ILBIA JANSEN CINTRA DAMIÃO

Ø

LO MÉDICO E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Tese apresentada à Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, para obtenção do título de "Doutor em Saúde Pública".

SÃO PAULO

1986

ILBIA JANSEN CINTRA DAMIÃO

O MÉDICO E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Tese apresentada à Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, para obtenção do título de "Doutor em Saúde Pública".

Orientador: Profa. Dra. Ruth Sandoval Marcondes

SÃO PAULO
1986

"... por isso mesmo, vós, reunindo toda vossa diligência, associai com a vossa fé a virtude; com a virtude, o conhecimento; com o conhecimento, o domínio próprio; com o domínio próprio, a perseverança ; com a perseverança, a piedade; com a piedade, a fraternidade; com a fraternidade, o amor.

Porque estas coisas, existindo em vós e em vós aumentando, fazem com que não sejais nem inativos, nem infrutuosos no pleno conhecimento ..."⁵⁷.

DEDICATÓRIA

A meu marido Paulo

A minhas filhas, Elisabete e Magali

A meus pais, Oscar e Yolanda

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida, saúde e disposição para elaborar esta tese.

Agradeço também às seguintes pessoas:

- Profa. Dra. RUTH SANDOVAL MARCONDES, pela orientação segura, pelo interesse em despertar em mim maior amor pela Educação em Saúde e responsabilidade para a concretização deste trabalho.
- Prof. Dr. PAULO CINTRA DAMIÃO, pela valiosa ajuda e incentivo contínuo.
- Prof. Dr. JOSÉ CARLOS SEIXAS, pelo apoio e interesse demonstrado.
- Dr. JOSÉ SOUZA DE MORAIS, pelo encorajamento e coleguismo.
- Dr. ERASMO LÂNCIA, de saudosa memória, pela cordialidade e elevado espírito de compreensão e companheirismo.
- Dra. YOKO SATOMI, que permitiu a realização da pesquisa.
- Pessoal dos Centros de Saúde, pela cordial acolhida.
- Funcionários que colaboraram para que se cumprisse o cronograma de visitas aos Centros de Saúde, tendo em vista as entrevistas dos médicos.
- Médicos que responderam às perguntas do entrevistador com paciência, interesse e compreensão.
- Sra. LEDA CORRÊA PORTO DE CAMPOS CAMARGO, pelo levantamento bibliográfico de relevância para o desenvolvimento do tema.

E a todos que, de uma maneira ou de outra, ajudaram a vencer as dificuldades inerentes a este trabalho.

ÍNDICE GERAL

Pág.

DEDICATÓRIA	i
AGRADECIMENTO	iii
RESUMO	vi
SUMMARY	viii
PREFÁCIO	x
INTRODUÇÃO	1
RESPONSABILIDADES E OPORTUNIDADES EDUCATIVAS DO MÉDICO ..	8
DIAGNÓSTICO EDUCATIVO E INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS	23
METODOLOGIA	44
1. Características da população estudada	46
2. Resultados e Comentários	49
A. Entrevistas	50
B. Observação	137
CONCLUSÕES	144
RECOMENDAÇÕES	147
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	150

RESUMO

Este trabalho procura investigar o preparo do médico de unidades de saúde da rede do Estado de São Paulo, em relação à Educação em Saúde, bem como sua atuação nessa área. Foram entrevistados 42 médicos que dão atendimento a adultos e crianças. Os resultados apresentam evidência de seu despreparo para promover Educação em Saúde. Sugestões são apresentadas sobre conteúdo programático a ser focalizado na preparação em Educação em Saúde de médicos que atuam em Centros de Saúde.

SUMMARY

This paper deals with the preparation and performance of physicians from Health Centers of the S. Paulo State Health Department in regard to health education. Forty-two physicians were interviewed. Results show evidence of lack of their preparation to promote health education. Suggestions are presented for health education program content designed to the preparation of physicians who work at Health Centers.

PREFÁCIO

Em 1959, quando trabalhávamos na cidade de Palestina, SP, atendíamos clientes que vinham dos Municípios vizinhos para consultas de pediatria, ginecologia e clínica geral, tanto no Posto de Puericultura como no consultório particular.

Nessa ocasião sentimos a necessidade de preparo em Educação em Saúde para ensinar mães a cuidarem melhor de seus filhos. Não ignorávamos as doenças prevalentes na região da Alta Araraquarense, pois havíamos trabalhado, durante o ano de 1958, na Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto, que recebia centenas de clientes das cidades vizinhas. O que mais nos preocupava era como ensinar as pessoas a prevenir doenças e promoverem a saúde. Permanecemos na cidade de Palestina durante dois anos e meio, tempo suficiente para reconhecermos o valor e a importância da Educação em Saúde no exercício da medicina.

Em 1962, ao nos transferirmos para a capital de São Paulo, aqui continuamos a exercer nossas funções em diversos Postos de Puericultura e Centros de Saúde, atendendo clientela que se assemelhava à do interior, principalmente a de áreas periféricas.

Em 1969, quando fazíamos o curso de pós-graduação em saúde pública - Curso de Médico Sanitarista, na Faculdade de Saúde Pública da USP, ficamos empolgadas com a teoria que fundamenta Educação em Saúde, mostrando um caminho seguro e mais técnico de educar o cliente.

A partir de 1971, quando preparavamos monografia sobre programa para um Curso de Educação em Saúde destinado a médicos e estudantes de medicina, pudemos sentir maior interesse por essa área do conhecimento; a necessidade de melhor preparo nesse campo passou a ser para nós uma preocupação constante, levando-nos a escolher esse tema para nossa tese de doutorado.

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O tempo que transcorre desde o ingresso do estudante de medicina na faculdade até a sua formação constitui, a nosso ver, um período importante para a Educação em Saúde. Indubitavelmente existe uma necessidade urgente de ação visando integrar Educação em Saúde às várias matérias do currículo das Faculdades de Medicina.⁵¹

Atualmente Educação em Saúde não pode mais limitar-se a um simples apêndice de Saúde Pública ou restringir-se a assuntos epidemiológicos. As pesquisas em Educação em Saúde têm revelado que ela abrange várias especialidades do ramo da medicina.

O preparo do médico em Educação em Saúde é uma necessidade imperiosa à qual, contudo, nem todas as Faculdades de Medicina dão atendimento. SCHNOCKS⁵³ afirma que:

"Hoje, em qualquer parte da Europa, Educação em Saúde é percebida como uma dimensão integral de cuidados com a saúde e um pré-requisito essencial para uma ação legislativa efetiva dirigida à proteção das pessoas contra riscos de saúde. É reconhecido também que a política moderna de saúde exige intervenções educativas que tenham uma sólida base científica".

Tem havido um processo gradual de valorização da Educação em Saúde, tanto por parte do indivíduo como da coletividade diante do desenvolvimento científico e tecnológico, não se podendo entender Educação em Saúde fora de um contexto social em transformação.

O conceito de Educação em Saúde tem passado por modificações através dos séculos, mas em 1850 LEMUEL SHATTUCK, citado por MARCONDES ³⁴, já recomendava que se educasse o povo para promover a saúde da comunidade.

Para JAMES HOGARTH ²⁷, "numa interpretação ampla, a Educação em Saúde refere-se a todas aquelas experiências de um indivíduo, grupo ou comunidade que influenciam crenças, atitudes e comportamento com respeito à saúde, bem como ao processo e esforços para produzir mudanças quando estas são necessárias para a saúde ótima".

Este conceito abrangente de Educação em Saúde não a limita àquelas situações em que as atividades são planejadas ou formais, mas reconhece que tanto as experiências positivas como negativas causam impacto sobre o que um indivíduo, grupo ou comunidade pensa, sente e faz a respeito da saúde. Contudo, as atividades planejadas ou formais servem para estimular e fornecer experiências, conhecimentos, atitudes e comportamento mais conducentes à saúde do indivíduo, do grupo ou da comunidade.

HOGARTH ²⁷ comenta ainda que

"o enfoque da Educação em Saúde

de recai sobre pessoas e suas ações. Em geral, seus objetivos visam persuadir as pessoas a adotarem e a manterem práticas de vida salutar, para usar criteriosa e sabiamente os serviços de saúde disponíveis e para tomar suas próprias decisiões, tanto individual como coletivamente, a fim de melhorar seu estado de saúde e o meio-ambiente".

Como profissional dos serviços de saúde, o médico deve integrar Educação em Saúde a suas atividades em seu próprio benefício e no de seus semelhantes. Por intermédio do médico deve haver aquisição, mudança ou reforço de conhecimentos, atitudes e práticas de saúde dos indivíduos e da comunidade.

O tema central deste trabalho visa a despertar o interesse do médico pela Educação em Saúde; grande ênfase é dada à responsabilidade e oportunidades educativas do médico, bem como à importância do diagnóstico educativo e das intervenções educacionais, muitas vezes decisivas para a saúde e bem estar dos clientes.

O despreparo do médico em Educação em Saúde o impossibilita muitas vezes de assumir suas responsabilidades educativas e de aproveitar as oportunidades múltiplas delas decorrentes.

O problema pode ser colocado em termos de até que ponto o médico está capacitado para exercer atividades educativas em Centros de Saúde, problema esse que, entre nós, parece não ter merecido a atenção das Faculdades de Medicina nem dos Centros de Saúde-Escola.

A questão é saber de que modo o médico é capaz de influir sobre o cliente de forma a alterar seu comportamento quando necessário para manter a saúde ou prevenir a doença.

O que parece mais sério é que a alguns médicos falta a base estrutural da Educação em Saúde para poderem racionalizar suas ações educativas; talvez seja esta uma das razões pelas quais nem todos os médicos a integrem a sua prática.

Muitas são as razões que poderiam explicar a falta de preparo do médico em Educação em Saúde:

- desconhecimento do significado da Educação em Saúde;
- desconhecimento de trabalhos no campo da Educação em Saúde;
- preparo formal deficiente na área;
- comodismo;

- desamor pela arte de educar em saúde;
- falta de humildade para reconhecer as próprias deficiências;
- profissionais de saúde mais preocupados com o tratamento da doença do que com a melhoria da saúde da população;
- maior valorização da medicina como ciência do que como arte de curar;
- falta de compreensão de que a arte de curar se realiza muitas vezes através da arte de educar;
- insuficiente conteúdo educativo que se relacione com as experiências e necessidade dos pacientes e das populações e com o modo de atuação médica.

Se é melhor prevenir do que remediar, compete ao médico dizer aos pacientes como e o que fazer para ter saúde. "Mens agitat molem" ("O espírito move a matéria") expressão de VIRGÍLIO, citado por REZENDE⁴⁹. Esta expressão, pela qual VIRGÍLIO distingue a substância espiritual da substância material, serve para designar tudo o que indica o império do espírito sobre a matéria e a supremacia do pensamento, da inteligência e do gênio. Em toda reunião humana há um espírito geral que domina e move a multidão: "mens agitat molem" confirma REZENDE⁴⁹.

O médico preparado para educar domina e move indivíduos e multidões. Ao ingressar na vida profissional, tem o médico credenciais bastantes para captar a atenção dos clientes, e para que a sua influência benéfica se faça sentir no indivíduo, no lar e na comunidade.

Por isso o preparo do médico em Educação em Saúde constitui necessidade premente do médico para o desempenho do seu papel de intermediário entre a saúde e a doença.

O objetivo desta pesquisa foi investigar o preparo de médicos de unidades de saúde da rede pública do Estado de São Paulo, na área da Educação em Saúde, a fim de propor programa de treinamento-em-serviço desses profissionais, se indicado.

Considerando a importância do preparo do médico em Educação em Saúde, justifica-se a realização de pesquisas, praticamente inexistentes no Brasil, que visem ao desenvolvimento de atividades educativas nos diversos setores de atendimento médico. No âmbito internacional poucos são também os trabalhos publicados nessa área.

A pesquisa bibliográfica para apoiar esta tese foi intensa; contou com a participação do Projeto DSI/1981, em convênio com a CAPES, e mostrou a falta de referências para mais amplo desenvolvimento do tema.

**RESPONSABILIDADES E OPORTUNIDADES
EDUCATIVAS DO MÉDICO**

RESPONSABILIDADES E OPORTUNIDADES EDUCATIVAS DO MÉDICO

Educação em Saúde é responsabilidade de todos que trabalham em saúde. Não é responsabilidade apenas do especialista, mas de todos que têm contato com a população que procura os serviços de saúde.

Quando se diz que "todos são responsáveis pela Educação em Saúde", generaliza-se a responsabilidade; no entanto, grande parcela de responsabilidade cabe ao médico, que deve aproveitar as inúmeras oportunidades que se apresentam no exercício de suas atividades.

Em CS não há nenhuma atividade profissional que não contenha em si, em diferentes graus, ação educativa e há oportunidade para essa ação junto aos pacientes e seus famíliares; diariamente, dezenas e até centenas de pessoas acorrem aos CS o que faz do médico um Educador de Saúde em potencial.

O médico consultante do CS tem a responsabilidade e a oportunidade de integrar Educação em Saúde à prevenção e diagnóstico das doenças.

A falta de conhecimentos, atitudes e práticas de saúde constitui causa de muitos males.

Cabe ao médico desenvolver atividades educativas planejadas visando à saúde e ao bem-estar do cliente, através do CAP, PRECEDE e do ABCS da Educação em Saúde:

- CAP (conhecimentos, atitudes e práticas de saúde), enfatizado por CANDEIAS e MARCONDES⁸.
- PRECEDE (fatores que habilitam, reforçam e predispõem para a Educação em Saúde), de GREEN e colaboradores²².
- ABCS (altruismo, bondade, calma e sabedoria) incluído nesse trabalho por DAMIÃO, por influência dos trabalhos de MARCONDES^{33a38}.

O médico responsável pela Educação em Saúde do cliente tem oportunidade de:

- . ouvir o cliente, especialmente quanto^a seus conhecimentos, atitudes e práticas;
- dar atenção tanto ao diagnóstico da doença como ao conteúdo educativo a ser utilizado;
- . superar os atritos interpessoais e os problemas com pacientes, sem lidar com tais questões de maneira ríspida, disciplinar ou punitiva;
- . desenvolver, no consultório médico, atmosfera agradável, conducente ao bem estar;
- . levar o cliente a adquirir ou reforçar conhecimentos, atitudes e práticas de saúde;
- . levar o cliente a mudar conhecimentos, atitudes e práticas desfavoráveis;
- . dar liberdade ao cliente para exprimir seus sen

- timentos favoráveis ou desfavoráveis à saúde;
- . reforçar os sentimentos favoráveis;
 - . motivar o paciente à aprendizagem;
 - . tornar o paciente responsável pelo aprendiza
do individual e mais seguro para participarda
aprendizagem de grupo;
 - . desenvolver um processo de aprendizagem que
habilite o paciente a enfrentar direta e pes
soalmente o seu problema de saúde;
 - . divulgar os serviços oferecidos pelo Centro de
Saúde;
 - . fazer palestras, conferências, dar aulas;
 - . utilizar multimeios de Educação em Saúde.

A Educação em Saúde parece aumentar a responsa
bilidade do médico no desenvolvimento da relação pessoal com
o paciente; mas quando há confiança no médico, a segurança de
la decorrente é o melhor tratamento, sendo suficiente em muitos
casos ^{4 6}.

No relacionamento médico-paciente é grande a
responsabilidade que tem o médico de educar em saúde, pois há
oportunidade de ouvir e ser ouvido, entender e ser entendido,
compreender e ser compreendido; há também oportunidade de uma
autenticidade recíproca, condições favoráveis para o médico assu
mir a Educação em Saúde.

O médico deve se utilizar da conversação como

forma de tratamento, que se baseia na conversa, assim como a terapia psicanalítica constitui uma "Talking cure" (cura pela fala).

Conforme cita GOEPPERT^{et al.}²¹, foi Anna O., a primeira paciente de Breuer e Freud, que deu a essa forma de tratamento baseada na conversa o nome de "Talking cure". Freud refere-se com frequência ao diálogo como princípio básico da técnica de análise, ainda conforme GOEPPERT^{et al.}; pode-se dizer que é também um princípio básico da técnica da Educação em Saúde. No diálogo o paciente fala e exterioriza seus desejos e emoções. O médico presta atenção às palavras do paciente, procura orientar seus pensamentos, encaminhar sua atenção para vários sentidos, observando as reações de compreensão e rejeição a conhecimentos, atitudes e práticas de saúde.

Através da palavra, o médico pode educar o paciente ou pode deixá-lo na ignorância dos assuntos condizentes à sua saúde. Por meio de palavras o médico deve transmitir conhecimentos que se aplicam ao paciente e o leva a tomar decisões.

As palavras provocam estados afetivos e constituem o instrumento mais comum com que se influenciam reciprocamente médico e paciente, razão pela qual o médico não deve subestimar o valor do uso da palavra em Educação em Saúde, nem se contentar com o papel de ouvinte; médico e paciente devem trocar palavras entre si, procurando manter sempre um bom relacionamento. Dialogar com o paciente, entrevistá-lo, utilizar outros métodos educativos para elucidar os assuntos são práticas

altamente positivas do médico. Pode-se considerar o silêncio sobre assuntos de saúde como resistência do médico à Educação em Saúde ou como seu despreparo; portanto, como aspecto negativo do médico em relação à Educação em Saúde do paciente. De qualquer modo, o silêncio se refere à situação de comunicação e ocupa um espaço a ser preenchido pelo médico, tendo em vista a responsabilidade e a oportunidade de integrar Educação às suas atividades profissionais. Contudo, a comunicação médico - paciente não se realiza exclusivamente por meio da expressão falada, mas também por meio de expressões extraverbais, cujos estudos se encontram em fase de desenvolvimento.

EKMAN e FRIESEN, citados por GOEPPERT^{ecol. 21}, distinguem três tipos de princípios de codificação do comportamento extraverbal: extrínsecos arbitrários, extrínsecos icônicos e intrínsecos.

Os extrínsecos arbitrários referem-se ao comportamento extraverbal que se assemelha à expressão falada arbitrariamente. Exemplo: abrir e fechar a mão erguida tanto significa "cumprimentar" como "dizer adeus". Portanto, a codificação é arbitrária.

Os extrínsecos icônicos referem-se ao comportamento extraverbal, que representa nitidamente uma idéia sem uso de artifícios. Exemplo: a pessoa imita com a mão um revólver, e mexe o indicador como se fosse disparar a arma.

Os intrínsecos referem-se ao comportamento extraverbal que se encontra ligado visualmente a seu significado, mas

não representam nitidamente a idéia pelo uso do artifício. Exemplo: a pessoa executa os mesmos movimentos, imitando disparar a arma, mas com o revólver na mão.

Baseando-se nesses três tipos de códigos, EKMAN e FRIESEN concluíram que existem cinco categorias extraverbaais de comportamento, fundamentadas principalmente na codificação icônica. Essas cinco categorias são representadas por:

- 1º "emblemas (gestos);
- 2º "ilustradores" (ou movimentos que se referem diretamente a expressões verbais e as esclarecem);
- 3º "demonstrações de afeto" (que se revelam na expressão emocional do rosto);
- 4º "reguladores" (que disciplinam o diálogo) or dens como "prossiga!", "mais depressa!", "per_mita que os outros também falem!", "repita!";
- 5) "adaptadores" (correspondem às formas de com portamento aprendidas durante a infância, vi sando à satisfação de necessidades do corpo, à execução de atividades físicas, à resolu ção de problemas de ordem emocional e ao es tabelecimento dos protótipos de contato in terpessoal).

Procurando definir quais as funções que as dife rentes formas de comportamento extraverbaais podem desempenhar no processo de comunicação, EKMAN e FRIESEN estabeleceram cin co funções que, eventualmente, correspondem às cinco categorias do comportamento extraverbal:

- 19) O comportamento extraverbal tem a função de assinalar certas qualidades da relação médico-paciente, em concordância ou discordância com as relações estabelecidas pela expressão verbal. Aí, geralmente, entram em ação os gestos (emblemas) cujos significados são perfeitamente verbalizáveis. Exemplo: quando o paciente coça a cabeça e ao mesmo tempo levanta as sobrancelhas, exprime inconfundivelmente, com esse gesto, certa insegurança, mesmo que a não expresse verbalmente. Se o médico percebe e procura descontraír o paciente para que ele verbalize esses gestos e se estabeleça um diálogo que contribua para a educação do paciente, esse aspecto do comportamento do médico é positivo.
- 29) O comportamento extraverbal tem a função de exprimir e comunicar certas emoções, mediante o uso dos músculos da face principalmente. Neste caso, o comportamento extraverbal pode corresponder ou não à expressão verbal, sendo ainda, em princípio, verbalizável. Se o paciente diz uma coisa e sua expressão extraverbal é contrária (ou parece dizer outra), cabe ao médico atribuir à expressão extraverbal uma importância maior e procurar fazer com que o paciente se expresse nitidamente. Nesse

caso, caracteriza-se como positivo o comportamento do médico.

39) O comportamento extraverbal possui, na qualidade de linguagem corporal, uma função simbólica mediante a qual se expressam certas atitudes, em parte inconscientes, em relação à própria personalidade como, por exemplo, a auto-estima, a capacidade de estabelecer contatos, etc.

49) O comportamento extraverbal possui uma função metacomunicativa, na medida que fornece indicações para a interpretação da comunicação verbal . Isso sucede, a nosso ver, principalmente através dos "ilustradores" (quando o paciente fala e ao mesmo tempo bate com a mão no divã, ou no braço da cadeira, por exemplo, para reforçar o que acaba de dizer), e por meio dos "reguladores" (quando, por exemplo, o terapeuta acena com a cabeça, ou boceja ruidosa e ostensivamente).

59) O comportamento extraverbal tem uma função de escape, visto que a consciência exerce sobre eles controle bem menor que sobre o comportamento verbal.

Se o médico consegue manter com o paciente um diálogo compreensivo, mais fácil se torna o trabalho de educá-lo,

principalmente se o médico for dedicado.

O despreparo do médico para educar seu cliente se evidencia quando:

- . tem oportunidade educativa, mas não assume a responsabilidade de educar o paciente em matéria de saúde;
- . julga que as pessoas que vêm ao CS não têm expectativas educacionais;
- . não sabe realmente o que significa Educação em Saúde;
- . acha importante a Educação em Saúde, mas não percebe sua falta de preparo nessa área;
- . desconhece os métodos educativos que poderão ajudá-lo no ensino do paciente e as barreiras a serem vencidas;
- . ignora certos fatores que podem exercer influência favorável ou desfavorável na Educação em Saúde do paciente;
- . não alerta o paciente sobre costumes e pressões sociais que podem anular ou prejudicar boas práticas de saúde;
- . desconhece o momento psicológico favorável para motivar as pessoas que procuram o CS;
- . não programa a Educação em Saúde do seu paciente;
- . não está preparado para participar da dinâmica de grupo multiprofissional, a fim de motivar ou de ser motivado a adquirir, reforçar ou mudar

seus próprios conhecimentos, atitudes e práticas de saúde;

- . não sabe adaptar as atividades educativas ao nível sócio-econômico e de escolaridade do paciente;
- . não percebe o que convém ao paciente ouvir ou ler e usa expressões extra-verbais que podem não ser interpretadas corretamente;
- . entra em conflito com os motivos e crenças do indivíduo, antes de adquirir sua confiança;
- . amedronta o paciente com a possibilidade de adquirir certas doenças, sem dizer como e o que fazer para evitá-las;
- . preocupa-se com a vacinação das crianças e adultos, mas se descuida da imunização;
- . não valoriza as campanhas de vacinação mesmo quando conseguem êxito nos programas de erradicação de doenças infecto-contagiosas, mediante a cooperação da comunidade como um todo;
- . esquece-se de que certos serviços de saúde são mantidos pela e para a comunidade, com a finalidade de modificar favoravelmente atitudes e comportamentos de indivíduos e grupos no que se refere à saúde;
- . desconhece muitos dos princípios aplicáveis à educação do paciente e que podem ser igualmente usados quando se visa a comunidade, como o emprego de palavras simples, a explicação de problemas de saúde, o aproveitamento do momento propício para ensinar e o reconhecimento da importância da motivação para que os conhecimentos se convertam em ações positivas.

Segundo THOMAS FULLER, citado por DELLA NINA¹³,
 " O conhecimento dirige a prática; no entanto, a prática aumen
ta o conhecimento."

Cabe também ao médico a responsabilidade de as
 segurar a continuidade de sua competência através de atualiza
ção constante²⁸.

Alguns educadores têm observado que na seleção
 de candidatos para as escolas médicas tem sido dada maior ênfa
 se às ciências físicas e biológicas, com relativo descaso às
 chamadas qualidades humanísticas, tais como: personalidade, au
to-controle, bondade, atenção e interesse pelas pessoas. Muitas
 críticas vêm sendo feitas por médicos jovens aos critérios ado
tados nas faculdades como inadequados para a formação de um
"bom" médico, porque não incluem os fatores não intelectuais co
mo motivação, bondade e personalidade para a avaliação do estu
dante.

RAOUL SENAULT, em artigo intitulado "La prepa
ración del médico en la actualidad"⁵⁶, formula a seguinte per
gunta: "Cuáles deberían ser los elementos esenciales de un pro
grama de enseñanza de la medicina?" e sugere que se faça pes
quisa envolvendo professores e médicos em geral, bem como pa
cientes, que podem expor o que esperam do médico. Entretanto,
 diz ele: "Una de las preocupaciones de nuestros días, en la en
señanza de la medicina, há de ser la orientación hacia la edu
cación en salud". E enfatiza a importância do médico que se
preocupa com as inquietudes, temores e curiosidades de seus pa
cientes. E, sobre a composição do ensino médico, SENAULT⁵⁶ res

ponde à pergunta, por ele mesmo formulada, dizendo: "Las mate
rias complementarias que permiten al médico desempeñar sus fun
ciones en la colectividad con toda la eficacia deseable son,
a mi modo de ver, la psicología y la educación en salud".

Para SCOTT ⁵⁴, três fatores influem nas ativi
dades médicas:

- 1) o estado atual dos conhecimentos do profis
sional;
- 2) as condições pessoais do médico, sua habi
lidade técnica, sua aptidão para aplicar
conhecimentos e aproveitar experiências ,
seu aperfeiçoamento profissional, e
- 3) as circunstâncias em que trabalha.

SCOTT admite que falta a alguns médicos capa
cidade para fazer uso adequado do que sabem.

Mesmo sem a presença de um problema de saúde
real, a oportunidade de educar o cliente existe e o médico de
ve estar preparado para aproveitá-la.

Segundo JOHN H. BUDD⁷ , o declínio em opiniões
favoráveis aos médicos é produto do "consumismo", da frustra-
ção geral e do "stress" da sociedade moderna porque, diz ele,
"frequentemente todos nós nos unimos ao coro dos críticos em
muitos aspectos da vida". Ele considera aceitáveis os padrões
de crítica em relação aos médicos em quase toda a nação ameri
cana, pois dizem eles:

"Meu cirurgião é muito habilidoso,

mas ele não tem tempo para falar comigo";

"O médico é tipicamente como o negociante - reprimido, compulsivo, mais interessado no dinheiro e na doença do que na pessoa envolvida";

"Ele presta mais atenção ao Raio X e nos resultados de laboratório do que em mim".

Nesta mesma linha de pensamento BUDD cita ainda a seguinte declaração contida na Medical World News:

"A imagem empanada dos médicos, até certo ponto, reflete a inabilidade de muitos deles para expressar um sentimento de interesse em relação a seus pacientes".

Com a expansão dos conhecimentos científicos veio a especialização e a sub-especialização e o resultado foi a fragmentação no relacionamento médico-paciente. Muitos pacientes dependem de muitos especialistas; eles falam de "meu obstetra", "meu pediatra", "meu psiquiatra", "meu alergista", e raramente se referem ao "meu médico".

O despreparo do médico em Educação em Saúde pode concorrer para o curandeirismo, algumas vezes com conseqüência desastrosa para os pacientes.

Para BUDD ⁷ ainda os médicos estão menosprezando a arte da medicina, permitindo que haja um desequilíbrio entre a arte e a ciência, desviando-se para a ciência. Por isso, as falhas são percebidas pelo público, não tanto em habi

lidades técnicas, mas com relação aos atributos humanos como bondade, tolerância e compreensão do paciente quanto aos seus sentimentos, emoções e temores. BUDD procura colocar em ordem as qualidades desejáveis do "bom médico", para demonstrar que umas se referem à ciência e outras à arte: habilidade, inteligência, integridade, dedicação, auto-controle, eficácia, paciência, compaixão, benevolência, cuidado. Cita a oração de autor desconhecido, intitulada por ele como "A Physician's Prayer", que reflete, certamente, as qualidades pelas quais muitos pacientes anseiam e das quais muitos sentem falta:

"Da inabilidade de deixar os sa-
dios em paz,
Do muito zelo para com o novo e
desrespeito pelo que é velho,
De por o conhecimento antes da
sabedoria, a ciência antes da ar-
te e a inteligência antes do
bom senso,
De tratar os pacientes como ca-
sos e de tornar a cura da doen-
ça mais dolorosa do que a tole-
rância da mesma,
Meu Deus, livrai-nos! "

**DIAGNÓSTICO EDUCATIVO
E INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS**

DIAGNÓSTICO EDUCATIVO E INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS

No relacionamento médico-paciente integram-se elementos comportamentais de natureza psíquica e social, com características relevantes que devem ser descobertas através do diálogo, da observação direta e da compreensão dos atos de comunicação que as envolvem.

Interesses imediatos muitas vezes acabam prevalecendo sobre os fins da Educação em Saúde, conturbando-os; por isso o médico deve estar alerta no seu relacionamento com o paciente para não os perder de vista.

Já na primeira consulta é importante que o paciente consiga revelar-se ao médico, a fim de que ele possa fazer o diagnóstico da doença e do comportamento.

Consultas em sala ampla, silenciosa, portas fechadas, ambiente calmo, aconchegante e estritamente pessoal favorecem a regressão, ou a volta do paciente às suas antigas formas de percepção e de vivência; e a individualidade, quando preservada, facilita a obtenção de dados para o diagnóstico educativo.

Deve o médico fazer uma anamnese completa e um diagnóstico biológico apurado levando em consideração os aspectos psicológicos que levaram o paciente à consulta.

Alguns indícios fundamentais deve ter o médico em mente para o diagnóstico educativo provável, à semelhança de outros valores, como pressão arterial, frequência do pulso,

frequência respiratória, para poder determinar o estado do paciente.

Talvez alguns médicos achem que seja preciso muito tempo para o paciente expor seus problemas emocionais e educacionais.

Realmente, a primeira consulta deve ser demorada, pois é necessário tempo para ouvir o paciente contar suas experiências passadas, falar sobre seus conhecimentos, atitudes e práticas de saúde, suas tradições e seus objetivos pessoais. Para aproveitar bem o tempo o médico deve adotar um esquema para as consultas que facilite o seu trabalho, pois se a anamnese for bem feita, o tempo vai diminuindo naturalmente nas consultas subsequentes. À proporção que o médico vai exercendo a profissão vai desenvolvendo sua sensibilidade, vai formando idéias e adquirindo conhecimentos que o ajudam a aproveitar melhor o tempo em benefício do cliente.

Numa análise e interpretação de dados o médico dotado de sensibilidade é capaz de descrever o paciente em seus caracteres físicos e sensíveis: cor, som, odor; ele grava a voz do paciente e o ruído de seus passos. Por intermédio de ações físicas exercidas pela luz, som, calor, a sensibilidade do médico atinge o exterior do paciente; mas o olhar clínico inteligente penetra o interior, a fim de descobrir nele o que há de mais importante, a profundidade do seu ser, a sua natureza.

Rapidamente alguns sinais podem ser observados pelo médico e que são valiosos para o diagnóstico educativo :

aparência do paciente, seu comportamento e a disposição geral que apresenta. Para prever e prover a saúde e bem estar do cliente, o médico deve conhecer não só sua natureza física, mas sua totalidade somato-psíquica. Não deve o médico limitar-se apenas ao tema central que é o paciente e sua doença; antes, deve levar em consideração o panorama psicossocial dos padrões comportamentais em que a comunicação (verbal e extra-verbal) se desenvolve.

O médico de CS não deve se esquecer dos passos que conduzem ao diagnóstico nosográfico: interrogatório e exame físico, interpretação dos exames complementares, das síndromes clínicas, humorais e radiológicas, do diagnóstico pre-suntivo, da indução e exclusão diagnósticas, dos diagnósticos diferenciais, até chegar ao diagnóstico definitivo em seu tríplice aspecto, anatômico, etiológico e fisiológico. Concomi- tantemente, deve lembrar-se do diagnóstico educativo.

Em alguns casos o diagnóstico educativo está contido no diagnóstico etiológico e é necessário conhecê-lo pa- ra se instituir a terapêutica.

Para chegar ao diagnóstico educativo o médi- co deve se exercitar nos métodos e técnicas educativas, da mes- ma maneira que o cirurgião pratica a técnica cirúrgica.

Pode-se classificar o diagnóstico educativo em precoce e tardio. O diagnóstico precoce faz parte da medici- na preventiva e o diagnóstico tardio da medicina curativa.

O diagnóstico educativo precoce funciona como medida profilática - previne a doença e, conseqüentemente, todas as desvantagens que ela acarreta ao indivíduo a curto, a médio ou a longo prazo.

O diagnóstico educativo, mesmo tardio, auxilia na prevenção de incapacidades, a tornar mais suportáveis doenças crônicas ou incuráveis e, em alguns casos, a prolongar a vida quando se impõe uma terapêutica efetiva, adequada e eficiente.

Feito o diagnóstico educativo, o médico deve instituir a terapêutica que, em resumo, é educar o cliente ; isto o médico deve fazer com naturalidade, sem se apresentar como um mestre ou educador.

A Educação em Saúde deve funcionar na profissão médica como um enzima catalizador; ela deve atuar sem que o cliente perceba que está se educando.

Para que o cliente não se firme ainda mais na sua posição errônea, deve o médico expressar compreensão e , em princípio, aceitar a oposição às suas orientações.

As objeções devem ser pesadas, pensadas e avaliadas. Em certos casos o médico deve provocar no paciente uma insatisfação que não cause depressão, mas que o leve a encontrar um novo caminho para prevenir a doença. Este impulso dado ao cliente para uma terapêutica educativa precoce modifica o panorama clínico. As pessoas aceitam mudanças des-

de que sejam convencidas dos benefícios que poderão obter com a aquisição de uma nova prática.

É importante o relacionamento médico-paciente para que ambos planejem as mudanças que deverão ser efetuadas, com base no diagnóstico educativo, a fim de se alcançarem os objetivos desejados.

Considerando os componentes comportamentais, os médicos concordam que não há doenças, há doentes. Provavelmente, após o diagnóstico clínico, o médico terá subsídios para fazer o diagnóstico educativo da doença e do doente.

Se considerarmos cada doente como um problema de saúde, redefinindo e adaptando o pensamento de GREEN e col.²², em termos de comportamento e de diagnóstico, resumidamente o médico tem oportunidade de:

- "1. Especificar os comportamentos presumivelmente responsáveis pelo problema de saúde tão concretamente quanto possível.
2. Identificar os fatores não comportamentais responsáveis pelo problema de saúde, de tal forma que possa reconhecer os fatores determinantes que exigem o desenvolvimento de outras estratégias que não as de Educação em Saúde.
3. Verificar se os comportamentos identificados no item 1 são passíveis

de mudança através de intervenções educacionais e de que tal mudança irá melhorar o problema de saúde em questão".

Para descobrir coisas importantes sobre si mesmo e sobre o cliente, é necessário ao médico um grau de envolvimento emocional mais íntimo com as pessoas, compreensão, controle, sensibilidade, para ouvir o que elas têm a dizer e discernir o que está por trás das suas palavras, dos seus gestos, do seu franzir de sobrancelhas e suas excitações. O bom relacionamento humano depende em grande parte dessa tranquilidade de espírito, que é fornecida pela educação cristã.

Nos CS, principalmente, deve ser dada liberdade ao médico para não limitar seu trato com os pacientes a situações formais e institucionalizadas, para que possa interpretar os motivos e as aspirações mais íntimas das pessoas²⁶.

Talvez seja o CS o local mais apropriado para educar em saúde, porque as pessoas chegam ali descompromissadas de qualquer formalismo educacional; em geral vêm em busca de orientação, de ouvir o conselho de pessoas que julgam entendidas em assuntos de saúde e de doença.

Nem sempre é possível ao médico envolver o paciente no planejamento educativo ou numa análise de resultados de exames. Contudo, o paciente poderá em alguns casos ser informado antecipadamente de certos resultados para ir se acostumando com a noção de que terá que se submeter às recomendações

médicas; assim, ele poderá ir ventilando dúvidas a respeito da doença, do tratamento, ou de provável internação. O médico deve estar seguro de que o plano de mudança de conduta é compreendido pelo cliente; se o plano educativo não for claro, dificilmente o cliente o aceitará. A análise de um resultado de exame de laboratório, em que a taxa de glicose no sangue é alta, por exemplo, poderá ser feita com o paciente e ele mesmo poderá tirar conclusões e estabelecer com o médico sua própria dieta, isenta de hidratos de carbono. As pessoas aceitam mais facilmente modificações de comportamento quando são envolvidas no planejamento educativo. O paciente aceita a idéia de fazer o regime alimentar, não porque o médico o obrigou a isso, mas porque participou da tomada de decisões.

Geralmente, o que é suscetível de mudança implica em algum tempo de adaptação por parte do cliente, sendo que esse tempo varia de pessoa para pessoa e exige acompanhamento por parte do médico.

Algumas pessoas resistem às mudanças por comodidade; seguir uma dieta sem sal, em casa, é bem mais difícil do que no hospital, onde há uma certa imposição. O paciente hospitalizado geralmente se submete às recomendações do médico.

Nem sempre o cliente pode optar em caso de terapêutica educativa tardia quando medidas drásticas se lhe impõem como opção de vida ou morte.

Faz parte da terapêutica o médico convencer o

paciente de que deve regularizar seu modo de vida de acordo com suas condições físicas para evitar doenças a que está predisposto pelo tipo morfológico, biotipo, ou pelo temperamento. Diabetes, epilepsia, tuberculose, hipertensão arterial, doenças nutricionais exigem orientação e motivação do paciente para adotar as condutas favoráveis à cura ou a manutenção de um estado de saúde aparentemente hígido, que não o incapacite para as atividades diárias.

Para o tratamento educativo do doente o médico deve utilizar um roteiro que facilite o seu trabalho¹⁴. A Educação em Saúde do doente deve ser planejada conforme os recursos disponíveis. De acordo com GREEN e col.²³, o planejamento da Educação em Saúde do paciente envolve o seguinte:

1º - Identificar as necessidades educacionais do paciente e de sua família - Diagnóstico.

A. Determinar conhecimentos, atitudes e práticas que o paciente e sua família devem ter do ponto de vista médico, a fim de:

- . compreenderem a doença;
- . compreenderem os cuidados;
- . cooperarem e participarem do programa de tratamento.

B. Determinar até que ponto o paciente e sua família já possuem os conhecimentos, atitudes e práticas necessários, conforme a letra A:

- . o que o paciente já sabe sobre sua doença, tratamento, prognóstico, seu papel no tratamento e os recursos de que dispõe;
- . que crenças ele possui capazes de interferirem em sua resposta ao tratamento;

- . que atitudes favoráveis ou desfavoráveis ele tem que podem afetar sua resposta ao tratamento;
- . que práticas precisam ser mudadas.

2º - Estabelecer objetivos educativos para o paciente e sua família.

3º - Selecionar métodos educativos próprios para cada objetivo determinado:

- . especificar o que deve ser ensinado, por quem , onde, quando e como.

4º - Executar o programa educativo.

5º - Avaliar o programa educativo do paciente e de sua família em termos de progresso do paciente:

- . até que ponto os métodos educativos foram efetivos, eficientes e adequados.

Para intervenções educacionais, o médico deve se interessar pela interrelação existente entre os fatores a serem considerados para evitar o desequilíbrio básico de adaptação fisiológica do paciente ao "stress" múltiplo (físico e emocional), que em parte é iniciado nas condições do ambiente externo.

Assim, devem ser considerados os fatores ambientais que podem estar afetando o estado de saúde do paciente e os que possam influenciar seu comportamento. Para facilidade didática os fatores ambientais são assim classificados:

I. "Ambiente material

a. Fatores intrínsecos (somáticos):

- idade, sexo, características hereditárias;

b. Fatores extrínsecos:

1. Ambiente físico: topografia, clima, ocupação, habitação e outros.
2. Ambiente biológico: alimentos, saneamento, agentes de doenças infecciosas, vetores de doenças.
3. Ambiente social: relação do homem com o homem em termos de seu modo de vida.

II. Ambiente não material

a. Fatores intrínsecos:

- mentalidade e temperamento

b. Fatores extrínsecos, que afetam o comportamento consciente ou inconsciente do homem:

- crenças, ideologias, valores, normas sociais, experiências de vida, tais como socialização, educação, trauma e "strees", recompensas, satisfações e outros".

DIDIO diz ¹⁷ : "O médico não deve descuidar-se, também, do estudo do "Homem e seu Ambiente", das múltiplas e íntimas relações que se estabelecem entre as duas entidades" . "Outro aspecto interessante, aliado à comunicação médico-cliente, relaciona-se com o conhecimento e a compreensão dos pacientes, para que possam exercer a profissão em toda a sua plenitude". "Sendo essencial o relacionamento médico-cliente, o médico deve esmerar-se na comunicação pela clareza, pela diplomacia, pela tolerância, pela paciência, que lhe grangearão a confiança do paciente, "meio caminho andado para a cura". Essas qualidades, que não são exclusivas de "super-homens", permitirão, quando a terapêutica falhar, "dar tempo ao tempo" e, com isso, às vezes, triunfar à custa da própria natureza do corpo humano, que se encarrega de curar-se a si próprio".

Para CARREL ¹⁰ , "a adaptação é uma maneira de ser de todos os "processus" orgânicos e mentais. Não é uma entidade. Corresponde ao agrupamento automático das nossas atividades pela forma mais propícia para assegurar o melhor possível a vida do indivíduo. A adaptação é essencialmente teleológica. É graças a ela que o meio interno se mantém constante, que o corpo conserva a sua unidade, que se cura das doenças. É graças a ela que duramos, apesar da fragilidade e do caráter transitório dos nossos tecidos. É tão indispensável como a nutrição, da qual é um aspecto".

Além disso, para o médico introduzir o paciente na tarefa de participar dos programas do CS é preciso que compreenda suas necessidades, atendendo-as no que for justo e possível, dentro de um clima de respeito, confiança e responsabilidade.

Para MASLOW, citado por HERSEY²⁵, a força de algumas necessidades se organizam hierarquicamente e ele as apresenta em ordem decrescente: fisiológicas, de segurança, social, de estima, de auto-realização. Enquanto as necessidades humanas mais prementes para a manutenção da vida não são satisfeitas, torna-se mais difícil a motivação em outros níveis. No entanto, se as necessidades básicas são atendidas, estas motivam e dominam o comportamento do indivíduo para outras necessidades como, por exemplo: necessidade de segurança, de estar livre de medo de perigo físico e privação das necessidades fisiológicas.

O estudo de motivação e comportamento a respeito da natureza humana ajuda o médico a reconhecer a importância do passado e, até certo ponto, para prever, mudar e até controlar o comportamento futuro do paciente. Para prever o comportamento do paciente, o médico precisa saber quais os motivos ou quais as necessidades que provocam determinada ação em determinado momento.

Para isso, ele precisa estar disponível. Disponibilidade é atitude de nos pormos à disposição de outra pessoa, de percebê-la, de atendê-la, em vez de fugir à solicitação. O médico deve estar preparado, a fim de que possa vencer todas as cansaças e indisposições que acarretam o colocar-se sempre à disposição dos pacientes, seja em que momento for e qualquer que seja o assunto. Quantas oportunidades de Educação em Saúde se perdem por falta de disponibilidade do médico, por falta de tempo interior para atender às pessoas. Ao

"Agora não posso, só depois", é possível que esse depois não venha nunca, tomando o paciente rumo diferente do que seria de desejar. MORAES⁴¹ diz que "O exercício profissional conduz o médico a um estilo de vida peculiar. As exigências próprias de seu trabalho fogem muito da rotina das demais profissões, porque supõem a alteração do conceito tradicional do dia e da noite, como período de trabalho e de repouso. Elas trazem, ainda, também, como alteração de hábito comum, a quebra do horário das refeições. Essas duas maneiras de proceder marcam de forma indelével sua personalidade. A gratificação emocional ao servir o próximo na dor e no sofrimento faz passar para segundo nível o conforto pessoal e, muitas vezes, o de sua própria família. A alteração dos hábitos cotidianos estabelecidos para ele desde a juventude torna o seu modo de viver muito diferente do dos demais cidadãos.

Educar o jovem para ser médico implica também em treiná-lo no estilo de vida que o bom desempenho da profissão exige".

Para o bom desempenho de intervenções educacionais no CS o médico deve saber que, em verdade, o CS se aperfeiçoa quando a vontade e aspirações, provindas dos pacientes, passam a influir nos serviços e novas exigências são incorporadas às atividades normais. Alguns médicos, infelizmente, não estão preparados para ouvir opiniões de outras pessoas e para aceitarem propostas de alterações no CS. Não raro, em vez do entendimento é a confusão que se estabelece, os pacientes desejando uma "nova ordem" e os médicos querendo conservar a "ordem anterior".

A verdade é que quase sempre se estabelece a intolerância e a incompreensão entre ambas as partes. Os médicos não compreendem os pacientes e estes rebelam-se contra aqueles, quando não ocorrem atos de hostilidade declarada entre médico e paciente.

Apesar de todas as agravantes e atenuantes da falta de compreensão no relacionamento médico-paciente, quem pode fazer algo para superá-la é evidentemente o médico.

Tudo indica que o melhor caminho a seguir pelos médicos é ponderar as sugestões dos pacientes e verificar se são passíveis de aceitação. Esta é uma forma de diminuir os motivos de tensão e atrito. O paciente, sabedor de que pode apresentar seus problemas para apreciação, fica satisfeito, ao mesmo tempo em que se vai sentindo responsável por seus problemas. Assim agindo, o médico auxilia o processo psicossocial da interação médico-paciente, estabelecendo um clima de confiança para discussão ampla dos assuntos do paciente e de sua família.

Essa participação do relacionamento médico-paciente deve ser preparada, pois não se pode querer que determinada forma de comportamento possa ser adotada de um momento para outro, sem prévio preparo. Desde a primeira consulta, os pacientes devem ser tratados com respeito e como seres responsáveis, não sendo feridos em sua suscetibilidade e não lhes sendo negada explicações a certas exigências, de maneira a substituir-se a imposição pela aceitação. É preciso reconhecer que certas necessidades dos pacientes precisam ser atendidas ,

a fim de ser evitada uma educação de privação que, mais cedo ou mais tarde, cobrará seus juros na forma de comportamento (deseducativo), não condizente com a saúde e bem-estar.

Para o planejamento de intervenções educacionais o médico deve sempre se lembrar que a Educação em Saúde do analfabeto difere da Educação em Saúde do letrado em alguns aspectos. Dentro do possível, ao estabelecer o plano educativo para o cliente, deve o médico fazer perguntas em ordem sistemática e lógica. Uma resposta inesperada pode desviar do objetivo principal; mesmo assim, o médico deve retornar para prosseguir na direção do plano educativo. Para atingir mais facilmente os objetivos educacionais, a melhor maneira de fazer perguntas é em tom de conversa, pois desperta o interesse e aumenta a atenção do paciente. Perguntas com respostas lacônicas de "sim" ou "não" não estimulam o pensamento e não induzem à ação, devendo o médico ter em mente que em Educação em Saúde a formulação de uma pergunta deve ter a intenção de levar à aquisição, reforço ou mudança de conhecimentos, atitudes e práticas de saúde.

Perguntas formuladas pelo médico ao cliente devem:

- . ser claras e precisas;
- . estar de acordo com o grau de escolaridade ou capacidade intelectual do indivíduo;
- . tratar do que for essencial ao processo educativo;
- . ser de abordagem respeitosa.

Durante a entrevista o médico deve evitar fazer perguntas inconseqüentes, controvertidas, ou perguntas que administram

tam duas ou mais respostas. Deve evitar expressões técnicas e palavras desconhecidas que não fazem parte do vocabulário de leigos em medicina. Quanto possível, deve fazer perguntas curtas e com poucas palavras. Deve demonstrar interesse nas respostas do cliente, procurando fazer a avaliação delas, pois a avaliação constitui uma parte importante na arte de perguntar.

Antes, deve dar às respostas o devido valor e, se necessário, acrescentar algo à resposta do cliente. Se a resposta parecer sem nexo, o médico fará o possível para levar o paciente à compreensão do assunto e dar a resposta correta. Algumas vezes o cliente tenta responder a pergunta com outra pergunta. Até mesmo essa maneira de responder deve ser aceita pelo médico, porque é sinal de que a pessoa tem algum interesse e que deseja aprender. Perguntas e respostas que advêm do relacionamento médico-paciente devem revelar os pensamentos e as necessidades do paciente e levar o médico a aproveitar a oportunidade para educá-lo, adotando métodos favoráveis, e de procurar ajudá-lo a resolver seus problemas de saúde.

Para facilidade didática, o médico deve mentalizar as fases da entrevista e seguir esquemas que facilitem seu trabalho educativo.

No preparo da entrevista é importante fazer um esboço geral do assunto ou dos assuntos que serão tratados; organizar o material educativo que julgar de utilidade para o momento e servir-se de técnica que o ajude a entrar no "espírito" do cliente. No início da entrevista, o médico deve

evitar expressões que coloquem o cliente em situação de constrangimento, tais como:

- . Que é que você quer? Quem foi que mandou você aqui? Se vai falar bobagem, não me abra a boca.

O médico deve usar expressões que permitam ao cliente falar livremente:

- . Como posso ajudar você? Que assunto poderíamos discutir hoje? Qual o motivo de sua preocupação?

A seleção de conteúdos educativos deve ser feita em função do paciente e dos objetivos dos programas de Educação em Saúde. Para isso, é necessário que o médico esteja integrado à equipe multiprofissional do CS. Alguns assuntos devem ser levados para discussão em grupo.

Com PARISOT, citado por MARCONDES³⁴, podemos dizer que "toda atividade profissional deve ser acompanhada pelo componente educativo correspondente, que prolonga o efeito do ato técnico, torna-o mais valioso e mais eficiente e lhe confere um significado social mais humano".

BASS et alia¹ têm defendido a idéia da utilização de médicos como educadores de saúde no sistema escolar, e são de parecer que os programas em nível de residência médica são necessários e devem incluir supervisão nesta área de atividade. Eles apresentam um relatório das experiências obtidas pelo Departamento de Pediatria da Framingham Union Hospi

tal, juntamente com o Departamento de Pediatria da Universidade de Boston, de um programa envolvendo residentes de pediatria em comunidades pediátricas. Um PL-3 residente apresentou o tópico "Digestão" para uma classe de 3º grau com 21 crianças (idade média 9 anos) num sistema de escolas suburbanas. Um outro residente reviu o "Sistema de Esqueleto" com uma classe de 4º grau com 20 crianças (idade média 10 anos) na mesma escola. Ambos foram planejados para suplementar a unidade de saúde ensinada pelos professores e a focalizar as discussões de classe sobre os tópicos que estavam sendo discutidos. Contudo, perguntas gerais sobre alguns tópicos de saúde relacionados, foram permitidas. Após a sessão, os professores pediram às crianças que escrevessem uma breve carta para o residente agradecendo a sua participação. Posteriormente, o conteúdo destas cartas foram analisados para demonstrar a experiência desta realização pela revisão das respostas das crianças para estas atividades. Em resumo, as respostas foram: "Aprendi muito"; "visita alegre"; "sentimentos positivos em relação ao médico"; "desejo o retorno do médico".

"Na expansão a respeito do que se refere aos aspectos do comportamento social de cuidados de saúde em educação médica, Educação em Saúde tem a oportunidade para tornar-se por si mesma uma parte importante de treinamento de bases médicas. Atualmente a necessidade é de uma definição apropriada das tarefas educacionais e competências como uma base para o desenvolvimento de currículo em Educação em Saúde o qual poderá ser idealmente integrado em todo o programa educacional".

BRIEGER ⁴, no seu relato do "Desenvolvimento de ensino de serviços básicos em Educação em Saúde para estudantes de medicina", faz referência aos esforços feitos no sentido de desenvolver um conteúdo de serviço educacional para um Centro de Saúde rural que, associado ao hospital para maior ensino, serve como experiência para os futuros médicos porque inclui: aconselhamento ao paciente, visita domiciliar, avaliação, seções de educação de grupo, êxito de entrevista, aconselhamento médico, avaliação das necessidades da comunidade e consulta educacional com professores de escola local. O objetivo é integrar o ensino de Educação em Saúde no currículo médico. Mas, FREEMON et al. , citados por BRIEGER, dizem que se Educação em Saúde é ensinada em generalidades, sem aplicação prática, não pode competir para considerar a matéria com a essência de uma disciplina particular.

Entretanto, BRIEGER ⁴ revela que recentemente o reconhecimento da função do médico no amplo aspecto social e comportamental de saúde, tem sido refletido pelo desenvolvimento e adição de ciências comportamentais no currículo médico, e estas mudanças têm aberto uma porta para aumentar a ênfase de Educação em Saúde na educação médica. Esta ênfase tem sido apoiada pelas pesquisas que demonstram o impacto educacional específico que os médicos têm sobre os pacientes.

A educação médica tradicional encontra dificuldades na preparação dos médicos para as novas funções de saúde e por isso BRIEGER cita um exemplo de mudança institucional para preparar estudantes para as novas funções de cuidados

médicos primários, "O programa do Centro de Saúde da Comunidade de Escola de Medicina Rockford, Universidade de Illinois .

O importante é o desenvolvimento de um currículo base dentro das atuais funções educativas do médico, que não somente habilite o médico para melhor atender diariamente a demanda, mas também aumente a probabilidade de serem encontradas as necessidades de saúde do paciente e da comunidade.

METODOLOGIA

METODOLOGIA

Esta pesquisa foi realizada no período de outubro de 1980 a março de 1981, em Centros de Saúde (CS) da Secretaria de Estado da Saúde, Coordenadoria de Saúde da Comunidade, no município de São Paulo.

Esses CS integram Distrito Sanitário que, por ocasião do estudo, estava vinculado à Divisão Regional - R1- 4 do Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo (DRS-1) , atualmente Departamento de Saúde da Grande São Paulo - 1. Foi selecionado esse Distrito por ser área distinta do local de trabalho da investigadora, podendo a mesma concomitantemente dar cumprimento às suas responsabilidades de Assistente Técnica do Distrito Sanitário do Butantã. Todos os Centros de Saúde do referido Distrito, em número de 14, na época da pesquisa apresentavam as categorias I, III, IV e V.

Após esclarecimentos do objetivo do estudo, foi solicitada a colaboração da Diretora Técnica e da Educadora de Saúde Pública do Distrito Sanitário, bem como autorização e colaboração dos chefes dos CS para realização da pesquisa.

Como instrumentos da pesquisa foi utilizado um formulário, contendo 28 perguntas, e um roteiro de observação.

Os médicos foram antecipadamente informados que seriam entrevistados e que se faria observação não participante da consulta para verificação do relacionamento médico-paciente; todos aceitaram o trabalho.

O formulário da entrevista, elaborado com base nas atividades educativas recomendadas por especialistas para os CS, foi pré-testado com médicos de CS de outro Distrito Sanitário.

O roteiro de observação previa que o pesquisador observasse o relacionamento médico-paciente durante a consulta, com o objetivo de verificar aspectos positivos e negativos em relação à educação do cliente.

Caracterizaram-se alguns aspectos do comportamento médico que serviram de parâmetros para a observação.

A intenção de observar os médicos foi baseada nas conclusões de Selltz e col., citados por Pereira^{4 5}, pelas quais "em situações reais torna-se difícil a manutenção de um desempenho falso". Não foram utilizados instrumentos auxiliares (filmes, gravadores) para registrar os comportamentos observados, mas a observação foi útil para dar ao conteúdo do trabalho características de humanismo, sem as quais os profissionais de saúde não têm condições de desenvolver atividades médico-educativas.

I. CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA

No planejamento da pesquisa ficou estabelecido que a população a ser estudada seria constituída por todos os médicos que atuam nas Unidades de Saúde do referido Distrito Sanitário; portanto, participaram da investigação 42 médicos, graduados em Faculdades de Medicina do Estado de São Paulo e

de outros Estados, 28 do sexo masculino, 14 do sexo feminino .

Do total dos médicos, 8 eram sanitaristas, ocupando cargos de direção ou chefia, dando atendimento eventual a consultas; destes, 7 eram formados pela USP (curso curto ou curso longo) e 1 pela Escola Nacional de Saúde Pública.

O ano de formatura dos médicos variou de 1939 a 1980, sendo 25 da década de setenta, 4 da década de sessenta , 5 da década de cinquenta, 6 da década de quarenta e 1 da década de 30.

Os médicos eram formados pelas seguintes Faculdades:

Medicina/USP.....	10
Medicina/UNICAMP	1
Medicina/STA.CASA SP	4
ESC.PAULISTA DE MEDICINA	3
Medicina/OSÉG	1
Medicina/OUTROS ESTADOS	23

A Tabela 1 mostra a distribuição dos médicos incluídos na pesquisa por especialidade feita ou no exercício da função.

TABELA 1 - Distribuição dos médicos dos CS do Distrito Sanitário, segundo a especialidade (Centros de Saúde, SP, 1981).

ESPECIALIDADES (*)	Nº
Pediatria	23
Pré-Natal	12
Clínica Geral	12
Tisiologia	3
Psiquiatria	1
TOTAL	51

(*) Alguns médicos têm mais de uma especialidade; outros não têm a especialidade, mas a exercem.

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

2. RESULTADOS E COMENTÁRIOS

A. ENTREVISTAS

Apresentamos a seguir os resultados dos dados colhidos na entrevista de 42 médicos de CS, com os respectivos comentários.

Pergunta 1 - A quem cabe a responsabilidade de educar o cliente em matéria de saúde no Centro de Saúde?

Todos são responsáveis pela educação do cliente em matéria de saúde no CS, foi a resposta de 18 médicos (42,8) à pergunta 1; 7 (16,7%) responderam que é o "Educador", e 6 (14,2%), que é o médico. Os demais citaram, entre outros, atendente, assistente social, visitador (Tabela 2).

TABELA 2 - Distribuição do nº e % de médicos segundo opinião sobre quem é o responsável pela Educação em Saúde do cliente (Centros de Saúde, SP, 1981).

CATEGORIA PROFISSIONAL	Nº	%
Todo o pessoal da unidade	18	42,8
Educador	7	16,7
Médico	6	14,2
Educador e Médico	2	4,8
Atendente	2	4,8
Não existe um responsável definido	2	4,8
Assistente Social e Educador	1	2,4
Visitador e Atendente	1	2,4
Visitador Sanitário	1	2,4
Assistente Social	1	2,4
Visitador e Médico	1	2,4
TOTAL	42	100,0

Com referência à resposta de 42,8% dos médicos, de que todos os profissionais de saúde são responsáveis, convém que se considere o que diz BRIEGER⁴ : com freqüência são feitas afirmações no sentido de que os profissionais de saúde são, potencialmente, educadores de saúde. Entretanto, ele cita duas razões pelas quais esta idéia não é freqüentemente aceita: a falta de análises precisas das funções do pessoal de saúde e a inviabilidade de oportunidades de treinamento para desenvolver habilidades educacionais implícitas nessas funções. Para BRIEGER, o treinamento deve ocorrer de preferência durante a educação profissional básica.

Quanto aos 16,7% que atribuíram toda a responsabilidade ao Educador e 14,2% ao Médico, sabe-se que nem o educador, nem o médico podem assumir, sozinhos, a responsabilidade de educar, pois o trabalho educativo exige a cooperação de todos.

Quando o médico foi mencionado como responsável, seja pela resposta "todo o pessoal da Unidade", seja especificamente o "médico", perguntou-se: "Porque o médico?" Algumas justificativas são apresentadas a seguir:

- Porque o médico tem conhecimentos mais aprofundados em saúde.
- Porque o médico esclarece melhor.
- Os pacientes aceitam mais a opinião do médico; nem sempre eles acreditam no que outro profissional de saúde diz.
- O médico é obrigado, ele é o pivô da história.
- O médico é responsável pela Educação em Saúde do pa-

ciente, mas ele fica limitado ao tempo por questão de pressa.

- O médico é responsável porque a ele compete delegar conhecimentos a outros profissionais; por exemplo, à visitadora, como acontece no Vale do Ribeira. Lá o trabalho educativo é bem feito e por pessoal menor remunerado.
- Como não existe outra autoridade, parcialmente a responsabilidade é do médico. Existe Educadora Sanitária, mas ela também não se incumbiria satisfatoriamente.
- Porque ainda é o elemento que reúne todas as informações necessárias para chegar à população.
- Para o médico é mais fácil assumir essa responsabilidade, pois ele foi preparado para dar atendimento global ao cliente.
- Na minha especialidade - Psiquiatria, acho que é o médico o responsável pela Educação em Saúde do paciente.
- O pessoal respeita demais a opinião do médico, mas acho que outros profissionais devem transmitir à população a orientação dada por nós médicos. Eles absorvem muito o que é transmitido pelo médico.
- Porque a profissão médica está diretamente ligada à Educação em Saúde.
- Há certos níveis de indivíduos que não precisam ser educados; já têm consciência de berço; e há indivíduos que, por mais boa vontade que demonstrem, manifestam antipatia e rancor, e nunca chegam à perfeição que a gente deseja.
- O médico auxilia na parte educativa. Geralmente, ele dá mais consultas.

- Os clientes vêm ao CS para medicina curativa e suplementação alimentar; para eles o médico é um curador, mas compete ao médico dar orientação para as ações de saúde.

Pergunta 2 - Na Unidade Sanitária quem é o responsável pelo treinamento do pessoal auxiliar em Educação em Saúde?

O treinamento do pessoal auxiliar dos Centros de Saúde é feito, em geral, pela equipe multiprofissional do Distrito Sanitário (médico-sanitarista, enfermeira, educadora) e pela mesma supervisionado.

Na Unidade Sanitária o responsável pelo treinamento do pessoal auxiliar em Educação em Saúde é o Educador de Saúde Pública, mas este profissional na área pesquisada só existe no CS III.

A opinião dos médicos foi bastante diversificada quando se perguntou quem é o responsável pelo treinamento do pessoal auxiliar em Educação em Saúde na Unidade Sanitária (Tabela 3).

TABELA 3 - Opinião dos médicos sobre quem é o responsável pelo treinamento do pessoal auxiliar em Educação em Saúde (Centros de Saúde, SP., 1981).

RESPONSÁVEL PELO TREINAMENTO	FREQUÊNCIA	% (*)
Médico	31	39,8
Enfermeira	24	30,8
Educadora	14	18,0
Assistente Social	4	5,1
Atendente	1	1,2
Servente	1	1,2
Não sei	3	3,9
TOTAL	78	100,0

(*) Respostas múltiplas.

A falta do Educador de Saúde Pública nas Unidades Sanitárias por certo teve influência nas respostas dos médicos; assim mesmo, é considerável a frequência com que o médico é citado como responsável pelo treinamento do pessoal auxiliar, como se vê na Tabela 3.

Para BRYANT⁶, o médico deve ser um constante professor de sua equipe de saúde, porque muitas das decisões médicas que envolvem variações e mudanças de situações são tomadas por pessoas com menos treinamento do que ele. O médico ensina no contexto da ocorrência de problemas, sendo cada problema uma oportunidade para ensinar e aprender. E ainda mais: BRYANT acha que o médico deve ensinar sua equipe a ensinar, para alcançar os objetivos visados através de outros - ensinando mães, líderes de comunidades, professores de escolas.

O treinamento de pessoal auxiliar deve ser feito por profissional de nível universitário, de preferência da área da educação ou da enfermagem, portanto, pelo Educador de Saúde Pública ou Enfermeira de Saúde Pública.

Pergunta 3 - Acha importante a Educação em Saúde?

Dos médicos entrevistados, 42 acham importante a Educação em Saúde; destes, 40 apresentaram justificativas (Tabela 4).

TABELA 4 - Distribuição de justificativas de 40 médicos sobre a importância da Educação em Saúde (Centros de Saúde, SP., 1981).

JUSTIFICATIVAS	Nº	%
Para conscientização das pessoas das necessidades de saúde, higiene, prevenção das doenças e profilaxia.	14	35,0
Para melhorar a saúde do povo	6	15,0
Para conscientização dos pacientes das necessidades de saúde, para adquirirem conhecimentos e mais capacidade para resolverem problemas de saúde	5	12,5
Como um dos componentes básicos, porque isoladamente ela não tem sentido. As ações de Saúde Pública sem Educação em Saúde são deficientes	5	12,5
Facilita o relacionamento entre as pessoas e, conseqüentemente, leva à obtenção de bons resultados em Saúde Pública	4	10,0
Dado o baixo nível sócio-econômico e de escolaridade das pessoas que freqüentam os Centros de Saúde	4	10,0
Em algumas situações pode trazer contribuição eficaz	2	5,0
TOTAL	40	100,0

Para 35% dos médicos, Educação em Saúde é importante "para conscientização das pessoas das necessidades de saúde, higiene, prevenção das doenças e profilaxia".

MARCONDES ³⁴ diz que, até praticamente a metade deste século, a Educação em Saúde era considerada como sendo "pura e simplesmente propaganda", e procurou com seus trabalhos mudar essa conceituação no Brasil e incentivar seu desenvolvimento.

HOGARTH ²⁷ refere que o enfoque dado à Educação em Saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS) aumenta sua importância e amplia seu campo de atuação. Disso decorre a prioridade a ser dada à Educação em Saúde em todas as atividades e em todos os momentos, tendo em vista que leva os indivíduos a adquirirem, reforçarem ou mudarem conhecimentos, atitudes e práticas de saúde.

Embora todos os médicos entrevistados tenham afirmado que acham importante a Educação em Saúde, apenas 5 (12,5%) fizeram referência (Tabela 4) à aquisição de conhecimentos, levando em consideração o aspecto, talvez o mais importante, da mudança que tem que se processar no indivíduo.

Pergunta 4 - Acha que as pessoas que vêm ao Centro de Saúde esperam ser ensinadas a respeito de saúde?

Dos médicos entrevistados, 14 (33,3%) responderam que as pessoas vêm ao CS esperando ser ensinadas a respeito de saúde; 24 (57,2%) acham que não; 4 (9,5%) não sabem. Somente 37 médicos apresentaram justificativas para suas respostas (Tabela 5).

TABELA 5 - Razões pelas quais as pessoas que vêm ao Centro de Saúde esperam ^{ou não} ser ensinadas, de acordo com 37 médicos (Centros de Saúde, SP., 1981).

RESPOSTAS	JUSTIFICATIVAS	Nº	%
As pessoas esperam ser ensinadas	Falta-lhes educação de base	3	8,1
	Pelas perguntas que fazem	3	8,1
	Como complementação	3	8,1
	Por necessidade intrínseca de conhecerem mais sobre saúde	1	2,7
	Porque a população já está condicionada a ser ensinada	1	2,7
	A maioria é migrante e está querendo evoluir	1	2,7
	Por expectativas de relacionamento humano	1	2,7
	Para sanar dúvidas	1	2,7
Não esperam ser ensinadas	Desinteresse	6	16,2
	Falta de conscientização do valor da saúde	5	13,5
	Falta de educação de base	3	8,1
	Baixo nível sócio-econômico e de escolaridade	3	8,1
	Falta de treinamento	2	5,4
	Falta de preparo psicológico	1	2,7
	Em serviço de atendimento rápido o paciente não tem expectativas educativas	1	2,7
	Falta de profissional para esta tarefa e falta de interesse, principalmente dos favelados	1	2,7
	Falta de tempo do médico	1	2,7
TOTAL		37	100,0

As justificativas apresentadas pelos médicos "de interesse, falta de conscientização do valor saúde, falta de tempo do médico, falta de treinamento" revelaram barreiras que poderão ser vencidas pelo médico, se ele estiver preparado em Educação em Saúde, mudando atitudes do cliente, sempre passíveis de mudança¹⁸.

Interessante é notar que o argumento "falta de educação de base" foi usado como justificativa tanto pelos médicos que acham que as pessoas esperam ser ensinadas, como pelos que acham que as pessoas não o esperam.

Dos médicos entrevistados, 3 (8,1%) acham que as pessoas não esperam ser ensinadas, devido ao baixo nível sócio-econômico e de escolaridade. Quanto ao grau de escolaridade, DOAK & DOAK, citados por PEREIRA⁴⁵, em recente trabalho concluíram que 50% das pessoas têm dificuldade ou são incapazes de ler matérias instrucionais, o que os leva a aconselhar que se procure sempre conseguir o "feedback" do cliente, isto é, a averiguação da compreensão da mensagem. BRODY⁵ acha importante o "feedback" dos pacientes para o ensino dos aspectos não técnicos dos cuidados médicos.

Apesar de ter enfatizado a importância dos aspectos sociais, comportamentais e psicológicos de cuidados médicos, BRODY diz que falta frequentemente aos médicos o reconhecimento de problemas nessas áreas. Por isso, empreendeu um projeto no General Medical Clinics of University Hospitals, Case Western Reserve University, em 1978, para que 59 diretores reconhecessem esses problemas numa população de ambulatório.

Num período de 10 semanas, 235 pacientes foram selecionados, ao acaso, de uma população grande que teve atendimento clínico nos últimos 3 meses, e que não eram, obviamente, dementes, retardados, ou portadores de outras doenças mentais.

Nenhum paciente deixou de completar a entrevista. Toda informação foi obtida por respostas orais dos pacientes a um questionário, imediatamente após a consulta médica. Os pacientes eram predominantemente pretos, mulheres e velhos. Cada paciente tinha pelo menos uma condição para acompanhamento médico a longo prazo.

Em 15 minutos de entrevista foi avaliada a adesão dos pacientes aos regimes terapêuticos, satisfação com o médico, problemas psiquiátricos, recentes eventos de vida de tensão e atitude para com a doença.

Os aspectos de satisfação do paciente em relação ao médico foram determinados por 20 itens da escala LIKERT, desenvolvidos amplamente nos trabalhos de HULKA E WARE, segundo BRODY ⁵. Por exemplo: "o médico que me atendeu hoje não dispendeu tempo suficiente comigo"; "eu não tenho opinião se este médico entende a mim e o meu problema, se ele me trata com respeito".

Fatores sociais foram avaliados por meio de 10 eventos de vida, selecionados da escala de classificação de reajuste social, elaborada por HOLMES e RAHIE, com base nas prevalências da população clínica e impacto social sobre a vida dos

pacientes.

Cada médico foi convidado a completar uma car
ta-questionário a respeito de cada paciente entrevistado.

Em resumo, o Autor faz uma revisão sumária da entrevista de cada paciente. Na seção seguinte, discute os questionários, tanto do paciente como dos médicos com o próprio médico, numa tentativa de demonstrar a relevância clínica das informações obtidas na entrevista do paciente.

Para conclusão do estudo, 40 dos 43 diretores que entrevistaram 4 ou mais pacientes completaram um questionário de avaliação, pelo qual se verificou que 89% dos médicos participantes da pesquisa reconheceram que a entrevista lhes demonstrou, com frequência, informações desconhecidas a respeito de seus pacientes; 85% revelaram que o projeto foi de valiosa experiência educacional; 79% pensam que também foi válido em termos de cuidados médicos; 76% julgam que o "feedback" que a entrevista proporciona traz mudanças no estilo, ou no conteúdo de sua comunicação com outros pacientes clínicos. Finalmente, 88% dos médicos participantes foram favoráveis à continuação ulterior do projeto.

Conclui-se que uma entrevista bem feita serve para o médico conhecer melhor o seu paciente e saber que, em princípio, todas as pessoas que vêm ao CS esperam aprender sobre saúde.

HUNTER, citado por PEREIRA⁴⁵, em trabalho realizado em 1981 procurou identificar as barreiras que impedem

as pessoas de assumirem responsabilidades por sua própria saúde, questionando o seguinte: a raiz do problema estaria na falta de conhecimento? No desinteresse? Na pobreza dos programas de Educação em Saúde? Ou na indiferença dos profissionais de saúde no trato com a população? Se as pessoas não esperam ser ensinadas sobre saúde no CS, conforme opinião de 24 (57,2%) médicos entrevistados, as referidas questões devem ser analisadas por todos os interessados - pessoal de saúde e população ³¹.

Pergunta 5 - O médico precisa ser preparado em Educação em Saúde para trabalhar em Centro de Saúde?

Dos entrevistados, 28 (66,5%) responderam que o médico precisa ser preparado em Educação em Saúde para trabalhar em CS; 14 (33,5%) responderam que não. Todos justificaram suas respostas (Tabela 6).

TABELA 6 - Distribuição do nº e % dos médicos segundo a necessidade de preparo em Educação em Saúde para trabalhar em CS (Centros de Saúde, SP., 1981).

RESPOSTAS	JUSTIFICATIVAS	Nº	%
O médico precisa ser preparado em Educação em Saúde (28 - 66,5%)	Dá mais visão de Saúde Pública	7	16,7
	Falta-lhe preparo formal, acadêmico	6	14,0
	Complementa a função do médico no CS	5	12,0
	Constitui quase uma especialidade	3	7,0
	Para adequar melhor as informações	2	4,8
	Os pacientes depositam confiança e credibilidade no médico	1	2,4
	Dá uma visão melhor do cliente	1	2,4
	Evita formação médica tecnicista	1	2,4
	Acaba com a resistência do médico em colaborar com o processo educativo	1	2,4
	É óbvio	1	2,4
O médico não precisa ser preparado em Educação em Saúde (14 - 33,5%)	O médico consultante só faz medicina curativa, não faz Saúde Pública	5	11,9
	Basta ser mais humano	2	4,8
	Tem formação formal, acadêmica	2	4,8
	Muitos desempenham bem a função sem treinamento específico, é só atender bem o paciente	1	2,4
	O médico dá orientação básica de saúde; não considero como educação	1	2,4
	Deve sair da Faculdade com treinamento	1	2,4
	Para o pediatra isso é possível	1	2,4
	Não fiz esse curso e trabalho há 35 anos	1	2,4
TOTAL		42	100,0

O médico deve ser preparado em Educação em Saúde para trabalhar em CS, mas, via de regra, a disciplina não faz parte do currículo das Faculdades de Medicina.

Dos entrevistados, 66,5% reconheceram que o médico precisa de preparo em Educação em Saúde; destes, 16,7% justificaram "dá mais visão de Saúde Pública"; 14,0%, "falta-lhe preparo formal, acadêmico", e 12,0%, "complementa a função do médico no CS". Outras justificativas encontram-se na Tabela 6.

Alguns médicos acrescentaram comentários às justificativas, querendo enfatizar a necessidade de preparo, conforme segue:

- "O ideal seria sair da Faculdade de Medicina com visão de Saúde Pública, porque a maioria dos médicos que sai das Faculdades não assume suas responsabilidades educativas no CS e na comunidade".
- "O médico sai da Faculdade só com visão de Clínica Médica e espera adquirir visão global de Saúde Pública no exercício da profissão".
- "Preocupado por ter vindo de outro Estado para trabalhar em São Paulo, aqui chegando fiz um curso de 15 dias, a fim de me preparar melhor para dar atendimento médico no CS".
- "A pergunta é de suma importância, porque atualmente parece que o estudante de medicina não está sendo preparado para ser médico. Sem dúvida, no preparo do médico deve entrar Educação em Saúde".
- "Pensei em fazer o curso de Saúde Pública para ter melhor preparo, mas não fiz por falta de tempo".

- "O médico consultante do CS é clínico-geral ou especialista, mas não em Saúde Pública (em outras especialidades); sua especialidade deveria ser Saúde Pública, como o médico sanit^uarista que faz o curso especializado".

No CS as atividades educativas do médico consultante são diferentes das atividades educativas do médico sa^uнитарista. Prioritariamente, as atividades educativas do médico consultante visam ao paciente, e as do médico sanit^uarista, à comunidade.

O médico consultante do CS precisa de preparo básico em Educação em Saúde para, através de ensino-aprendiza^gem, influenciar o comportamento do paciente no que se refere às práticas de saúde.

Assim agindo, indiretamente, ele estará ajudan^udo o médico sanit^uarista e toda a equipe técnica do CS na Educa^gção em Saúde da comunidade.

O despreparo do médico em Educação em Saúde , atualmente, é prejudicial para o médico, quer como pessoa, quer como profissional no consultório, no CS, ou na comunidade.

Os novos preceitos da OMS sobre Educação em Saúde, se não forem incorporados pelo médico, evidenciarão o seu despreparo para atividades educativas.

Se o comportamento do médico, individualmente, está em desacordo com os conhecimentos científicos atuais, e se há incoerência entre o que ele pensa, o que sabe e o que faz

com a saúde, denuncia-se o despreparo.

No consultório, o não desempenho de atividades educativas implica em falta de responsabilidade, mas o desenvolvimento dessas funções, sem o devido preparo, pode apresentar muitas falhas técnicas.

Rotineiramente, entrevistas estarão sendo feitas sem atender às normas pré-estabelecidas com aspectos médicos comportamentais negativos que impedem o relacionamento médico-paciente, conducente à saúde, se perdurar o despreparo.

Em resumo: o médico despreparado em Educação em Saúde não sabe onde, quando, como e a quem deve ser ensinada a saúde. Não lê revistas especializadas em Educação em Saúde. Não sente necessidade de preparo nessa área, porque desconhece o significado prático, atual e construtivo da Educação em Saúde: "atividades planejadas que visam aquisição, reforço ou mudança de conhecimentos, atitudes e práticas de saúde"³⁶.

Pergunta 6 - Orienta as pessoas a utilizarem os serviços oferecidos pelo Centro de Saúde?

Dos médicos entrevistados, 41 (97,6%) responderam que orientam as pessoas a utilizarem os serviços oferecidos pelo Centro de Saúde; apenas 1 respondeu não. A todos perguntou-se "Por que?" (Tabela 7).

TABELA 7 - Distribuição do nº e % de médicos sobre justificativa para utilização dos serviços oferecidos pelo CS (Centros de Saúde, SP., 1981).

RESPOSTAS	JUSTIFICATIVAS	Nº	%
SIM	Os pacientes necessitam dos serviços	19	45,2
	É dever do médico	5	11,9
	Principalmente sobre vacinação	5	11,9
	É necessário para prover saúde	3	7,1
	Facilita para o médico e para o paciente	4	9,5
	Nem sempre disponho de recursos próprios para atender o paciente; então oriento a utilizar os serviços especializados	2	4,8
	Melhora o nível da população	1	2,4
	É óbvio. A finalidade do CS é cuidar da saúde da população	1	2,4
	Sem justificativa	1	2,4
NÃO	Os pacientes não aceitam com simpatia essa orientação; é mais fácil para os para-médicos orientarem	1	2,4
TOTAL		42	100,0

Dos médicos entrevistados, 41 (97,6%) responderam que orientam as pessoas a utilizarem os serviços oferecidos pelo CS. No entanto, pesquisa efetuada por um grupo de trabalho do Serviço de Educação em Saúde Pública, Secretaria da Saúde de SP⁵⁵, evidenciou que 73,7% da clientela permanente do CS e 93,8% da clientela flutuante desconhecem os serviços que existem à sua disposição. Esta investigação foi feita na Divisão de São Paulo - Centro, mas é válida para todos os CS, já que este mesmo grupo constatou que as diferenças entre os clientes são insignificantes.

A tabela 7 permite observar as razões que levam os médicos a orientar as pessoas a utilizarem os serviços oferecidos pelo CS, sendo que as mais freqüentes foram: "Os pacientes necessitam dos serviços", "É dever do médico", "Principalmente vacinação".

Dos médicos que responderam que orientam porque "Os pacientes necessitam dos serviços", alguns acrescentaram outras razões:

- os pacientes já estão aqui mesmo (CS);
- para não haver perda de tempo;
- o nível cultural do paciente é baixo;
- é um direito do cliente;
- para não ficar rolando de um hospital para outro; o prontuário é um só e o médico fica com visão melhor do paciente;
- para tomar vacinas, antibióticos e receber medicamentos na Farmácia;
- porque é gente pobre;

- para fazerem exames especializados e atestados de saúde;
- para usarem serviços de Lactário;
- o paciente tem que se utilizar de recursos a que tem direito, porque não tem condições financeiras para pagar consultas particulares, nem para se locomover para outras agências de saúde.

Para orientar o cliente a utilizar os serviços oferecidos pelo CS, o médico precisa conhecê-los, principalmente os recém-admitidos.

Pergunta 7 - Além do exame médico, orienta seu cliente sobre o problema que ele tem?

- E sobre saúde em geral?

Dos 42 médicos entrevistados, 40 (95,2%) responderam que "orientam o cliente sobre o problema que ele tem"; 2 (4,8%) responderam que não. E à pergunta, "orienta sobre saúde em geral?", 38 (90,4%) responderam afirmativamente, 2 (4,8%) que não e 2 (4,8%) responderam às vezes. Dos que orientam sobre saúde, alguns acrescentaram explicações:

- Na medida do possível.
- De acordo com a oportunidade que aparece; oriento mais sobre profilaxia.
- Alguma coisa: alimentação, vacinação.
- Esclareço sobre má conduta de saúde, falta de higiene.
- Oriento sobre assuntos de puericultura em geral: sobre patologias, só se a pessoa é mais esclarecida.
- As pessoas se animam com a Educação em Saúde e estão interessadas; eu gostaria de fazer mais neste sentido. Mas, pelo que o Estado me paga, dou 15 consultas bem feitas por dia. Se eu ganhasse mais, poderia ficar mais tempo no CS e dar mais orientação.
- Oriento porque muitas doenças são causadas por fatores emocionais. Oriento principalmente os hipertensos, os diabéticos, os ulcerosos. Todo médico deve lembrar que "todo ulceroso é um neurótico".
- O fato de não poder estar executando trabalho de grupo torna a atividade educativa, dentro da consulta médica, de baixo rendimento. Faz falta a presença de educador no CS.
- Oriento dentro da possibilidade realista disponível. Esta orientação sobre saúde em geral é feita mais em grupo do que em ato médico.

- Às vezes, quando há necessidade. De modo geral não oriento, porque, às vezes, angustia o paciente.
- Às vezes. Quase sempre só oriento sobre o problema que ele tem. A educação de forma geral só pode ser feita quando o doente está receptivo, quando ele se interessa.

Cabe ao médico orientar seu cliente sobre o problema que tem, dando informação e criando atitudes que o leve a práticas condcentes à saúde. Para isso, deve estar capacitado para bem desempenhar seu papel de agente de mudança.

Os problemas de saúde nem sempre sugerem ao médico e às pessoas a necessidade de mudança de comportamento.

ROSENSTOCK, citado por CAVALCANTI¹¹, analisando os resultados de uma investigação sobre motivação e saúde, concluiu que a disposição de uma pessoa para aceitar mudança de comportamento pode depender de três fatores interrelacionados: que reconheça a existência de um perigo para sua própria saúde; que compreenda as conseqüências desse perigo, e que reconheça algum modo eficiente de afastar tal perigo.

Certamente, a pessoa que comparece ao CS, procurando solução para seu problema, reconhece a existência de um perigo para sua própria saúde, mas nem sempre compreende as conseqüências desse perigo. Compete ao médico esclarecê-la, usando de muita habilidade para a não intimidar, e orientá-la para afastar tal perigo ou para suavizar o problema.

É importante orientar o cliente sobre seu pro

blema e sobre saúde em geral, principalmente quando solicitado; 95,2% dos médicos responderam que orientam sobre o problema que o cliente tem, e 90,4% responderam que orientam também sobre saúde em geral. O que causa preocupação é o médico pensar que Educação em Saúde é apenas dar orientação.

Educação em Saúde é muito mais do que isso, porque implica em verificar se os conhecimentos transmitidos foram aceitos e incorporados pelo cliente, bem como se resultaram em adoção de práticas saudáveis ou mudanças de práticas inadequadas.

Pergunta 8 - Quais os métodos de Educação em Saúde que utiliza no seu serviço?

Entrevista como método de Educação em Saúde foi citada por 37 (68,5%) dos médicos entrevistados; 7 (13,0%) responderam "discussão em grupo", e 6 (14,3%) impressos. Outras respostas encontram-se na Tabela 8.

TABELA 8 - Distribuição do nº e % de médicos segundo métodos de Educação em Saúde que utilizam (Centros de Saúde, SP., 1981).

MÉTODOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Nº	%(*)
Entrevista	37	68,5
Discussão em grupo	7	13,0
Impressos	6	11,0
Cartazes	2	3,7
Aula	1	1,9
Exposição	1	1,9
TOTAL	54	100,0

(*) Respostas múltiplas.

Os resultados revelaram também que 78,6% dos médicos utilizam apenas um único método de educação (entrevista 66,7%, discussão em grupo 7,1%, impressos 2,4% e exposição 2,4%). Os restantes 21,4% utilizam vários métodos, além da entrevista (discussão em grupo, impressos, cartazes, aula).

Recursos audiovisuais podem complementar o trabalho educativo iniciado pelo médico durante a entrevista: cartazes, filmes, lousa, flanelógrafo, diapositivos, gravadores, tabelas, modelos. Entretanto, a pesquisa mostra (Pergunta 17) que apenas 6 (14,3%) médicos utilizam alguns recursos audiovisuais. Nenhum entrevistado mencionou o teatro de fantoches, que tem grande aplicação em CS como método de Educação em Saúde.

O médico precisa conhecer melhor a metodologia da Educação em Saúde para utilizar uma variedade de métodos nas suas atividades diárias.

Pergunta 9 - Onde deve ser ensinada saúde?

Educação em Saúde deve ser ensinada no CS, disseram 22 (28,1%) médicos; 19 (24,3%) responderam na Escola; 7 (9,0%) acham que deve ser ensinada na comunidade, e 6 (7,7%) em todos os locais. Os demais, pela TV, na Igreja, no Lar, no Hospital, entre outros, conforme se verifica na Tabela 9.

Educação em Saúde deve ser ensinada em todos os locais e através de todos os meios; entretanto, a Tabela 9 mostra que alguns dos médicos entrevistados citaram somente 1 local onde deve ser ensinada saúde; outros indicaram 2 ou mais locais, e 7,7% responderam "em todos os locais".

TABELA 9 - Distribuição do nº e % de médicos segundo opinião sobre onde deve ser ensinada saúde (Centros de Saúde, SP., 1981).

ONDE ENSINAR	Nº	% (*)
Centro de Saúde	22	28,1
Escola	19	24,3
Comunidade	7	9,0
Em todos os locais	6	7,7
Meios de comunicação de massa	9	11,5
Lar	4	5,1
Igreja	3	3,9
Hospitais	3	3,9
Serviços Públicos	2	2,6
Favela	1	1,3
Associações de Bairro	1	1,3
Fábricas	1	1,3
TOTAL	78	100,0

(*) Respostas múltiplas.

Para a conscientização de que Educação em Saúde deve ser ensinada em todos os locais, o médico deve levar em consideração as palavras de FLAUBERT, citado por DELLA NINA¹³: "a vida deve ser uma constante educação". Mais ainda nos organismos mais complexos, como o nosso, diz LINTON³², "há uma recepção constante de estímulos variados a às vezes contrários. Os impulsos que surgem desses estímulos devem ser selecionados e dirigidos para assegurar a espécie de reação útil ao corpo todo. Os condutores dos vários arcos reflexos são, portanto, orientados através de vários centros reflexos, que desempenham de certo modo as funções de central telefônica. Nestes centros, as extremidades de muitos neurônios são reunidas de maneira que os impulsos que chegarem possam ser selecionados e transferidos de uma para outra linha, isto é, distribuídos.

A maneira pela qual os centros reflexos distinguem entre os impulsos, inibem alguns e dirigem outros, constitui ainda um profundo segredo".

Todos os médicos sabem que o cérebro é o órgão central da aprendizagem; ele seleciona, faz a integração de estímulos e forma o pensamento. Disso decorre a necessidade de se estimular o cliente em todos os momentos e em todas as oportunidades, a fim de se conseguir que ele adquira, reforce ou mude conhecimentos, atitudes e práticas conducentes à saúde.

Pergunta 10 - Acha importante que o público seja informado sobre saúde?

Todos os médicos entrevistados acham importante que o público seja informado sobre saúde. Quando se perguntou "por que", as respostas variaram, conforme a Tabela 10.

TABELA 10 - Distribuição do nº e % de médicos segundo razões pelas quais o público deve ser informado sobre saúde (Centros de Saúde, SP., 1981).

JUSTIFICATIVAS	Nº	%
Para adotar práticas de saúde e prevenir doenças	12	28,6
Devido ao baixo nível sócio-econômico e de escolaridade	7	16,7
Para se conscientizar das necessidades de saúde	8	19,0
Para saber agir e aproveitar melhor os recursos de saúde	6	14,2
Para poder procurar orientação e esclarecimento	3	7,1
Para melhorar as condições de saúde e viver melhor	2	4,8
Para melhor assimilar as instruções médicas	2	4,8
Porque grande parte da comunidade não tem acesso a médico	2	4,8
TOTAL	42	100,0

A Tabela 10 mostra que todos os médicos entrevistados acham importante que o público seja informado sobre saúde, mas somente 28,6% chegaram perto da resposta esperada (a fim de adquirir, reforçar ou mudar conhecimentos, atitudes

e práticas de saúde), quando afirmaram "para adotar práticas de saúde e prevenir doenças".

A informação ao público deve ter objetivos que permitam desenvolver atitude crítica e seletiva, a fim de não provocar mudanças no comportamento que possam gerar novas situações preocupantes. Quando precisas, as informações facilitam a tomada de decisões e atuação dinâmica.

Nos CS pesquisados, Educação em Saúde praticamente não existe.., a não ser que se entenda como atribuição médica educativa o fornecimento de simples informação. A informação é importante e deve acompanhar a execução de serviços prestados ao cliente, mas ela apenas não leva necessariamente ao comportamento desejado.

Pergunta 11 - Acha que há barreiras à Educação em Saúde?

Perguntados se achavam que há barreiras à Educação em Saúde, 37 (88,1%) médicos responderam afirmativamente; 4 (9,5%) responderam "não", e 1 (2,4%) respondeu "não sei".

Aos que acham que há barreiras, foi perguntado "quais são?". As respostas encontram-se na Tabela 11.

TABELA 11 - Distribuição do nº e % de 37 médicos segundo opinião sobre barreiras à Educação em Saúde (Centros de Saúde, SP., 1981).

BARREIRAS À EDUCAÇÃO EM SAÚDE		Nº	% (*)
Sociais	Baixo nível sócio-econômico	16	20,0
	Baixo nível de escolaridade	11	14,0
	Despreparo do pessoal	11	14,0
	Analfabetismo	9	11,7
	Falta de tempo	3	3,9
	Linguagem do médico diferente da linguagem do cliente	2	2,6
	Distância social médico-paciente	2	2,6
	Burocracia e política	2	2,6
	Honorários	2	2,6
	Má qualidade da assistência médica	1	1,3
	Falta de uniformidade das informações no CS	1	1,3
	Religião	1	1,3
Emocionais	Desinteresse	10	13,0
	Falta de motivação	3	3,9
	Crenças e tabus	2	2,6
	Desconfiança	1	1,3
Físicas	Doenças do cliente (DST)	1	1,3
TOTAL		80	100,0

(*) Respostas múltiplas.

A avaliação dos programas de saúde geralmente evidenciam os obstáculos que os impediram de alcançar os objetivos; apenas 14,0% dos médicos citaram o despreparo do pessoal médico e para-médico como barreira à Educação em Saúde ; entretanto, o "baixo nível sócio-econômico e de escolaridade" aparece numa porcentagem de 34,0% e, realmente, não deve ser considerado uma barreira, mas uma característica da clientela permanente do CS.

Para GREEN e col.²² , "Uma visão realística da execução do plano educativo exige a identificação de fatores que podem dificultar o desenvolvimento de um programa de atividades. Da mesma maneira, certas características de uma comunidade podem facilitar o êxito de um programa". Para esses Autores vários tipos de barreiras interferem com o êxito de um programa, a saber:

- "1. Barreiras sociais, psicológicas, conhecimentos e comportamentos, viezes da população e da equipe de saúde, preconceitos, mal entendidos, tabus, experiências passadas desfavoráveis, valores, normas, relações sociais, desaprovação oficial, boatos.
2. Barreiras de comunicação: analfabetismo, sotaque.
3. Barreiras econômicas e físicas: baixa renda, dificuldade para adquirir medicamentos ou para pagar meios de transporte até os serviços médicos; serviços médicos em locais distantes e de difícil acesso.
4. Barreiras legais e administrativas: local de residência que não esteja incluído na área de atendimento de determinado serviço de saúde, exigências legais para que o programa seja posto em prática em determinadas regiões".

Ainda segundo GREEN e col.²², a identificação de barreiras poderá resultar na proposição de novos objetivos que indiquem quando e quanto cada uma deve ser superada no programa. Por isso, baixo nível sócio-econômico e de escolaridade da clientela é característica a ser previamente conhecida pelo médico antes de iniciar suas atividades no CS, para evitar que constitua barreira aos programas.

Desinteresse foi citado como barreira à Educação em Saúde por 10 (13,0%) médicos; e falta de motivação por 3 (3,9%) (Tabela 11).

Para vencer os obstáculos prováveis à Educação em Saúde, o médico deve ser corajoso e forte, sem nunca esmorecer, pois de acordo com WAGNER⁶³, "quando se diz que certas contrariedades e privações impedem o homem de viver, diz-se apenas uma parte da verdade. D'onde procedem os melhores? Vêm do país das grandes dores e tribulações. Os caminhos que levam às alturas são quase sempre obscuros no princípio. Os declives suaves são para aqueles que descem; os caminhos rochosos, os morros a pino, são para os que sobem".

Quanto ao analfabetismo, referido por 7 médicos como barreira, convém reconhecer que o paciente analfabeto ou letrado vem ao CS com muitas experiências que têm impacto sobre o que ele pensa, sente e faz com respeito à saúde. Compete ao médico, a partir do conhecimento das experiências anteriores, ajudar o paciente a ter saúde por meio de práticas educativas adequadas à situação. Técnicas simplificadas de cui-

dados primários de saúde vêm sendo desenvolvidas pela OMS com a denominação de "tecnologia adequada de saúde, com base em publicação da UNICEF ⁶² :

"Adequado significa que a técnica, além de ser cientificamente correta, também é aceitável por aqueles que a utilizam e por aqueles a quem se destina. Isto quer dizer que a tecnologia deveria ser condizente com a cultura local. Deve poder ser adaptada e desenvolvida, se necessário. Além disso, é preferível que seja facilmente compreendida e aplicada pelos trabalhadores de saúde da comunidade e, em alguns casos, até pelas pessoas da comunidade; embora diferentes formas de tecnologia sejam adequadas a diferentes etapas de desenvolvimento, a simplicidade da tecnologia é sempre desejável. A abordagem mais produtiva para garantir uma tecnologia adequada consiste em começar com o problema e, em seguida, procurar ou, se necessário, desenvolver uma tecnologia que seja relevante em relação às condições e recursos locais".

Esta última consideração se aplica também à Educação em Saúde no relacionamento médico-paciente e nas atividades de treinamento de pessoal. Naturalmente, os médicos de CS devem ser preparados para atender as necessidades imediatas das pessoas começando no estágio onde se encontram. Assim, como a planta física do CS deve ser adequada ao organograma e fluxograma do CS, a Educação em Saúde feita pelo médico deve ser adequada ao paciente. Para isso, médico e paciente devem comunicar-se satisfatoriamente, lembrando o médico que o grau de simplicidade de linguagem a ser usada depende do nível de escolaridade, da experiência e da capacidade intelectual do paciente.

O médico educador sabe que é importante ter a certeza de que se fez entender e foi compreendido. Se o médico conseguir adquirir a confiança do paciente, independente do seu nível sócio-econômico e de escolaridade, e manter com ele bom relacionamento, certamente terá êxito na Educação em Saúde e terá vencido todos os obstáculos. No relacionamento médico-paciente é importante vencer as barreiras emocionais decorrentes do desinteresse, ansiedade, desconfiança, displicência, inibição, medo, pessimismo, nervosismo, hostilidade, aversão ao ensino, falta de motivação, crenças e tabus.

Quanto às barreiras físicas à Educação em Saúde no CS relativas à planta física, ruídos, demanda excessiva, nenhuma dessas, aliás, mencionada pelos entrevistadores, algumas são de fácil solução quando o médico se preocupa com o assunto.

Pergunta 12 - Acha que há fatores que favorecem a aprendizagem?

A pergunta "Acha que há fatores que favorecem a aprendizagem?", 39 (92,8%) médicos responderam sim; 2 (4,8%) responderam "não" e 1 (2,4%) respondeu "não sei".

Aos médicos que responderam positivamente, foi formulada a pergunta: "Quais são?".

As respostas encontram-se na Tabela 12.

TABELA 12 - Distribuição do nº e % de 39 médicos segundo opinião sobre fatores que favorecem a aprendizagem (Centros de Saúde, SP., 1981).

FATORES QUE FAVORECEM A APRENDIZAGEM	Nº	%	(*)
Métodos educativos adequados ao cliente a a situação	9	23,0	
Alto nível sócio-econômico	8	20,8	
Boa vontade	5	13,0	
Preparo do pessoal	4	10,0	
Alto nível de escolaridade	3	7,8	
Aceitação mútua, motivação, tempo disponível	3	7,8	
Um problema ou doença anterior e confiança no médico	2	5,0	
Bom relacionamento médico-paciente/família	2	5,0	
Conscientização da população sobre seus problemas de saúde	2	5,0	
Outra	1	2,6	
TOTAL	39	100,0	

(*) Respostas múltiplas.

A Tabela 12 mostra que "métodos educativos adequados ao cliente e à situação" aparecem com maior frequência como fator que favorece a aprendizagem.

Realmente, não existe um método único para todas as situações; contudo, constatou-se na pesquisa que 78,6% dos médicos entrevistados utilizam um único método de educação (Tabela 8), pondo em risco a aprendizagem do paciente. E a entrevista foi citada como único método, utilizado por 66,7% dos médicos.

A preocupação com o nível sócio-econômico dos pacientes que freqüentam o CS tem sido obstáculo à Educação em Saúde. Dos médicos entrevistados, 20,8% consideraram o alto nível sócio-econômico como favorecedor da aprendizagem; portanto, evidenciam a tendência de seleção indevida e desmotivação ao ensino.

"Boa vontade, preparo do pessoal, bom relacionamento médico-paciente" foram outros fatores citados pelos entrevistados como favoráveis à aprendizagem.

Verdadeiramente, a boa vontade implica em disposição de espírito para querer ensinar até a aprendizagem, não se limitando simplesmente a fornecer informações.

Segundo STRAKA⁵⁹, "A aprendizagem é sempre um processo individual e social: individual, porque o mundo ambiental é captado e elaborado só na forma e na medida em que o indivíduo se acha disposto (motivado) e está em condições para isso (dispõe de saber e habilidade); social, já que o respectivo

mundo em torno do sujeito que aprende se acha configurado social e historicamente. Além das condições ambientais aqui mencionadas, podem-se assinalar outros fatores, atuantes, tais como: as condições de classe social, as condições escolares, as condições extra-escolares, até chegar às potências histórico-sociais".

MARCONDES e SOSSAI ³⁸ salientam a importância da comunicação no processo de ensino-aprendizagem: "Não há aprendizagem e, portanto, educação, sem ensino e sem comunicação" . A comunicação funciona como um veículo de envio e recepção de estímulos fornecidos pelo ensino, cuja resposta determina uma ação que comprove a aprendizagem.

No relacionamento médico-paciente deve haver dinamização do processo de comunicação para melhor aceitação e compreensão mútua e determinação rápida dos ensinamentos que devem ser fixados, a curto prazo, tendo em vista uma ação imediata.

Devem ser considerados como fatores essenciais no processo educacional em saúde a sensibilização (vivência) do médico e do cliente, motivação (sondagem e aquecimento), espontaneidade (individual e grupal) e sociabilidade³.

A partir de trabalhos de diferentes autores, MARCONDES e SOSSAI ³⁸ destacaram os seguintes princípios básicos de Educação em Saúde:

"1. Princípio das experiências anteriores: deve-se partir do conhecido para o desconhecido. Quando o educando não apresenta pré-requisitos para compreender certo conteúdo, a aprendizagem não ocorre, pois não há comunicação entre educador

e educando. Nada se estrutura na mente sem se ligar a outra estrutura básica.

- . Princípio da universalidade: todas as pessoas, em qualquer idade e de qualquer raça, podem aprender.
- . Princípio da participação ativa: só o indivíduo pode modificar-se; ninguém pode fazê-lo por ele.
- . Princípio da motivação: toda motivação decorre de necessidades. Os indivíduos mudam seu modo de agir somente quando essa mudança responde a uma necessidade.
- . Princípio da transferência: para que um aprendizado possa ser transferido para diferentes situações, as condições de ensino devem se assemelhar e ser o mais representativas possível das situações de aplicação.
- . Princípio da percepção: as percepções que o educando tem do agente de mudança e que este tem do educando têm importância fundamental no processo educativo.
- . Princípio do respeito às características individuais: cada indivíduo aprende num ritmo próprio e reage de acordo com características da própria personalidade e da cultura em que vive".

GAGNÉ, citado por STRAKA⁵⁹, assinala também como condições favoráveis ao ensino os seguintes princípios de aprendizagem: repetição, contigüidade e confirmação (estudados por PAVLOV, GUTHRIE, THORNDIKE e outros).

Para BOYER², o importante é utilizar um sistema de aprendizagem flexível que permita o controle do desempenho do sistema e do educando.

Para MECHNER, citado por DIB¹⁶, "a única evi

dência tangível de conhecimento que temos é uma evidência de comportamento. A única maneira de se determinar se um indivíduo "sabe" alguma coisa é ver o que ele dirá ou fará sob certas condições, como quando lhe fazemos uma pergunta e observamos sua resposta.

O sucesso da aprendizagem no CS depende mais da soma de fatores favoráveis que os indivíduos (médico-paciente) põem em jogo no seu relacionamento, tais como: amizade, aceitação mútua, confiança, motivação, tempo, que são fatores de ordem pessoal psicossomáticos, e o relacionamento com os demais profissionais de saúde.

Referiram-se à "aceitação mútua, motivação, tempo" apenas 7,7% dos médicos entrevistados.

No processo de bom relacionamento humano são importantes as operações mentais a serem desenvolvidas, bem como o conteúdo (material de comunicação) e a linguagem que o médico e paciente usam para se expressarem.

Resumindo, podemos classificar os fatores que favorecem a aprendizagem em:

- . Fatores pessoais (relacionamento médico-paciente), que podem sofrer a influência de sub-fatores genéticos, hereditários e psicossomáticos.
- . Fatores ambientais, que podem ser influenciados por sub-fatores sócio-econômicos, culturais, religiosos.

Provavelmente, haverá dentre os vários fatores que favorecem a aprendizagem alguns sub-fatores que tal

vez interfiram na Educação em Saúde, dando à atividade educativa realizada por médicos uma conotação própria e específica⁶⁰.

Nem todos os médicos entrevistados demonstraram ter boa vontade em relação ao atendimento do cliente, como se pôde constatar observando a consulta médica.

No entanto, quanto ao "preparo do pessoal" apresentado pelos médicos entrevistados como fator favorável à aprendizagem (Tabela 12) e o despreparo como barreira à Educação em Saúde (Tabela 11), bem como a manifestação de desejo de preparo nessa área evidenciam a importância dada pelos médicos à Educação em Saúde.

KURT LEWIN, citado por HERSEY²⁵, criou uma técnica para diagnosticar situações, que pode ser útil para notar as variáveis existentes na verificação da eficiência do ensino.

LEWIN supõe que, em qualquer situação considerada, existem forças que impulsionam e forças que restringem, exercendo influência sobre a aprendizagem. Cabe ao médico conhecê-las para poder estimular as primeiras e neutralizar as outras.

Esperava-se que os médicos fizessem maiores referências aos fatores psicossomáticos que interferem no relacionamento médico-paciente e, conseqüentemente, na aprendizagem, tais como: amizade, aceitação mútua, calma, confiança e motivação. No entanto, a Tabela 12 demonstra o despreparo do médico no reconhecimento dos principais fatores que, a nosso ver, favorecem a aprendizagem.

Pergunta 13 - Acha que o médico está preparado para educar em relação à saúde?

Ao se perguntar aos entrevistados se o médico está preparado para educar em relação à saúde, 21 (50,0%) responderam afirmativamente; 18 (42,8%) responderam "não"; 2 (4,8%), "depende" e, 1 (2,4%) respondeu "não sei".

À pergunta "por que?", obtiveram-se as seguintes respostas dos que responderam afirmativamente:

- . O médico está preparado em Educação em Saúde, porque tem preparo formal.
- . Quando o médico se habitua ao atendimento e pega o ritmo, tem condições para educar em saúde.
- . Pessoa que tem conhecimento das coisas, que tem cultura geral pode dar orientação. O médico está preparado sim.
- . Tive esse preparo na Faculdade de Medicina na disciplina Medicina Preventiva.
- . O médico tem o dever de estar sempre preparado para educar em saúde.
- . Depende da cultura do médico.
- . Precariamente, sim; se fizesse algum curso seria melhor.
- . A gente que convive com a clientela, depois de dois ou três anos já tem vivência suficiente para saber.
- . Já recebem preparo na Faculdade, a não ser os que não tiveram no currículo. Vêm-se médicos que saíram da Faculdade sem orientação sobre práticas de saúde.

- . Tem objetivos educacionais e oportunidade para práticas educativas.
- . Pelo menos noções básicas todos devem ter. Estas noções básicas devem ser repassadas.
- . O médico, em geral, sai da Faculdade preparado para educar em saúde, mas no exercício da profissão não dá para orientar ninguém, não dá para fazer Educação em Saúde, porque ele trabalha doze horas por dia e fica meio perdido.
- . Não sou especialista em Saúde Pública, não sou sanitarista, mas fiz o curso de Doenças Infecciosas, que a população tem muito. De maneira geral, tenho condições de ensinar.
- . Está preparado, mas não tem interesse.
- . O médico está preparado, mas precisa ser respeitado para poder educar em saúde. O médico, no meu tempo, era diferente, era respeitado. Os tempos mudam. Eu acho que o médico deve usar terno e gravata; eu estou sempre direito. Vejo aí os colegas barbudos, esquisitos.
- . Dá para dar as linhas básicas.

Os que responderam que o médico não está preparado em Educação em Saúde justificaram:

- . Porque não tem preparo formal;
- . deveria estar preparado, mas ainda não está. Por enquanto, ele foge ao tipo de trabalho, foge à especialidade;
- . o sistema de ensino médico não prevê este preparo; a pró

pria sociedade não está preocupada com a Educação em Saúde;

- . no geral, os médicos não têm motivação para a Educação em Saúde; ganham pouco, não têm tempo, e a Educação em Saúde não é bem reconhecida. Não está preparado;
- . o médico faz o possível, não tem preparo ideal;
- . o médico está sendo formado para uma vida competitiva que objetiva só lucros; é a sub-especialidade dentro da Medicina, que não é compatível com este tipo de atividade educativa;
- . não está preparado devido ao pouco caso que se faz da Saúde Pública;
- . não recebi orientação sobre Educação em Saúde nem na Escola Primária, nem na Faculdade, muito menos em casa. Deviam dar cursos rápidos de Educação em Saúde;
- . o médico está inteiramente absorvido por uma atividade e por uma demanda massacrante que o obrigam a restringir suas atividades para e simplesmente à consulta médica. Nas Escolas de Medicina, este aspecto não é enfatizado;
- . seria um pouco difícil para mim, uma psiquiatra, falar sobre sarampo. Dentro da área de Saúde Mental seria mais fácil para mim;
- . a maioria dos médicos entra no CS simplesmente como clínico geral e não como especialista. É preciso preparar toda a assistência especializada:

A necessidade de preparo de pessoal em Educação em Saúde vem sendo estudada pela OMS há muitos anos.

Em 1953, uma Comissão de Peritos traçou as prin

cipais diretrizes sobre Educação em Saúde do Público e sugeriu métodos aplicáveis às funções educativas de várias categorias de profissionais de saúde (Relatório nº 89)⁶⁴.

Em 1957, outra Comissão Técnica discutiu o treinamento de Pessoal de Saúde em Educação em Saúde, tendo publicado o Relatório nº 156⁶⁵. Novamente em 1960, ainda sob o patrocínio da OMS, foi reunida nova Comissão de Peritos que traçou diretrizes para o preparo a nível de pós-graduação em Educação em Saúde, incluindo especialização em Educação em Saúde Pública, tendo sido publicado o relatório técnico nº 278.⁶⁶

Em 1963, o treinamento específico de médicos em Educação em Saúde foi objeto de discussão de um Grupo de Trabalho organizado pelo Escritório Regional da OMS para a Europa ⁶⁷.

Os participantes concluíram que cursos especiais de Educação em Saúde para médicos eram necessários em todos os países da Europa.

Quando o Grupo de Trabalho discutiu sobre que médicos deveriam ser selecionados para os cursos, houve pleno acordo de que seriam médicos em posições "estratégicas", capazes de promover Educação em Saúde e torná-la parte integrante das práticas de saúde em seu ambiente de trabalho. Deveriam pertencer aos escalões mais altos em seus serviços para poderem ter autoridade na implantação de programas; deveriam ser potencialmente líderes já respeitados por seus colegas por sua habilidade e experiência, e deveriam ser capazes de produzir mudanças.

Foi também recomendado que os cursos tivessem:

- (1) uma parte teórica: aulas, discussões, demonstrações (em trabalho individual e de grupo);
- (2) sessões de demonstração, nas quais os estudantes teriam oportunidade para se familiarizar com as atividades da Educação em Saúde nos diferentes serviços (hospitais, centros de saúde, agências de seguro social, organizações voluntárias de saúde, associações médicas);
- (3) uma parte prática, capacitando estudantes a se prepararem de maneira mais específica e detalhada para sua futura tarefa de promover a Educação em Saúde, e de utilizar seus novos conhecimentos na volta às suas atividades normais.

A importância de incluir elementos de avaliação da Educação em Saúde no currículo foi aceita por todos . Recomendou-se, como experiência prática útil, que o próprio curso fosse avaliado pelos estudantes.

Conclui-se que para o médico estar preparado para educar em relação à saúde precisa ter preparo formal , acadêmico.

Pergunta 14 - O cliente sadio deve comparecer ao Centro de Saúde para atendimento?

Perguntando-se "o cliente sadio deve comparecer ao CS para atendimento", 37 (88,1%) acham que sim; 5 (11,9%) acham que não. A todos foi perguntado "por que?" (Tabela 13).

TABELA 13 - Distribuição do nº e % de médicos segundo opinião e justificativa sobre o comparecimento do cliente sadio ao CS para atendimento (Centros de Saúde, SP, 1981).

RESPOSTAS	JUSTIFICATIVAS	Nº	%
Deve comparecer (37-88,1%)	Para medicina preventiva	16	38,0
	Para "check-up"	9	21,4
	Para atendimento de rotina	7	16,9
	Para orientação	5	11,9
Não deve comparecer (5-11,9%)	Para não tomar o tempo do médico	1	2,4
	Porque deve ser atendido na escola e no trabalho	1	2,4
	Para não tirar o lugar do doente que precisa melhor atendimento	1	2,4
	Porque não está motivado para esse tipo de atendimento	1	2,4
	Porque falta ao médico preparo para atender o sadio	1	2,4
TOTAL		42	100,0

Embora 37 médicos entrevistados achem que o cliente sadio deva comparecer ao CS para atendimento, apenas 5 fizeram referência à Educação em Saúde, quando mencionaram "orientação" como justificativa (Tabela 13). O comparecimento do cliente sadio também não foi citado como fator que favorece a aprendizagem no CS (Pergunta 12); contudo, 23,10% dos entrevistados, nas justificativas, fizeram referência à importância da adequação dos métodos educativos ao cliente e à situação (Tabela 12).

As justificativas para medicina preventiva, "check-up" e "atendimento de rotina" mais citadas merecem comentários.

ILLICH²⁹ diz o seguinte: "com a medicina curativa aplicando cada vez mais seus esforços em doentes para os quais ela é ineficaz, dispendiosa e penosa, surgiu um novo capricho: a prevenção da doença, realizada por novos profissionais encarregados da manutenção dos corpos. Após os cuidados de doença, cuidados de saúde tornaram-se uma mercadoria, isto é, qualquer coisa que se consome e não qualquer coisa que se faz. Quanto mais o salário pago pela firma é alto, quanto mais elevada a função dentro da organização partidária é elevada, mais é necessário gastar para que essa estimável engrenagem da sociedade esteja bem lubrificada. O consumo de cuidados preventivos é cronologicamente o último dos sinais de "status" social da burguesia. Para estar na moda, é preciso hoje consumir "check-up". Essa expressão inglesa faz parte agora do vocabulário cotidiano do francês, do sérvio, do espanhol, do malaio e do húngaro. A extensão do controle

profissional a cuidados dispensados a pessoas em perfeita saúde é uma nova manifestação da medicalização da vida. Não é preciso estar doente para se transformar num paciente. O conceito de morbilidade simplesmente foi estendido e recobre situações onde não há morbilidade em sentido estrito, mas probabilidade de que uma tal morbilidade apareça num devido prazo. O paciente que se apresenta ao médico com uma pressão considerada anormal está dentro da mesma situação de doente, tanto como aquele que se apresenta com um sintoma mórbido em sentido estrito".

O "atendimento de rotina", referido na Tabela 13, diz respeito ao comparecimento das pessoas para vacinação e para atestado de saúde. Na área pesquisada, verificou-se que o médico encarregado de fornecer atestados de saúde examina as pessoas e, se encontra alguma manifestação de doença, ele as medica ou encaminha para exames especializados.

O papel da Educação em Saúde seria constatar as práticas de saúde dos considerados sadios e reforçá-las, ou aconselhá-los a mudar práticas de saúde que comprovadamente prejudicam a curto ou a longo prazo a saúde das pessoas.

A explicação do "por que?" ajuda os clientes a adquirirem, reforçarem ou mudarem conhecimentos, atitudes e práticas de saúde. As pessoas sadias que comparecem ao CS por algum motivo devem ser observadas como amostra-padrão que deve ser mantida tendo em vista uma longevidade alegre e salutar. A nosso ver, a prioridade do atendimento no CS deve ser dada aos sadios e àqueles que apresentam os primeiros sintomas

de doença, para que sejam sempre clientes (pessoa protegida) e não pacientes (resignado, sofredor).

Quando estudante na Faculdade de Medicina tivemos a oportunidade, na Cadeira de Fisiologia, de participar de uma pesquisa sobre avitaminose em cobaias. Escolhemos a amostra-padrão, cujo trabalho se resumia em preparar a alimentação equilibrada e adequada para as cobaias; pesá-las para verificar se o peso ideal se mantinha; observar se o bedel limpava diariamente as gaiolas. O trabalho foi gratificante, porque nenhuma cobaia sadia adoeceu.

Educação em Saúde inclui clientes de todas as idades, sadios ou doentes. Atualmente, atividades educativas planejadas são necessárias desde a puericultura até a gerontologia.

Ao conceito convencional de saúde normal, HAROLD ELRICK ¹⁹ acrescentou uma terceira dimensão que chama de adequação ótima de saúde. O novo conceito é baseado em diferentes padrões, derivados de estudos de grupos populacionais excepcionalmente vigorosos, com esperança de vida muito longa e livres de doenças cardiovasculares e degenerativas.

Educação em Saúde deve ser compreendida nesse contexto de saúde ótima, para que todos os médicos valorizem o atendimento que deve ser dado ao cliente sadio.

Pergunta 15 - É possível educar através de campanhas de vacinação?

Dos 42 médicos entrevistados, 26 (61,9%) responderam que é possível educar através de campanhas de vacinação; 15 (35,7%), "não"; e 1 (2,4%) respondeu "não sei". Aos que responderam "sim", perguntou-se como; e aos que responderam "não", por que?. As respostas estão na Tabela 14.

TABELA 14 - Distribuição do nº e % de 41 médicos segundo opinião sobre possibilidade de educar através de campanhas de vacinação (Centros de Saúde, SP., 1981).

RESPOSTAS	JUSTIFICATIVAS	Nº	%
SIM	Pela divulgação através dos meios de comunicação	16	39,0
	Mas não é a melhor maneira, porque o processo educativo deve se contínuo	7	17,0
	Conscientiza a população da necessidade de procurar os meios proporcionados pela Saúde Pública	3	7,3
NÃO	Educação é coisa contínua, natural, feita sempre, preocupação constante	11	27,0
	Porque não fica nada no cliente, é fugaz, transitória (informações massificadas)	3	7,3
	Elas são deseducativas; se existe rotina estabelecida e se faz campanha, estamos dando dupla informação para eles	1	2,4
TOTAL		41	100,0

Embora 61,9% dos médicos entrevistados tivessem respondido que é possível educar através de campanhas de vacinação, as justificativas não convencem. Mas não é a melhor maneira de educar, porque o processo educativo deve ser contínuo, foi a conclusão de 17,1% dos que responderam afirmativamente (Tabela 14), e têm razão.

A Educação em Saúde, para ser eficiente, requer comunicação contínua com as pessoas, baseada em confiança, compreensão e consciência de suas necessidades e das dificuldades que a escolha do comportamento sempre envolve.

Pode-se definir campanha como esforços envidados, em situações de emergência, para atingir um determinado alvo de imediato. Urge dentro de um tempo limitado utilizar recursos humanos e materiais disponíveis e levar as pessoas a fazerem alguma coisa no interesse de sua saúde, de seus amigos e familiares. Não é, pois, possível educar somente através de campanhas de vacinação, porque as pessoas, diante de situações ameaçadoras, agem no geral inconscientemente e toda possível influência educativa desaparece, uma vez extinto o perigo, pois o apelo é mais emocional do que intelectual. "Slogans" curtos, incisivos e freqüentes são utilizados para causar impacto imediato, em curto tempo, no maior número possível de pessoas. Costuma-se dizer que as campanhas assemelham-se a relâmpagos.

A Educação em Saúde em alguns casos exige ações imediatas, mas não instantâneas; de preferência ela deve realizar-se numa situação normal de trabalho, com muita calma,

como, por exemplo, durante a consulta médica no relacionamento médico-paciente.

O apelo educativo deve ser mais racional do que emocional; os propósitos devem ser de longa duração e contínuos, planejados, para evitar improvisações, incoerências, falta de segurança e descontinuidade do ensino.⁴⁰

O conceito de Educação em Saúde dentro de um procedimento de ensino exige ação. O médico educador tem o dever de colocar o paciente em contato direto com os fatos, enfim, com tudo que possibilite a modificação positiva da conduta do paciente quando necessária. Procedimentos gerais de ensino incluem ações, processos, comportamentos e todas as maneiras pelas quais o médico pode influenciar o paciente na orientação e controle das condições externas que favorecem a aprendizagem. Os procedimentos gerais ainda compreendem: a comunicação verbal, a promoção de "feedback" e a apresentação de estímulos. Procedimentos especiais de ensino incluem as maneiras particulares de organizar as condições externas que facilitam a aprendizagem. Faz parte dos procedimentos especiais enfatizar as atividades educativas que são realizadas pelos pacientes, enquanto aprendem no consultório.

QUEIROZ JÚNIOR⁴⁸, analisando quatro campanhas de vacinação realizadas no Egito (Alexandria) e no Brasil (Macaé, São Paulo e Petrópolis), do ponto de vista de penetrabilidade e rendimento dos métodos utilizados para a educação do público com respeito à vacinação, considerou a situação atual das comunicações no Brasil e a ideologia da Educação em Saúde Pública. Concluiu que no Brasil ainda não se utiliza plena -

mente o potencial educativo dos novos métodos na área de Saúde Pública e realça a importância dos métodos de educação do público serem associados aos de educação individual ou de grupo.

Baseando-se na distinção feita por KNELLER³⁰ de educação como um produto e de educação como um processo, certamente a educação através de campanhas seria um produto, e não um processo educativo, porque elas não têm o objetivo de educar ninguém.

Deve-se, portanto, enfatizar a necessidade de educação do paciente num processo contínuo de educação, independente de Campanhas de Saúde Pública.

Pergunta 16 - Qual o significado da palavra "educação"?

A Tabela 15 apresenta as respostas de 29 entrevistados sobre o significado da palavra "educação"; 9 (21,4%) responderam "não sei"; 1 (2,4%) não respondeu; 3 (7,1%) deram respostas que não se aplicam.

TABELA 15 - Distribuição do nº e % de 29 médicos segundo opinião sobre o significado da palavra educação (Centros de Saúde, SP., 1981).

SIGNIFICADO DA PALAVRA EDUCAÇÃO	Nº	%
Orientação, informação	10	34,0
Cultura	4	14,0
Processo de aprendizado	4	14,0
Conhecimento e mudança de atitude	3	10,0
Formação global	2	7,0
Experiência	1	2,4
Transmissão de Conhecimentos e práticas de saúde	1	2,4
Relacionamento	1	2,4
Inteiração	1	2,4
Conduzir	1	2,4
Norma de bem viver na comunidade	1	2,4
TOTAL	29	100,0

Educação é um processo de aquisição de conhecimentos por pessoas ou grupos de pessoas interessadas em desenvolver suas capacidades ou aptidões para impulsionar as transformações necessárias ao progresso e equilíbrio individual e coletivo.

Segundo KNELLER³⁰, "A educação pode ser considerada em dois sentidos: um lato, o outro técnico. Em sua acepção lata, a educação diz respeito a qualquer ato ou experiência que tenha um efeito formativo sobre a mente, o caráter ou a capacidade física de um indivíduo. Neste sentido, a educação termina; verdadeiramente," aprendemos pela experiência "ao longo de nossa vida. Todas as espécies de experiências podem ser educativas - desde a leitura de um livro até a viagem ao estrangeiro, desde as opiniões das pessoas nossas conhecidas até a possibilidade de surpreendermos um comentário, no burburinho de um bar. Na sua acepção técnica, a educação é o processo pelo qual a sociedade, por intermédio de escolas, ginásios, colégios, universidades e outras instituições, deliberadamente transmite sua herança cultural - seus conhecimentos, valores e dotes acumulados - de uma geração para a outra.

Devemos igualmente distinguir entre educação como um produto e como um processo. Como um produto, a educação é o que recebemos através da instrução ou aprendizagem - os conhecimentos, ideais e técnicas que nos ensinam. Como processo, a educação é o ato de educar alguém ou de nos educarmos

Para 34% dos médicos entrevistados, educação significa "orientação, informação". Quem acha que educação é

apenas isso corre o risco de educar mal e como disse VOLTAIRE, citado por DELLA NINA ¹³ : "Educar mal um homem é dissipar ca pitais e preparar dores e perdas à sociedade". VICTOR HUGO , também citado por DELLA NINA ¹³ , alerta dizendo: "Meus amigos, lembrai-vos sempre de que não há ervas daninhas nem homens maus: há, sim, maus cultivadores".

A verdadeira educação se completa por uma ação favorável ao ser humano.

Para MARCONDES ³⁶ , "a ênfase na educação acen tuou-se gradualmente, à medida que a compreensão do processo educativo cresceu e que a natureza dos problemas de saúde pública mudou; psicologicamente, educação significa mudança".

Etimologicamente, a palavra educar vem do latim "educare, do tema de educere, conduzir, levar a um determi nado fim" e educação em seu sentido próprio significa: levar para fora, fazer sair, tirar de. Daí: criar, educar.

Apenas 1 entrevistado respondeu que educação significa conduzir.

Para 14,0% dos entrevistados educação signifi ca "cultura". Sabe-se que a palavra cultura tem vários sentidos, sendo comumente empregada para designar pessoas possuidoras de conhecimentos e com formação intelectual desenvolvida. Emprega-se também a palavra em Antropologia e Sociologia em re ferência ao comportamento social do grupo.

Educação é entendida por 14,0% dos médicos entrevistados como "processo de aprendizado".

Admitindo-se a imperfeição humana, o homem necessita de aprendizagem e de educação durante toda a sua existência. Deste modo, a base estrutural da aprendizagem da criança deve visar à educação familiar, porque esta constitui a base biológica da educação permanente. O lar, considerado "cellula mater" da sociedade, deve desenvolver uma educação permanente sobre a idéia básica da aprendizagem contínua^{4 2}.

Conforme GAGNÉ, citado por OLIVEIRA^{4 3}, a aprendizagem faz parte do processo educativo e "consiste em mudança nas disposições ou capacidades humanas de modo permanente e que não pode ser atribuída simplesmente ao processo de crescimento".

Para 10% dos médicos, educação significa "conhecimento e mudança de atitude"; para 2,4%, "transmissão de conhecimentos e de práticas de saúde". Apenas para 1 médico entrevistado, educação significa "experiência". DEWEY^{1 5} define educação "como o processo de reconstrução e reorganização da experiência", considerando a experiência "transitória", "passageira", "pessoal", contra a realidade permanente do mundo exterior". Para DEWEY^{1 5}, a "experiência educativa é essa experiência inteligente, em que participa o pensamento, através do qual se vem a perceber relações e continuidades antes não percebidas".

Para MARITAIN ³⁹, "A educação é uma arte, e arte muito difícil. Pertence, de natureza, à esfera da Ética e das ciências práticas. É uma arte ética ou, por outra, uma ciência prática em que determinada arte se inclui. Toda arte é uma tendência dinâmica em direção a um objetivo que se quer atingir (finalidade da arte). Não há arte sem objetivo. Sua própria vitalidade está na energia com que se dirige para certo fim, sem se interromper nunca".

Neste trabalho enfatiza-se a arte de educar e a arte de curar. A arte de curar se realiza muitas vezes através da arte de educar.

Pergunta 17 - Costuma avaliar os aspectos educativos dos programas de saúde?

Vinte e cinco (59,5%) médicos responderam que "costumam avaliar os programas de saúde"; 17 (40,5%), não. A todos foi perguntado "por que?"; somente 31 justificaram. As respostas estão na Tabela 16.

TABELA 16 - Distribuição do nº e % de 31 médicos segundo respostas e justificativas se costumam^{ou não} avaliar os aspectos educativos dos programas de saúde (Centros de Saúde, SP., 1981).

RESPOSTAS	JUSTIFICATIVAS	Nº	%
Costuma avaliar	Para verificar os resultados	10	32,2
	Por interesse	4	13,0
	Porque é importante	2	6,5
	Por considerar ES atividade prioritária	1	3,2
	Para ficar atualizado	1	3,2
	Para análise crítica	1	3,2
	Para atuar melhor	1	3,2
	Pela preocupação que as pessoas têm com a saúde	1	3,2
	Para realimentar e ajustar os próximos passos	1	3,2
	Para remover obstáculos, principalmente em relação à mudança de comportamento	1	3,2
Não costuma avaliar	Sem justificativa	2	6,5
	Por ser médico recente no serviço	2	6,5
	Por não conhecer a fundo os programas de saúde	2	6,5
	Por ser programa extenso e pouco reduzível	1	3,2
	Por falta de um programa específico de educação	1	3,2
TOTAL		31	100,0

A pergunta feita ao médico "costuma avaliar os aspectos educativos dos programas de saúde", coloca a questão a nível de sistema; "conforme o nível em que se situa a avaliação, o conceito, os tipos, as funções, as técnicas e instrumentos da avaliação são diferentes" (PODOLSKI,⁴⁷).

A avaliação do cliente pelo médico tem uma característica que é ser o médico (avaliador) o responsável direto pelo processo de educação e pelo cliente. Os aspectos técnicos de avaliação das atividades educativas devem ser simples, pois não se deve exigir do médico-consultante especialização e tempo para tratamento de grandes somas de dados estatísticos²⁰.

Contudo, deve o médico conhecer técnicas de auto-avaliação para aplicar medidas educacionais que contribuam para a verificação da aprendizagem de seus clientes. Deve tamẽm utilizar os mais diversos instrumentos para avaliação do seu cliente: testes de conhecimentos, atitudes e práticas; entrevistas; avaliação do cliente por outros profissionais de saúde ou por familiares, por pessoas amigas, vizinhos, parentes; a observação na pré-consulta e pós-consulta por auxiliares médicos; análise de atitudes e práticas no domicílio com ajuda de visitantes treinados em Educação em Saúde; estudo dos abandonos, dos faltosos.

A avaliação do processo educativo do cliente deve ser feita em cada fase do "input" (entrada) até o "output" (saída), para que as falhas que possam surgir durante a aprendizagem sejam corrigidas a tempo. Portanto, a avaliação é im

portante não só para tornar o sistema de aprendizagem mais eficiente, como também fornecer dados para tomada de decisões relativas aos mais variados aspectos educativos do treinamento do educando.

O médico deve fazer uma avaliação metodológica do desempenho dos seus clientes. Por outro lado, a implantação de um programa de avaliação de desempenho de atividades educativas no CS deve ser aceita e entendida pelo médico-consultante, e ser feita sistemática e periodicamente. "A avaliação sistemática consiste num mesmo método de avaliação adotado para todas as classes profissionais que fazem parte do programa de saúde; a avaliação periódica fornece informações num determinado período da programação em vigor", no dizer de PODOLSKY⁴⁷.

A avaliação é uma tarefa complexa e difícil que exige do educador tomada de decisões quanto a objetivos, conteúdo, métodos e técnicas.

Quanto maior o desenvolvimento da ciência e da tecnologia, tanto maior a importância da avaliação dos resultados do ensino-aprendizagem.

Deve o médico selecionar os instrumentos de avaliação mais eficazes para medir resultados a partir de critérios definidos, tais como: metas, objetivos educativos, interesse e colaboração da equipe de saúde, interesse e participação do cliente; deve testar conhecimentos, avaliar atitudes e modificações de práticas do cliente com respeito à saúde.

Pelas justificativas apresentadas na Tabela 16, pode-se perceber que a maioria dos entrevistados não tem conceito firme, correto ou completo de avaliação; apenas quatro estão na direção correta quando dizem:

"Para verificar resultados"; "Para atuar melhor"; "Para realimentar e ajustar os próximos passos"; e "Para remover os obstáculos, principalmente em relação à mudança de comportamento".

Pergunta 18 - Em seu Centro de Saúde existe um Educador de Saúde Pública? E no Distrito? E na Regional?

Conforme referência feita anteriormente (Pergunta 2), somente um dos 12 CS onde foi feita a pesquisa conta com Educador de Saúde Pública, bem como o Distrito e a Regional. A Tabela 17 mostra a presença do especialista de acordo com os entrevistados.

TABELA 17 - Distribuição do nº e % de médicos segundo informação sobre a existência de Educador em Saúde Pública (Centros de Saúde, SP., 1981).

EXISTÊNCIA EDUCADOR DE S. PÚBLICA	NO CENTRO DE SAÚDE		NO DISTRITO		NA REGIONAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SIM	11	26,2	27	64,3	17	40,5
NÃO	29	69,0	3	7,1	2	4,8
NÃO SEI	2	4,8	12	28,6	23	54,7
TOTAL	42	100,0	42	100,0	42	100,0

Dos médicos entrevistados, 26,2% responderam que existe um Educador de Saúde no Centro de Saúde; na realidade, em exercício de suas funções existe somente em um CS III. Em um CS I existe Educador de Saúde Pública, em licença para tratamento de saúde há mais de um ano.

Quanto à pergunta "Existe Educador de Saúde Pública no Distrito Sanitário?", esperava-se que todos respondessem "Sim", pois existe no DS uma Educadora que há muitos anos vem exercendo essa função; entretanto, conforme se verifica na Tabela 17, apenas 64,3% dos médicos entrevistados sabem da sua existência.

Na Divisão Regional existe um Educador de Saúde Pública; entretanto, como hierarquicamente não está diretamente ligado ao CS, justifica-se que nem todos os médicos o conheçam.

Pergunta 19 e 20 - Educação em Saúde deve fazer parte do currículo do Curso de Medicina? e de Saúde Pública?

A maioria dos médicos entrevistados é de opinião que se inclua Educação em Saúde no currículo do Curso de Medicina e de Saúde Pública (Tabela 18).

TABELA 18 - Distribuição do nº e % de médicos segundo inclusão de Educação em Saúde nos currículos (Centros de Saúde, SP., 1981).

INCLUSÃO	NO CURSO DE MEDICINA		NO CURSO DE SAÚDE PÚBLICA	
	Nº	%	Nº	%
SIM	37	88,1	41	97,6
NÃO	5	11,9	1	2,4
TOTAL	42	100,0	42	100,0

Dos médicos entrevistados, 37 (88,1%) são favoráveis à inclusão da Educação em Saúde no currículo do Curso de Medicina; 5 (11,9%) têm opinião desfavorável. Quanto à Educação em Saúde no Curso de Saúde Pública, 41 (97,6%) médicos são favoráveis, e apenas 1 (2,4%) desfavorável.

SCHEFFLER⁵² descobriu, em trabalhos recentes sobre educação, que "o termo Currículo é definido como se referindo à totalidade das experiências de cada estudante sob a influência da escola". Essa definição tem sido criticada como vaga e difícil, pois subentende que o currículo de cada indivíduo é diferente e que cada escola tem tantos currículos quantos forem os alunos.

Segundo SCHEFFLER,⁵² "o currículo de uma escola permanece estável por um período maior ou menor, durante o qual a sua população de alunos se modifica".

Para SENAULT⁵⁶, a finalidade dos estudos de Medicina não é só preparar médicos capazes de bem assistir o são e o enfermo, e de compreender as necessidades sanitárias da coletividade, mas também torná-los "conselheiros sanitários". Nós diríamos "educadores em saúde", porque SENAULT propõe que o médico intervenha na proteção da saúde pública em todos os setores e em todos os aspectos, sem que o médico tenha que diminuir a atenção e interesse particular pelo cliente. Em resumo, o médico deve:

- . atender ao sã o e ao doente;
- . compreender as necessidades de saúde da comunidade;
- . ser um educador em saúde.

Assim, o médico terá facilidade para elucidar as incidências e as alterações do médico e do social, a passar do particular para o geral. SENAULT⁵ diz ainda que "Quem tem a responsabilidade de ensinar, faltaria a alguns dos deveres de seu cargo se se contentasse em fazer do estudante um médico competente, um bom clínico, um terapeuta excelente, que conheça bem as técnicas e os recursos de uma arte cada dia mais eficaz, e que os aplique com pertinência na preocupação constante de restabelecer a saúde, que pode ser a única coisa que pede o enfermo". E acrescenta: "Não se trata sem dúvida de uma inovação ; o que ocorre é que essa tendência se tem difundido muito há alguns anos. Daí que o tríptico aspecto da atividade profissional condicione o objetivo mesmo da educação médica moderna, adaptado às necessidades da evolução social e, em definitivo, às da população. Faz falta, pois, que o estudante de Medicina raciocine com mentalidade de sanitarista sobre a saúde, essa saúde que com autoridade a OMS tem definido como "um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de afecções ou enfermidades".

Por conseguinte, é indispensável que na faculdade o estudante adquira aptidões para a ação preventiva e de recuperação social na mesma medida que para a formação curativa, de maneira que, quando mais tarde exercer a profissão, se empenhe sem dúvida em combater a enfermidade, mas nem por isso se descuide, na esfera de sua própria influência, a combater a

ignorância e os preconceitos.

Para isso é imprescindível que Educação em Saúde seja ensinada no Curso de Medicina e no Curso de Saúde Pública.

Pergunta 21 - Sabe o que faz o Educador de Saúde Pública?

Perguntou-se aos médicos se conheciam as funções do Educador de Saúde Pública, tendo 28 (66,7%) respondido afirmativamente; e 14 (33,3%) que não conhecem. Aos que responderam sim, foi perguntado "quais são?". As respostas estão na Tabela 19.

TABELA 19 - Distribuição do nº e % de médicos segundo percepção das funções do Educador de Saúde Pública (Centros de Saúde, SP, 1981).

PERCEPÇÃO DAS FUNÇÕES DO ESP	Nº	%
Prevenir doenças e transmitir noções de higiene em geral	9	32,4
Dar orientação	6	21,6
Educar	2	7,1
Promover o treinamento-em-serviço em Educação em Saúde Pública, detectar problemas na comunidade e aplicar conhecimentos em todas as instituições que existem na comunidade. Fazer avaliação dos programas de saúde	2	7,1
Mobilizar as atividades educativas; coordenar as atividades exercidas nas escolas e outras ações que a comunidade desenvolve com finalidade educativa com as atividades de saúde dentro do sistema formal de educação.	2	7,1
Treinamento de pessoal	2	7,1
Estimular a organização e funcionamento de Conselhos de Comunidade, coordenar as atividades educativas e interpretar para o público os objetivos e atividades dos programas de saúde	1	3,5
Deve ser um elo entre o CS e a comunidade	1	3,5
Faz reuniões com a população para esclarecimentos em Educação em Saúde	1	3,5
Não se aplica	2	7,1
TOTAL	28	100,0

As percepções das funções do Educador de Saúde Pública de 28 (66,7%) médicos são muito limitadas. Na tabela 19 verifica-se que 9 (32,10%) médicos acham que a função do educador é "prevenir doenças e transmitir noções de higiene em geral"; 6 (21,40%) acham que é "dar orientação".

As funções do Educador de Saúde Pública são bastante variadas e complexas. Estão definidas pela OMS no Relatório Técnico nº 278 ⁶⁶, bem como pela Faculdade de Saúde Pública/USP. Podem ser assim descritas:

- . Elaborar o plano educativo dos programas de saúde.
- . Adaptar o plano educativo dos programas de saúde da Regional às condições específicas do Distrito.
- . Dar orientação à Equipe Técnica na área da Educação em Saúde.
- . Estimular a organização e funcionamento de Conselhos de Comunidade.
- . Investigar reações negativas aos programas de saúde.
- . Organizar e manter atualizado material bibliográfico na área da Educação em Saúde.
- . Orientar a execução do plano educativo dos programas de saúde, responsabilizando-se por:
 - coordenação das atividades educativas;
 - promoção do treinamento de líderes e voluntários;
 - estabelecimento e manutenção de relacionamento adequado de trabalho com órgãos do

Distrito interessados na Saúde Pública.

- Participar do planejamento e avaliação dos programas de saúde.
- Promover o treinamento-em-serviço em Educação em Saúde Pública.
- Prestar assessoria técnica a outras agências e serviços.
- Interpretar para o público os objetivos e atividades dos programas de saúde.

Na área pesquisada só existe educador no DS e em cada CS III; portanto, 11 Unidades Sanitárias não contam com Educador de Saúde Pública no local, para desenvolvimento das funções educativas. Por falta de educadores, as funções são programadas e executadas mais em nível distrital.

Nenhum dos entrevistados foi capaz de mencionar todas as funções do profissional, que no Brasil é graduado pela USP desde 1969; apenas 6 citaram algumas, evidenciando o desconhecimento por parte dos médicos da contribuição que esse profissional pode dar à equipe do CS (Tabela 19).

Atribui-se esse desconhecimento à falta de preparo do médico em Educação em Saúde para trabalhar no CS, bem como à falta de Educador de Saúde Pública a nível local para interpretar o que faz o Educador.

Pergunta 22 - Em sua opinião, o que deve ser entendido por Educação em Saúde?

Quando se procurou saber o que os médicos entendem por Educação em Saúde, 42 entrevistados deram suas versões, nenhuma completamente correta ou completa (Tabela 20).

TABELA 20 - Distribuição do nº e % de médicos segundo opinião sobre o significado de Educação em Saúde (Centros de Saúde, SP, 1981)

SIGNIFICADO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Nº	%
Prevenção de doença	14	33,6
Orientação	13	30,8
Transmissão de conhecimentos básicos de saúde	6	14,4
A melhor definição é a da OMS que se <u>re</u> fere ao perfeito estado de saúde <u>fí</u> sico e mental	3	7,0
Deteção e orientação de problemas na comunidade sem paternalismo	1	2,4
Atividades educativas planejadas	1	2,4
Dar saúde ao povo	1	2,4
Aquisição de conhecimentos e mudanças de atitudes em relação à saúde <u>in</u> dividual com repercussão na coletividade	1	2,4
Não sei	1	2,4
Não se aplica	1	2,4
TOTAL	42	100,0

Quando se procurou saber o que os médicos entendem por Educação em Saúde, os 42 entrevistados, deram suas versões, nenhuma completamente correta ou completa (Tabela 20) . Adotou-se para esse trabalho a definição de Educação em Saúde que, a nosso ver, mais satisfaz às necessidades educativas em saúde da área pesquisada: "atividades planejadas com o objetivo de levar o indivíduo a adquirir, mudar ou reforçar conhecimentos, atitudes e práticas conducentes à saúde (CAP)" (1974)³⁶.

Para 33,6% dos médicos entrevistados, Educação em Saúde significa "prevenção de doenças"; para 30,8%, "orientação"; 14,4% entendem como "transmissão de conhecimentos básicos de saúde". A Tabela 20 mostra definições que se aproximam da adotada, mas incompletas: 2,4% "atividades educativas planejadas"; 2,4% "aquisição de conhecimentos e mudanças de atitudes, em relação à saúde individual com repercussão na coletividade".

A nosso ver, a CAP serve de roteiro para o planejamento e avaliação de algumas intervenções educacionais que ocorrem no relacionamento médico-paciente. O médico não especialista em Educação em Saúde desenvolve atividades educativas como um componente integrante da consulta médica, mas não deve se limitar à prevenção de doenças. Atualmente, Educação em Saúde também visa prevenir acontecimentos indesejáveis, relacionados com a saúde de cada cliente.

Segundo SIMONDS ⁵⁸ , "o Programa de Revisão da Educação em Saúde, apresentado na Quinquagésima-terceira Sesção do Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde, as

sim como os trabalhos apresentados na IX Conferência Internacional de Educação em Saúde, realizada no Canadá de 29 de agosto a 3 de setembro de 1976, deixam claro que um objetivo principal da Educação em Saúde consiste em obter a participação da população, para decidir quais são suas necessidades e qual será seu futuro (WHO). Representa um saldo positivo para nós ter a Educação em Saúde assumido a posição de que a auto - determinação, através da participação ativa dos cidadãos, constitui a base filosófica de sua atuação".

Assim, aumenta a responsabilidade do médico por que pacientes devem vir à consulta médica em busca de Educação em Saúde adequada aos seus problemas e o médico deve envolvê-los num processo educativo, que em resumo inclui os princípios da aprendizagem, objetivos comportamentais, motivação e tecnologia educacional. Baseado em HERSEY^{2 5}, deve o médico hierarquizar as necessidades educacionais do paciente para ele maximizar os benefícios oferecidos pelo CS com o menor esforço psicológico. Assim, o médico pode conseguir que motivos de saúde mais desejáveis adquiram mais força. Para SIMONDS^{5 8}, "A motivação continuará como uma base conceitual de práticas de Educação em Saúde... A experiência acumulada dos profissionais através do mundo, o impacto da teoria, da pesquisa e da tecnologia relacionadas à Educação em Saúde e a crescente complexidade dos problemas de saúde que nos desafiam, provocaram o aparecimento de novos desempenhos profissionais para os educadores de saúde e continuarão a forçar mudanças no futuro".

Altruísmo, bondade, calma e sabedoria ajudarão o médico a desenvolver atividades educativas no CS e a parti

cipar ativamente da evolução auto-consciente da Educação em Saúde desde que se defina e se prepare convenientemente.

GUSTAFSON^{in 61} apresenta resultados de uma pesquisa feita na França, para ouvir a opinião de médicos de ambos os sexos e de todas as idades, que evidenciam que os médicos são favoráveis à Educação em Saúde, acham-na importante e até mesmo indispensável. Mas, declararam que Educação em Saúde não é um termo bem conhecido ou claramente entendido.

Contudo, eles ainda acham que o médico deve ser um educador em saúde. Estudos de FELDMAN, citados por GUSTAFSON^{in 61} revelam que a % de médicos franceses a favor da Educação em Saúde do público foi mais alta do que de médicos americanos. Em suas amostras 62% dos médicos acham que é muito importante que o público seja melhor informado sobre saúde e assuntos médicos.

Talvez os médicos entendessem melhor Educação em Saúde como Medicina Educativa - ramo da medicina que trata de casos passíveis de Educação em Saúde.

Educação em Saúde tem a desempenhar um papel importante, pois ela contribui para o desenvolvimento sócio-econômico do país na tentativa de levar pessoas a encontrarem solução para seus assuntos de saúde.

Pergunta 23 - Quando deve ser feita a Educação em Saúde do cliente?

"Em todos os momentos", foi a resposta dada pela maioria dos médicos entrevistados (61,9%) à pergunta quando deve ser feita a Educação em Saúde do cliente; "durante a consulta" (19,1%) e "após a consulta" (7,1%). Outras respostas encontram-se na Tabela 21.

TABELA 21 - Distribuição do nº e % de médicos segundo quando deve ser feita a Educação em Saúde do cliente (Centros de Saúde, SP, 1981).

QUANDO	Nº	%
Em todos os momentos	26	61,9
Durante a consulta	8	19,1
Após a consulta	3	7,1
Durante e após a consulta	1	2,4
Antes da consulta	1	2,4
Não se aplica	3	7,1
TOTAL	42	100,0

A Educação em Saúde do cliente deve ser feita em todos os momentos, como respondeu a maioria dos médicos, e esta resposta evidentemente inclui as respostas dos outros 13 médicos, visto que o paciente deve ser envolvido num processo educativo contínuo. Mas apenas durante, após ou antes da consulta são respostas que não satisfazem. Para isso é importan

te o estudo das Teorias da Educação, fazendo confronto entre os pensadores modernos, tais como: Ausubel, Bruner, Gagné e Skinner, citados por OLIVEIRA ^{4 3}.

O médico deve definir bem os seus objetivos educativos em relação ao cliente, assim como os passos a serem dados para alcançá-los, do "input" ao "output".

No "input", o médico observa e avalia o cliente, sonda as condições para o desenvolvimento do processo educativo. No momento próprio, ele aplica os métodos adequados à aprendizagem do cliente.

No "output", ele avalia o comportamento do paciente, verifica se os objetivos foram alcançados e que devem estar alicerçados na definição de Educação em Saúde, que visa levar o indivíduo a adquirir, reforçar ou mudar conhecimentos, atitudes e práticas de saúde.

Se o médico verifica que o cliente já possui os conhecimentos, atitudes e práticas que o caso requer, deve assim mesmo submeter o cliente a um sistema educativo de reforço.

MECNHER e COOK, citados por DIB ¹⁶, para facilidade didática, pensaram no sistema de aprendizagem como uma "ponte" ligando o comportamento inicial do educando ao comportamento final.

Assim, pode-se considerar dois aspectos: a finalidade, ou seja, os resultados que o médico espera obter, e a

instrumentação, que inclui o conjunto de elementos, meios ou recursos que emprega para alcançá-los.

O processo educativo requer sistematização, ordem e seqüência. A Educação em Saúde deve ser feita, em todos os momentos, de forma ativa que permita ao cliente refletir, descobrir e planejar por si mesmo ações conducentes à saúde.

Pergunta 24 - Onde obteve seus conhecimentos sobre Educação em Saúde?

À pergunta "Onde obteve seus conhecimentos sobre Educação em Saúde?", somente 1 entrevistado respondeu que nunca obteve tais conhecimentos e justificou a resposta. Aos demais, perguntou-se "onde"? As respostas encontram-se na Tabela 22.

TABELA 22 - Distribuição do nº e % de médicos segundo informação sobre fonte de conhecimentos em Educação em Saúde (Centros de Saúde, SP, 1981).

INFORMAÇÃO	Nº	%
Curso de Medicina e outros	7	14,1
Curso de Medicina	10	24,4
Curso de Medicina e informalmente	8	19,5
Curso de Medicina, outros cursos e informalmente	7	17,1
Informalmente	6	14,6
Curso de Medicina e de Sanitarista	3	7,3
TOTAL	41	100,0

Como outros cursos foram especificados os seguintes: Especialização em Clínica Geral e Moléstias Infecto-Contagiosas; Curso Superior de Guerra; Curso de Puericultura do antigo Departamento Estadual da Criança; Residência em Pediatria; Curso de Educação Sanitária do SESC; Centro de Saúde Escola do Butantã.

Quanto à resposta informalmente, as referências foram: na rua, no lar, com amigos, empíricos, iniciativa própria, imprensa, textos, leituras.

A justificativa do único entrevistado que respondeu que não obteve conhecimentos sobre Educação em Saúde foi a seguinte: "Não fazia parte do currículo da Faculdade de Medicina..."

Pergunta 25 - Assina alguma revista de Educação em Saúde?

Perguntou-se aos entrevistados se assinam revistas de Educação em Saúde e, em caso positivo, quais; (88,1%) responderam "não", e 5 (11,9%) "sim". As revistas citadas foram:

	Nº	%
. Revista de Saúde Pública	1	2,4
. Saúde e Debate do SESC	3	7,1
. BEMFAM	1	2,4

Nenhuma das revistas citadas pelos médicos entrevistados é específica de Educação em Saúde, embora existam no mercado inúmeras, entre as quais:

- . Educación para la Salud (Departamento de Educación para la Salud). Buenos Aires, Argentina.
- . Educación para la Salud (División de Información Pública y Educación para la Salud. Organización Mundial de la Salud) Ginebra, Suiza, Ed. também em inglês - Education for Health,
- . Educación Superior - Education for Health,
- . Educación Superior - Boletín del Centro Regional para la Educación Superior en América Latina Y el Caribe (UNESCO) Caracas, Venezuela.
- . Educational Communication and Technology (Association for Educational Communications and Technology) - Washington,
- . Hygie - International Journal of Health Education, Paris, França,
- . Journal of Health Education, Londres, Inglaterra.
- . Health Education Monographs - SOPHE (Society of Public Health Educators, New York.
- . Education for Health (WHO/SCIPHE).
- . School Health Education - EUA
- . International Quarterly of Community Health Education (EUA).

Pergunta 26 - Lê revistas de Educação em Saúde?

Quando se procurou saber se os entrevistados lêem revistas de Educação em Saúde, 22 (52,4%) responderam "sim"; e 20 (47,6%), "não". Aos que responderam "sim", foi perguntado "quais?", e aos que responderam "não", "por que?".

Os médicos que responderam afirmativamente citaram as seguintes revistas:

- . Saúde em Debate
- . Ars Curandi
- . Pulso
- . JBM
- . Pediatria Moderna
- . Ginecologia e Obstetrícia
- . Pan Americana
- . Associação de Classe
- . Vida e Saúde
- . Laboratório "Roche"
- . APM

Na realidade, os médicos entrevistados não lêem revistas de Educação em Saúde, porque nenhuma citada o é.

Os que responderam "não" apresentaram as razões pelas quais não lêem revistas de Educação em Saúde (Tabela 23).

TABELA 23 - Distribuição do nº e % de médicos segundo razões pelas quais não lêem revistas de Educação em Saúde (Centros de Saúde, SP, 1981).

RAZÕES	Nº	%
Não conheço nenhuma	4	20,0
Não tive oportunidade	3	15,0
Falta de tempo e estafa	2	10,0
Não tenho acesso	2	10,0
Porque não sou sanitarista	1	5,0
Nunca recebi revista, nem me assinam	1	5,0
Falta de interesse, falta de motivação	1	5,0
Deixo para os educadores lerem, tenho tantas coisas para ler	1	5,0
Só leio artigos de interesse específico	1	5,0
Prefiro artigos médicos específicos	1	5,0
Não têm divulgação	1	5,0
Não leio mais nada de medicina; a gente perde o contato, há desinteresse por tudo	1	5,0
Não estou ligada ao tema	1	5,0
TOTAL	20	100,0

Embora 22 (52,4%) médicos tenham respondido que lêem revistas de Educação em Saúde, verifica-se que nenhuma das revistas citadas é específica de Educação em Saúde. São em geral revistas, que eventualmente publicam artigos de interesse da área de Educação em Saúde.

Esses dados mostram que há necessidade urgente de acesso dos médicos a revistas de Educação em Saúde, pois 4 (20,0%) médicos responderam "não conheço nenhuma"; 3 (15,0%) "não tive oportunidade"; 2 (10,0%) "não tenho acesso". Outras respostas se encontram na Tabela 23.

Na realidade, nenhum dos médicos entrevistados lê revistas de Educação em Saúde.

Pergunta 27 - Utiliza recursos audiovisuais no seu trabalho no Centro de Saúde?

A utilização de recursos audiovisuais no trabalho do CS é feito por 6 (14,3%) entrevistados. Os demais 36 (85,7%) não utilizam tais recursos. Foram citados pelo primeiro grupo: "posters" (1); filmes e diapositivos (1); negatoscópio (1); folhetos e dietas (1); desenho, negatoscópio (1) e figuras, cartazes e desenho na lousa (1).

Faz parte do processo educativo do paciente a seleção e utilização de recursos audiovisuais adequados.

Para selecioná-los, o médico precisa conhecê-los.

Recursos audiovisuais podem ser simples e de baixo custo, tais como: cartazes, quadro-negro, flanelógrafo, tabelas, modelos, quadro de avisos, filmes solicitados a outras entidades.

O médico preparado em Educação em Saúde conhe

ce e valoriza recursos audiovisuais e sabe como utilizá - los convenientemente.

Pergunta 28 - Encontra barreiras para a Educação em Saúde no seu serviço?

A resposta à pergunta sobre se encontra barreiras à Educação em Saúde foi positiva para 37 (88,1%) médicos; 4 (9,5%) responderam que não encontram, e 1 (2,4%) respondeu "não sei". Aos que responderam afirmativamente, foi-lhes perguntado "Quais barreiras?". As respostas estão na Tabela 24.

TABELA 24 - Distribuição do nº e % de médicos segundo barreiras à Educação em Saúde (Centros de Saúde, SP, 1981).

BARREIRAS À EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Nº	% (*)
Falta de recurso material e humano	11	18,7
Falta de pessoal auxiliar competente	10	17,0
Baixo nível salarial do médico	5	9,0
Baixo nível salarial do pessoal auxiliar	3	5,2
Baixo nível sócio-econômico e de escolaridade	5	9,0
Descrédito da população na atuação do CS	3	5,2
Falta de programação	3	5,2
Falta de interesse	3	5,2
Falta de espaço físico	2	3,4
Falta de dinheiro	2	3,4
Falta de divulgação	1	1,7
Falta de relacionamento entre as pessoas	1	1,7
Crenças e tabus	1	1,7
Falta de tempo	1	1,7
Defasagem no nível de informações	1	1,7
Burocracia e política	1	1,7
Falta de mais maternidades entrosadas com o CS	1	1,7
Falta de preparo em Educação em Saúde	1	1,7
Desestímulo à pesquisa e à ciência	1	1,7
Falta de supervisão em Educação em Saúde	1	1,7
Desacordo com os superiores	1	1,7
TOTAL	58	100,0

(*) Respostas múltiplas.

Com base nos resultados obtidos na Pergunta 11 pode-se concluir que as barreiras encontradas pelos médicos entrevistados, no exercício da profissão no CS (Tabela 11), apresentam poucas diferenças das supostas barreiras à Educação em Saúde por eles citadas (Tabela 24).

A porcentagem de respostas negativas foi a mesma quando se perguntou "acha que há barreiras à Educação em Saúde?" e "encontra barreiras para a Educação em Saúde no seu serviço?". Entre as respostas dadas em ambas predominam as barreiras sociais.

A falta de recurso material e humano apresenta da por 11 (18,7%) médicos como barreira à Educação em Saúde foi por alguns amplamente justificada: "Os pacientes sem recursos vêm ao CS IV que fica mais próximo da sua residência, mas essa categoria de CS não atende às suas necessidades: não tem laboratório, não tem RX e o encaminhamento torna-se difícil por falta de dinheiro para tomar condução, e também porque não há nas proximidades serviços especializados com capacidade para dar maior cobertura". O "baixo nível salarial do médico" foi citado como barreira à Educação em Saúde por 5 (9,0%) médicos. Disse um deles: "O ideal seria se o governo desse condições para o médico trabalhar o dia todo no CS, com boa remuneração, assim daria para se dedicar mais ao serviço. Mas, recebendo pouco, o médico tem de procurar outros empregos para completar uma remuneração condigna. Essa é uma barreira, não posso me dedicar mais por causa das condições sócio-econômicas precárias". "Encontro muitas barreiras", disse outro médico, "principalmente advindas da Divisão Regional e

do Distrito Sanitário que não conseguem obter os recursos que a gente precisa para dar melhor atendimento. Por exemplo: amparar as gestantes por ocasião do parto; necessitamos de mais uma maternidade para encaminhá-las, pois a de Vila Nova Cachoeirinha nem sempre tem vaga. Se a gestante consegue dar à luz nessa Maternidade, não se tem uma visitadora para ir lá obter informações sobre o parto. O pós-parto é controlado pelas informações da paciente, que nem sempre sabe relatar tudo que aconteceu durante o parto". Foi interessante o relato de um dos médicos de CS IV quanto às suas pretensões para educar em saúde, e a necessidade sentida a fim de alcançar seus objetivos. Suas palavras foram as seguintes: "Para mim, falta supervisão nessa área, pois comecei a fazer reuniões com as mães e a querer dar aula, com certas dúvidas, com medo de errar, por não estar sabendo como dirigir uma reunião. Quando as mães não comparecem à reunião eu me preocupo; umas alegam não ter com quem deixar as crianças (reconheço que fatores econômicos influem na vida delas), mas acho que se a reunião fosse mais interessante a frequência seria maior e constante". Um médico de CS de maior categoria disse: "As pessoas que frequentam aqui não têm tantas barreiras de nível sócio-econômico e de escolaridade. Há, também, médico que acha que Educação em Saúde não é preocupação primária da população; as pessoas resistem a ela".

A nosso ver, as maiores barreiras são as emocionais; vencidas essas, tudo se torna mais fácil. São barreiras intrínsecas, que não dependem tanto de recursos financeiros, mas de boa vontade, interesse e motivação. Os médicos entrevistados em sua maioria desconhecem essas barreiras e revelam preocupação com as barreiras extrínsecas. Médicos preparados em Educação em Saúde não se atemorizam diante dos obstáculos, porque

sabem como transpô-los. Como assegura EMERSON, citado por DELLA NINA¹³, "A confiança em si próprio é o primeiro segredo do êxito".

"Falta de dinheiro" aparece como barreira citada por 2 (3,4%) médicos. "Só dinheiro importa, só pelo dinheiro o homem se contenta", já dizia Eça de Queiroz, e "O amor ao dinheiro e o amor à ciência raramente andam juntos", conforme HERBERT, ambos citados por DELLA NINA¹³.

Para vencer os obstáculos que surgem no exercício da profissão médica, há que se ter um grande amor pelos seres humanos, capaz de impulsionar as atividades médicas para a Educação em Saúde. Segundo Wagner⁴³, "Aos que não vêem o seu trabalho senão de fora, pelo lado material e muitas vezes trivial, ele se mostra cinzento e embaçado. Parece não significar coisa alguma. Não tem encanto nem valor. Assemelha-se às vidraças das igrejas vistas pelo lado de fora, às vidraças das catedrais antiquíssimas, enegrecidas e poeirentas. Tudo se perde em uma grisalha monótona, informe, por vezes grotesca. Mas transpõe o limiar e penetra no interior. Imediatamente as cores se revelam, as linhas sobressaem, os florões chamejam. É o efeito maravilhoso do sol através de pedrarias coruscantes ou baças, um encanto para os olhos, um triunfo completo da arte. Dá-se o mesmo com a atividade humana. É preciso apreciá-la de dentro. É-nos necessário esforçarmo-nos por penetrar mais e mais em nossa carreira e vocação, a fim de percebermos, através dessas formas, que de fora pareceriam descoradas, os efeitos de uma luz que baixa lá das alturas eternas. Através do esforço criador, das longas e pacientes combinações, dos obstáculos de todo o gênero que o trabalhador encontra ,

ele acaba por adivinhar uma parte do segredo que dá a compre
ensão da história".

B. OBSERVAÇÃO

A observação previa que o pesquisador observasse o relacionamento médico-paciente acompanhando o cliente durante a consulta, com o objetivo de verificar fatores positivos e negativos da consulta médica, tendo em vista seus aspectos educativos.

KORSCH e col., citados por CANDEIAS⁹, baseados na classificação das funções médicas de PARSONS e col.⁹ em instrumentais e expressivas, chamam a atenção para a importância das funções expressivas, identificando como negativo o comportamento médico que evidencia falta de calor humano, falta de clareza nas explicações e utilização de jargão.

Para READER e col., também citados por CANDEIAS⁹, variam as expectativas dos clientes em relação ao médico; uns aguardam explicações a respeito da doença e de sua gravidade, enquanto outros esperam que o médico os alivie de suas tensões emocionais. Pode-se incluir entre estes os pacientes que têm expectativas de serem ensinados a respeito de saúde.

Para PIERRE DELORE, citado por DAMIÃO¹², "Por encima de todo acto técnico hay una función educativa correspondiente que duplica su valor, lo perpetúa, lo hace más eficaz y lo enriquece con un verdadero significado humano y social".

Pode-se dizer que ao lado do preparo técnico em Educação em Saúde está a personalidade do médico, que é muito importante; ela se distingue pelos aspectos comportamentais.

DAVIS, in BRIEGER⁴, encontrou certos tipos de comunicação médico-paciente que influenciam comportamentos negativos verificados na pós-consulta:

- . A não aceitação da prescrição associada a situações de comunicação médico-paciente em que ambas as partes são ativamente hostilizadas; quando o médico permite ao paciente uma posição de autoridade; quando médicos negligenciam dar informação e orientação ao paciente, e quando o médico somente colhe informações sem dar "feedback".

DAVIS concluiu que a comunicação médico-paciente, quando ajuda a libertar a tensão durante a interação, resulta em aceitação positiva.

Caracterizam-se, neste estudo, como aspectos comportamentais positivos do médico os seguintes:

1. Interesse - Evidencia-se o interesse pela atenção dada ao paciente. O médico recebe um cliente de cada vez, cumprimenta-o, trata-o pelo nome, convida-o a sentar-se. Usa linguagem ao nível do cliente. Não trata o cliente com grosseria ou demasiada severidade. Formula e responde perguntas respeitosamente. Se não consegue do paciente as informações necessárias para a elucidação do caso, recorre às pessoas da família ou acompanhantes que possam prestar melhores esclarecimentos. Nunca deixa transparecer que está com pressa, pois as pessoas pensam que o médico deve ter tempo para todos. Mesmo estando apressadíssimo, deve sentar-se tranqüilamente, limitando oportunamente o diálogo sem prejuízo das informações que bastem para o diagnóstico educativo.
2. Aceitação - É fácil perceber o mal que a rejeição pode ocasionar ao paciente, quando o médico não o aceita por inteiro, de corpo e alma. O paciente sentir-se-á frustrado pe

la falta de carinho a que julga ter direito, naturalmente , como ser humano. O paciente tem necessidade de sentir que é bem-vindo ao CS e que o médico lhe demonstra afeição. Isto lhe transmite segurança e confiança, dois elementos indispensáveis para a Educação em Saúde do paciente.

3. Ouvir - Para educar em saúde no CS o médico precisa de predisposição, de habilidade e de compreensão ao ouvir as reflexões e intenções do paciente⁵⁰ O cliente geralmente chega amedrontado e incapaz de comunicar-se para revelar suas expectativas, necessidade de aprovação, de aceitação pessoal e social; e o médico tem o dever de desinibi-lo e colocá-lo à vontade²⁴.

4. Compreensão - A compreensão das limitações e da situação sócio-econômica e de escolaridade das pessoas caracteriza-se como comportamento positivo do médico quando ele percebe se o paciente tem ou não recursos para comprar alimentos ou medicamentos prescritos e encaminha o paciente para a Assistente Social, se for o caso. Não se irrita ou ridiculariza a mãe que fez um curativo mal feito, para não desistimulá-la a ter esse cuidado com o filho. Pelo contrário, elogia a ação e dá a orientação certa que o caso requer (corrigindo as falhas discretamente) para que ela seja confortada e animada a prosseguir na busca de soluções mais adequadas. Esse mesmo cuidado ele toma em relação a outras práticas de saúde. Não se esquece de alertar o analfabeto a pedir a outra pessoa que leia e explique para ele a receita médica, bem como o material impresso.

Ajuda os pacientes conforme PITÁGORAS, citado por DELLA NINA¹³, já recomendava: "Ajuda o teu semelhante a levantar a carga , mas não a levá-la". Caracterizou-se comportamento positivo do médico a ajuda aos pacientes, a fim de prepará-los para enfrentarem e resolverem certas dificuldades na ausência do médico. Isto não quer dizer que o paciente fique abandonado à própria sorte; pelo contrário, a orientação médica sobre práticas de saúde os ajudará a resolver com calma e segurança os pequenos problemas do dia-a-dia. O médico deve fornecer informações, esclarecimentos, sugestões, mas cer

tas decisões devem ser tomadas pelos próprios pacientes ou responsáveis. Esta prática favorece-lhes o espírito de iniciativa e o senso de responsabilidade, desde que o médico esteja sempre disponível para ajudá-los.

5. Persuasão - É conveniente lembrar que há situações em que o preparo dos pacientes em assuntos de saúde e doença não lhes permite distinguir bem a situação e as conseqüências de um fracasso por falta de esclarecimento médico podem ser muito sérias. Neste caso, o médico tem o dever de agir com firmeza, sem deixar de tentar a persuasão, mas não admitindo outra solução que não a julgada mais conveniente. Assim, a persuasão sem imposição caracterizou-se como comportamento positivo do médico.
6. Estímulo - O médico deve ser um estimulador dos pacientes para participarem dos programas do CS, de reuniões, de grupos de discussão. Para isso deve conversar com o paciente sobre questões de saúde que o interessam, pedir sugestões para a melhoria do atendimento, levando-as em consideração, de maneira a animá-los e encorajá-los nessa participação.
7. Disponibilidade - Caracteriza-se como comportamento positivo do médico. O médico deve revelar plena disponibilidade quando o cliente o procura. São bastante negativas as clássicas expressões: "Já estou atrasado, não me amole. Você sabe lá o que é dar plantão em hospital, passar a noite sem dormir e ter que vir trabalhar no CS?". A disponibilidade não requer, propriamente, tempo. Requer, sim, atitude de estar disposto, a colocar-se em contato com a outra pessoa que solicita atenção. E isto pode ser feito em quaisquer circunstâncias.
8. Afeto - Caracterizou-se como comportamento positivo do médico a manifestação de afeto (cumprimentar o paciente, olhar para ele, esboçar um leve sorriso, numa demonstração de simpatia). O médico interessado na Educação em Saúde do paciente mantém com ele uma linguagem interativa, utilizando vários sistemas de comunicação, num ambiente de cordialidade.

9. Delegação de encargos ao paciente - Os clientes de CS devem ter encargos para se tornarem multiplicadores de saúde; assim, segundo o grau de escolaridade, o paciente deve receber o encargo de uma tarefa, pela qual responderá integralmente. Por exemplo: informar ou reforçar informações sobre a próxima campanha de vacinação; manter a limpeza do CS não jogando lixo no chão, ou não deixando que as crianças joguem. O que é preciso é que os pacientes não se comportem no CS como se estivessem em hotel, mas em uma comunidade para a qual têm obrigação de contribuir com algum trabalho, tendo em vista que a mesma serve a todos. Deve-se alertar o paciente que essa colaboração é construtiva e sem ônus para o Estado; há casos de clientes que, tendo suas necessidades de estima adequadamente satisfeitas, começam a sentir necessidades de auto-realização mais intensamente e expressam o desejo de se tornarem funcionários do CS. Outros, frustrados em suas necessidades de estima por imaturidade ou inadaptação, podem exercer ações perturbadoras e irresponsáveis.

Caracterizaram-se como aspectos comportamentais negativos do médico no relacionamento com o paciente os seguintes:

1. Falta de Assiduidade e Pontualidade - O paciente que decide ir ao CS em busca de atendimento médico realiza uma atividade focalizada, para um objetivo. A força da necessidade tende a aumentar, à medida que o paciente se dirige ao CS e até que atinja o objetivo. Se o médico não comparece, ou chega muito atrasado, ou de mau humor, o paciente pode sentir-se frustrado em seus objetivos; se a frustração for forte, a força da necessidade para esse objetivo pode diminuir e não mais influir no comportamento, isto é, o paciente desiste de buscar o atendimento médico. Portanto, a falta de assiduidade e de pontualidade se caracteriza como comportamento negativo do médico em relação ao cliente.
2. Desatenção - Caracterizou-se como comportamento negativo o médico permanecer o tempo todo escrevendo enquanto o pacien

te fala. A dialética exige que o médico escute e pense ; contudo, a atividade desse escutar varia de acordo com as características pessoais. Há pessoas que só escutam, não agem. Para HEIDEGGER, citado por OLÍVIA e col.⁴⁴, o processo de ouvir é ativo. O médico deve estar atento ao que o cliente diz espontaneamente e ao que ele omite por timidez ou insegurança.

3. Hostilidade - A importância do relacionamento afetivo, segundo OLÍVIA e col.⁴⁴, tem sido evidenciada em trabalhos com menores carentes que não tinham relacionamento afetivo com ninguém; à medida em que foram encontrando afeto, foram progredindo e tendo um desenvolvimento tão rápido que, em um ano, começaram a falar. Os autores concluíram que a interação proporciona o desenvolvimento; sem afetividade o desenvolvimento seria prejudicado, pois o afeto é um elemento vital. Neste trabalho a hostilidade caracterizou-se como comportamento negativo do médico. A hostilidade pode simplesmente se resumir na ausência de demonstração de afeto , que já perturba o paciente e o predispõe desfavoravelmente à aprendizagem.
4. Preferência - O comportamento do médico em revelar preferência por um paciente é fortemente negativo quanto à harmonia nas relações dos pacientes entre si e no estado de saúde mental dos pacientes preteridos.
5. Competição - Atitudes de competição do médico, com os colegas e de oposição ao governo ou ao CS trazem intranquilidade e insegurança ao cliente, uma vez que está sempre latente ou declarada uma hostilidade no local de atendimento. Os pacientes são induzidos a verem de forma negativa a figura do médico.
6. Imposição - O médico dominador acaba, quase sempre, por anular os pacientes, transmitindo-lhes sentimento de inferioridade ou tornando-os agressivos, na tentativa de se libertarem dessa atitude subjugadora. Para a Educação em Saúde do paciente a imposição é considerada negativa.

Altruísmo, bondade, calma e sabedoria, a nosso ver, são as qualidades básicas do médico para a Educação em Saúde do paciente. A sabedoria induz o médico ao bom comportamento porque nela estão contidos todos os aspectos positivos do relacionamento humano.

TABELA 25 - Distribuição do nº e % de médicos segundo observação do relacionamento com o paciente.
(Centros de Saúde, Out. 1981 - SP)

RELACIONAMENTO MÉDICO-PACIENTE	Nº	%
positivo	8	53,0
negativo	7	47,0
TOTAL	15 *	100,0

*CS I, III e IV.

CONCLUSÕES

CONCLUSÕES

A análise das respostas dadas pelos entrevistados às perguntas formuladas e a observação do atendimento médico dos clientes dos CS estudados, levam a concluir que os médicos entrevistados não estão adequadamente preparados para desenvolverem Educação em Saúde no CS.

Dos resultados deste estudo destacam-se:

- Dos médicos entrevistados, 57,2% ignoram que todos são responsáveis pela educação do cliente em matéria de saúde no CS.
- Todos os médicos acham importante a Educação em Saúde, mas suas justificativas não satisfazem do ponto de vista educativo.
- Dos entrevistados, 66,5% reconhecem e apresentam razões pelas quais o médico precisa ser preparado em Educação em Saúde para trabalhar no CS; destas, 14,0% por falta de preparo formal acadêmico.
- Dos 33,5% que não reconhecem o despreparo do médico, 16,7% julgam-se preparados e 14,0% parecem não estar motivados por entenderem que Educação em Saúde não é atribuição médica.
- De acordo com os entrevistados, nem todas as Faculdades de Medicina incluem Educação em Saúde no seu currículo, razão pela qual os profissionais não sabem como integrar educação às suas atividades.
- É possível que a ausência do Educador de Saúde Pública em quase todas as Unidades pesquisadas esteja contribuindo para a pouca atenção que os médicos dão à Educação em Saúde, por falta de assessoria técnica.

- A evidência do despreparo da maioria dos médicos entrevistados em Educação em Saúde se revela por:
 - . conceituação incompleta e incorreta de Educação em Saúde;
 - . desconhecimento dos fatores que favorecem a aprendizagem no CS;
 - . falta de conscientização dos médicos de que Educação em Saúde deve ser ensinada em todos os momentos e em todas as oportunidades, e principalmente no CS. Como local para Educação em Saúde o CS foi citado por apenas 27,5% dos entrevistados;
 - . preocupação excessiva com barreiras extrínsecas e desconhecimento das intrínsecas;
 - . predominância dos aspectos comportamentais negativos no relacionamento médico-paciente;
 - . desconhecimento das funções do Educador de Saúde Pública;
 - . utilização de um único método de educação na rotina diária;
 - . desinteresse por revistas específicas de Educação em Saúde.

RECOMENDAÇÕES

RECOMENDAÇÕES

Para alcançar satisfatoriamente os fins educa
cionais da saúde, o programa de formação do médico na área da
Educação em Saúde deve ter como objetivos:

- . Levar o estudante de medicina a compreender a importância da sua atuação junto ao clien
te, família e comunidade.
- . Motivá-lo para aceitar e assumir responsabi
lidades educativas.
- . Prepará-lo para compreender as necessidades e problemas educativos dos clientes, a fim de levá-los a adquirir, reforçar ou mudar co
nhecimentos, atitudes e práticas de saúde.
- . Capacitá-lo para aceitar a filosofia da Edu
cação em Saúde e para aplicar com eficiência sua metodologia.

Para alcançar estes objetivos o programa de for
mação do médico deveria abranger um conteúdo que o capacitasse a realizar o diagnóstico educativo tardio ou precoce do clien
te, prescrever a terapêutica educativa apropriada a cada caso, utilizando métodos educativos ajustados às necessidades dos clientes, e realizar a avaliação dos resultados obtidos.

Para suprir a deficiência na formação do médi
co para o desempenho de suas atividades educativas recomenda - se oferecer programas de treinamento-em-serviço nas Unidades Sanitárias, de curta duração, em que sejam discutidos, em prin
cípio:

- Conceituação, princípios e objetivos da Edu
cação em Saúde.
- Teorias da aprendizagem.
- Fatores determinantes do comportamento humano.
- Métodos da Educação em Saúde aplicados à medicina.
- Planejamento em Educação em Saúde.
- Avaliação em Educação em Saúde.
- Educação em Saúde na comunidade.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

01. BASS, J.L. et al. Pediatric residents as health educators: the reactions of children J. Sch. Hlth., 52 (7): 422-424, 1982.
02. BOYER, E.L. Quanto tempo para a educação? Diálogo, 6 (2): 90-95, 1973.
03. BRIDGE, E.M. La educación médica en el panorama mundial. In: BRIDGE, E.M. Pedagogía Médica. Organización Panamericana da Saúde, 1965. Cap. 14 (Publicación científica, 122).
04. BRIEGER, W.R. Developing service-based teaching in health education for medical students Hlth. Educ. Monogr., 6 (4): 345-358, 1978.
05. BRODY, D.S. Feedback from patients as a means of teaching nontechnological aspects of medical care J. med. Educ., 34 (1): 34-41, 1980.
06. BRYANT, J. Health and the developing world. 2nd ed., Ithaca, Cornell University Press, 1971.
07. BUDD, J.H. Art vs science in medicine: a look at public perception of physicians (Editorial) Postgrad. Med., 69 (2): 13-16, 1981.

08. CANDEIAS, N.M.F. & MARCONDES, R.S. Diagnóstico em educação em saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área de saúde pública. Rev. Saúde públ., S.Paulo, 13: 63-68, 1979.
09. CANDEIAS, N.M.F. Educação em saúde na prevenção do risco gravídico pré-natal e interconcepcional. São Paulo, 1979 (Tese de doutoramento - Faculdade de Saúde Pública da USP).
10. CARREL, A. O homem, esse desconhecido. Porto, Ed. Educ. Nacional, s.d.
11. CAVALCANTI, M.L.F. Conhecimentos, atitudes e práticas de pessoal de saúde sobre aleitamento materno. São Paulo, 1982. (Tese de doutoramento - Faculdade de Saúde Pública da USP).
12. DAMIÃO, I.J.C. Programa para um curso de educação sanitária para médicos e estudantes de medicina. São Paulo, 1970 (Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP).
13. DELLA NINA, A. org. Dicionário enciclopédico da sabedoria. São Paulo, Ed. das Américas, 1955. 2v.
14. DERRYBERRY, M. Health education: its objectives and methods. Hlth. Educ. Monogr., 8: 3-9, 1960.

15. DEWEY, J. Vida e educação. 7. ed. São Paulo, Ed. Melhoramentos, s.d.
16. DIB, C.Z. Tecnologia da educação e sua aplicação à aprendizagem de física. São Paulo, Pioneira, 1969.
17. DIDIO, L.J.A. A formação básica do médico. Carisma, São Paulo, 2 (1): 5-16, 1981.
18. DOHMEN, G. 'Peculiaridades y consecuencias en el aprendizaje de adultos. Educación, 29: 49-61, 1984.
19. ELRICK, H. A new definition of health J. nat. med. Ass., 72: 695-699, 1980.
20. GATTI, B.A. Avaliação em sala de aula. In: SECRETARIA DA EDUCAÇÃO. Coordenadoria de Estudos e Normas Pedagógicas. Formulação de objetivos: avaliação. São Paulo, 1977. p. 39-53.
21. GOEPPERT, S. & GOEPPERT, H.C. Linguagem e psicanálise. São Paulo, Ed. Cultrix, 1980.
22. GREEN, L.W. et al. Health education planning: a diagnostic approach. Palo Alto, Calif., Mayfield Publishing, 1980.
23. GREEN, L.W. et al. Diretrizes para o componente educativo de programas de saúde materno-infantil. J. Hlth. Educ., 21 (Suppl. 3) 1978. (tradução de N.M.F. Candeias; R.S. Marcondes; J.A. Sossai & D.C. Homem D'El Rey - mimeografado).

24. HARRISON, T.R. et al. Medicina interna. 10 ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1984. V. I p. 1-6.
25. HERSEY, P. Psicologia para administradores de empresas: a utilização de recursos humanos. 2. ed., São Paulo, EPU, 1977.
26. HIRST, P.H. & PETERS, R.S. A lógica da educação. Rio de Janeiro, Zahar Ed., 1972.
27. HOGARTH, J. Glossary of health care terminology. Copenhagen. WHO. Regional Office for Europe, 1975 p.167.
28. HOULI, J. & LIMA, M.B.C. Simpósio sobre ensino médico. In: JETHER, M. de B., ed. Coletânea de trabalhos. Rio de Janeiro, MEC, 1967.
29. ILLICH, I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1975.
30. KNELLER, G.F. Introdução à filosofia da educação. 4.ed., Rio de Janeiro, Zahar Ed., 1981.
31. L'ABBATE, S. & WESTPHAL, M.M.F. Aplicação-teste da medida de atitude à área de atuação de um Centro de Saúde do município de São Paulo, Brasil. Rev. Saúde públ. São Paulo, 13: 69-79, 1979.
32. LINTON, R. O homem: uma introdução à antropologia. 11. ed., São Paulo, Martins Fontes, 1981.

33. MARCONDES, R.S. O educador sanitário, mais um membro da equipe de saúde pública. Arq. Hig., São Paulo, 26: 313-314, 1961.
34. MARCONDES, R.S. Educação sanitária em nível nacional. São Paulo, 1963. (Tese de Doutorado - Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP).
35. MARCONDES, R.S. O preparo da professora primária em educação em saúde. São Paulo, 1968. (Tese Livre-Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP).
36. MARCONDES, R.S. Educação em saúde pública: conceituação, objetivos e princípios. São Paulo, 1974. (mimeografado).
37. MARCONDES, R.S. Planejamento em educação em saúde pública. São Paulo, 1976. (mimeografado).
38. MARCONDES, R.S. & SOSSAI, J.A. Educação em saúde pública: conceitos básicos - leituras em educação em saúde pública. São Paulo, 1978. (mimeografado).
39. MARITAIN, J. Rumos da educação. 2. ed., Rio de Janeiro, Agir, 1959.
40. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Conselho Federal de Educação. Educação da saúde: programas de saúde. Brasília, DF., Departamento de Documentação e Divulgação, 1974.

41. MORAES, I.N. Estilo de vida do médico (Editorial). Carisma, 2 (3), São Paulo, 1981.
42. NÉRICI, I.G. Lar, escola e educação. 3. ed., São Paulo , Ed. Atlas, 1972.
43. OLIVEIRA, J.B.A. Tecnologia educacional: teorias da instrução. 3. ed., Petrópolis, Ed. Vozes, 1975.
44. OLÍVIA, Madre et al. Linguagem e pensamento: reflexões interdisciplinares. São Paulo, Cortez, 1982. (Série GP: gramática na pesquisa e no ensino; n. 7).
45. PEREIRA, I.M.T.B. Educação em saúde em unidades sanitárias do município de São Paulo, 1983. (Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP).
46. PÉREZ, J. Os mestres do pensamento. 16: 137, São Paulo , Ed. Cultural, 1942.
47. PODOLSKY, E. Avaliação de desempenho de funcionário. Adm. paul., 21: 73-78, 1971.
48. QUEIROZ Jr., L.S. Educação do público em campanhas de saúde pública. São Paulo, 1977. (Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP).
49. REZENDE E SILVA, A.V. Phrases e curiosidades latinas . 2. ed., Cachoeira do Itapemirim, ES, public., 1926.

50. ROGERS, C.R. Liberdade para aprender. 4. ed., Belo Horizonte, Interlivros, 1977.

51. SAYLOR, G.J. et al. Planeamiento del currículum en la escuela moderna. Buenos Aires, Ed. Troquel, 1966.

52. SCHEFFLER, I. A linguagem da educação. São Paulo, Ed. USP/Saraiva, 1974.

53. SCHNOCKS, H. apud GREEN, L.W. et al. Health education planning: a diagnostic approach. Palo Alto, Calif., Mayfield Publishing, 1980.

54. SCOTT, R. Las funciones del medico en la colectividad .
In: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La preparación para el ejercicio de la medicina general. Ginebra, 1964. p. 9-22 (Cuad. Salud públ., 20).

55. SECRETARIA DA SAÚDE. Serviço de Educação de Saúde Pública. Caracterização da clientela da Divisão de Saúde - São Paulo - Centro: relatório de pesquisa. São Paulo, 1973.

56. SENAULT, R. La preparación del medico en la actualidad .
In: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: La preparación para el ejercicio de la medicina general. Ginebra, 1964. p. 23-37 (Cuad. Salud públ., 20).

57. SIMÃO PEDRO. In: Novo Testamento, II Pedro, Cap. 1, vers. 5, 6, 7 e 8. Trad. João Ferreira de Almeida. Brasília, DF., Soc. Bíblica do Brasil, 1969. p. 281.
58. SIMONDS, SCOTT K. Emerging challenges in health education. Int. J. Hlth. Educ., 19: (Suppl. 4), 1976.
59. STRAKA, A.G. Caracteres de una didáctica teórica de la enseñanza y del aprendizaje. Educación, 28: 69 - 81 , 1983.
60. TANNENBAUM, R. et al. Liderança e organização. São Paulo, Ed. Atlas, 1972.
61. YOUNG, A.C.M. Studies related to professional personnel and services. Hlth. Educ. Monogr., 23: 62-72, 1967.
62. UNICEF. Ano Internacional da Criança. Brasília, Ed. Se guradoras, 1979.
63. WAGNER, C. Valor. 7. ed. São Paulo, Ed. Melhoramentos, 1918.
64. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Expert Committee on Health Education of the Public., Geneva, 1953. Report. Geneva, 1954. (Tech Rep. ser., 89).
65. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Expert Committee on Training of Health Personnel in Health Education of the Public , Geneva, 1957. Report. Geneva, 1958. (Tech. Rep. ser., 156).

66. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Inter-regional Conference on graduate Preparation of Health Workers for Health Education (PAHO/WHO), Philadelphia, 1962. Report . Geneva, 1964. (Tech. Rep. ser., 278).

67. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional office for Europe. The training of doctors in health education; report of a working group. Copenhagen, 1963. (WHO/EURO - 225 (1)).