública.

A satisfação será entendida como *"um sentimento que surge da percepção de um balanço positivo entre expectativas e realizações."*(46)

Primeiramente serão abordados os fatores que, segundo a percepção do grupo de E.S.P. estudado, condicionaram a satisfação com o trabalho.

Utilizando-se uma lista de 13 fatores (ver Formulário, Anexo II, questão 37), pediu-se que fossem indicados os que condicionaram a satisfação.

Dos fatores que condicionaram satisfação, o que alcançou maior frequência, considerados os E.S.P. que

(46) Para uma análise mais detalhada do conceito de satisfação ver PASTORE, J. Brasília: a cidade e o homem. S. Paulo, Cia. Editora Nacional & U.S.P., 1969, cap. I.

trabalhavam no momento do preenchimento do formulário, foi o item *"relação com os colegas"* (Tab. 15), assinalado por 94,2%. Seguem-se em ordem de grandeza: *"natureza do trabalho"*, 88,4%, *"relação com os chefes"* 82,6%, *"relação com os subordinados"* 81,1%, *"receptividade da clientela"* 68,1%, *"conhecimentos técnicos"* 65,2% e *"prestígio profissional"* 60,9%.

Para complementar o quadro serão analisados também os fatores que mais condicionaram a insatisfação. São eles *"recursos financeiros"* 60,9%, *"estrutura da instituição"* 56,5%, *"recursos materiais"* 53,6% e *"salário"* 39,1%.

Observa-se que são os fatores ligados às relações humanas que condicionam a satisfação, enquanto os aspectos estruturais e organizacionais condicionam a insatisfação.

Neste sentido encontramos semelhança com os resultados obtidos por Cohart e Hiscock⁽⁴⁷⁾ num estudo sobre sanitaristas nos E.U.A. que constatou que *"as condições insatisfatórias de trabalho e salários baixos foram as razões mais frequentes da insatisfação"*, enquanto a maior fonte de satisfação era constituída pela relação com os companheiros de trabalho.

Um outro ângulo para tentar medir a satisfação presente é compará-la com o mesmo sentimento alcançado em situações passadas, introduzindo, portanto, os fatores tempo e situação.

Procurou-se medir este sentimento em situações concretas, comparando-se a profissão atual com a profissão correspondente à formação básica, em dois aspectos: satisfação profissional e nível salarial.

Tomando-se a área de atividade como ponto de referência comparativo, observa-se (Tab. 16) que a maioria está mais satisfeita com a Educação em Saúde Pública

(47) COHART, E. & HISCOCK, I.V. A profile of the public health worker. Amer.J.Publ.Hlth. 45 (12): 1525-32, 1955.

do que com a atividade correspondente à formação básica, qualquer que esta tenha sido.

Quanto ao salário, a maioria, 71,0%, não obteve um aumento de rendimentos advindos de sua nova atividade ocupacional. Entretanto, foi o grupo de Pedagogos, Cientistas Sociais e Assistentes Sociais que mais obteve aumento salarial (Tab. 17), enquanto que o grupo de Humanidades e cursos ligados à saúde apresentou a porcentagem mais alta de rebaixamento de vencimentos.

Comparando-se os resultados obtidos nas tabelas 16 e 17 verifica-se não haver relação entre aumento do nível salarial e aumento no grau de satisfação, pois enquanto apenas 21,7% foram beneficiados monetariamente na nova atividade, 59,8% afirmam ter maior satisfação no trabalho na área da Educação em Saúde Pública, o que corrobora a constatação de Caplow⁽⁴⁸⁾ de que não há correlação simples entre as condições objetivas apresentadas por uma ocupação e a satisfação relativa de seus membros. Uma outra medida da satisfação alcançada no trabalho é a permanência na atividade de E.S.P.

Indagando-se sobre o que fariam os E.S.P. se pudessem escolher, portanto, numa situação hipotética, 71,4% afirmaram que permaneceriam como E.S.P., 22,1% não permaneceriam e 6,5% não responderam (Tab. 18). Dos que permaneceriam, os motivos alegados foram: estão satisfeitos com o trabalho (72,7%), acreditam no campo de trabalho (20,0%) e outros motivos (7,3%) (Tab. 19).

Dos que voltariam à anterior, apenas 6 dos entrevistados, 4 ou 66,7% dão como motivo o fato de não estarem satisfeitos e os 2 restantes afirmam que a experiência conseguida abriu novas perspectivas nas atividades correspondentes à formação básica.

Detalhando as observações para cada um dos grupos de cursos básicos considerados verifica-se que a me-

(48) CAPLOW, T. The sociology of work New York, Univ. of Minnesota Press & McGraw Hill, 1961. p. 133.

nor porcentagem de permanência é para Humanidades e Cursos ligados à saúde, enquanto que a maior é indicada pelos Educadores Sanitários.

Finalmente, tentou-se medir a satisfação com o trabalho através de uma escala de cinco pontos, graduados segundo a intensidade: absoluto, alto, médio, baixo e nulo.

Os resultados obtidos para os 77 entrevistados que trabalham ou trabalharam como E.S.P. foram os seguintes: nenhum indicou o grau absoluto de satisfação; 51,9% indicaram alto grau de satisfação, 39% grau médio, 2,6% grau baixo, 2,6% grau nulo e 3,9% não responderam. (Tab. 20).

Esta distribuição de porcentagens pelos cinco níveis adotados mostra que apesar de não haver nenhuma indicação no ponto mais alto de satisfação, que seria o absoluto, a grande maioria dos E.S.P. se distribuiu entre o grau alto e médio de satisfação (90,9%), havendo apenas 5,2% que indicaram grau baixo e nulo.

Estudos realizados nos E.U.A.⁽⁴⁹⁾ e em Porto Rico⁽⁵⁰⁾ a respeito da satisfação com o trabalho de E.S.P., utilizando respectivamente escalas de 5 e 3 pontos (tab. 20), permitem fazer algumas comparações.

Os E.S.P. nos E.U.A. apresentam alto grau de satisfação, pois, 88,1% do grupo estudado consideram-se altamente e bastante satisfeitos, enquanto que no Brasil e em Porto Rico as porcentagens são respectivamente 51,9% e 15,8%. Quanto à satisfação média, a maior porcentagem é observada em Porto Rico, como também a pouca satisfação, colocando os E.S.P. portorriquenhos como os menos satisfeitos, os brasileiros como mediantemente satisfeitos e os americanos como os que alcançaram maior índice de satisfação.

(49) KENT, R.M. *"Public health educators: manpower to day on the changing scene"* Am.J.Publ.Hlth. 59 (6): 1.003-1042, 1969.

(50) LUGO, J. Danielsén de Percepcion del educador en salud sobre su profesion Porto Rico, 1969, p.p. 32-49. [mimeo]

Levando-se em conta que dos tres países o Brasil foi o que mais recentemente implantou o curso de Educação em Saúde Pública, esta constatação parece ser bastante auspiciosa para o futuro deste grupo ocupacional em nosso país.

Para verificar em que medida o grau de satisfação estava sujeito a interferência de variáveis ligadas a experiências e condições passadas e presentes, foram selecionadas algumas delas para se pesquisar o seu comportamento. A primeira variável pesquisada foi o ano de frequência ao curso de Educação em Saúde Pública. Pela inspeção da tabela 21 observa-se que os E.S.P. que frequentaram o curso nos anos de 1967, 1969 e 1971 indicaram porcentagens elevadas de alta satisfação com o trabalho, enquanto os que frequentaram em 1968 e 1970 apresentam porcentagens relativamente baixas.

Aplicando-se o teste de significância das frequências observadas (Tab. 22), através do cálculo da χ^2 verifica-se que há uma associação significativa entre o ano de frequência ao curso e o grau de satisfação com o trabalho em Educação em Saúde Pública, indicando, desta forma, que as experiências do aluno e o seu preparo profissional podem interferir no grau de satisfação alcançado no trabalho.

Esta questão mereceria um estudo mais detalhado e exigiria um cuidadoso planejamento, a fim de permitir o controle de inúmeras variáveis intervenientes, uma vez que o conteúdo programático, as técnicas de ensino e o próprio corpo docente, bem como as características de personalidade dos alunos e sua experiência profissional têm variado de ano para ano.

A segunda variável pesquisada foi a condição em que os indivíduos fizeram o curso (Tab. 23). O teste de χ^2 indica não haver associação entre as duas variáveis, isto é, a condição em que foi feito o curso não interfere no grau de satisfação com o trabalho.

A terceira variável pesquisada foi a formação básica (Tab. 24), indicando o teste de χ^2 não haver interferência da formação básica no grau de satisfação alcançado com o trabalho em Educação em Saúde Pública.

A quarta variável pesquisada foi a permanência ou não na área de atividades de Educação em Saúde Pública (Tab. 25). O teste de χ^2 indica haver associação entre o grau de satisfação e a permanência, isto é, os que indicaram que permaneceriam apresentam grau de satisfação mais elevado do que aqueles que não permaneceriam.

3. As Condições de Trabalho

Todas as ocupações novas sofrem, de início, certa dificuldade para a conquista de um mercado de trabalho estável e bem remunerado. A Educação em Saúde Pública não fugiu a esta regra, apesar dos futuros profissionais terem ingressado, em sua maioria, já como funcionários de diversas instituições que planejavam aproveitá-los no novo campo de atividade.

Dos 82 profissionais entrevistados que se formaram entre 1967 e 1971, 77 exerceram ou exercem a profissão por um período que varia de 5 anos a menos de 1 ano. A porcentagem mais alta observada (Tab. 26), 29,3%, é daqueles que trabalhavam há um ano na época da realização das entrevistas (setembro de 1972 a julho de 1973), 17,1% o faziam nos últimos 3 anos, 13,4% há 5 anos, 12,2% há 4 anos, 6,1% nunca exerceram a profissão e 6,1% o faziam há menos de 1 ano. Observa-se, pois, uma certa morosidade no aproveitamento dos profissionais após a sua formatura. Assim, dos 14 entrevistados que concluíram o curso em 1967, todos exerceram ou exercem a profissão, 71,4% dos quais foram aproveitados logo após a formatura. Dos formados em 1968, apenas 60% foram empregados de imediato, sucedendo o mesmo com os que concluíram o curso em 1969. Em 1970 o índice de aproveitamento ficou na marca dos 62,5%, sendo que, dos formados em 1971, o aproveitamento imediato atingiu 82,3%, o que poderá estar refletindo um amadurecimento do mercado de trabalho para este técnico recentemente formado no Brasil. Apesar da turma

de 1972 não ter sido incluída neste estudo, verifica-se que dos 21 formados, 17 ou 80,9% foram aproveitados imediatamente após o término do curso.

O regime de trabalho constitui, também, um indicador bastante sensível da demanda existente. Dos 69 entrevistados (Tab. 27), que durante a pesquisa estavam trabalhando como E.S.P., 94,2% dedicavam-se exclusivamente a esta atividade, com jornadas de trabalho que variavam de 6 a mais de 8 horas diárias, enquanto apenas 5,8% o faziam em regime de 4 horas diárias.

São, sem dúvida, as agências de saúde as que mais demandam o trabalho do E.S.P., absorvendo 71% destes profissionais (Secretarias de Saúde, Faculdades de Medicina e Saúde Pública, SUCAM, Fundação SESP). As Secretarias de Educação, principalmente os Serviços de Saúde Escolar, empregam 15,9% destes recursos humanos e os restantes 13,1% exercem suas atividades em outras entidades públicas ou particulares.

Quanto às atividades desenvolvidas pelos E.S.P. (*), as mais encontradas foram planejamento, treinamento de pessoal, supervisão, coordenação, execução e assessoria (Tab. 28). No que se refere ao tempo gasto, considerando-se o total de horas diárias trabalhadas, as atividades que absorveram maior número de horas, por dia, foram as seguintes, em ordem decrescente: planejamento, treinamento de pessoal, coordenação, supervisão, assessoria e confecção de material audio-visual. O percentual de tempo gasto nestas atividades sobre o total de horas disponíveis em um dia de trabalho revelam alguns aspectos dignos de nota. Considerando-se os 63 E.S.P. que forneceram informações aproveitáveis sobre este item, observou-se que trabalham, em média, um total de 484 horas diárias, dando uma jornada média de trabalho de 7,68 horas por E.S.P. Deste período de trabalho 21,9% são gastos em atividades de planejamento, 10,7% em treinamento de pes

(*) O cálculo foi baseado nas atividades desenvolvidas no 1º semestre de 1972.

soal, 8,7% em coordenação, 6,8% em supervisão, 6,8% em assessoria, 6,7% em confecção de material audio-visual, 5,2% em execução, 5,2% em atividades burocráticas, 4,5% em avaliação, 4,5% em levantamento de dados e os restantes 19,0% em outras atividades.

Sem considerar agora o tempo gasto, as atividades mais indicadas como parte do trabalho de E.S.P. foram: planejamento, executado por 71,4% dos E.S.P., treinamento de pessoal (incluindo aulas) 71,4%, supervisão 54%, coordenação 50,8%, execução 44,4%, avaliação 40%, levantamento de dados 34,9%, assessoria 27%, confecção de material audiovisual e distribuição de material educativo 20,6% cada um, atividades burocráticas e/ou administrativas 17,5%.

A tabela 29 apresenta uma comparação da porcentagem de tempo gasto pelos E.S.P. no Brasil, Porto Rico⁽⁵¹⁾ e E.U.A.⁽⁵²⁾, em suas diferentes atividades.

As porcentagens referentes a Porto Rico e E.U.A. baseiam-se em horas efetivamente trabalhadas no período de uma semana. Foram selecionados apenas alguns itens que coincidiam com os levantados no presente estudo, apesar das restrições metodológicas que se impõem a uma comparação desta natureza. Enquanto no Brasil a maior porcentagem do tempo de trabalho é utilizada em planejamento, em Porto Rico os E.S.P. concentram mais suas atividades em treinamento de pessoal e os norte-americanos em assessoria.

Os E.S.P. utilizam boa parte de seu tempo, também, (10,7%) em treinamento de pessoal, o que parece lógico, levando-se em conta que a Saúde Pública é especifi

(51) LUGO, J. Danielsen Functions and role of the health educator s/d. p. 84-92 mimeografado.

(52) BOWMAN, R.; BOWMAN, V. & ROCCELLA, E. Comparison of duties and responsibilities of public health educators. 1957 e 1969. HS.M.H.A.Hlth.Rep., 86 (6): 551-559. 1971.

camente a Educação em Saúde Pública contam ainda com um número exíguo de recursos humanos especializados, havendo, pois, uma demanda muito grande de pessoal treinado em serviço para atender a necessidades imediatas. No que se refere à distribuição de material educativo, o tempo gasto pelos E.S.P. brasileiros é exíguo quando comparado aos dos E.U.A., pois, além da falta de material adequado, não existe no Brasil o reconhecimento da importância deste material pela maioria dos sanitaristas e nem pela população em geral, crescendo-se ainda que os altos índices de analfabetismo entre os habitantes do nosso país dificultam o desenvolvimento de materiais de apoio realmente eficientes. Basta lembrar que os canais de comunicação de massa praticamente não têm sido utilizados com finalidades educativas.

Quanto às atividades burocrático-administrativas, observa-se que os E.S.P. brasileiros são os que menor tempo dedicam a elas. Se à primeira vista este fato parece positivo, considerando-se as funções do E.S.P., na realidade está refletindo as posições que os E.S.P. ocupam na estrutura das organizações em que prestam os seus serviços e a pequena participação que ainda têm nas esferas decisórias.

No que diz respeito à colaboração com outras entidades, os dados comparativos indicam que os E.S.P. brasileiros ainda trabalham estanquemente dentro de sua própria instituição, ao invés de somar esforços com outras agências da comunidade.

Esta condição de trabalho isolado constitui um sério impecilho para a Educação em Saúde Pública, além de prejudicar a imagem do grupo ocupacional, na medida em que as condições de atuação a ele oferecidas são totalmente inadequadas à consecução das tarefas que lhe são específicas.

Constitui, além disso, uma séria barreira ao processo de profissionalização da Educação em Saúde Pública, pois tolhe sua autonomia profissional e não permite o desenvolvimento das atividades segundo os princípios

básicos da Educação em Saúde Pública, de acordo com os quais se deve trabalhar com a clientela dos Serviços de Saúde e não para ela.

Como afirma Hall⁽⁵³⁾, *"a situação de trabalho pode ocasionar um impacto no grau em que a profissão pode ser auto-reguladora e normativa"*. A força de trabalho em processo de profissionalização, como é o caso da Educação em Saúde Pública, é na sua grande maioria empregada por organizações prestadoras de serviços de saúde e educação de caráter heterônomo na qual, o indivíduo está subordinado a um sistema externamente estruturado e que, segundo sugere Scott⁽⁵⁴⁾, atenua o nível de autonomia profissional, com consequências para a qualidade do desempenho ocupacional. Neste sentido o E.S.P. pode ser considerado como *"um profissional cativo"*⁽⁵⁵⁾, na medida em que a sua restrita autonomia dentro da organização em que trabalha poderá gerar conflitos entre o sistema de valores de sua ocupação e os da organização.

Além das atividades desenvolvidas considerou-se também alguns aspectos do relacionamento do E.S.P. na situação de trabalho, entre eles o nível hierárquico das pessoas com quem mais ele se relaciona. Constatou-se (Tab. 30) que a maioria, 53,7%, se relaciona com pessoas de nível hierárquico igual ou superior e outros e apenas 6,1% com pessoas do mesmo nível hierárquico e outros. Tal situação vai exigir dos E.S.P. um trabalho eclético na área das relações humanas, bem como conhecimentos técnicos suficientes para permitir um diálogo produtivo com uma gama variada de categorias ocupacionais. Quanto às razões deste relacionamento, em todos os casos está presente o fator trabalho, porém, em 66% dos casos está envolvido o aspecto pessoal.

(53) HALL, R. Professionalization and bureaucratization. Amer.Sociol.Rev. 33 (1): 94. 1968.

(54) SCOTT, R. Reactions to supervision in a heteronomous professional organization. Adm.Sci.Quart. 10: 65-81. 1965.

(55) DANIELS, A. The captive professional: Bureaucratic limitations in the practice of military psychiatry. J.Hlth.Soc.Behav. 10(4):255-264, 1969.

Além do relacionamento dentro da instituição em que trabalha, foram analisadas as relações de trabalho com elementos de outras instituições. Estas realizam-se com pessoas de nível hierárquico superior em 58,5% dos casos, com mesmo nível e outros em 7,3% das vezes, mesmo nível e inferior 13,4% (Tab. 31). O relacionamento é efetuado com funcionários que pertencem, na sua grande maioria (64,7%), a instituições públicas e em 14,6% com funcionários de instituições públicas e particulares (Tab. 32).

São as instituições de Saúde e Educação as que mais solicitam os préstimos do E.S.P., concorrendo ambas, juntas ou isoladamente, com 68,1% das solicitações. Quanto ao nível hierárquico dos solicitantes, pertencentes ou não à instituição em que trabalha o E.S.P., em 69,6% dos casos são de nível hierárquico igual ou superior ao do solicitado. Os tipos de trabalho mais solicitados foram planejamento, assessoria, treinamento de pessoal e supervisão (Tab. 33).

4. A Auto-imagem

Mesmo os grupos ocupacionais mais tenuemente organizados compartilham de certas atitudes relacionadas com a avaliação do seu próprio status, com a definição de seu trabalho e com a avaliação do esforço do grupo.

Cada grupo ocupacional tende, da mesma forma, a atribuir-se um status mais alto do que os outros profissionais lhe concedem e a subestimar suas próprias recompensas. Segundo Caplow⁽⁵⁶⁾, esta *"leve paranóia serve como um suporte para os agrupamentos profissionais promoverem seus interesses econômicos"*. Em nossa opinião, este fenômeno deve ser interpretado primeiramente como uma for

(56) CAPLOW, T. op. cit. (7) p. 131.

ma de auto-afirmação, principalmente no caso dos grupos profissionais que gozam de pouco prestígio. É o caso dos sanitaristas em geral e dos Educadores de Saúde Pública em especial que, por serem virtualmente desconhecidos fora do âmbito restrito da Saúde Pública, procuram desenvolver uma auto-imagem relativamente otimista.

Considerando-se que a formação do sanitarista teve início no Brasil, em 1929^(*), que o seu campo de ação é restrito quase que exclusivamente às instituições públicas e, portanto, com um mercado de trabalho limitado, que o número destes profissionais é exíguo quando comparado com as necessidades de um país tão extenso, heterogêneo e com problemas de saúde pública tão graves, pode-se prever que a necessidade de auto-afirmação seja considerável.

Especificamente, o caso da Educação em Saúde Pública se enquadra na problemática da Saúde Pública, da qual é parte integrante. A intenção, ao se pedir aos informantes que ordenassem um grupo de ocupações de nível universitário na ordem de prestígio que julgavam possuir cada uma delas, foi de verificar, de maneira sistemática, em que medida as suposições teóricas correspondiam à realidade observada.

Os resultados obtidos, depois de ponderados^(**), permitem-nos verificar alguns aspectos interessantes da auto-imagem do E.S.P. e do prestígio relativo atribuído a outros grupos ocupacionais (Tab. 34). Os E.S.P. atribuíram o prestígio relativo mais alto aos médicos e o mais baixo aos Assistentes Sociais, localizando a si próprios na metade inferior da escala, juntamente com outras

(*) Em 1929 teve início, no antigo Instituto de Higiene, hoje Faculdade de Saúde Pública, o curso de especialização em Higiene e Saúde Pública para Médicos. Em 1949 foi instalado o curso de Saúde Pública para Engenheiros. Em 1954 o Curso de Especialização em Saúde Pública para Veterinário, em 1958 para Cirurgiões Dentistas.

(**) Os pesos usados variaram de 1 a 11, dando-se peso 11 para a 1.ª escolha, 10 para a 2.ª etc. Multiplicou-se o número de escolhas pelo respectivo peso, obtendo-se pontos para cada grupo profissional dos 11 apresentados (ver Anexo II, questão 44).

ocupações majoritariamente femininas, ou seja, Magistério Secundário, Enfermagem e Serviço Social, ocupações estas designadas por Etzioni⁽⁵⁷⁾ como semi-profissões.

A título de comparação, apenas, procedeu-se da mesma forma com as escolhas feitas por 16 chefes de Serviços de Saúde e Educação entrevistados no decorrer da presente investigação. Os resultados (Tab. 61) mostram que o "*in-group*" tende a atribuir-se maior prestígio que o "*out-group*", pois no julgamento destes últimos a posição dos E.S.P. foi deslocada para o limite inferior da escala.

Um dos fatores fundamentais para o desenvolvimento da auto-imagem positiva de um grupo ocupacional relaciona-se com uma visão clara do próprio trabalho, do papel que cada um dos membros deverá desempenhar no exercício de suas atividades e de um consenso mínimo entre os membros em relação às atividades centrais para as quais o grupo ocupacional foi preparado, ou seja, às suas funções específicas.

A fim de analisar a visão que os E.S.P. têm em relação ao seu próprio trabalho, pediu-se aos entrevistados que enumerassem estas funções. Foram obtidas 436 indicações, feitas por 80 dos entrevistados (um não respondeu e outro afirmou que não se lembrava), o que dá uma média de 5,4 funções indicadas por entrevistado (Tab. 35).

A função que alcançou a frequência mais alta foi a de planejamento, seguida de supervisão, assessoria, avaliação, treinamento de pessoal, levantamento de dados, estudo e diagnóstico e elaboração de programas educativos. Chama a atenção a inexistência de um consenso sobre o que sejam as funções do E.S.P., pois nenhuma destas atividades enumeradas foi indicada pela totalidade dos entrevistados. Somente planejamento (82,5%), supervisão (71,2%) e assessoria (57,5%) atingiram frequências superiores a 50% (Tab. 35). Quanto à atividade considerada

(57) ETIZIONI, op. cit. (28).

como principal, a que apresenta maior frequência foi novamente o planejamento, indicado por 40% dos E.S.P., seguido de supervisão, indicado por 13,7% (Tab. 36).

Os dados indicam a ausência de um consenso sobre quais sejam as atividades centrais dos E.S.P. Embora, como afirmam Bucher e Strauss, *"exista uma grande diversidade de tarefas executadas em nome da profissão"* e que *"diferentes definições podem ser encontradas entre segmentos da profissão no que diz respeito aos tipos de trabalho que o profissional deveria executar, como o trabalho deveria ser organizado e quais as tarefas que têm precedência"*⁽⁵⁸⁾, considera-se que as ocupações profissionais novas e internamente ainda pouco diferenciadas devam apresentar um corpo de atividades centrais bem claras, a fim de permitirem o delineamento de uma auto-imagem nítida e de garantirem uma área de competência exclusiva, que permitirá uma interpretação do seu papel e da contribuição que poderá dar na situação de trabalho.

Entretanto, como afirma Arnold⁽⁵⁸⁾, uma estudosa dos problemas dos E.S.P. nos E.U.A., *"existe um sentimento comum entre os E.S.P. que o papel do Educador de Saúde Pública é difícil de ser interpretado para os outros, que este é ambíguo, não bem compreendido e que não alcança concordância por parte dos outros com os quais ele trabalha. As descrições das funções são bastante carregadas de termos como 'ajuda', 'assiste', 'coordena', mas estes geralmente são vagos no que diz respeito aos aspectos específicos da ajuda, da assistência e da coordenação."*

Aliás, os E.S.P. indicam a existência desta problemática também no Brasil, o que leva a supor que suas raízes estão tanto na própria natureza do seu trabalho como na estrutura das organizações em que prestam os seus

(58) BUCHER, R. & STRAUSS, A. Professions in Process
Am.J.Sociol. 66: 325-34, 1961.

(59) ARNOLD, M. Ambiguity in the Role of the Health
Educator. Hlth.Educ.Monogr. 12: 3-18, 1962.

serviços, pois, 66,2% dos entrevistados indicaram que a *"falta de conhecimento das funções do E.S.P."* (Tab. 37) constitui uma barreira para o desempenho de suas funções.

De qualquer forma a ausência do consenso sobre qual seja este corpo de atividades centrais contribui para dificultar o delineamento da imagem do E.S.P. junto aos outros profissionais que atuam na área da saúde, além de tornar vagaroso o processo de afirmação da Educação em Saúde Pública como ocupação profissionalizada.

As barreiras que os entrevistados julgam encontrar no desempenho de suas funções permitem avaliar não só o grau de objetividade dos E.S.P. na apreciação das condições do próprio desempenho, como também verificar se a origem das barreiras provém do próprio E.S.P. ou de condições externas.

Considerando-se as 13 opções do formulário utilizado (Anexo II, questão 34), apenas 1 dos 72 E.S.P. que deram a informação afirmou não ter encontrado nenhuma delas. Os 71 E.S.P. restantes apontaram 500 barreiras, ou seja, em média 7 barreiras por profissional. As que obtiveram maiores frequências foram: falta de estrutura adequada da instituição em que trabalha, indicada por 70,4% dos respondentes, falta de conhecimento do que são as funções do E.S.P. 66,2%, falta de instrumentos adequados ao trabalho 66,2%, falta de verbas 62%, excesso de burocratização 62% (Tab. 37).

A análise das barreiras encontradas confirmam algumas questões levantadas anteriormente.

A primeira diz respeito à falta de estrutura institucional adequada e ao excesso de burocratização, citados respectivamente por 70,4% e 62,0% dos E.S.P. que indicaram barreiras. Estes dados revelam que os E.S.P. estão vivenciando problemas ligados à falta de autonomia profissional e ao desajustamento entre os objetivos da instituição e do grupo ocupacional, aliás, típicos de instituições altamente burocratizadas e heterônomas.

Quanto à falta de conhecimentos das funções do E.S.P., indicada por 66,2%, parece constituir uma barreira digna de atenção, uma vez que, além dos problemas le-

vantados anteriormente, os próprios E.S.P. ainda não possuem uma visão clara sobre quais devam ser, fato compreensível se for considerado que se trata de uma ocupação recém-implantada no Brasil e que está passando por um processo de estruturação. Cabem aqui algumas considerações sobre a problemática de um grupo profissional recém-surto, cujo campo de atuação não permite o desenvolvimento de atividades isoladas e cujo trabalho, além de estar na dependência do trabalho de outros grupos profissionais, que atuam há mais tempo no campo da saúde, e que tradicionalmente monopolizam as decisões, é de difícil mensuração e requer um lapso de tempo relativamente longo para mostrar os seus resultados.

A Educação em Saúde Pública é uma atividade meio, cuja importância só muito recentemente passou a ser reconhecida nos círculos mais esclarecidos da Saúde Pública e da Medicina Preventiva. Baseia-se nos conhecimentos desenvolvidos pela Educação, Ciências Sociais e Comunicação que visam compreender o comportamento humano e destina-se a levar os indivíduos, isoladamente ou em grupo, por seu próprio esforço e iniciativa, a agir em todos os momentos de sua vida de forma a alcançar ou manter seu estado de saúde. Como muito bem enfatiza René Dubos⁽⁶⁰⁾, a Medicina tradicionalmente aborda os problemas de saúde do ponto de vista puramente individual e unilateral, considerando que a solução dos problemas de saúde está ligada à descoberta de drogas que as curam. Esta abordagem leva em consideração apenas as consequências e não interfere, na maioria das vezes, nas causas. A Saúde Pública e a Medicina Preventiva constituem tentativas de reformular esta posição e procuram encarar esta problemática do ponto de vista grupal, passando a considerar que a *"solução transcende o tratamento dos sintomas no paciente individual e poderá exigir reformas sociais que atinjam até mesmo o campo da ética"*⁽⁶¹⁾.

(60) DUBOS, R. Mirage of Health New York, Doubleday & Co. s/d, capít. V e VI.

(61) DUBOS, R. op. cit. (60).

Nesta ordem de idéias, a Saúde Pública exige uma nova mentalidade por parte dos profissionais que atuam na área da saúde, área esta ainda monopolizada quase integralmente por médicos de orientação eminentemente tradicionalista, voltados mais para a cura a nível individual do que para a prevenção a nível social, para a abordagem da doença do indivíduo em vez da abordagem do indivíduo doente, cujo comportamento deve ser modificado e em cujo processo de modificação comportamental o E.S.P. tem um papel relevante a desempenhar.

O que se pretende deixar claro nestas considerações é que as barreiras sentidas e assinaladas pelos E.S.P. têm raízes profundas e irremovíveis a curto prazo, que exigirão, não apenas mudanças de estruturas institucionais, mas principalmente uma reformulação drástica da mentalidade dos responsáveis pelas decisões na área da saúde, refletindo-se em todas as ações deste setor. O trabalho do E.S.P. só poderá integrar-se e produzir resultados compatíveis com sua capacidade técnica especializada dentro desta orientação, quando então haverá condições para um verdadeiro trabalho em equipe, para a compreensão do que sejam as funções do E.S.P. e para o consequente aumento do prestígio do grupo profissional.

Uma outra forma de apreciar a auto-imagem foi o julgamento do trabalho do E.S.P.

Como se pode verificar pela inspeção da tabela 38, apenas 65,8% consideram que estão exercendo funções específicas de E.S.P., 8,6% julgam que continuam como Educadores Sanitários, 8,6% que estão exercendo outras funções que não as de E.S.P. e 15,9% exercendo outra profissão.

Comparando-se estes dados com os da tabela 39, construída a partir de dados objetivos, tais como local de trabalho, cargo e funções exercidas, observa-se que, na realidade, 84,1% exercem a ocupação de E.S.P. e 15,9% estão fora dela.

A coincidência entre auto-imagem e julgamento objetivo dá-se apenas no caso dos que não exercem ou nunca exerceram a profissão. A maior parte das distorções

está contida naquele grupo incluído no item *"não exerce funções específicas de E.S.P."*, ou seja, na dificuldade deste profissional definir, em termos de seu trabalho, o que vem a ser o específico. Em todas as profissões existem atividades que se podem chamar de centrais, isto é, aquelas para as quais o indivíduo foi treinado e que só podem ser desempenhadas adequadamente por um determinado grupo ocupacional. É o que Moore, ao analisar a escala de profissionalização, chama de *"conhecimentos e capacidades úteis baseadas em treinamento especializado ou educação"*⁽⁶²⁾. Existem outras, entretanto, consideradas como periféricas, que não exigem uma formação especializada ou que são compartilhadas por mais de um grupo profissional. Em todas as ocupações o que existe, na realidade, é uma combinação de atividades centrais e periféricas, variando a proporção destas de acordo com as necessidades da agência ou com a natureza do serviço profissional desenvolvido em dado momento. Mesmo que um profissional, num certo período, esteja desenvolvendo uma proporção muito grande de atividades periféricas, nem por isso deve considerar-se como não exercendo a sua ocupação.

Quanto à afirmação de alguns entrevistados de que continuam como Educadores Sanitários, uma interpretação plausível seria a de que a formação básica continua orientando, não só a sua própria atividade, como também as expectativas de seus colegas de trabalho.

No entanto, apenas 0,8% das solicitações de trabalho foram consideradas inadequadas pelos E.S.P. (Tab. 40), o que poderia revelar uma certa ambiguidade nas percepções do grupo estudado quanto a esta questão.

5. As Perspectivas para o Futuro

Um aspecto complementar ao da auto-imagem é a visão que os E.S.P. têm a respeito do futuro profissio-

(62) MOORE, W.E. The professions: roles and rules. New York, Russell Sage Foundation, 1970, p. 6.

nal. Neste sentido foram levantadas algumas questões de interesse. A primeira diz respeito às perspectivas de trabalho. Os E.S.P. consideram-nas boas, pois há oportunidade de trabalho, a profissão é nova e tende a expandir-se; apenas 14,6% revelaram-se pessimistas quanto ao assunto, alegando que, entre outras coisas, falta prestígio ao grupo profissional; 23,2%, entretanto, afirmam que as perspectivas de trabalho tendem a melhorar se forem definidas as funções dos E.S.P., se for criado o cargo no serviço público e se houver maior demanda do mercado de trabalho. Interessante é notar a alienação de 3,6% dos entrevistados que afirmaram não saber responder a esta questão.

Sem dúvida, os que não consideram as perspectivas de trabalho como boas utilizam argumentos procedentes, que retratam problemas reais, vivenciados por alguns E.S.P. e cuja solução depende de modificação do próprio sistema social. De qualquer forma, percebe-se uma certa sensibilidade e uma visão realista de muitos dos problemas existentes, todos eles típicos de profissões novas. Esta visão não sofreu interferência significativa da formação básica dos E.S.P., como se pode verificar pelos resultados da tabela 41.

A segunda diz respeito ao prestígio profissional dos E.S.P. Neste aspecto, a visão das perspectivas é menos otimista, pois apenas 38,2% consideram que são boas (Tab. 42). O grupo mais otimista é constituído pelos Educadores Sanitários, não havendo, entretanto, associação significativa entre o curso superior básico e a percepção das perspectivas, como indicam os resultados apresentados.

O terceiro aspecto analisado refere-se às perspectivas de realização pessoal dos E.S.P., segundo grupos de cursos básicos frequentados.

O que chama atenção é que os E.S.P. que trabalham em S. Paulo são menos otimista do que os de outros Estados (Tab. 44), apesar de S. Paulo concentrar 80,5% desta categoria ocupacional.

Procurando pesquisar as razões das diferenças de opinião quanto à realização pessoal, indagou-se o que os E.S.P. consideravam prioritário para a Educação em Saúde Pública em seu Estado. Os resultados obtidos (Tab.45) revelam que não há diferenças apesar de caberem algumas observações. A maior frequência é dada à educação da população a fim de levá-la a valorizar a saúde, o que reflete o sentido idealista e humanístico do grupo profissional em estudo. A segunda maior frequência diz respeito a recursos humanos e materiais, portanto, também uma prioridade orientada para a prestação de serviços profissionais. Apenas 11,7% colocam como prioritária a criação do cargo.

VII

AVALIAÇÃO DO PREPARO PROFISSIONAL DO E.S.P.

Apesar de o processo de socialização profissional ser, na atualidade, um tema muito abordado na Sociologia, o presente capítulo analisará tão somente um aspecto desta área, ou seja, a aquisição dos conhecimentos necessários a um praticante de Educação em Saúde Pública qualificado.

Esta abordagem prende-se a dois fatos: um de ordem teórica e outro de ordem prática. O primeiro é que a socialização profissional, realizada dentro de uma instituição educativa, dá maior ênfase à aprendizagem cognitiva do que à internalização de normas de comportamento apropriadas a um grupo ocupacional. Isto é particularmente válido para o caso do E.S.P., considerando-se que sua permanência, como aluno, na Faculdade de Saúde Pública, reduz-se apenas a um ano letivo. O segundo refere-se à nossa preocupação em obter subsídios para o aperfeiçoamento do preparo acadêmico do E.S.P., a partir de informações de ex-alunos possuidores de um cabedal de experiências de trabalho e capazes de fornecer um "feed-back" importante para um curso relativamente novo, que prepara profissionais para uma área, a Saúde Pública, sujeita a um intenso processo de mudança.

O grupo estudado considerou importante as seguintes áreas de conhecimento: Ciências Sociais e do Comportamento com 38,1% do total das indicações, área de Saúde Pública 15,1%, Educação 13,2%, Métodos de Educação em Saúde 8,9%, Ciências Biomédicas 7%, Comunicação 4,8%, Estatística 4,3%, Administração 2,4%, outras áreas 5%. As considerações variam por ano de formatura, uma vez que ao longo dos 5 anos incluídos nesta pesquisa muitos conteúdos, bem como docentes e metodologia aplicada, sofreram alterações.

Ao julgarem os entrevistados a forma em que os conhecimentos foram ministrados aos alunos, considerando o ano em que fizeram o curso, observa-se que a porcentagem que considerou satisfatória mostra uma ligeira tendência a aumentar. Em 1967, 25,7% dos julgamentos foram satisfatórios, em 1968 26,2%, em 1969 27,8%, em 1970 23,5% e em 1971 32,5%. O mesmo fenômeno se repete, porém, com maior flutuação na porcentagem dos julgamentos insatisfatórios e das áreas de conhecimento que não foram cobertas.

Considerando-se dois grupos de disciplinas, as gerais de Saúde Pública e a específica de Educação em Saúde Pública (Tab. 46), observa-se que a porcentagem de julgamentos de satisfatoriedade flutua bastante para os dois grupos. No caso das gerais de Saúde Pública, a maior porcentagem de satisfatoriedade é assinalada em 1971 com 33,9%. No que diz respeito ao conteúdo específico de Educação em Saúde Pública, há uma tendência a aumentar a porcentagem dos que se consideram satisfeitos, um acentuado declínio na porcentagem daqueles que indicaram a falta de cobertura em áreas de conhecimento específico de Educação em Saúde Pública e uma flutuação não concludente na porcentagem de "insatisfatório", apesar da porcentagem manter-se alta.

1. As Falhas

A análise das falhas constatadas pelos entrevistados no curso de Educação em Saúde Pública foi dividida em quatro partes, numa tentativa de se conseguirem informações mais detalhadas visando uma melhor adequação dos conhecimentos às necessidades dos profissionais.

A primeira refere-se às disciplinas básicas^(*), para as quais foram indicadas 159 falhas (Tab. 47), des-

(*) Segundo nomenclatura interna atual da Faculdade de Saúde Pública da U.S.P. as disciplinas dividem-se em: obrigatórias gerais, obrigatórias específicas e optativas.

tacando-se as seguintes: os conhecimentos oferecidos foram insatisfatórios (22,6%), a metodologia empregada foi inadequada (16,4%), o planejamento do curso foi inadequado (15,7%), o tempo disponível foi insuficiente (15,7%), os cursos foram muito teóricos (7,6%), os cursos são desligados da realidade (7,6%), há falta de entrosamento entre as disciplinas (5,0%), o corpo docente é despreparado (4,4%).

No conteúdo específico de Educação em Saúde Pública, as falhas assinaladas com maior frequência foram: conhecimentos oferecidos foram insatisfatórios (29,0%), o curso foi teórico demais (12,3%), a metodologia empregada foi inadequada (10,9%), o corpo docente é despreparado (8,7%), o curso é desligado da realidade (8,7%), o planejamento do curso é inadequado (8,0%), o tempo disponível é insuficiente (7,2%).

Nas disciplinas optativas, as falhas assinaladas com maior frequência foram: conhecimentos oferecidos foram insatisfatórios (26,0%), a metodologia empregada foi inadequada (15,6%), o tempo disponível foi insuficiente (15,6%), o curso foi teórico demais (7,8%), o curso é desligado da realidade (6,5%) e há falta de entrosamento com outras matérias (6,5%), o planejamento do curso foi inadequado (6,5%).

Considerando-se apenas as disciplinas básicas e a específica de Educação em Saúde Pública, por ano de frequência ao curso (Tab. 48), verifica-se que a maior porcentagem das falhas concentra-se no item "*conhecimentos insatisfatórios*", que alcançou frequências superiores a 25% nos anos de 1968, 1970 e 1971.

A segunda falha mais apontada varia segundo os anos. Em 1967 foi "*tempo disponível insuficiente*" (14,8%), e "*curso desligado da realidade*". Em 1968, a segunda falha mais observada foi "*metodologia inadequada*" (25,0%), em 1969 foram "*metodologia inadequada*" e "*planejamento inadequado*", cada um deles apresentando 14,3% das indicações. Para os alunos de 1970, a segunda falha mais indicada recaiu novamente sobre "*planejamento inadequado do curso*", enquanto que para os de 1971 a segunda falha mais indicada foi o "*tempo disponível insuficiente*" (12,9%).

A única indicação que perdura durante os 5 anos estudados com a maior frequência das indicações é, portanto, a insatisfatoriedade dos conhecimentos oferecidos, observando-se inclusive uma tendência a aumentar nos anos sucessivos.

Quanto ao estágio, considerar-se-ão o especializado e o multiprofissional. No caso do primeiro, as falhas assinaladas foram as seguintes: ausência de supervisão satisfatória (30,3%), duração insuficiente (16,1%) e agências sem condições de receber estagiários (12,5%) (Tab. 49).

No segundo, ou seja, em relação ao estágio multiprofissional, 17,9% assinalaram a falta de entrosamento entre os alunos da equipe. Interessante é assinalar que 13,4% dos entrevistados consideraram que não houve falhas nos estágios.

2. Os Aspectos Positivos

A apreciação dos aspectos positivos do curso (Tab. 50) seguiu a mesma sistemática empregada no estudo das falhas.

Nas disciplinas básicas os pontos positivos as sinalados concnetram-se nos seguintes aspectos: aquisição de novos conhecimentos (20,8%), oportunidade de trabalhar com grupo multiprofissional (18,8%), atualização ou complementação de conhecimentos (12,9%), aquisição de conhecimentos importantes para a atividade profissional (10,9%), metodologia de ensino positiva (9,9%) e aquisição de uma visão mais ampla em saúde (9,9%).

Na disciplina específica os pontos positivos mais assinalados foram: aquisição de conhecimentos importantes para a atividade profissional (15,9%), metodologia de ensino positiva (14,9%), oportunidade de trabalhar com grupo multiprofissional (13,8%) e aquisição de novos conhecimentos (12,8%).

Nas disciplinas optativas, 28,3% indicaram satisfação com o curso Dinâmica Populacional, 16,4% consideraram como aspecto positivo a aquisição de novos conhecimentos, 10,4% a oportunidade de trabalhar com grupo multiprofissional e 8,9% a qualidade do conteúdo.

Como na análise das falhas, isolaram-se as disciplinas básicas e a específica Educação em Saúde Pública por ano de frequência ao curso (Tab. 51). Com exceção dos alunos de 1968 que enfatizaram a metodologia de ensino e dos de 1967 que não fizeram nenhuma menção ao trabalho multiprofissional, as indicações mais frequentes dizem respeito a conhecimentos e oportunidade de trabalho multiprofissional.

O que chama a atenção é que para 1968 as indicações discrepam bastante dos outros, havendo uma concentração de 66,6% em apenas dois itens: oportunidade de trabalho multiprofissional (44,4%) e metodologia positiva (22,2%).

Quanto aos estágios multiprofissional e especializado (Tab. 52), alguns dos aspectos indicados são de caráter geral, ao passo que outros se referem especificamente a cada um dos dois tipos de estágios. A maior frequência de indicações diz respeito à experiência de trabalho multiprofissional (27,1%), seguida da oportunidade de vivenciar situações concretas (24,3%), oportunidade de aplicar os conhecimentos teóricos (21,6%) e oportunidade de atuar em programas de outros países (14,4%) (*).

Antes de passar-se para a apreciação das modificações sugeridas pelos E.S.P., parece oportuno fazer uma confrontação entre os aspectos positivos e negativos assinalados pelos entrevistados.

O número de falhas foi maior do que o número de aspectos positivos nas indicações referentes às discipli

(*) Até 1971 enviaram-se alunos para fazerem estágio especializado no exterior, em virtude do pequeno número de E.S.P. existentes no Brasil, o que não permitia uma supervisão adequada.

plinas, enquanto que nos estágios aspectos positivos e negativos se equivalem. Entretanto, quanto mais antiga a turma dos entrevistados, menor tendem a ser as indicações de ambos os tipos, o que mostra que quanto maior o lapso de tempo decorrido menos claras tendem a ser as avaliações, tudo levando a crer que o tempo apaga mais rapidamente as impressões positivas do que as negativas.

Comparando-se as falhas com os aspectos positivos (Tab. 53), por área e por ano de frequência ao curso, cabem os seguintes comentários: apesar de o item conhecimentos concentrar a maioria das indicações de falhas e de aspectos positivos, apenas para o ano de 1968 acusou uma porcentagem maior de falhas. O item corpo docente, ao contrário, revelou a menor porcentagem das indicações nos dois aspectos e somente para o ano de 1967 apresentou maior porcentagem como aspecto positivo. Os itens planejamento do curso e tempo de curso foram indicados apenas como falhas, enquanto que o estágio multiprofissional foi indicado apenas como aspecto positivo.

Confrontando-se alguns itens (Tab. 54), considerando apenas as divisões em disciplinas Básicas, Específicas e Optativas, podemos ter uma idéia global e mais clara das indicações. Tomemos, por exemplo, a questão dos conhecimentos. Nas disciplinas básicas, as falhas neste aspecto constituem 37,8% das indicadas^(*), enquanto que nos aspectos positivos o conhecimento oferecido contribui com 51,5% do total das constatações^(**), o que estaria indicando que o conhecimento fornecido pende mais para a aceitação do que rejeição. Na disciplina específi

(*) corresponde aos itens "cursos desligados da realidade" (7,6%), "conhecimentos oferecidos foram insatisfatórios" (22,6%) e "curso teórico demais" (7,6%) da Tabela 47.

(**) corresponde aos itens "aquisição de novos conhecimentos" (20,8%), "atualização ou complementação de conhecimentos" (12,9%), "aquisição de conhecimentos importantes para a atividade profissional" (10,9%) e "conteúdo bom" (6,9%) da Tabela 50.

ca Educação em Saúde Pública há uma ligeira vantagem para o aspecto negativo, ou seja 50% do total das falhas estão neste item, enquanto que nos aspectos positivos a porcentagem atinge 47,2%. O corpo docente mereceu uma pequena porcentagem das indicações das falhas e dos aspectos positivos, sendo, porém, fonte mais intensa de falhas na disciplina específica do que nas outras.

A metodologia de ensino merece, também, alguns comentários. Foi alvo da menor porcentagem de indicações nas falhas e a mais alta na indicação dos aspectos positivos. De fato, a disciplina Educação em Saúde Pública tem enfatizado, desde o início do curso de Educação em Saúde Pública, o emprego de técnicas mais modernas de aprendizagem que envolvem não só a utilização de recursos audiovisuais mas, principalmente, a participação ativa dos alunos no processo de ensino-aprendizagem.

3. As Modificações Sugeridas

Comparado com o número total de falhas assinadas (486) e com os aspectos positivos indicados (373) as modificações sugeridas, que chegaram a 373, foram bastante expressivas, apesar de as abstenções terem sido consideráveis; 17,1% dos entrevistados não ofereceram sugestões na área das disciplinas básicas, nem das específicas e estágios e 37,8% não o fizeram no caso das optativas.

Considerando-se o ano de formatura, foi a turma de 1969 que registrou a porcentagem mais alta de abstenções, 25%, enquanto a de 1968 apresentou a mais baixa, ou seja, 12,5%.

O número de modificações sugeridas para as disciplinas básicas foi de 113 e as que alcançaram maior frequência (Tab. 55) foram: maior ênfase nas Ciências Biológicas (15,9%), integrar a teoria à prática (13,3%), melhoria dos métodos de ensino (10,6%) e alterações no planejamento do curso (maior tempo de duração, adaptação às diferentes formações básicas dos alunos e menor núme-

ro de alunos) (10,6%). As sugestões são compatíveis com as falhas assinaladas pelos entrevistados. Foram os alunos de 1970 que contribuíram com o maior número de sugestões (25,7%) e os que mais sugeriram maior ênfase nas Ciências Biológicas, a integração da teoria à prática, a melhoria dos métodos de ensino e as alterações no planejamento do curso.

Para a disciplina específica (Tab. 56) foram coletadas 108 sugestões, sendo que a mais indicada foi "*tornar o ensino mais prático*" (20,4%), seguida de "*maior ênfase na metodologia da Educação em Saúde Pública*" (13,9%), "*maior ênfase em Ciências da Conduta*" (13,9%); 11,1% sugeriram alterações no planejamento do curso, isto é, maior tempo de duração, adequação às diferentes formações básicas e à realidade e 10,2% pretendem que o corpo docente seja melhor preparado. Também aqui a turma de 1970 foi a que mais contribuiu com sugestões (30,6%) que se concentraram nos itens "*tornar o ensino mais prático*" e "*maior ênfase na metodologia de Educação em Saúde Pública*".

O número de modificações sugeridas para as disciplinas optativas (Tab. 57), bem como o número alto de abstenções na indicação de modificações (37,8%) documentam um desinteresse por estas disciplinas, havendo muitos entrevistados que nem se lembravam de tê-las cursado. A sugestão mais frequente diz respeito à elaboração de horários que possibilitem escolher mais livremente as optativas de interesse (20,6%), seguida de oferecimento de maior número de optativas (19,1%) e modificação do conteúdo das optativas (14,3%). O maior número de sugestões foi feito pela turma de 1971, que contribuiu com 30,2% do total.

O treinamento de campo, ou estágios multiprofissional e especializado (Tab. 58), recebeu 89 sugestões, sendo que 25,8% destas se referem ao melhor preparo e/ou organização dos estágios, 21,3% à melhoria da supervisão e 18,0% a um período mais longo de estágio. Também neste aspecto a maior porcentagem (24,7%) coube aos entrevistados que fizeram o curso em 1971.

VIII

AS EXPECTATIVAS COM RELAÇÃO AO CURSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

A análise das expectativas pressupõe que os alunos, ao reiniciarem sua vida universitária, esperavam obter uns tantos benefícios, seja em conhecimentos, seja em experiências que os preparassem para a vida profissional e para assumir os papéis próprios do Educador de Saúde Pública.

Os resultados da Tabela 59 dão margem a algumas considerações. Considerando-se os 81 entrevistados, a maior frequência apresentada corresponde aos que tiveram suas expectativas em relação ao curso satisfeitas, seguida dos satisfeitos em parte e por último os que tiveram suas expectativas não satisfeitas. Analisando-se as distribuições de frequência de cada uma das categorias mencionadas, por ano de formatura, notam-se algumas flutuações interessantes. Em 1967, ano que registrou a maior frequência de satisfação, apresenta a segunda maior frequência de não satisfeitos, indicando uma tendência do grupo a julgamentos radicais. Um outro elemento que poderia explicar a concentração nas extremidades da escala de julgamento é que, sendo um curso novo, os alunos não puderam, por falta de informações, definir adequadamente as suas expectativas. Para 1968 a situação é parcialmente invertida, observando-se a frequência mais baixa de satisfação, a mais alta de insatisfação e uma frequência mediana para o item satisfação em parte. Uma explicação possível desta diferença é que este grupo, baseado na alta porcentagem de satisfação da turma do ano anterior, que certamente serviu como fonte de informação, formou expectativas irreais, tendo como consequência um alto nível de frustração. A partir de 1969 observa-se que a distribuição das frequências se aproxima mais da de 1967 tendendo, porém, a aumentar a frequência dos satisfeitos

em parte e a equilibrarem-se os dois extremos, com vantagem ainda para o grupo dos "*satisfeitos*".

O teste de χ^2 acusa a existência de uma associação significativa entre ano de frequência ao curso e satisfação das expectativas em relação ao mesmo.

Os motivos que determinaram a satisfação das expectativas em relação ao curso de Educação em Saúde Pública concentram-se no item atualização e inovação dos conhecimentos (71,4%). Dentre os motivos da não satisfação das expectativas destaca-se, pela maior frequência, o fato do curso não cobrir as deficiências apresentadas pelos alunos de diferentes formações básicas (50%). Os motivos da satisfação apenas parcial das expectativas enfatizam os aspectos positivos e os negativos em 65,4% dos casos, numa procura de objetividade de julgamento e apenas os aspectos negativos em 19,2%. Nos 15,4% restantes são indicados outros motivos.

Considerando-se as expectativas segundo o curso básico superior, observa-se que os satisfeitos distribuem-se em proporções semelhantes pelos três grupos de cursos (Tab. 60), enquanto que a maior porcentagem de não satisfeitos se localiza no grupo dos Pedagogos, Cientistas Sociais e Assistentes Sociais.

O teste de χ^2 indica não haver associação significativa entre o curso correspondente à formação básica e a satisfação das expectativas em relação ao curso.

IX

A IMAGEM DO EDUCADOR DE SAÚDE PÚBLICA

"Situação semelhante é encontrada na análise da relação entre o serviço prestado, o prestígio social do serviço e seu preço de mercado. ... Não se pode negar que em muitas ocupações, no momento as três não estão uniformemente equilibradas".

Arthur Salz

O presente capítulo, baseado em informações obtidas através de entrevistas com chefes de Serviços de Saúde e Educação, muitos dos quais contam com E.S.P. trabalhando nas agências por eles chefiadas, pretende analisar a imagem do E.S.P. Apesar de o grupo entrevistado não constituir uma amostra estatisticamente representativa, suas informações parecem refletir a visão da sociedade mais ampla, possibilitando fazer observações de caráter exploratório no que diz respeito à imagem do E.S.P., das suas funções, do prestígio deste grupo ocupacional e das expectativas existentes em relação ao seu trabalho.

Como já se observou anteriormente, os Educadores de Saúde Pública constituem um grupo ocupacional ainda pouco conhecido na sociedade brasileira.

Segundo afirma o Diretor-Médico de um Serviço de Medicina de Grupo, que emprega 800 médicos e possui 21 ambulatorios e 6 Hospitais Gerais, "o E.S.P. é um grande desconhecido. Ainda não há lugar para ele neste tipo de serviço porque não é visto ainda como um profissional. A Educação em Saúde Pública aparece como um serviço, não como um trabalho que compete a um profissional especializado."

Esta visão está relacionada, ao que parece, com um conjunto de fatores, entre os quais destacamos: 1. A recente introdução deste grupo ocupacional no Brasil. 2. Mercado de trabalho ainda restrito quase que exclusivamente às instituições públicas. 3. Contato restrito com a clientela dos serviços onde trabalha. 4. Grupo ocupacional ainda diminuto. 5. Desconhecimento, por parte de um grande número de profissionais da área da saúde da importância da Educação em Saúde Pública.

Mesmo no setor público, que constitui o principal mercado de trabalho para o E.S.P., não se constatou um conhecimento satisfatório das qualificações deste grupo ocupacional. Como disse o Diretor de uma Delegacia Regional de Saúde de um estado brasileiro, *"O E.S.P. poderia ser melhor aproveitado. O potencial de trabalho não está sendo utilizado por ignorância da própria direção que não sabe o que exigir e nem quanto exigir. Esta situação é agravada pelo fato de não existir o cargo."*

Deste desconhecimento advém, como consequência natural, a visão incorreta das funções do E.S.P. e as distorções na sua utilização que, apesar de não ser um fenômeno generalizado (é preciso lembrar que no momento atual as distorções mais graves ocorrem em outros Estados da União que não S. Paulo), são ainda bastante frequentes, constituindo-se numa séria barreira para a afirmação da Educação em Saúde Pública.

Dentre as funções exercidas pelos E.S.P., segundo os entrevistados^(*), as mais indicadas foram: assessoria nos aspectos educativos dos programas de saúde; supervisão e execução de atividades educativas; ensino; levantamento de dados. Note-se, entretanto, que pelo menos 5 dos E.S.P. trabalhando sob a chefia dos entrevistados estavam exercendo atividades que não eram específicas de Educação em Saúde Pública, documentando esta forma as distorções de sua utilização apontadas anteriormente.

(*) Estes apresentam a seguinte formação de nível universitário: Médicos - 13, Professor Secundário - 2, Assistente Social - 1.

Com respeito às funções que os chefes de serviço atribuem aos E.S.P., três deles informaram desconhecê-las e os restantes indicaram as seguintes: treinamento de pessoal, elaboração de material educativo, motivação da equipe de saúde para programas de natureza preventiva, organização de comunidade, planejamento, em conjunto com a equipe de saúde, dos aspectos educativos dos programas de saúde.

A rigor as funções arroladas são compatíveis com a formação do E.S.P., porém não correspondem às funções efetivamente desempenhadas nos serviços, como se pode observar da comparação com as funções exercidas, o que leva a ponderar que devam existir impedimentos vários, principalmente de ordem estrutural e de filosofia de trabalho, a nível dos serviços de Saúde e Educação.

Aliás, a quase totalidade dos entrevistados reconheceu e apontou a existência de barreiras com as quais se defrontam os E.S.P., cujo interesse é indiscutível para a compreensão dos problemas analisados pela presente investigação.

Alguns entrevistados foram mais incisivos na indicação das barreiras, localizando-as nos próprios profissionais da área da Saúde. Citam-se, a seguir, algumas das colocações:

- *"A Educação em Saúde é algo inibido por todo médico".*
- *"A maior barreira é o próprio médico, por comodismo, porque ele teria que participar da equipe para educar o paciente".*
- *"O médico não aceita o profissional e não valoriza a sua função".*
- *"A barreira é a enfermeira, porque a ela cabe a maior tarefa".*
- *"Existe preconceito contra o E.S.P. por parte dos outros profissionais".*
- *A pior barreira é constituída pelo próprio E.S.P., que não está entrosado com os outros profissionais e não conhece os problemas de saúde".*

Outro grupo de barreiras apontadas diz respeito à estrutura dos serviços e são as seguintes:

- *"Não existência do cargo de E.S.P."*.
- *"Falta familiaridade com o trabalho em equipe"*.

Estas afirmações refletem um conjunto de problemas intimamente relacionados. Não existindo o cargo de E.S.P., não há definição de funções. Sabe-se também que as estruturas burocratizadas das agências públicas são, por sua própria natureza, pouco maleáveis, impessoais e apresentam pequena capacidade de incorporar novas filosofias de trabalho, além de individualizarem as tarefas em compartimentos estanques, definindo os limites funcionais rígidos que terminam por inibir as tentativas de trabalho em equipe por parte de indivíduos comprometidos com os ideais de seu grupo ocupacional.

Já é lugar comum afirmar que a Saúde Pública só pode ser compreendida como um trabalho de equipe multiprofissional. Na realidade, porém, sabe-se que muito poucas instituições públicas conseguem implantar este estilo de trabalho com sucesso. Este fato, por si só, constitui um fator limitante para a compreensão do trabalho do E.S.P., que só produzirá efeitos palpáveis na medida em que se adquira esta nova mentalidade.

Uma outra barreira indicada foi que *" não há tradição de trabalho em E.S.P."* e que *"qualquer pessoa se acha capacitada para fazer o que a Educação em Saúde Pública está fazendo."*

Esta observação documenta um ponto de vista que caracterizava a Saúde Pública do início do nosso século e segundo o qual se confundia a Educação em Saúde Pública com a mera divulgação de informações.

Na atualidade, a Educação em Saúde Pública não só reinterpretou seus objetivos como também tem desenvolvido um aparato metodológico especializado, graças a utilização de conhecimentos desenvolvidos pela Psicologia, Sociologia e Comunicação na área das relações interpessoais e dos pequenos grupos, exigindo, portanto, uma for

mação especializada. Esta nova mentalidade, entretanto, está penetrando lentamente a área de saúde, tanto no setor público como no privado e sua incorporação só poderá ser atingida na medida em que um maior número de sanitaristas estiver atuando em seus quadros.

Existe, pois, uma tendência a não valorizar as tarefas cujo alcance se desconhece. Como afirma Levine⁽⁶³⁾, *"a tendência dos profissionais de pensarem na solução dos problemas utilizando exclusivamente suas habilidades ou, na melhor das hipóteses, as habilidades de outros profissionais, pode assumir o nível de um tipo de 'incapacidade treinada' "*.

Sem dúvida, as entrevistas permitem vislumbrar que a *"incapacidade treinada"* é um fato entre os profissionais que atuam na área da Saúde Pública, mormente entre os que não têm formação de sanitaristas e que nunca foram expostos à Educação em Saúde Pública. Um dos entrevistados colocou claramente esta questão ao afirmar que *"a Educação em Saúde Pública, por ser uma profissão nova e como não é conhecida, não é acreditada"*.

Outra barreira, de ordem econômica e sócio-cultural, foi apontada: *"O preconceito contra a Educação em Saúde Pública é, no fundo, um preconceito contra as mulheres"*. Apesar do crescente ingresso de mulheres nas atividades econômicas, culturais e profissionais que constituem um dos *"mais seguros indicadores da modernização de uma sociedade"*⁽⁶⁴⁾, a sua aceitação ainda é feita com reservas, persistindo em muitos setores da sociedade resquícios da idéia do caráter secundário da atividade ocupacional feminina, em virtude da concepção tradicional do seu papel na família patriarcal. A situação, entretanto, como indica a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio, referente ao último trimestre de 1972 analisada por

(63) LEVINE, S. Unravelling Technology and Culture in Public Health Amer.J.Publ.Helth. 59 (2): 239, 1969.

(64) VAZ DA COSTA, R. Crescem oportunidades para a mulher. O Estado de S. Paulo, 28 de Julho de 1974, p. 54.

Vaz da Costa⁽⁶⁵⁾, tem mudado radicalmente na última década. Na atualidade as áreas de prestação de serviços e serviços sociais empregam mais mão de obra feminina do que masculina (2,9 milhões e 1,2 milhões de mulheres contra 2 milhões e 550 mil homens respectivamente). Surpreendentemente, entretanto, na administração pública a participação feminina é bem menor. As mulheres constituem apenas 16% do total de funcionários, atingindo na categoria de profissionais chamados liberais a marca dos 30%.

Finalmente, alguns entrevistados indicaram as barreiras constituídas pelos consumidores dos serviços de saúde e educação, afirmando que *"existe indiferença da população para este trabalho"* e que *"o baixo nível sócio-econômico das comunidades a serem trabalhadas"* é uma das principais dificuldades, transferindo o problema para os consumidores. Levine⁽⁶⁶⁾, ao analisar esta questão, diz que *"muitos dos problemas da Saúde Pública residem no comportamento e nas necessidades dos profissionais e o "defeito" frequentemente não está na clientela sobre a qual a culpa é deslocada ou projetada."*

As informações levantadas através das entrevistas permitem prever que o E.S.P. goza de prestígio moderado na sociedade mais ampla, se considerarmos que as opiniões dos entrevistados refletem este prestígio. De fato, ao se solicitar, da mesma forma como se fez com os E.S.P., que ordenassem um grupo de ocupações de nível universitário de acordo com o prestígio que julgavam que tivessem, verificou-se que localizaram os E.S.P. como a de mais baixo prestígio, como se pode verificar na Tabela 61.

Apesar do moderado prestígio relativo verificado, a imagem ideal do E.S.P. tende a ser delineada em níveis muito altos, indicando a existência de ambiguidade em relação ao E.S.P. por parte de outros grupos profissionais.

(65) op. cit., (64).

(66) op. cit., (65), p. 239.

Os entrevistados pretendem que o E.S.P. reúna um grande número de características técnicas e pessoais modelares. Consideram que os E.S.P. devam apresentar: fácil relacionamento, capacidade de empatia, preparo técnico, boa apresentação pessoal, maleabilidade, iniciativa, fluência verbal, capacidade de liderança, equilíbrio emocional, criatividade, agressividade, perseverança e tolerância.

Com excessão do preparo técnico, que seria da responsabilidade das instituições educacionais especialiizadas, todas as outras características indicadas cabem na categoria que Arnold⁽⁶⁷⁾ chamou de "*habilidades inte-grativas*" e que constituem justamente aqueles aspectos que, na definição do trabalho do E.S.P., aparecem como vagos e difusos e aos quais o próprio profissional não tem encontrado condições para dar a devida importância, ou seja, a de agente integrador da equipe de saúde.

(67) ARNOLD op. cit (59), p. 3-18.

X

CONSIDERAÇÕES FINAIS

"A tarefa do Cientista Social é seguir ou criar regras comunicáveis de procedimento cooperativo, antes de desempenhar o papel solitário do visionário".

Karl Mannheim

A Educação em Saúde Pública, como uma área especializada dentro da Saúde Pública, emergiu recentemente nas sociedades urbanizadas apesar de sua importância já ter sido constatada em fins do século passado. Como toda atividade nova, baseada em conhecimentos que tem sofrido uma expansão notável a partir das primeiras décadas de nosso século, a Educação em Saúde Pública trilha o caminho da profissionalização lenta, porém firmemente, podendo ser considerada no Brasil, no momento histórico atual, como uma profissão heterônoma semelhante a todas as outras que atuam no setor da Saúde Pública, pelas seguintes razões:

- . Aplica conhecimentos e técnicas desenvolvidas por outras áreas de conhecimento. Como afirma Dorothy Nyswander⁽⁶⁸⁾, *"utilizamos conhecimentos de todas as Ciências Sociais, das teorias de aprendizagem, do trabalho bem sucedido da agricultura em difusão e adoção de técnicas, das habilidades do Serviço Social em supervisão e entrevista, do conhecimento que a Dinâmica de Grupo possui a respeito da interação humana e do trabalho da Teoria de Comunicação a respeito das van-*

(68) NYSWANDER, D. The open society: its implications for health educators. Hlth.Educ.Monogr. (22): 3-15. 1967.

tagens e limitações dos meios de comunicação: Somos, talvez, a profissão que mais pede emprestado conhecimentos, dentre as existentes."

- . Possui um sistema de treinamento especializado sujeito a constantes revisões, a fim de atender as novas necessidades que advêm do processo de mudança social e cujo impacto se faz sentir também nas ações da Saúde Pública. A própria realização desta investigação no Brasil e de similares em outros países do mundo revela o rigor e o cuidado com que os responsáveis por este assunto têm tratado o treinamento e o preparo profissional dos E.S.P., procurando submetê-lo a constantes reformulações que permitam atender às novas necessidades que surgem das mudanças ocasionadas na filosofia da Saúde Pública, nos serviços de saúde e da própria sociedade, da qual as primeiras são um mero reflexo.
- . Não possui ainda um sistema de controle do desempenho profissional estruturado e os E.S.P. não possuem, até o momento, um código de ética, nem associações profissionais que controlem a qualidade do desempenho profissional de seus membros.
- . Possui uma área de aplicação definida, cuja implementação de conhecimentos precisa ser aperfeiçoada não mantendo controle sobre ela. Em se tratando de um grupo profissional cujas atividades ainda não foram regulamentadas, sofre a invasão de atividades de outros grupos ocupacionais, não podendo contestar "de jure" esta invasão.
- . Possui um grande mercado consumidor potencial, porém ainda um restrito mercado real de trabalho. Os E.S.P. estudados na presente investigação são empregados quase que exclusivamente por instituições públicas, sendo que a maioria delas não criou até o momento o cargo correspondente.

A Educação em Saúde Pública, tal como é concebida, pode ser considerada uma ocupação "*sui-generis*" dentro da própria Saúde Pública, em virtude do tipo de recrutamento de seus membros, das características destes, do tipo de socialização profissional a que são submetidos os seus membros, dos papéis que se propõem a desempenhar e das características de seu mercado de trabalho.

Ao contrário da Medicina, Odontologia, Enfermagem, Veterinária, Engenharia e Farmácia-Bioquímica, não constitui necessariamente uma especialização dentro da opção primária, mas propõe-se a formar um novo profissional, o Educador de Saúde Pública, a partir de um treinamento de diplomados em escolas superiores das mais diversas áreas, constituindo-se no que se convencionou chamar de uma ocupação baseada numa escolha secundária. As implicações deste fato são várias e relevantes.

O pressuposto, aliás comum a várias especialidades da Saúde Pública, é que esta área de atividades, pela sua complexidade e pelos problemas que envolve, exige uma certa experiência de trabalho na área da saúde e uma disposição bem definida de aí permanecer após o término do curso. Tal pressuposto, se bem que ainda não confirmado empiricamente, limita a clientela, que acaba por ser selecionada dentro do grupo restrito daqueles que já possuem alguma experiência na área da Saúde, acrescida de um aspecto suplementar: a grande maioria dos alunos é enviada, como ocorre em todos os cursos de Saúde Pública na qualidade de comissionados, a fim de atender, teoricamente, às necessidades dos próprios serviços, determinando desta forma não só uma variedade muito grande no critério de escolha dos candidatos, mas também uma grande heterogeneidade entre os alunos. Além disso, estes critérios nem sempre coincidem com as exigências que um Instituto de Ensino Superior habitualmente tem para a seleção dos seus alunos, gerando uma heterogeneidade em termos de conhecimentos básicos mínimos necessários. Além dos aspectos já levantados há a questão da quebra de continuidade entre a opção primária ou curso superior básico e a opção secundária, já que esta última não é, necessariamente, uma especialização da primeira.

A presente investigação evidencia, ainda, que as razões da escolha da Educação em Saúde Pública são em sua maioria meramente circunstanciais, em grande parte devido aos vínculos empregatícios já existentes. Neste sentido o sistema de recrutamento de alunos para o curso de Educação em Saúde Pública merece uma revisão crítica.

A exigência de experiência de trabalho, além do diploma de curso superior, parece não ter fundamento. Pelo contrário, acarreta a limitação da clientela, pois, quem tem experiência de trabalho já tem vínculo empregatício com órgãos públicos, impede a renovação de recursos humanos na área da saúde e determina um aumento acentuado na média de idade dos alunos, diminuindo o tempo de exercício profissional como Educador de Saúde Pública. Além disso, dificulta o ingresso de maior número de candidatos cuja formação básica é mais compatível com a Educação em Saúde Pública, facilitando, ao contrário, o recrutamento de outros cuja contribuição potencial ao novo grupo profissional é limitada em virtude de sua própria formação.

Os candidatos deveriam ser recrutados dentre os diplomados em Ciências Humanas, preferencialmente Pedagogia e Ciências Sociais, o que permitirá dispender-se menos horas-aula na tarefa de homogeneizar determinados conhecimentos básicos e mais tempo para os assuntos específicos de Educação em Saúde Pública. Tal situação só tenderá a elevar a qualidade do preparo e, conseqüentemente, do desempenho do futuro profissional.

Através dos resultados obtidos verificou-se que foi o grupo de Cientistas Sociais, Pedagogos e Assistentes Sociais que alcançou porcentagem mais alta de expectativas satisfeitas quanto ao novo campo profissional, bem como a porcentagem^(*) mais elevada de alto nível de satisfação com o trabalho em Educação em Saúde Pública. Tendo-se verificado que existe uma associação estatísti-

(*) Calculada para cada um dos grupos de formação básica considerados (Tab. 24).

camente significativa entre satisfação com o trabalho e permanência na profissão, pode-se prever que este grupo tenderá a apresentar maior índice de permanência. Esta previsão, apoiada ainda pelo fato da existência de um mercado de trabalho restrito, principalmente para Pedagogos e Cientistas Sociais, indica que economicamente o investimento preferencial neste grupo gerará maiores benefícios para o setor saúde em geral e para a Educação em Saúde Pública em especial.

Além da questão da área de formação básica, deverão ser consideradas as qualidades pessoais dos candidatos, sobre as quais o curso de Educação em Saúde Pública, dada sua duração e sua natureza, apresenta pouca possibilidade de interferência.

Tanto as constatações dos estudos realizados com E.S.P. em outros países⁽⁶⁹⁾, como as entrevistas realizadas com os chefes de serviços, privilegiam a importância dos aspectos de flexibilidade mental, habilidade de pensar criativamente, alta receptividade para novas idéias, fluência verbal, equilíbrio emocional, capacidade de relacionamento e de liderança. Estes traços, além de serem necessários para o correto desempenho do E.S.P., facilitam a aquisição de capacidades integrativas que são um dos aspectos cruciais das atividades deste grupo ocupacional, em virtude da importância reconhecida do trabalho em equipe na Saúde Pública.

Um outro aspecto que merece uma análise cuidadosa é o sistema de socialização profissional. As falhas apontadas pelo grupo estudado parecem ter fundamento e as suas expectativas de receberem o maior número de informações que os preparem para enfrentar os problemas que advirão do exercício profissional são, a rigor, legítimos. É preciso considerar, porém, as limitações constituídas pelo tempo, recursos humanos e recursos materiais disponíveis.

(69) ARNOLD, M. op. cit. (58).

O tempo disponível, um ano letivo, parece insuficiente para a formação de um profissional que vai atuar num campo novo, sujeito a mudanças rápidas, quer em consequência do desenvolvimento global da sociedade brasileira, quer em consequência das diversas políticas de mudança planejada na área da saúde e da educação. Tanto nos E.U.A. como em Porto Rico, os responsáveis pelos programas de socialização profissional têm encarecido a necessidade de alargamento do tempo de permanência dos futuros profissionais nas Escolas de Saúde Pública para assegurar um melhor preparo e dar maiores oportunidades aos estudantes de vencerem os problemas no campo. No caso dos E. S.P. brasileiros também constata-se o mesmo. Tanto o grupo estudado, como os docentes, consideram que o preparo dos futuros profissionais poderia beneficiar-se de uma dilatação do tempo disponível, permitindo não só um aprofundamento dos conhecimentos e técnicas de Educação em Saúde Pública, mas uma vivência mais completa dos problemas, através de estágios em agências de Saúde e de Educação e de trabalhos com a Comunidade.

Os recursos humanos envolvidos no treinamento dos E.S.P. são escassos, considerando-se que parte de seu tempo deve ser dedicada à atualização e à pesquisa, num esforço de incorporar as inovações, desenvolver nova tecnologia, conhecer e criar soluções para os problemas que surgem no campo. Se endossarmos as observações feitas pelo Seminário Latinoamericano de Educação realizado em Paracas (Peru) em 1969, bem como os resultados da Avaluação da Educação em Saúde no Brasil (1972) verificamos que a tarefa destes recursos humanos se define não só em termos restritos de problemas ligados especificamente ao treinamento, mas também no que diz respeito à responsabilidade de delinear uma filosofia de trabalho própria às necessidades de cada país e de cooperar na definição de linhas de ação prioritárias.

Como dizem os participantes do Seminário Latinoamericano, *"na América Latina, a Educação em Saúde não conseguiu plasmar uma doutrina própria e uniforme, nem se generalizou uma definição operacional desta disciplina que leve a uma delimitação precisa do campo profissio*

nal do Educador de Saúde Pública. Apesar dos países contarem com unidades centrais de Educação em Saúde dentro do Ministério da Saúde, por causa de sua filosofia e organização inadequadas ou da escassa disponibilidade de recursos, alguns destes serviços não puderam cumprir satisfatoriamente suas funções básicas. Por diversas circunstâncias, a atividade tem-se reduzido, em grande parte, a tarefas de informação e propaganda. Em outros casos, tem concentrado seus esforços na preparação da comunidade para "campanhas" muito específicas, o que tem distorcido a percepção de sua verdadeira finalidade por parte de outros profissionais de saúde e da própria comunidade."⁽⁷⁰⁾

Tais observações, válidas para a América Latina, são confirmadas pelo grupo técnico multiprofissional que participou da "Avaliação da Educação no Brasil" quando afirma que⁽⁷¹⁾ "A Faculdade de Saúde Pública da U.S.P., único estabelecimento de ensino superior que forma o especialista em educação em saúde, não está equipada com recursos materiais e humanos para atender à demanda crescente do profissional."

No que diz respeito aos recursos materiais, poderíamos afirmar que são insuficientes, limitando não só a oportunidade de serem realizadas pesquisas básicas, mas também de outras que visam testar a eficiência de técnicas educativas novas e das tradicionalmente utilizadas. Os recursos materiais insuficientes limitam inclusive a possibilidade de serem introduzidas inovações no conteúdo dos programas e na metodologia de ensino. As modernas práticas de ensino já ultrapassaram a época das escolas que exigiam apenas salas de aula, giz e quadro-negro. Faz-se necessário, para melhorar a qualidade do ensino, o emprego de complexa aparelhagem audiovisual, de experiências de campo, de trabalho em grupo que envolvem também toda uma infra-estrutura, inexistente na Faculdade de Saúde Pública.

(70) SEMINÁRIO LATINOAMERICANO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA E PLANEJAMENTO. Paracas, Perú, OPAS, Washington, 1969 [mimeografado]

(71) RELATÓRIO DO GRUPO TÉCNICO DE AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL. S. Paulo, Faculdade de Saúde Pública USP 1973 [mimeografado]

A limitação dos recursos materiais é uma das barreiras que tem dificultado as tentativas de reformulação neste sentido, prejudicando a qualidade do ensino e a capacidade potencial do ensino integrado, com repercussões no próprio trabalho dos egressos da Faculdade de Saúde Pública.

Sem esta orientação estaremos criando o que Elling⁽⁷²⁾ denominou de profissionais "*bisubculturais*", isto é, especialistas dentro de uma área especializada que é a Saúde Pública, dificultando o trabalho integrado nesta área.

O presente estudo evidenciou alguns pontos relevantes no que diz respeito ao processo de socialização dos E.S.P.

Como afirmam Miller e Wager⁽⁷³⁾, "*a orientação dos papéis é uma consequência da socialização e dois conjuntos de experiências socializadoras são relevantes: o primeiro, a socialização profissional, preocupa-se com a aquisição de valores, atitudes, habilidades e conhecimento da sub-cultura profissional. Este tipo de socialização reflete, em parte, a duração e o tipo de treinamento recebido nas escolas de graduação ... O segundo, a socialização organizacional, relaciona-se com ajustamentos organizacionais e de aprendizagem necessários quando o profissional deixa a escola de graduação e entra no estabelecimento organizacional muito diverso daquele para o qual foi treinado ou diferente de suas expectativas.*"

A relevância das experiências socializadoras oferecidas pelo curso de Educação em Saúde Pública é, pois, segundo os autores, fundamental para o delineamento do perfil nítido da natureza do trabalho e do papel do E.S.P., mormente por estarem ambos numa fase de transição, que corresponde à introdução do profissional no campo da

(72) ELLING, R.H. Occupational group striving in public health. In: ARNOLD, M. et. al., ed., op. cit. (14) p. 70-86.

(73) MILLER, G.A. & WAGER, L.W. Adult socialization, organizational structure and role orientations. Adm.Sci.Quart. 16 (2): 151-74. 1971.

Saúde Pública. Aliás, várias investigações, como as de Glaser⁽⁷⁴⁾, Wilensky⁽⁷⁵⁾, Hagstrom⁽⁷⁶⁾, Orth⁽⁷⁷⁾ e Arnold⁽⁷⁸⁾, esta última referindo-se especificamente ao caso do E.S.P., enfatizam a importância das instituições educacionais na formação e manutenção do papel profissional. Diz Arnold⁽⁷⁹⁾: *"o papel profissional é aprendido à medida que o indivíduo passa por um programa educacional específico, cuja finalidade é ensinar aquelas habilidades e conhecimentos essenciais para o desempenho de comportamentos associados ao papel envolvido. Adicionalmente o treinamento oferece um processo de socialização, uma forma de introduzir o neófito às expectativas de outros membros da profissão e fornecer uma oportunidade de identificação com a profissão e os seus valores. Quando um indivíduo ingressa num campo profissional ele adota os valores, crenças, padrões e atitudes do grupo profissional com o qual se identifica. Parte do processo de profissionalização do grupo é o desenvolvimento de um sistema único para o grupo."*

No grupo em estudo, entretanto, duas ressalvas devem ser feitas a respeito da influência da instituição educacional. A primeira refere-se às expectativas dos outros membros da profissão. Em se tratando de uma profissão nova, estes outros membros e suas respectivas expectativas não existiam, inexistindo, desta forma, este importante quadro de referência e privando as primeiras turmas de graduados da oportunidade de identificação com outros membros do grupo profissional e com os valores próprios do grupo. Este aspecto é de crucial importância pa

(74) GLASER, B.G. The local cosmopolitan scientist. Am.J.Sociol. 69 249-60. 1963.

(75) WILENSKY op. cit. (19).

(76) HAGSTROM, W.O. The scientific community. New York. Basic Books. 1965.

(77) ORTH, C.D. The optimum climate for industrial research. In: KAPLAN, N. ed. Science and Society. Chicago. Rand McNally. p. 194-210. 1965

(78) ARNOLD, M. op. cit. (59).

(79) ARNOLD, M. op. cit. (59).

ra a compreensão dos resultados da presente investigação, principalmente aqueles aspectos relacionados com a definição do papel e das funções do E.S.P. A segunda ressalva diz respeito à própria natureza das funções e do papel deste profissional, carregado ainda de uma certa ambiguidade, seja pelos objetivos integradores da equipe multiprofissional a que se propõe, seja pela dificuldade de mensurar quantitativamente o seu trabalho, o que tem dificultado uma correta interpretação destas funções e papéis.

Todos estes fatores terão influenciado a falta de consenso verificada na presente investigação no que diz respeito às funções do E.S.P., bem como a insatisfação das expectativas com relação ao curso de Educação em Saúde Pública.

Quanto à *"socialização organizacional"*, esta merece uma análise à parte, devida à crescente importância que a ela tem sido devotada pelos especialistas. Como afirmam Greene e Organ⁽⁸⁰⁾, *"para uma organização funcionar efetivamente cada indivíduo deve ter uma percepção clara de seu papel, isto é, deve estar certo do que os outros indivíduos importantes na organização esperam dele"*. Assim, continuam os autores, *"idealmente, uma pessoa deveria não apenas perceber corretamente o que os outros esperam dela (exatidão do papel) e ter um senso subjetivo da certeza de como corresponder a estas expectativas (clareza do papel), mas também estar de acordo com os outros a respeito de quais devam ser estas expectativas (consenso do papel)"*.

As implicações do *"consenso do papel"*, da *"clareza do papel"* e da *"exatidão do papel"* são várias para a compreensão dos problemas existentes no trabalho do E.S.P. Tanto a análise das barreiras encontradas, como dos motivos da não satisfação das expectativas em relação

(80) GREENE, C.N. & ORGAN, D.W. An evaluation of causal models linking the received role with job satisfaction. Adm.Sc.Quart. 18 (1): 95 - 103. 1973.

ao trabalho e dos fatores que condicionaram a insatisfação com o trabalho; reforçada pelas informações obtidas através das entrevistas com os chefes de serviço indicam as dificuldades existentes na área da *"socialização organizacional"* no que diz respeito à *"exatidão"*; *"clareza"* e *"consenso"* do papel do E.S.P., ocasionando um desencontro entre aquilo que este pode oferecer e acredita poder oferecer e aquilo que os outros profissionais esperam dele.

Tal situação, dependendo de outros fatores ambientais, como o próprio clima de trabalho, acaba gerando tensões que certamente prejudicam a eficiência da instituição e a qualidade do seu trabalho, pressionando os profissionais a optarem ou pela *"orientação profissional"* ou pela *"orientação burocrática"*.

Blau e Scott, citados por Miller e Wager⁽⁸¹⁾, resumem esta situação: *"alguns (profissionais) mantêm sua identificação com o seu grupo profissional, permanecem altamente identificados com suas habilidades profissionais e procuram o apoio social de colegas tanto dentro como fora da instituição. Tal envolvimento na trama mais ampla das relações profissionais, que abrange as organizações, pode ser considerada como indicativa da "orientação profissional". Outros, menos identificados com suas habilidades especializadas, passam a identificar-se com a organização pela qual são empregados, com os seus programas e procedimentos e encontram-se mais preocupados em conseguir a aprovação dos superiores administrativos dentro da organização do que dos colegas de profissão de fora. Estes podem ser considerados como possuindo uma "orientação burocrática"*.

Pelo que indicam os resultados obtidos, parece que a maioria dos E.S.P. estudados tende mais para a *"orientação burocrática"* do que para a *"orientação profissional"* por várias razões, muitas das quais podem ser re

(81) BLAU & SCOTT Apud MILLER op.cit. (74) p. 151.

feridas ao próprio contexto sócio-cultural mais amplo, especificamente a certos valores sociais.

O primeiro diz respeito à relação tradicional entre os sexos. As mulheres, tanto no ambiente familiar como no trabalho, têm tradicionalmente ocupado posições encilares ou de menor prestígio social; portanto, seu relacionamento é, em grande parte, do tipo autoridade-subordinação ou de dependência em relação ao sexo masculino. Como observamos, a Educação em Saúde Pública ainda constitui uma ocupação majoritariamente feminina.

Por outro lado, especialmente na área dos serviços públicos as posições de mando têm sido, na sua maioria, atribuídas a profissionais que gozam de alto prestígio social e que são em sua maioria médicos do sexo masculino e que, segundo os dados obtidos nas entrevistas, opõem uma certa resistência ao trabalho do E.S.P., seja por desconhecer suas qualificações e seu potencial de trabalho, seja por não compreender os objetivos de seu trabalho, orientado muito mais para as ações preventivas do que curativas.

Como afirma Eaton⁽⁸²⁾, *"o status profissional é frequentemente utilizado para avaliar a importância da contribuição feita pelos diferentes profissionais"* e, neste sentido, é provável que a contribuição potencial ou efetiva da Educação em Saúde Pública tenha sido sub-estimada, prejudicando inclusive o delineamento de expectativas realistas quanto ao papel do E.S.P. na equipe de Saúde.

Surpreendentemente, entretanto, os dados obtidos revelam uma contradição entre o que se esperaria encontrar, verificados os pressupostos acima descritos, e o que indicam os resultados da investigação. Assim, dentre os fatores que determinaram a satisfação no trabalho

(82) EATON, J.W. Social processes in professional team work. Amer.Sociol.Rev. (16): 707-713. 1951.

foram justamente as relações com colegas e com os chefes, bem como a natureza do trabalho, que alcançaram as maiores frequências. Verificou-se que a maioria dos E.S.P. estudados considera que as solicitações de trabalho foram adequadas. Ao se analisar as barreiras, porém, verifica-se que 70,4% citaram falta de estrutura institucional a dequada, que 66,2% indicaram a falta de conhecimento das funções do E.S.P., para citar apenas algumas.

Kahn et al.⁽⁸³⁾ indicam que o "*comportamento a nuente*" se mostra um modelo explicatório capaz de esclarecer uma série de contradições aparentes. Considerando-se os E.S.P. como predominantemente de "*orientação burocrática*", levando-se em conta certos padrões culturais que regem as relações na sociedade mais ampla e, por extensão também no trabalho, entre um grupo profissional de prestígio social mais alto, predominantemente masculino, e um grupo profissional de prestígio social mais baixo, predominantemente feminino, inseridos numa estrutura organizacional altamente burocratizada, parece-nos que o "*comportamento a nuente*" deste último, expresso em termos de adoção de papéis que correspondam às expectativas do grupo de prestígio social mais alto e de poder de decisão, seja um resultado lógico, uma vez que, além de minimizar aquilo que Hughes⁽⁸⁴⁾ (*) chamou de "*dilemas e con tradições de status*", assegura ao mesmo tempo a sua aceitação como pessoa e lhe abre as possibilidades de ascender na estrutura burocrática em que trabalha.

Em outras palavras, a aceitação, por parte dos E.S.P., de papéis que correspondam mais às expectativas dos outros profissionais, embora inadequadas, no que diz

(83) KAHN, apud GREENE (80).

(84) HUGHES, E.C. Dilemmas and contradictions of status. Amer.J.Sociol. 50: 353-59.

(*) Para Hughes constitue "*aquele conjunto de expectativas que dizem respeito a traços auxiliares propriamente associados a muitas das posições específicas existentes em nossa sociedade.*"

respeito à visão do próprio grupo profissional, constitui um comportamento adaptativo à situação de trabalho, cuja função é, em última análise, a de proporcionar "*consenso do papel*", "*clareza do papel*" e "*exatidão do papel*", eliminando as tensões que surgiriam da ausência destes e levando, portanto, a satisfação com o trabalho.

Este comportamento, se bem que a curto prazo possa ser considerado prejudicial para o estabelecimento da imagem do E.S.P., apresenta alguns aspectos positivos para o futuro. Entre estes coloca-se a criação de condições favoráveis para a permanência do indivíduo dentro do seu grupo profissional, permitindo o seu crescimento quantitativo, ao qual, com o correr dos anos, se adicionará também o desenvolvimento qualitativo, que constitui pelo menos um dos elementos básicos para um quadro de referência extra-institucional, no qual o E.S.P. passará a buscar apoio para a eliminação das tensões que surgem no delineamento do seu papel.

Além disso, à medida em que o campo de trabalho sofrer um processo de expansão e estruturação, em que as bases teóricas se tornarem mais sólidas, os resultados do trabalho da Educação em Saúde Pública mais visíveis e mais facilmente mensuráveis, que a filosofia do trabalho em equipe permear as instituições públicas e que a mentalidade preventiva passar a ser a tônica de todo o trabalho na área da Saúde Pública, surgirão muitas oportunidades para a Educação em Saúde Pública assumir o seu verdadeiro papel e contribuir para a reformulação das expectativas dos outros grupos profissionais.

Os primeiros cinco anos de existência da Educação em Saúde Pública no Brasil são o retrato do que poderíamos chamar de crise de nascimento de um grupo profissional que se defronta com o dilema de ser uma ocupação extremamente sensível às alterações do meio social e que luta pela solidificação de seus padrões profissionais. É o que Dorothy Nywander chamou de "*uma profissão aberta numa sociedade aberta*", capaz de incorporar rapidamente as novas conquistas oferecidas pelos vários campos de conhecimento, principalmente das Ciências da Con-

duta, e as novas experiências da Saúde Pública, a fim de atender às necessidades presentes e futuras das sociedades modernas.

Considerando-se que uma profissão deva proporcionar respostas, através de habilidades e conhecimentos específicos, aos problemas existentes, cabe às instituições socializadoras alargar as suas funções, que tradicionalmente se reduziam a perpetuar e aumentar o conhecimento, a fim de incluir uma nova tarefa, decorrente do próprio processo de mudança que envolve todos os setores da sociedade e que é *"formar profissionais que sejam não apenas pessoas altamente habilitadas, mas também, pelo fato das habilidades se tornarem rapidamente obsoletas, deverão ser possuidoras de qualidades adicionais de flexibilidade mental, possuir pensamento lógico, habilidade de pensar criativamente e alta receptividade para novas idéias."*(85)

Dai o questionamento constante e metódico, por parte dos responsáveis pelos programas de socialização profissional, a respeito da adequação do preparo que proporcionam aos futuros E.S.P. para enfrentar os problemas de saúde que se manifestam no país e os problemas organizacionais das agências de saúde.

A sociedade brasileira tem sofrido mudanças drásticas nas últimas décadas, típicas do processo de modernização dos países em desenvolvimento. A expressão mais evidente é a urbanização que reflete e condiciona ao mesmo tempo alterações em todos os setores da vida social.

O último censo indica que a década 1960-1970 assistiu à transformação do Brasil numa sociedade urbana⁽⁸⁶⁾. Este desenvolvimento vertiginoso pode ser consi-

(85) ARNOLD op. cit. (14).

(86) COSTA, R.C. Crescem oportunidades para a mulher. O Estado de São Paulo, 28/7/74 p. 54.

derado como sendo um processo de *"urbanização sociopática"* na medida em que o aumento das populações das cidades não correspondeu *"a um aumento proporcional das oportunidades de emprego produzidas pelo processo de industrialização e consequente aumento do setor de serviços urbanos"*⁽⁸⁷⁾. Um exemplo desta problemática é que apenas 53% e 25,6%⁽⁸⁸⁾ da população urbana são servidas respectivamente por água encanada e rede de esgotos. Os índices de mortalidade infantil têm subido dramaticamente como demonstram, entre outros, os estudos de Puffer⁽⁸⁹⁾ e Yunes⁽⁹⁰⁾, as doenças transmissíveis continuam grassando, as doenças crônicas, degenerativas e mentais, a poluição, os acidentes de trânsito e de trabalho aumentam nas cidades, exigindo uma reformulação radical dos serviços de Saúde, a convocação de novos especialistas para enfrentar a crescente demanda e complexidade dos problemas e uma melhor utilização das contribuições que cada grupo profissional pode trazer para solucioná-los.

O presente trabalho evidenciou a necessidade da socialização profissional enfatizar a abordagem dos problemas que advêm da integração dos E.S.P. na equipe de saúde, preparando-os para enfrentar as resistências registradas. Deverão também ser sublinhados os comportamentos relacionados ao papel que deve desempenhar na integração da equipe multiprofissional e na revisão de sua filosofia de trabalho. Neste sentido parece-nos fundamental que o E.S.P. receba uma carga maior de informações e experiências no campo da Psicologia Social, particularmente no que diz respeito aos processos de grupo e do re

(87) KRAUSZ, Rosa R. Os desafios da urbanização para a Educação em Saúde Pública. Rev. Saúde públ., S. Paulo 5: 285-9. 1971.

(88) COSTA op. cit. (86).

(89) PUFFER, R. et.al. Investigación interamericana de mortalidad de la niñez. OPAS. Informe provisional. 1971 [mimeografado].

(90) YUNES, J. Os níveis de saúde no Município de S. Paulo 3: 41-50. 1969.

lacionamento interpessoal, bem como na área das modernas teorias e técnicas de Comunicação.

Assim preparado o E.S.P. estará apto a operar em duas frentes de trabalho igualmente importantes: a externa, constituída pelos consumidores dos serviços de saúde que, pela complexidade dos problemas apresentados, exige uma compreensão mais ampla, envolvendo não apenas os aspectos físicos da problemática da saúde, mas também os componentes comportamentais, seus determinantes e o próprio processo de mudança daqueles. Como afirma Arnold⁽⁹¹⁾, com muita razão, a Educação em Saúde Pública deve ser entendida *"não apenas como comunicadora de conhecimentos, mas sim como um processo de fornecer oportunidades para os indivíduos e grupos de desejarem e desencadearem ações de saúde construtivas."* O seu objetivo é, pois, não apenas transmitir informações, mas sim *"ajudar as pessoas a conseguirem saúde através de sua própria ação e esforço"*⁽⁹²⁾.

A interna diz respeito a dois aspectos. O primeiro relaciona-se principalmente ao planejamento, supervisão e avaliação dos aspectos educativos dos programas de saúde, que tradicionalmente têm sido considerados como as atividades centrais do grupo profissional. O segundo aspecto só recentemente foi incorporado pelo E.S.P., apesar de ainda não ser reconhecido e aceito pela grande maioria dos profissionais de saúde, e consiste na atividade que visa apressar o processo de integração da equipe de saúde. É aqui que reside a importância do preparo do E.S.P. em técnicas de relacionamento interpessoal. Parece que cabe ao E.S.P. acelerar as mudanças comportamentais e, em consequência destas, também as estruturais, que levarão ao multiprofissionalismo e à integração *"de fato"* dos esforços dos vários grupos ocupacionais que atuam na área da Saúde, visando atingir melhores níveis de saúde dos consumidores.

(91) ARNOLD op. cit. (59).

(92) CONFERENCIA INTERREGIONAL OMS/OPS SOBRE LA PREPARACIÓN DEL PERSONAL GRADUADO DE SALUD PUBLICA PARA LA EDUCACIÓN SANITARIA, Filadelfia, 1962. Informe. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1964 (OMS-Ser.Inf.Tecn., 278).

Esta integração permitirá quebrar o círculo vicioso constituído pelo fato da Saúde Pública ser ainda o que Elling⁽⁹³⁾ chamou de "*uma coleção de profissões separadas*", distribuídas desigualmente segundo critérios de autonomia, recompensa e poder, gerando tensões, preconceitos e até mesmo animosidades entre os diferentes grupos profissionais, dentro da estrutura estatal que constitui sua principal arena de trabalho.

Um dos fatores que influem nesta situação é o próprio processo de socialização profissional a que são submetidos os sanitaristas em geral. Apesar de todos eles receberem uma formação comum, que é constituída pelas chamadas "*disciplinas básicas*", verifica-se que esta experiência não tem conseguido formar a base comum sobre a qual devam assentar-se as especializações, na medida em que não se consolida uma filosofia de trabalho integrado, multiprofissional e democrático, baseado nas decisões do grupo. Neste sentido, transpõe-se para a situação de ensino a situação da sociedade mais ampla, em que as diferentes especialidades se organizam hierárquicamente ao invés de igualitariamente. Estes aspectos levantados, dada a sua importância, merecem um estudo especial que poderá esclarecer a problemática da formação do sanitarista e que escapam ao âmbito desta investigação.

(93) ELLING. In: ARNOLD op. cit. (14).

XI

C O N C L U S Õ E S

A presente investigação, que se limitou ao estudo dos E.S.P. formados nos primeiros cinco anos de existência do curso de Educação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, U.S.P., foi uma tentativa para levantar algumas questões para a compreensão do processo de profissionalização de um novo grupo ocupacional na área da Saúde Pública, bem como um esforço para compreender o papel da socialização profissional neste processo.

Em se tratando de um fenômeno que se encontra inserido numa realidade social mais ampla, foram considerados alguns aspectos intervenientes tais como as organizações burocráticas em que atua o E.S.P., as relações com os grupos ocupacionais dentro destas organizações e o próprio sistema social como determinante destas relações.

Considerando-se as características do grupo profissional estudado como sendo majoritariamente feminino, oriundo de outros campos de atividade, muitos deles correlatos à Educação em Saúde Pública, parece evidente que sua integração numa nova área de trabalho, ainda não universalmente conhecida no Brasil, requer não apenas um treinamento especializado, mas também a criação de toda uma infra-estrutura institucional e de recursos humanos capaz de fornecer os mecanismos de sustentação necessários para o desenvolvimento pleno de suas capacidades. Estas condições básicas é que permitirão o delineamento claro de uma filosofia de trabalho e a consequente criação de um "*esprit de corps*" por parte dos E.S.P.

Neste sentido a relativa ausência de consenso sobre quais devam ser as funções centrais do grupo profissional, as barreiras registradas e as insatisfações levantadas por alguns de seus membros podem estar relacionadas às tensões oriundas da ausência de uma infra-estrutura Organizacional adequada, a partir da própria ine

xistência do cargo de Educador de Saúde Pública nos quadros da grande maioria das administrações estaduais. Este fato parece constituir um elemento inibidor do processo de auto-afirmação do grupo profissional, acentuando a ambiguidade do papel do E.S.P. na arena de trabalho e limitando a sua possibilidade de assumir uma das suas funções básicas, ou seja, a de incentivador de mudanças comportamentais, não só dos consumidores dos serviços de saúde, mas dos próprios membros das equipes de saúde.

À medida que o grupo crescer numericamente, multiplicar-se-ão os incentivos às mudanças e será intensificada a difusão destes padrões de trabalho. Este processo será apressado se outros fatores coadjuvantes, tais como modificações nas estruturas administrativas e nos métodos utilizados pela Saúde Pública, forem implantados como resultado da reinterpretação dos próprios objetivos a que se propõem as ações dos sanitaristas em geral.

A Educação em Saúde Pública coloca-se, pois, dentro da Saúde Pública como um elemento inovador e o E.S.P. como agente de inovação, e as resistências registradas nesta investigação em relação a este papel, quer a nível institucional, quer a nível individual, podem ser consideradas como reações naturais à mudança.

Daí a necessidade da socialização profissional do E.S.P. intensificar o seu preparo na área das relações interpessoais, equipando o futuro profissional com instrumentos que lhe permitam ultrapassar as barreiras encontradas no exercício de suas atividades, delineando claramente não só o seu próprio papel, mas também as expectativas que os outros membros da equipe que atuam na área da saúde possuem a respeito de sua atividade, criando condições de trabalho que tendam a minimizar os conflitos entre a "*orientação burocrática*" e a "*orientação profissional*" e a aumentar a autonomia deste grupo profissional dentro dos quadros institucionalizados em que atua.

B I B L I O G R A F I A

- ARBENZ, G.O. et.al. Motivos conscientes na escolha da profissão odontológica. Rev.Fac.Odont.S.Paulo 11(1): 101-110, 1973.
- ARNOLD, M., ed. Administering health systems. New York, Aldine-Atherton, 1970.
- ARNOLD, M. Ambiguity in the role of the health educator. Hlth.Educ.Monogr. (12): 3-18, 1962.
- BACK, K.W. et. al. Public health as a career of medicine: secondary choice within a profession. Am.sociol. Rev. 23: 533-541, 1958.
- BECKER, H.S. Notes on the concept of commitment. Amer. J.Sociol. 66: 32-40, 1960.
- BECKER, H.S. & CARPER, J.W. The development of identification with an occupation. Amer.J.Sociol. 61: 289-298, 1956.
- BOWMAN, R. et. al. Comparison of duties and responsibilities of public health educators: 1957 & 1969. HSMHA Hlth Rep., 86 (6): 551-559, 1971.
- BUCHER, R. & STRAUSS, A. Professions in process. Amer. J.Sociol. 66: 325-334, 1961.
- CAPLOW, T. The sociology of work. New York. Univ. of Minnesota Press/McGraw Hill, 1961.
- CAPLOW, T. Elementary sociology. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1971.
- CARR-SAUNDERS, A.M. & WILSON, F.A. The professions. Oxford, Clarendon Press, 1933.

- COGAN, M.L. Toward a definition of profession. Harv. Educ.Rev. 23 (1): 35-50, 1953.
- COHART, E. et. al. Education of the public health workers. Publ.Hlth.Rep. 70 (10): 1.019-1.027, 1955.
- COHART, E. et. al. Experience of the public health workers. Publ.Hlth.Rep. 70 (11): 1.116-1.124, 1955.
- COHART, E. & HISCOCK, I.V. A profile of the public health worker. Amer.J.publ.Hlth 45 (12): 1525-1532, 1955.
- CONFERÊNCIA INTERREGIONAL OMS/OPS SOBRE LA PREPARACIÓN DEL PERSONAL GRADUADO DE SALUD PUBLICA PARA LA EDUCACION SANITÁRIA, Filadelfia, 1962. Informe. Ginebra, 1964. OMS. Ser.Inf.tecn., 278
- COSTA, R.V. Crescem oportunidades para a mulher. O Estado de S. Paulo, 28 de Julho de 1974, p. 54.
- DANIELS, A. The captive professional: bureaucratic limitations in the practice of military psychiatry. J.Hlth.soc.Behav. 10 (4): 255-264, 1969.
- DIBBLE, N.K. Occupations and ideologies. Amer.J.Sociol. 67: 229-241, 1962.
- DONNANGELO, M. Cecília F. O médico e o mercado de trabalho. S. Paulo, 1972 [Tese de doutoramento, Faculdade de Medicina, U.S.P.]
- DUBOS, R. Mirage of health. New York, Doubleday & Co. s/d.
- EATON, J.W. Social processes in professional teamwork. Amer.sociol.Rev. 16: 707-713, 1951.

- ELLING, R.H. Occupational group striving in public health
In: ARNOLD, M. et. al. ed. Administering health systems. New York, Aldine-Atherton, 1970.
- ENCYCLOPAEDIA of the Social Sciences. New York, Macmillan, 1963 [verbetes: occupation e profession]
- ETZIONI, A. The semi-professions and the organization. New York, The Free Press, 1969.
- FREIDSON, E. Professions in contemporary society. Amer. Behav.Scient. 14 (4): 467-474, 1971.
- GLASER, B.G. The local-cosmopolitan scientist. Amer.J. Sociol. 69: 249-260, 1963.
- GOODE, W.J. Community within a community: the professions. Amer.sociol.Rev. 22: 194-200, 1957.
- GOODSTEIN, L. & KIRK, B. Six-year follow-up study of graduate in public health education. J.Appl.Psych. 45 (2): 240-243, 1961.
- GREENE, C.N. & ORGAN, D.W. An evaluation of causal models linking the received role with job satisfaction. Adm.Sci.Quart. 18 (1): 95-103, 1973.
- GREENWOOD, E. Attributes of a profession. Soc.Work 3: 45-55, 1957.
- GUILBERT, M. & ISAMBERT-JAMATI, V. Statut professionnel et role traditionnel des femmes. Cah.int.Sociol. 17: 112-122, 1954, Nouvelle-Serie.
- HAGSTROM, W.O. The scientific community. New York. Basic Books, 1965.
- HALL, R. Professionalization and bureaucratization. Amer.sociol.Rev. 33 (1): 92-104, 1968.

- HUGHES, E.C. Dilemmas and contradictions of status. Amer.J.Sociol. 50: 353-359, 1945.
- HUGHES, E.C. The study of occupations. In: MERTON, R. et.al. ed: Sociology Today. New York, Basic Books, 1959.
- HUTCHINSON, B. Aspectos da educação universitária e status social em S.Paulo. Educ.Ci.soc. 2(4): 39-76, 1957.
- INTERNATIONAL Enciclopedia of the Social Sciences. New York, Macmillan/Free Press, 1968 [verbete: Professions]
- KAPLAN, N., ed. Science and society. Chicago, Rand McNally, 1965.
- KENT, R.M. Public health educators: manpower today on the changing scene. Amer.J.publ.Hlth 59 (6): 1.003-1024, 1969.
- KRAUSZ, Rosa R. Os desafios da urbanização para a educação em saúde pública. Rev.Saúde publ.S.Paulo 5: 285-289, 1971.
- LEVINE, S. Unravelling technology and culture in public health. Amer.J.publ.Hlth. 59 (2): 237-244, 1969.
- LUGO, J.D. Percepción del educador en salud sobre su profesión. Porto Rico, 1969 [mimeografado]
- LUGO, J.D. Functions and role of the health educator in Puerto Rico. Porto Rico, s/d/ [mimeografado]
- MANNHEIM, K. Man and society in an age of reconstruction. New York, Harcourt, Brace & World, s/d/.
- MARCONDES, Ruth S. Educação sanitária em nível nacional. S.Paulo, 1964 [mimeografado]

- MARSHALL, T.H. Professionalism and social policy. In: NOSOW, S. & FORM, W. ed., Men, work & society. New York, Basic Books, 1962.
- MAURICE, M. Propos sur la sociologie des professions. Sociol.Trav. 13 (2): 213-225, 1972.
- MILLER, G.A. & WAGER, L.W. Adult socialization, organizational structure and role orientations. Adm.Sci. Quart. 16 (2): 151-174, 1971.
- MOORE, W.E. Occupational socialization. In: GOSLIN, A.D. Handbook of socialization theory and research. Chicago, Rand, 1971.
- MOORE, W.E. The professions: roles and rules: New York, Russel Sage Foundation, 1970.
- NOSOW, S. & FORM, W. Men, work and society. New York, Basic Books, 1962.
- NYSWANDER, D. The open society: its implications for health educators. Health Education Monographs (22): 3-15, 1967.
- PARSONS, T. The social system. London, Routledge & Kegan Paul Ltd., 1964.
- PASTORE, J. Brasília: a cidade e o homem. S.Paulo, Comp. Editora Nacional/USP, 1969.
- PEREIRA, L. O professor primário metropolitano. Rio de Janeiro, INEP-MEC, 1963.
- PUFFER, R. et. al. Investigación interamericana de mortalidad de la niñez. Informe provisional. Washington, OPAS, 1971 [mimeografado]
- RELATÓRIO DO GRUPO TÉCNICO DE AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL. S.Paulo, Faculdade de Saúde Pública, U.S.P., 1973 [mimeografado]

- RETTIG, S. et. al. Status overestimation, objective status and job satisfaction among professions. Amer.Sociol.Rev. 23 75-81, 1958.
- ROSEN, G. Evolving trends in health education. Can.J. publ.Hlth 52 (12): 499-506, 1961.
- ROSEN, G. A history of public health. New York, M.D. Publications, 1958.
- SCOTT, R. Reactions to supervision in a heteronomous professional organization. Adm.Sci.Quart. 10: 65-81, 1965.
- SCZEKAN, M. & BETZ, M. Effect of values, social support and academic performance in stabilizing occupational choice. Nurs.Res. 22 (4): 339-343.
- SEMINARIO LATINOAMERICANO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA E PLANEJAMENTO. Paracas, Perú, OPAS, Washington, 1969 [mimeografado]
- SHEPARD, W.P. et. al. Essentials fo public health. Philadelphia, J.B. Lippincott, 1952.
- STILES, W. & WATSON, J.C. Motivations of persons electing public health as a career. Amer.J.publ.Hlth. 45 (12): 1563-1568, 1955.
- WEBER, M. The theory of social and economic organization. New York, Oxford University Press, 1947.
- WILENSKY, H. The professionalization everyone? Amer.J. Sociol. 70 (2): 137-158, 1964.
- YUNES, J. Os níveis de saúde no município de S.Paulo de 1961 a 1967. Rev.Saúde publ.,S.Paulo 3: 41-50, 1969.

A N E X O I

Tabela 1

Distribuição dos E.S.P. entrevistados e não entrevistados, por ano de frequência ao curso

Ano de frequência ao curso	E.S.P.		
	Entrevistados	Não entrevistados	Total de alunos frequentes ao curso
1967	14	1	15
1968	16	1	17
1969	16	1	17
1970	18	2	20
1971	18	2	20
T o t a l	82 (92,1%)	7 (7,9%)	89 (100,0%)

Tabela 2

Distribuição dos E.S.P. segundo sexo e idade

Idade (anos)	S e x o		T o t a l	
	Masculino	Feminino	Nº	%
25 - 29	-	12	12	14,6
30 - 34	2	25	27	32,9
35 - 39	1	10	11	13,4
40 - 44	1	22	23	28,1
45 - 49	-	4	4	4,9
50 - 54	-	4	4	4,9
55 - 59	-	1	1	1,2
T o t a l	4 (4,9%)	78 (95,1%)	82	100,0

Tabela 3

Distribuição dos E.S.P. formados entre 1967 e 1971, por formação básica

Curso Superior Básico	Nº	%
Educação Sanitária	42	51,3
Ciências Sociais	7	8,5
Letras Neo-Latinas	5	6,1
Medicina	2	2,4
Pedagogia	13	15,8
Serviço Social	5	6,1
Cursos ligados à Saúde	5	6,1
Filosofia	3	3,7
Total	82	100,0

Tabela 4
Distribuição dos E.S.P. por duração do curso superior básico

Duração do Curso Superior Básico	Nº	%
1 ano	42	51,3
3 anos	1	1,2
4 anos	37	45,1
5 anos	1	1,2
6 anos	1	1,2
T o t a l	82	100,0

Tabela 5
Tempo de exercício profissional correspondente à formação básica dos E.S.P. por curso superior básico

Curso Básico	Até 3 anos	4 - 9 anos	10 e + anos	Não exercem profissão	Total
Educação Sanitária	1 (2,4%)	11 (26,2%)	30 (71,4%)	-	42 (100,0%)
Ciências Sociais	2 (28,6%)	2 (28,6%)	1 (14,2%)	2 (28,6%)	7 (100,0%)
Letras Neo-Latinas	3 (60,0%)	1 (20,0%)	-	1 (20,0%)	5 (100,0%)
Pedagogia	5 (38,4%)	5 (38,4%)	1 (7,8%)	2 (15,4%)	13 (100,0%)
Serviço Social	-	2 (40,0%)	2 (40,0%)	1 (20,0%)	5 (100,0%)
Medicina	-	-	2 (100,0%)	-	2 (100,0%)
Cursos ligados à Saúde	-	5 (100,0%)	-	-	5 (100,0%)
Filosofia	-	1 (33,3%)	-	2 (66,7%)	3 (100,0%)
T o t a l	11 (13,5%)	27 (32,9%)	36 (43,9%)	8 (9,7%)	82 (100,0%)

Tabela 6

Tipo de instituição em que os E.S.P.
exerceram a profissão básica

Tipo de instituição	Nº	%
Educação	18	24,3
Saúde	15	20,3
Serviço Social	2	2,7
Saúde e Educação	8	10,8
Saúde e Serviço Social	14	18,9
Educação e Serviço Social	3	4,1
Educação e Saúde e Serviço Social	7	9,4
Empresas	3	4,1
Outras	4	5,4
T o t a l	74 (*)	100,0

(*) Foram considerados apenas os 74 que exerceram a profissão correspondente à formação básica.

Tabela 7

Distribuição das funções exercidas pelos E.S.P. antes
do ingresso ao curso, por formação básica

Funções	Concernentes à formação básica	Não concern. à formação básica	Concern.e não conc.à formação básica	Total
Cursos básicos				
Educação Sanitária	36	-	6	42
Ciências Sociais	3	-	2	5
Letras Neo-Latinas	3	-	1	4
Pedagogia	2	4	5	11
Serviço Social	4	-	-	4
Medicina	1	-	1	2
Cursos ligados à Saúde	4	-	1	5
Filosofia	1	-	-	1
T o t a l	54 (73,0%)	4 (5,4%)	16 (21,6%)	74 (100,0%)

Tabela 8

Motivos da Escolha da profissão básica dos E.S.P.
por curso básico frequentado(*)

Curso Básico	Motivos da escolha						Total
	Por influência de terceiros	Infl. de terceiros, gostos e tendência	Vocação	Impossibil. de fazer outro curso	Outros motivos	Sem resposta	
Educação Sanitária	13	4	11	6	7	1	42
Ciências Sociais	-	-	5	1	1	-	7
Humanidades	1	-	3	3	1	-	8
Pedagogia	2	-	6	1	3	1	13
Serviço Social	1	-	3	1	-	-	5
Cursos ligados à Saúde	-	2	3	1	1	-	7
T o t a l	17 (20,7%)	6 (7,3%)	31 (37,8%)	13 (15,9%)	13 (15,9%)	2 (2,4%)	82 (100,0%)

(*) Para facilitar a análise uniu-se Neo-Latinas e Filosofia na categoria de Humanidades e incorporou-se a Medicina à categoria "Cursos ligados à Saúde".

Tabela 9

Distribuição dos motivos de procura de nova profissão
por curso básico frequentado

Curso Básico	Motivos da procura						Total
	Não procurou nova profissão	O trab. requeria mais conhecimentos	Para fazer pós-graduação	Interesse pela área	Outras razões	Sem resposta	
Educação Sanitária	20	18	1	-	3	-	42
Ciências Sociais	3	1	1	1	1	-	7
Humanidades	4	-	-	-	4	-	8
Pedagogia	2	2	2	3	3	1	13
Serviço Social	1	1	-	3	-	-	5
Outras ligadas à Saúde	3	1	-	-	3	-	7
T o t a l	33 (40,2%)	23 (28,1%)	4 (4,9%)	7 (8,5%)	14 (17,1%)	1 (1,2%)	82 (100,0%)

Tabela 10

Distribuição da satisfação das expectativas quanto ao novo campo profissional dos E.S.P.

E x p e c t a t i v a s	Nº	%
Expectativas satisfeitas	31	40,3
Expectativas não satisfeitas	17	22,1
Expectativas satisfeitas em parte	29	37,6
T o t a l	77	100,0

Tabela 11

Distribuição dos motivos porque as expectativas quanto ao novo campo profissional foram satisfeitas, por curso básico frequentado

Curso Básico	M o t i v o s				Total
	Oportuni- dade de carreira	Melhorou o desem- penho pro fissional	Abriu no- vos cam- pos	Permitiu realiza- ção pes- soal	
Educação Sanitária	2	6	3	4	15
Ciências Sociais	1	-	1	2	4
Humanidades	-	1	1	1	3
Pedagogia	1	1	2	4	8
Serviço Social	-	1	-	-	1
Cursos ligados à Saúde	-	-	-	-	-
T o t a l	4 (12,9%)	9 (79,0%)	7 (22,6%)	11 (35,5%)	31 (100,0%)

Tabela 12

Distribuição dos motivos porque as expectativas quanto ao novo campo profissional não foram satisfeitas, por curso básico frequentado

Curso Básico	Não foi aproveitada	Barreiras	Outros Motivos	Total
Educação Sanitária	1	5	1	7
Ciências Sociais	-	1	-	1
Humanidades	-	3	-	3
Pedagogia	-	1	1	2
Serviço Social	-	1	-	1
Cursos ligados à Saúde	1	1	1	3
T o t a l	2 (11,8%)	12 (70,6%)	3 (17,6%)	17 (100,0%)

Tabela 13

Distribuição dos motivos porque as expectativas quanto ao novo campo profissional foram satisfeitas em parte, por curso básico frequentado

Curso Básico	M o t i v o s					Total
	Definição de funções	Está realizando parte do que pretende	A estrutura da instituição é um obstáculo	A profissão não é valorizada	Outros Motivos	
Educação Sanitária	3	5	7	3	2	20
Ciências Sociais	-	1	-	-	-	1
Humanidades	-	1	-	-	1	2
Pedagogia	-	-	1	-	-	1
Serviço Social	-	2	-	-	1	3
Cursos ligados à Saúde	-	-	-	-	2	2
T o t a l	3 (10,3%)	9 (31,1%)	8 (27,6%)	3 (10,3%)	6 (20,7%)	29 (100,0%)

Tabela 14

Distribuição das expectativas quanto ao novo campo profissional por grupos de cursos básicos frequentados

Curso Básico	Expectativas							
	Satisfeitas		Não Satisfeitas		Satisfeitas em parte		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Educação Sanitária	15	35,7	7	16,6	20	47,7	42	100,0
Pedagogia+Ciências Sociais + Serviço Social	13	59,1	4	18,2	5	22,7	22	100,0
Humanidades e Cursos ligados à Saúde	3	23,1	6	46,1	4	30,8	13	100,0
T o t a l	31	40,3	17	22,1	29	37,6	77	100,0

$$\chi^2 = 9,61$$

$$\chi^2 = 9,49$$

$$5\%g.l.=4$$

Tabela 15

Distribuição dos fatores que condicionam satisfação/insatisfação com o trabalho na área da Educação em Saúde Pública

F a t o r e s	Satisfação/Insatisfação							
	Satisfação (+)		Insatisfação (-)		Não indicaram o item		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Natureza do trabalho	61	88,4	3	4,4	5	7,2	69*	100,0
Relação com os chefes	57	82,6	7	10,1	5	7,2	69	100,0
Relação com os colegas	65	94,2	1	1,4	3	4,4	69	100,0
Relação com os subordinados	56	81,2	2	2,9	11	15,9	69	100,0
Salário	29	42,1	27	39,1	13	18,8	69	100,0
Estrutura da Instituição	22	31,9	39	56,5	8	11,6	69	100,0
Receptividade da clientela	47	68,1	5	7,3	17	24,6	69	100,0
Recursos Materiais	20	29,0	37	53,6	12	17,4	69	100,0
Recursos Financeiros	17	24,6	42	60,9	10	14,5	69	100,0
Conhecimentos Técnicos	45	65,2	8	11,5	16	23,2	69	100,0
Prestígio do grupo profissional	42	60,9	15	21,7	12	17,4	69	100,0
Realização pessoal	29	42,1	23	33,3	17	24,6	69	100,0
Outros	10	14,5	7	10,1	52	75,4	69	100,0

* Número de E.S.P. que responderam a esta questão: 69

Tabela 16

Distribuição do grau de satisfação como E.S.P. em relação à formação básica, por grupos de cursos básicos frequentados

Cursos Básicos	Grau de Satisfação							
	Igual		Maior		Menor		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Educação Sanitária	9	23,7	26	68,4	3	7,9	38	100,0
Pedagogia, Ciências Sociais e Serviço Social	8	36,4	11	50,0	3	13,6	22	100,0
Humanidades e Cursos ligados à Saúde	5	41,7	6	50,0	1	8,3	12	100,0
T o t a l	22	30,5	43	59,8	7	9,7	72*	100,0

* Foram considerados apenas os que exerceram as duas ocupações.

Tabela 17

Distribuição do nível de salário como E.S.P. em relação à formação básica, por grupos de cursos básicos frequentados

Grupos de Cursos Básicos	S a l á r i o							
	Igual		Maior		Menor		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Educação Sanitária	32	84,6	6	15,8	-		38	100,0
Pedagogia, Ciências Sociais e Serviço Social	12	60,0	6	30,0	2	10,0	20	100,0
Humanidades e Cursos ligados à Saúde	5	45,4	3	27,3	3	27,3	11	100,0
T o t a l	49	71,0	15	21,7	5	7,3	69*	100,0

* 3 entrevistados não responderam esta questão.

Tabela 18

Distribuição das opções de permanência ou abandono da ocupação de E.S.P. por grupos de cursos básicos frequentados

Grupos de Cursos Básicos	O p ç õ e s							
	Permane- cia		Não perma- neceria		Sem res- posta		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Educação Sanitária	32	76,2	8	19,0	2	4,8	42	100,0
Pedagogia, Ciências Sociais e Serviço Social	16	72,7	5	22,7	1	4,6	22	100,0
Humanidades e Cursos ligados à Saúde	7	53,8	4	30,8	2	15,4	13	100,0
T o t a l	55	71,4	17	22,1	5	6,5	77	100,0

Tabela 19

Distribuição dos motivos de permanência como E.S.P. por grupos de cursos básicos frequentados

Grupos de Cursos Básicos	Motivos da permanência							
	Está satis- feito com o trabalho		Acredita no campo de trabalho		Outros motivos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Educação Sanitária	24	75,0	6	18,7	2	6,3	32	100,0
Pedagogia, Ciências Sociais e Serviço Social	11	68,7	3	18,7	2	12,5	16	100,0
Humanidades e Cursos ligados à Saúde	5	71,4	2	28,6	-		7	100,0
T o t a l	40	72,7	11	20,0	4	7,3	55	100,0

Tabela 20

Distribuição dos graus de satisfação alcançados por
E.S.P. no Brasil, E.U.A. e Porto Rico

Brasil		E.U.A.		Porto Rico	
Gráus de Satisfação	%	Gráus de Satisfação	%	Gráus de Satisfação	%
Absoluto	-	Altamente satisfeito	60,4	Muito satisfeito	15,8
Alto	51,9	Bastante satisfeito	27,7		
Médio	39,0	Moderadamente sa- tisfeito	8,9	Satisfeito	55,3
Baixo	2,6	Pouco satisfeito	2,9	Pouco satisfeito	26,3
Nulo	2,6	Nenhuma satisfação	-		
Sem resposta	3,9	-		Sem resposta	2,6
Total de E.S.P. estudados	77		623		76

Tabela 21

Distribuição dos graus de satisfação com o trabalho em
Educação em Saúde Pública, segundo o ano de frequência ao curso

Graus de Satisfação	Ano de frequência											
	1967		1968		1969		1970		1971		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	10	71,5	3	18,8	11	68,8	3	16,7	13	72,2	40	48,8
Médio	2	14,3	11	68,8	3	18,8	10	55,5	4	22,2	30	36,6
Baixo e Nulo	1	7,1	1	6,2	-		2	11,1	-		4	4,9
Sem Resposta	1	7,1	-		1	6,2	1	5,6	-		3	3,6
Não se aplica	-		1	6,2	1	6,2	2	11,1	1	5,6	5	6,1
T o t a l	14	100,0	16	100,0	16	100,0	18	100,0	18	100,0	82	100,0

Tabela 22

Distribuição dos graus de satisfação (*) com o trabalho em Educação em Saúde Pública, segundo o ano de frequência ao curso

Grau de Satisfação	Ano em que frequentou o curso											
	1967		1968		1969		1970		1971		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	10	25,0	3	7,5	11	27,5	3	7,5	13	32,5	40	100,0
Médio, Baixo e Nulo	3	8,8	12	35,3	3	8,8	12	35,3	4	11,8	34	100,0
T o t a l	13	17,6	15	20,3	14	18,9	15	20,3	17	22,9	74	100,0

(*) Reduzidos a duas categorias para o cálculo do χ^2 .

$$\chi^2 = 23,57$$

$$\chi^2 = 9,49$$

$$5\%g.l.=4$$

Tabela 23

Distribuição dos graus de satisfação com o trabalho em Educação em Saúde Pública, segundo as condições em que foi feito o curso de Educação em Saúde Pública

Gráu de Satisfação	C o n d i ç õ e s							
	Funcionário de Instituição		Bolsista		Por conta própria		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	32	78,1	1	2,4	8	19,5	41	100,0
Médio, Baixo e Nulo	26	74,3	4	11,4	5	14,3	35	100,0
T o t a l	58	76,3	5	6,6	13	17,1	76	100,0

$$\chi^2 = 2,7$$

$$\chi^2 = 5,99$$

$$5\%g.l.=2$$

Tabela 24

Distribuição dos graus de satisfação com o trabalho em Educação em Saúde Pública, segundo a formação básica

Grau de Satisfação	Formação Básica							
	Educação Sanitária		Pedagogia, C. Sociais e Serviço Social		Humanidades e Outros ligados à Saúde		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	22	55,0	13	22,5	5	12,5	40	100,0
Médio, Baixo e Nulo	18	52,9	7	20,6	9	26,5	34	100,0
T o t a l	40	54,1	20	27,0	14	18,9	74	100,0

$$\chi^2 = 2,86$$

$$\chi^2 = 5,99$$

$$5\%g.l.=2$$

Tabela 25

Distribuição das opções de permanência ou não em atividades de Educação em Saúde Pública, segundo o grau de satisfação alcançado como E.S.P.

Grãos de Satisfação	Se pudesse escolher							
	Permaneceria		Voltaria à profissão anterior		Escolheria outra		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	34	89,5	1	2,6	3	7,9	38	100,0
Médio, Baixo e Nulo	20	60,6	5	15,2	8	24,2	33	100,0
T o t a l	54	76,1	6	8,4	11	15,5	71	100,0

$$\chi^2 = 8,25$$

$$\chi^2 = 5,99$$

$$5\%g.l.=2$$

Tabela 26

**Distribuição do tempo de trabalho como E.S.P.
por ano de frequência ao curso**

Ano de frequência ao curso	Tempo de trabalho como E.S.P.						Nunca Trabalhou	Total
	-1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5 anos		
1967	-	1	-	2	1	10	-	14 (17,1%)
1968	1	-	1	4	8	1	1	16 (19,5%)
1969	1	4	1	8	1	-	1	16 (19,5%)
1970	-	6	10	-	-	-	2	18 (21,9%)
1971	3	13	1	-	-	-	1	18 (21,9%)
Total	5 (6,1%)	24 (29,3%)	13 (15,8%)	14 (17,1%)	10 (12,2%)	11 (13,4%)	5 (6,1%)	82 (100,0%)

Tabela 27

**Distribuição de horas diárias de trabalho dos E.S.P.
por tipo de instituição em que trabalham**

Tipo de Instituição	Horas diárias			Total
	Até 4 h	5 - 8 h	+ de 8 h	
Secretaria da Saúde	1	32	4	37 (53,6%)
Faculdade de Medicina e Saúde Pública	2	5	2	9 (13,1%)
Outras ligadas à Saúde	-	2	1	3 (4,3%)
Secretaria da Educação	-	10	1	11 (15,9%)
Outras Públicas e Particulares	1	8	-	9 (13,1%)
T o t a l	4 (5,8%)	57 (82,6%)	8 (11,6%)	69 (100,0%)

Tabela 28

Distribuição do tempo gasto pelos E.S.P., segundo as diferentes atividades, no 1º semestre de 1972

A t i v i d a d e s	Total de horas/dia gastas	Nº de E.S.P. que desenvolveram a atividade*
Planejamento	106 (21,9%)	45
Execução	25 (5,2%)	28
Supervisão	33,6 (6,8%)	34
Coordenação	42 (8,7%)	32
Avaliação	22 (4,5%)	25
Levantamento de dados	22,4 (4,5%)	22
Treinamento	51,6 (10,7%)	35
Confeção de material audiovisual	6,7 (1,4%)	13
Distribuição de material educativo	5,8 (1,2%)	13
Aulas	32,4 (6,7%)	10
Atividades burocrático/ administrativas	25 (5,2%)	11
Assessoria	33 (6,8%)	17
Colaboração com Instituições	3,2 (0,7%)	1
Outras	76 (15,7%)	26
T o t a l	484,7 (100,0%)	

* O total de E.S.P. que forneceram informações completas foi 63.

Tabela 29

Distribuição do tempo gasto pelos E.S.P. no Brasil, Porto Rico e E.U.A., em porcentagens, em algumas atividades desempenhadas

Tipo de atividade	Brasil (1973)	Porto Rico (1965)	E.U.A.	
			1957	1969
Planejamento	21,9	5,3	-	-
Execução	5,2	12,2	-	-
Supervisão	6,8	3,6	5,5	6,8
Avaliação	4,5	-	-	-
Levantamento de dados	4,5	-	-	2,6
Treinamento de pessoal	10,7	12,6	4,1	4,2
Distribuição de material educativo	1,2	-	10,8	6,9
Atividades burocrático/ administrativas	5,2	11,4	11,9	16,0
Assessoria	6,8	1,0	15,3	13,2
Colaboração com outras Instituições	0,7	10,0	6,2	9,0
Nº de E.S.P. estudados	63	85	76	90

Tabela 30

Distribuição dos níveis hierárquicos da pessoas com quem o E.S.P. mais se relaciona na instituição em que trabalha

Superior + Mesmo nível	Superior + outros	Mesmo nível + outros	Não se aplica	Total
44 (53,7%)	20 (24,4%)	5 (6,1%)	13* (15,8%)	82 (100,0%)

* Não exerciam a profissão no período das entrevistas.

Tabela 31

Distribuição dos níveis hierárquicos das pessoas com quem o E.S.P. mais se relaciona fora da instituição em que trabalha

Superior + Mesmo nível	Superior + mesmo nível + outros	Mesmo nível e inferior	Não se aplica	Total
48 (58,5%)	6 (7,3%)	11 (13,4%)	17* (20,7%)	(100,0%)

* 13 não exerciam a profissão e 4 não se relacionaram.

Tabela 32

Distribuição dos tipos de instituições a que pertencem os solicitantes

Instituições Públicas	Instituições Públicas + Particulares	Não se aplica	Total
53 (64,7%)	12 (14,6%)	17 (20,7%)	82 (100,0%)

Tabela 33
Tipos de trabalho solicitado

T i p o	Nº de solicitações	%
Execução	13	5,2
Planejamento	55	21,9
Assessoria	47	18,8
Supervisão	30	11,9
Treinamento	38	15,1
Avaliação	7	2,8
Coordenação	12	4,8
Levantamento de dados	10	4,0
Outros	39	15,5
T o t a l	251	100,0

Tabela 34
Distribuição de 11 profissões de nível universitário segundo a ordem de prestígio relativo atribuído pelos E.S.P.

P r o f i s s õ e s	Ordem de Prestígio Atribuído
Medicina	1
Engenharia	2
Administração de Empresas	3
Economia	4
Psicologia	5
Advocacia	6
Agronomia	7
Educação em Saúde Pública	8
Magistério Secundário	9
Enfermagem	10
Serviço Social	11

Tabela 35

Distribuição das funções do E.S.P. enumeradas pelos E.S.P.

Funções do E.S.P.	Frequência	
	Números Absolutos	% (*)
Levantamento de dados	31	38,7
Elaboração de Programas Educativos	23	28,7
Estudo e Diagnóstico	27	33,7
Planejamento	66	82,5
Supervisão	57	71,2
Coordenação	37	46,2
Assessoria	46	57,5
Avaliação	40	50,0
Treinamento de Pessoal	38	47,5
Execução	11	13,7
Seleção de métodos e materiais educativos	18	22,5
Colaboração ou entrosamento com outras entidades	11	13,7
Trabalho de Comunidade	5	6,2
Organização de Biblioteca especializada	4	5,0
Outros	22	27,5
Total	436	
Não se lembra	1	
Sem resposta	1	

(*) As porcentagens foram calculadas para cada item em relação ao número total de E.S.P. que responderam à questão, ou seja, 80.

Tabela 36

Distribuição da função principal do E.S.P.
segundo indicação do E.S.P.

Função do E.S.P. considerada como principal	Frequência	
	Números Absolutos	% (*)
Todas	26	32,5
Planejamento	32	40,0
Diagnóstico	8	10,0
Supervisão	11	13,7
Coordenação	6	7,5
Avaliação	8	10,0
Assessoria	5	6,2
Treinamento de Pessoal	2	2,5
Execução	3	3,7
Elaboração de Programas Educativos	5	6,2
Outros	3	3,7
Não se aplica	1	1,3
Sem resposta	1	1,3

(*) As porcentagens foram calculadas para cada item em relação ao número total de E.S.P. que responderam à questão, ou seja, 80.

Tabela 37

Distribuição das barreiras encontradas pelos E.S.P.
no desempenho de suas funções

B a r r e i r a s	Números Absolutos	% (*)
Falta de conhecimento de trabalho em equipe	35	49,3
Falta de conhecimentos das funções do E.S.P.	47	66,2
Falta de prestígio dos E.S.P.	20	28,2
Falta de colaboração dos funcionários da Instituição	21	29,6
Preparo inadequado do E.S.P.	27	38,0
Falta de conhecimento do E.S.P. em campos afins	29	40,8
Falta de instrumentos adequados de trabalho	47	66,2
Falta de estrutura institucional adequada	50	70,4
Falta de diretrizes de programação	41	57,7
Orientações divergentes para execução do trabalho	29	40,8
Excesso de burocratização	44	62,0
Decisões morosas	40	56,3
Falta de verbas	44	62,0
Outras	26	36,6
Total de barreiras indicadas	500	
Nenhuma barreira	1	

(*) A porcentagem foi calculada em função dos 71 E.S.P. que apontaram barreiras.

Tabela 38

Auto-imagem dos E.S.P. com relação ao exercício da profissão

Auto-imagem	Frequência	
	Números Absolutos	%
Nunca exerci a profissão	6	7,3
Não exerço a profissão	7	8,6
Continuo Educador Sanitário	7	8,6
Não exerço funções específicas de E.S.P.	7	8,6
Exerço a profissão de E.S.P.	54	65,8
Sem resposta	1	1,2
T o t a l	82	100,0

Tabela 39
Exercício da profissão dos E.S.P.

Exercício da profissão	F r e q u ê n c i a	
	Números Absolutos	%
Exerce a profissão	69	84,1
Não exerce a profissão	8	9,8
Nunca exerceu a profissão	5	6,1
T o t a l	82	100,0

Tabela 40
Distribuição dos julgamentos dos E.S.P.
segundo tipos de trabalho solicitado

Tipos de trabalho	Julgamento do E.S.P.			
	Adequado	Inadequados	Adequado em parte	Total
Execução	11	-	2	13
Planejamento	54	-	1	55
Assessoria	46	-	1	47
Supervisão	28	-	2	30
Treinamento	35	-	3	38
Avaliação	6	-	1	7
Coordenação	12	-	-	12
Levantamento de dados	10	-	-	10
Outros	31	2	6	39
T o t a l	233 (92,8%)	2 (0,8%)	16 (6,4%)	251 (100,0%)

Tabela 43

Distribuição das opiniões sobre as perspectivas referentes à realização pessoal dos E.S.P., segundo grupos de cursos básicos frequentados

Curso Básico	Perspectivas de realização pessoal							
	Boas		Nao são boas		Poderao melhorar		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Educação Sanitária	18	48,6	7	18,9	12	32,5	37	100,0
Pedagogia, Ciências Sociais e Serviço Social	11	57,9	1	5,3	7	36,8	19	100,0
Humanidades e Cursos ligados à Saúde	7	58,3	-		5	41,7	12	100,0
T o t a l	36	52,9	8	11,8	24	35,3	68	100,0

Tabela 44

Distribuição das opiniões sobre as perspectivas referentes à realização pessoal dos E.S.P., segundo Estado da Federação em que trabalha

E s t a d o	Perspectivas de realização pessoal							
	São boas		Não são boas		Tendem a melhorar		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
São Paulo	29	51,8	8	14,3	19	33,9	56	100,0
Outros(*)	7	58,3	-		5	41,7	12	100,0
T o t a l	36	52,9	8	11,8	24	35,3	68	100,0

(*) Nesta categoria foi incluído 1 E.S.P. que trabalha em Portugal.

Tabela 45

Distribuição do que considerado prioritário para a Educação em Saúde, de acordo com a opinião dos E.S.P., segundo o Estado da Federação em que trabalham

Estado	Criação do cargo		Formaçã de 1 clas se profis sional		Mais re- cursos hu manos e/ou materiais		Educar a população para os problemas de saúde		Outros		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
São Paulo	8	12,7	4	6,4	16	25,4	20	31,7	15	23,8	63	100,0
Outros	1	7,1	1	7,1	4	28,6	6	42,9	2	14,3	14	100,0
T o t a l	9	11,7	5	6,5	20	25,9	26	33,8	17	22,1	77	100,0

Tabela 46

Distribuição do julgamento de como foram cobertas as áreas de conhecimento, por ano de frequência ao curso e grupos de disciplinas

Disciplinas		Cobertura por ano																	
		1 9 6 7			1 9 6 8			1 9 6 9			1 9 7 0			1 9 7 1			T o t a l		
		S *	I **	NC ***	S	I	NC	S	I	NC	S	I	NC	S	I	NC	S	I	NC
Gerais de Saúde Pública	Nº	15	25	14	18	26	10	18	32	7	10	24	13	19	23	14	80	131	59
	%	27,7	43,6	25,9	33,3	48,1	18,5	31,6	56,1	12,3	21,3	51,1	27,6	33,9	41,1	25,0	29,6	48,5	21,9
Específicas de Educação em Saúde Pública	Nº	2	7	3	3	19	4	4	18	-	6	13	2	6	15	-	21	72	9
	%	16,6	58,3	25,0	11,5	73,0	15,4	18,2	81,8		28,6	61,9	9,5	28,6	71,4		20,6	70,6	8,8
Total Parcial		17	32	17	21	45	14	22	50	7	16	37	15	25	38	14	101	203	68
Totais por ano		54	12		54	26		57	22		47	21		56	21		270	102	
		G ****	E *****		G	E		G	E		G	E		G	E		G	E	

- * S = Satisfatória
- ** I = Insatisfatória
- *** NC = Não coberta
- **** G = Gerais
- ***** E = Específica

Tabela 47

Distribuição das falhas constatadas no curso de
Educação em Saúde Pública, segundo grupo de disciplinas

Falhas constatadas	D i s c i p l i n a s			
	Básicas	Específicas	Optativas	Total
Tempo disponível insuficiente	25 (15,7%)	10 (7,2%)	12 (15,6%)	47 (12,6%)
Falta de entrosamento com outras disciplinas	8 (5,0%)	5 (3,6%)	5 (6,5%)	18 (4,8%)
Corpo docente despreparado	7 (4,4%)	12 (8,7%)	1 (1,3%)	20 (5,3%)
Cursos desligados da realidade	12 (7,6%)	12 (8,7%)	5 (6,5%)	29 (7,7%)
Metodologia inadequada	26 (16,4%)	15 (10,9%)	12 (15,6%)	53 (14,2%)
Conhecimentos oferecidos foram insatisfatórios	36 (22,6%)	40 (29,0%)	20 (26,0%)	96 (25,7%)
Curso teórico demais	12 (7,6%)	17 (12,3%)	6 (7,8%)	35 (9,3%)
Planejamento do curso é inadequado	25 (15,7%)	11 (8,0%)	5 (6,5%)	41 (11,0%)
Cursos oferecidos não tinham interesse	-	-	4 (5,1%)	4 (1,1%)
Outras falhas	8 (5,0%)	16 (11,6%)	7 (9,1%)	31 (8,3%)
Total de falhas constatadas	159 (100,0%)	138 (100,0%)	77 (100,0%)	374 (100,0%)
Não houve falhas	3	6	15	24
Sem resposta ou não se lembra	4	3	18	25

Tabela 48

Distribuição das falhas constatadas nas Disciplinas Básicas
e na Específica Educação em Saúde Pública,
segundo o ano de frequência ao Curso

F a l h a s	Ano que frequentou o curso									
	1967		1968		1969		1970		1971	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tempo disponível insuficiente	8	14,8	3	6,2	8	12,7	1	1,8	9	12,9
Falta de entrosamento entre as disciplinas	6	11,1	3	6,2	2	3,2	-		2	2,9
Corpo docente despreparado	2	3,7	2	4,2	6	9,5	3	5,4	6	8,6
Curso desligado da realidade	8	14,8	3	6,2	5	7,9	7	12,5	1	1,4
Metodologia de ensino inadequada	5	9,3	12	25,0	9	14,3	7	12,5	8	11,4
Conhecimentos insatisfatórios	10	18,6	13	27,1	15	23,8	15	26,8	23	32,8
Curso teórico demais	6	11,1	2	4,2	5	7,9	8	14,3	8	11,4
Planejamento do curso inadequado	6	11,1	4	8,3	9	14,3	11	19,6	6	8,6
Outras falhas	3	5,5	6	12,5	4	6,4	4	7,1	7	10,0
Total de falhas	54	100,0	48	100,0	63	100,0	56	100,0	70	100,0

Tabela 49

Distribuição das falhas constatadas nos estágios de campo
multiprofissional e especializado pelos E.S.P.

Falhas constatadas	Números Absolutos	%
Não houve supervisão satisfatória	34	30,3
Estágio teve duração insuficiente	18	16,1
Estágio realizado em época não apropriada	3	2,7
Falta de entrosamento entre alunos da equipe (*)	20	17,9
As agências não estavam em condições de receber estagiários	14	12,5
Outras falhas	23	20,5
Total de falhas constatadas	112	100,0
Não houve falhas	11	
Sem resposta	2	

(*) Refere-se ao estágio multiprofissional.

Tabela 50

Distribuição dos aspectos positivos constatados no curso de Educação em Saúde Pública, segundo grupo de disciplinas

Aspectos positivos	D i s c i p l i n a s							
	Básicas		Especí- fica		Optati- vas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aquisição de novos conhe- cimentos	21	20,8	12	12,7	11	16,4	44	16,8
Atualização ou complementa- ção de conhecimentos	13	12,9	9	9,6	4	6,0	26	9,9
Aquisição de conhecimentos importantes para ativida- des profissionais	11	10,9	15	15,9	5	7,5	31	11,8
Aquisição de uma visão mais ampla em saúde	10	9,9	8	8,5	1	1,5	19	7,3
Metodologia de ensino positiva	10	9,9	14	14,9	5	7,5	29	11,1
Corpo docente bem preparado	2	2,0	5	5,3	4	6,0	11	4,2
Conteúdo bom	7	6,9	5	5,3	6	8,9	18	6,9
Oportunidade de trabalhar com grupo multiprofissional	19	18,8	13	13,8	7	10,4	39	14,9
Dinâmica Populacional bom	-		-		19	28,3	19	7,2
Outros	8	7,9	13	13,8	5	7,5	26	9,9
Total de aspectos positivos	101	100,0	94	100,0	67	100,0	262	100,0
Nenhum aspecto positivo	2		3		12		17	
Sem resposta ou não se lembra	7		6		17		30	

Tabela 51

Distribuição dos aspectos positivos constatados nas Disciplinas Básicas e na Específica Educação em Saúde Pública segundo o ano de frequência ao Curso

Aspectos positivos	Ano que frequentou o curso									
	1967		1968		1969		1970		1971	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aquisição de novos conhecimentos	6	20,7	2	7,4	6	14,6	10	21,8	9	18,4
Atualização/complementação de conhecimentos	5	17,2	2	7,4	3	7,3	6	13,0	6	12,2
Aquisição de conhecimentos importantes para a atividade profissional	6	20,7	1	3,7	5	12,2	5	10,9	9	18,4
Aquisição de visão mais ampla em saúde	4	13,8	1	3,7	3	7,3	5	10,9	5	10,2
Metodologia positiva	2	6,9	6	22,2	5	12,2	5	10,9	6	12,2
Corpo docente bem preparado	2	6,9	1	3,7	2	4,9	2	4,3	-	
Conteúdo bom	1	3,5	-		3	7,3	3	6,5	5	10,2
Oportunidade de trabalho multiprofissional	-		12	44,5	7	17,1	6	13,0	7	14,3
Outros aspectos positivos	3	10,3	2	7,4	7	17,1	4	8,7	2	4,1
Total de aspectos positivos	29	100,0	27	100,0	41	100,0	46	100,0	49	100,0

Tabela 52

Distribuição dos aspectos positivos constatados, nos estágios de campo multiprofissional e especializado, pelos E.S.P.

Aspectos positivos constatados	Frequência	
	Nº	%
Oportunidade de aplicar conhecimentos teóricos	24	21,6
Oportunidade de vivenciar situações concretas	27	24,3
Experiências de trabalho multiprofissional	30	27,1
Oportunidade de atuar em programas de outros países	16	14,4
Desenvolvimento pessoal	5	4,5
Outros aspectos positivos	9	8,1
Total de aspectos positivos constatados	111	100,0
Nenhum aspecto positivo	3	
Sem resposta ou não se lembra	3	

Tabela 53

Distribuição das falhas e dos aspectos positivos constatados nas Disciplinas Básicas e na Específica Educação em Saúde Pública, segundo o ano de frequência ao Curso de Educação em Saúde Pública

Á r e a s	Ano de frequência ao curso																			
	1 9 6 7				1 9 6 8				1 9 6 9				1 9 7 0				1 9 7 1			
	Falhas		Aspectos positivos		Falhas		Aspectos Positivos		Falhas		Aspectos Positivos		Falhas		Aspectos Positivos		Falhas		Aspectos Positivos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Conhecimentos	30	55,6	22	75,9	21	43,7	6	22,2	27	42,8	20	48,7	30	53,6	29	63,1	34	48,6	34	69,4
Corpo Docente	2	3,7	2	6,9	2	4,2	1	3,7	6	9,5	2	4,9	3	5,4	2	4,3	6	8,6	-	
Metodologia de Ensino	5	9,3	2	6,9	12	25,0	6	22,2	9	14,3	5	12,2	7	12,5	5	10,9	8	11,4	6	12,2
Oportunidade de trabalho multi-profissional	-		-		-		12	44,4	-		7	17,1	-		6	13,0	-		7	14,3
Planejamento do Curso	6	11,1	-		4	8,3	-		9	14,3	-		11	19,6	-		6	8,6	-	
Tempo de duração do Curso	8	14,8	-		3	6,3	-		8	12,7	-		1	1,8	-		9	12,8	-	
Outros	3	5,5	3	10,3	6	12,5	2	7,5	4	6,4	7	17,1	4	7,1	4	8,7	7	10,0	2	4,1
T o t a l	54	100,0	29	100,0	48	100,0	27	100,0	63	100,0	41	100,0	56	100,0	46	100,0	70	100,0	49	100,0

Tabela 54

**Distribuição comparativa dos aspectos positivos e falhas,
segundo o tipo das disciplinas**

I t e m s	J u l g a m e n t o s											
	Falhas						Aspectos Positivos					
	Básicas		Especí- ficas		Optati- vas		Básicas		Especí- ficas		Optati- vas	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Conhecimento e/ou conteúdo	60	37,8	69	50,0	31	40,3	52	51,5	41	47,2	26	38,8
Corpo docente	7	4,4	12	8,7	1	1,3	2	2,0	5	5,3	4	6,0
Metodologia	26	16,3	15	10,9	12	15,6	10	9,9	14	14,9	5	7,5

Tabela 55

Distribuição das modificações sugeridas para as Disciplinas Básicas
segundo o ano em que os E.S.P. frequentaram o curso

Modificações Sugeridas (Disciplinas Básicas)	Ano em que frequentou o curso					Total	
	1967	1968	1969	1970	1971	Nº	%
Maior ênfase nas Ciências Biológicas	2	3	3	6	4	18	15,9
Integrar a teoria à prática	4	2	1	6	2	15	13,3
Melhoria dos métodos de ensino	-	3	2	4	3	12	10,6
Integração entre as várias Disciplinas	4	3	2	1	2	12	10,6
Distribuição mais racional de carga horária	-	1	1	1	5	8	7,1
Maior enfoque nos problemas de Saúde Pública	3	-	2	1	1	7	6,2
Maior ênfase em pesquisa	1	3	1	1	1	7	6,2
Adequação à realidade	3	-	-	2	1	6	5,3
Alterações no planejamento do curso: maior duração, adap- tação às diferentes formações, menor número de alunos	-	4	1	5	2	12	10,6
Incluir Psicologia, Sociologia, Pedagogia ou Ciências Po- líticas ou Antropologia	2	2	1	-	-	5	4,4
Atualização ou aprofundamento dos conhecimentos	-	2	1	2	2	7	6,2
Outros	-	-	2	-	2	4	3,6
Total de modificações sugeridas	19 (16,8%)	23 (20,4%)	17 (15,0%)	29 (25,7%)	25 (22,1%)	113	100,0
Sem resposta ou não lembra	1	2	3	-	1	7	
Não tem sugestões	1	-	1	3	2	7	

Tabela 56

Distribuição das modificações sugeridas para a Disciplina Específica, segundo o ano em que os E.S.P. frequentaram o curso

Modificações Sugeridas (Disciplina Específica)	Ano em que frequentou o curso					Total	
	1967	1968	1969	1970	1971	Nº	%
Corpo docente melhor preparado	1	4	1	3	2	11	10,2
Tornar o Ensino mais prático	6	-	4	7	5	22	20,4
Maior ênfase na metodologia de Educação em Saúde Pública (planejamento, supervisão, avaliação etc.)	1	2	1	8	3	15	13,9
Maior ênfase nas Ciências da Conduta (Educação, Psicologia, etc.)	1	6	3	3	2	15	13,9
Mais voltada para a realidade brasileira	-	1	2	4	1	8	7,4
Maior ênfase em Dinâmica de Grupo	-	1	-	3	2	6	5,6
Maior tempo para pesquisa	-	-	1	3	1	5	4,6
Alterações no planejamento do curso: maior duração, adequação à formação básica, adequação à realidade	3	2	3	1	3	12	11,1
Entrosamento com outras Disciplinas	2	1	1	-	1	5	4,6
Maior profundidade nos temas tratados	1	2	-	-	1	4	3,7
Outros	-	1	1	1	2	5	4,6
Total de modificações sugeridas	15 (13,9%)	20 (18,5%)	17 (15,7%)	33 (30,6%)	23 (21,3%)	108	100,0
Sem resposta ou não lembra	1	1	2	1	-	5	
Não tem sugestões	3	1	3	1	1	9	

Tabela 57

Distribuição das modificações sugeridas para as disciplinas optativas, segundo o ano em que os E.S.P. frequentaram o curso

Modificações sugeridas (Disciplinas Optativas)	Ano em que frequentou o curso					Total	
	1967	1968	1969	1970	1971	Nº	%
Modificações no conteúdo das matérias	4	-	1	2	2	9	14,3
Elaboração de horários que possibilitem escolher as optativas	-	1	3	6	3	13	20,6
Oferecimento de maior número de optativas	3	1	4	1	3	12	19,1
Maior orientação por parte dos professores	1	-	1	1	4	7	11,1
Maior integração com Disciplinas Básicas e Específicas	4	1	-	-	2	6	9,5
Reformular métodos de ensino	-	3	-	2	-	5	7,9
Maior aplicação prática dos conhecimentos	3	-	-	-	1	4	6,4
Outros	1	-	1	1	4	7	11,1
Total de modificações sugeridas	15 (23,8%)	6 (9,5%)	10 (15,9%)	13 (20,6%)	19 (30,2%)	63	100,0
Sem resposta ou não lembra	-	6	4	5	-	15	
Não tem sugestões	3	4	3	3	3	16	

Tabela 58

Distribuição das modificações sugeridas para o treinamento de campo segundo o ano em que os E.S.P. frequentaram o curso

Modificações sugeridas (Treinamento de Campo)	Ano em que frequentou o curso					Total	
	1967	1968	1969	1970	1971	Nº	%
Melhor preparo ou organização do estágio	2	7	4	5	5	23	25,8
Período mais longo	3	-	4	2	7	16	18,0
Adequação da agência escolhida para estágio	4	2	-	3	4	13	14,6
Melhoria na Supervisão	5	3	4	5	2	19	21,4
Alterações quanto à orientação do Treinamento de Campo	2	3	2	4	3	14	15,7
Outras	-	1	1	1	1	4	4,5
Total de modificações sugeridas	16 (18,0%)	16 (18,0%)	15 (16,8%)	20 (22,5%)	22 (24,7%)	89	100,0
Sem resposta	-	1	1	1	1	4	
Não tem sugestões	2	2	2	4	1	11	

Tabela 59

Distribuição das expectativas em relação ao curso por ano de frequência ao curso de Educação em Saúde Pública

Ano do curso	Expectativas							
	Satisfeitas		Não Satisfeitas		Satisfeitas em parte		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1967	9	64,3	4	28,6	1	7,1	14	100,0
1968	2	12,5	9	56,3	5	31,2	16	100,0
1969	10	62,5	2	12,5	4	25,0	16	100,0
1970	8	47,1	2	11,8	7	41,1	17	100,0
1971	6	33,3	3	16,7	9	50,0	18	100,0
T o t a l	35	43,2	20	24,7	26	32,1	81	100,0

$$\chi^2 = 21,01$$

$$\chi^2 = 15,507$$

$$5\%g.l.=8$$

Tabela 60

Distribuição das expectativas dos E.S.P. com relação ao Curso de Educação em Saúde Pública segundo grupos de cursos básicos frequentados

Curso Básico	Expectativas em relação ao curso							
	Satisfeitas		Não Satisfeitas		Satisfeitas em parte		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Educação Sanitária	19	45,2	7	16,7	16	38,1	42	100,0
Pedagogia, Ciências Sociais e Serviço Social	10	40,0	9	36,0	6	24,0	25	100,0
Humanidades e Cursos ligados à Saúde	7	46,6	4	26,7	4	26,7	15	100,0
T o t a l	36	43,9	20	24,4	26	31,7	82	100,0

$$\chi^2 = 3,44$$

$$\chi^2 = 9,488$$

$$5\%g.l.=4$$

Tabela 61

Distribuição de 11 ocupações de nível universitário,
segundo a ordem de prestígio relativo atribuído por
16 chefes de Serviços de Saúde e Educação

P r o f i s s õ e s	Ordem de Prestígio Atribuído
* Medicina	1
* Engenharia	2
Economia	3
Administração de Empresas	4
Advocacia	5
Psicologia	6
Enfermagem	7
Agronomia	8
* Magistério Secundário	9
Serviço Social	10
Educação em Saúde Pública	11

* A posição na ordem de prestígio das ocupações assinaladas coincide com as da tabela 33.

A N E X O I I

I. DADOS PESSOAIS

1. Sexo:
 - a. Masc. ()
 - b. Fem. ()
2. Idade: _____ anos
3. Local de nascimento:
 - a. Cidade: _____
 - b. Estado: _____
 - c. País : _____
4. Estado civil:
 - a. Solteiro ()
 - b. Casado ()
 - c. Viuvo ()
 - d. Desquitado ()
 - e. Outro ()
5. Número de filhos ()
6. Curso superior básico: _____
7. Duração do curso: _____ anos
8. Ano de formatura: 19____
9. Exerceu a profissão correspondente?
 - a. Sim ()
 - b. Não ()
10. Se sim, por quanto tempo?
 - a. menos de 1 ano ()
 - b. há _____ anos
11. Onde? _____
(Nome da Instituição)

(Cidade) _____
(Estado)

11. Onde? _____
Nome da Instituição

_____ Cidade _____ Estado

12. Qual(s) era(m) a(s) sua(s) função(ões)?

13. Por que você escolheu esta profissão?

14. Por que você resolveu procurar nova profissão?

15. Suas expectativas com relação ao novo campo pro-
fissional foram satisfeitas? Por que?

16. Ano que frequentou o Curso de Educação em Saúde
Pública _____

17. Suas expectativas em relação ao Curso de Educa-
ção em Saúde Pública foram satisfeitas? Por que?

18. Frequentou algum curso após a conclusão do Cur-
so de Educação em Saúde Pública? (incluir cur-
sos regulares, de extensão, reciclagem, livres,
ciclo de conferências, etc.)

Ano que frequentou	Tema	Duração horas/aula	Tipo de curso	Observação

19. Na sua opinião, quais dos cursos acima citados contribuíram para seu aperfeiçoamento profissional? Por que?

II. TRABALHO DO EDUCADOR DE SAÚDE PÚBLICA

20. Há quanto tempo trabalha como Educador de Saúde Pública?

- a. menos de um ano ()
- b. um ano ()
- c. dois anos ()
- d. três anos ()
- e. quatro anos ()
- f. cinco anos ()

21. Horas diárias de trabalho:

- a. até 4 horas ()
- b. de 4 a 8 horas ()
- c. mais de 8 horas ()

22. Organograma da Instituição em que trabalha, localizando a sua posição (se o espaço não for suficiente, usar folha à parte):

23. Funções que exerce (cite no mínimo 5):

24. Pessoas com quem mais se relaciona na Instituição em que trabalha:

Nome	Função exercida	Relacionamento devido a		
		Razões Pessoais	Razões de trabalho	Outras

25. Pessoas com quem mais se relaciona, por razões de trabalho, fora da Instituição:

Nome	Função exercida	Nome da Instituição	Formação (médico, enfermeiro etc.)

26. Quem solicita mais frequentemente os seus serviços de Educador de Saúde Pública? (dentro e fora da Instituição em que trabalha)

Nome	Função exercida	Nome da Instituição	Formação

27. Para que tipo de trabalho é solicitado? Cite no mínimo 5)

28. Durante o exercício profissional como Educador de Saúde Pública fez trabalhos em colaboração com outras Instituições?

a. sim ()

b. não ()

Se sim:

Tipo de trabalho	A quem coube a iniciativa	Resultados obtidos		
		Bom	Regular	Sofrível

29. Na sua opinião, as solicitações de trabalho enumeradas na questão 27 são adequadas ao Educador de Saúde Pública?

Tipo de solicitação	Sim	Não	Em parte

Observações: _____

30. Como se distribuiu o seu tempo, segundo as atividades desempenhadas no 1º semestre de 1972?

Atividades desempenhadas	Tempo gasto em % do tempo disponível
Planejamento de programas educativos	_____
Execução de programas educativos	_____
Supervisão de programas educativos	_____
Coordenação de programas educativos	_____
Avaliação de programas educativos	_____
Levantamento de dados	_____
Treinamento de pessoal	_____
Confeção de material audio-visual	_____
Distribuição de material educativo	_____

(cont.)

Atividades desempenhadas	Tempo gasto em % do tempo disponível
Outras: (enumerar)	
Observações:	

31. Enumere as funções do Educador de Saúde Pública:

32. Quais das funções acima enumeradas você considera a principal? Por que?

33. Das atividades que você desempenha, enumere três em ordem decrescente de preferência:

34. Barreiras encontradas no desempenho de suas atividades profissionais:

- a. Falta de conhecimento do que é trabalho em equipe ()
- b. Falta de conhecimento de que são as funções do Educador de Saúde Pública ()
- c. Falta de prestígio do grupo profissional (Educador de Saúde Pública) ()
- d. Falta de colaboração dos funcionários da Instituição ()
- e. Preparo inadequado do Educador de Saúde Pública ()
- f. Falta de conhecimentos em campos afins .. ()
- g. Falta de instrumentos adequados de trabalho ()

- h. Falta de uma estrutura adequada ()
- i. Falta de diretrizes de programação ()
- j. Orientações divergentes para a execução do trabalho ()
- l. Excesso de burocratização ()
- m. Decisões morosas ()
- n. Falta de verbas ()
- o. Outras ()

Quais?

35. Onde trabalhou desde a conclusão do curso de Educação em Saúde Pública?

Nome da Instituição	Função	Tempo de trabalho (em meses)	Cidade	Estado

III. PRESTÍGIO E SATISFAÇÃO

36. Grau de satisfação com o trabalho na área de Educação em Saúde Pública:

- a. absoluto ()
- b. alto ()
- c. médio ()
- d. baixo ()
- e. nulo ()

37. Fatores que condicionam o grau de satisfação (indique com (+) os fatores positivos e com (-) os negativos).

- a. Natureza do trabalho ()
- b. Relação com os chefes ()
- c. Relação com os colegas ()
- d. Relação com os subordinados ()
- e. Salário ()

- f. Estrutura da Instituição ()
g. Receptividade da clientela ()
h. Recursos materiais ()
i. Recursos financeiros ()
j. Conhecimentos técnicos ()
l. Prestígio do grupo profissional
(Educador de Saúde Pública) ()
m. Realização pessoal ()
n. Outros (Quais?)

- 38.** Em relação à sua formação básica você está:
- a. igualmente satisfeito como Educador de Saúde Pública ()
 - b. mais satisfeito como Educador de Saúde Pública ()
 - c. menos satisfeito como Educador de Saúde Pública ()
- 39.** Em relação à sua formação básica, o salário recebido como Educador de Saúde Pública é:
- a. igual ao de _____ ()
 formação básica
 - b. menor do que _____ ()
 formação básica
 - c. maior do que _____ ()
 formação básica
- 40.** Sua satisfação no trabalho como Educador de Saúde Pública é:
- a. igual ao de _____ ()
 formação básica
 - b. menor do que o de _____ ()
 formação básica
 - c. maior do que o de _____ ()
 formação básica
- 41.** Se pudesse escolher:
- a. Permaneceria como Educador de Saúde Pública ()

- b. Voltaria à sua profissão anterior ()
 c. Escolheria outra profissão ()
 qual? _____

42. Por que? _____

43. Se tem filhos: Gostaria que um de seus filhos fosse Educador de Saúde Pública?

- a. Sim ()
 b. Não ()

Por que? _____

Se não tem filhos: Se tivesse filhos gostaria que um deles fosse Educador de Saúde Pública?

- a. Sim ()
 b. Não ()

Por que? _____

Observações: _____

44. Ordene as profissões abaixo por ordem de prestígio que julga que elas tenham:

- A. administração de Empresa
 b. Advocacia
 c. Agronomia
 d. Serviço Social
 e. Economia
 f. Educação em Saúde Pública
 g. Enfermagem

- h. Engenharia
- i. Medicina
- j. Magistério Secundário
- l. Psicologia

IV. PREPARO PROFISSIONAL

45. Diante das necessidades de desempenho profissional, quais as áreas de conhecimento que você considera importantes para a formação do Educador de Saúde Pública?

46. Das áreas acima citadas, quais foram cobertas pelo Curso de Educação em Saúde Pública?

Á R E A S	coberta de modo satisfatório	coberta de modo insatisfatório	não foi coberta

47. Indique as falhas que constatou no Curso de Educação em Saúde Pública:

a. Na área das disciplinas básicas: _____

b. Na área das disciplinas específicas de Educação em Saúde Pública: _____

c. Na área das disciplinas optativas: _____

d. Na área de treinamento de campo: _____

e. Outras: _____

48. Indique os aspectos positivos que constatou no Curso de Educação em Saúde Pública:

a. Na área das disciplinas básicas: _____

- b. Nas áreas das disciplinas específicas de Educação em Saúde Pública: _____
- c. Na área das disciplinas optativas: _____
- d. Na área de treinamento de campo: _____
- e. Outras: _____

49. Considerando seu trabalho como Educador de Saúde Pública, quais as modificações que você sugere para o Curso de Educação em Saúde Pública?

- a. Na área das disciplinas básicas: _____
- b. Na área das disciplinas específicas de Educação em Saúde Pública: _____
- c. Na área das disciplinas optativas: _____
- d. Na área de treinamento de campo: _____
- e. Outras: _____

50. Quais as perspectivas de trabalho do Educador de Saúde Pública no Estado onde trabalha, em relação a:

- a. Campo de Trabalho: _____
- b. Salário: _____
- c. Prestígio profissional: _____
- d. Realização pessoal: _____
- e. Outros: _____

51. Em que Estado da União trabalha atualmente?

52. Quais as áreas de atuação que necessitam a presença do Educador de Saúde Pública? (indique no mínimo 3 e justifique):

53. Diante da atual situação do seu Estado, o que você considera prioritário para a Educação em Saúde?

NOME DO ENTREVISTADO: _____

DATA DA APLICAÇÃO: _____

TEMPO DE APLICAÇÃO: _____

CONDIÇÕES DE APLICAÇÃO: _____

NOME DO ENTREVISTADOR: _____

CONTROLE DE CAMPO: _____