

A FORMAÇÃO DOS AGENTES EXTENSIONISTAS EM UM  
PROGRAMA DE AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE

Tese apresentada para Doutora-  
mento em Medicina Preventiva à  
Faculdade de Medicina de Ribeir-  
ão Preto/USP

Autor: SEVERINO MÁRCIO PEREIRA MEIRELES

Aluno de Pós-Graduação

Área: de Medicina Preventiva - Departamento de Medi-  
cina Social

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universida-  
de de São Paulo

Orientador: Prof. JARBAS LEITE NOGUEIRA

Deptº de Medicina Social

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universida-  
de de São Paulo

- julho/1982 -

## À MEUS PAIS

Com meus pais aprendi a lutar  
pela liberdade, em mim desco-  
bri que a liberdade mora no  
"coração" do Homem, e no dia  
a dia aprendi a conquistar a  
liberdade que sempre morou  
em meu "coração".

## APRESENTAÇÃO

Estamos apresentando aqui um estudo crítico sobre a formação de auxiliares da saúde para atuarem como agentes extensionistas em serviços.

Sentimos tranquilidade para apresentarmos este estudo na medida em que participamos como técnicos na elaboração desse tipo de programa, nos níveis em que se desdobram, desde a discussão política, o planejamento, administração, educação, até a execução.

Com isso não sentimos qualquer segmentação entre a nossa posição de técnico e a de investigador, na medida em que sempre tivemos uma visão democrática do trabalho como técnico, e não tentamos impor isoladamente nossas idéias mas, sempre tivemos a consciência de que participávamos de grupos onde se debateu, discutiu e se aplicou uma proposta diante de uma realidade concreta e nos limites desta.

No entanto, enquanto investigadores sentimos o nosso compromisso, não com grupos ou com uma realidade limitada, mas com o conhecimento, tal qual o percebemos, dessa forma estávamos à vontade para utilizar um marco teórico crítico que nos permitisse revelar os problemas e as contradições que envolvem a formação do auxiliar de saúde.

Para este estudo lançamos mão de uma metodologia adaptada para o fim que pretendíamos:

Como não tivemos a oportunidade de planejar a pesquisa antes da implantação do programa de serviços e não contávamos com apoio de investimentos para isso, não utilizamos metodologia de registro de informações em campo, para que, apreendêssemos toda a riqueza de detalhes dos discursos no momento em

que ocorria a interação professor-aluno. Utilizamos uma metodologia adaptada de outros estudos educacionais e mais utilizada para avaliação da eficácia e eficiência de projetos pedagógicos mas, que julgamos deu conta de demonstrar as várias questões as quais nos propusemos estudar.

No entanto, por haveremos acompanhado grande parte da execução da formação dos auxiliares de saúde, deste programa, não encontramos elementos contraditórios entre as observações de campo com as obtidas através desta metodologia.

Várias lacunas podem ser percebidas neste estudo no sentido de que outras questões podem ser levantadas, ao lado das aqui enfocadas, mas, julgamos que a investigação realizada está articulada e coerente com os objetivos a que nos propusemos e abre espaço para várias outras, na medida em que não pretendemos com ela esgotar o assunto.

Optamos por investigar a formação dos agentes extensionistas na medida em que, ao nos dedicarmos à área de extensão dos serviços de saúde, os estudos educacionais dos programas de formação de agentes extensionistas que encontrávamos para discussão são quase sempre de outras áreas de aplicação e muitas vezes puramente educacionais, na área de saúde a maioria dos estudos de experiências pedagógicas são dedicados a mostrar as vantagens dos resultados práticos da ação do agente e não a discussão dos vários níveis de determinação que envolve uma proposta pedagógica da formação desses agentes.

Diante de nossa postura, na presente investigação, poderia ficar a questão de que estamos criticando algo que julgamos não ter mais valor, no entanto, nossa posição é contrária a essa. Na medida em que nos propusemos a realizar esse estudo, o fizemos na razão direta do valor que julgamos ter a utiliza-



ção de auxiliares de saúde e para recuperar esse valor julgamos necessário um debate crítico em profundidade, a fim de que se possa buscar a construção de novas propostas. Em novas propostas, temos consciência de que toda a mediação da realidade sócio-política, da sociedade em questão, não permitirá que se salte diretamente de programas manipulados para as propostas libertadoras, não autoritárias e participativas, de serviços e de educação de agentes extensionistas, que buscamos recuperar ao final de nosso estudo mas, estudos críticos como este podem colaborar para que se caminhe para isso.

Um estudo dessa natureza, sem investimentos específicos que nos permitissem reunir assessoria especializada nas várias áreas, somente se tornou possível com a colaboração de grande número de pessoas, as quais, por gratidão, nos sentimos obrigados a citar.

Em primeiro lugar, foi decisiva a contribuição de da. Zulmira Gonçalves Meinelles, ex-presidente da FEBEMAT que, conhecedora de nossa postura crítica, chamou-nos a colaborar com sua gestão frente ao órgão e abriu-nos e garantiu-nos condições de investigarmos em profundidade todas as questões que julgamos necessárias para a realização do presente estudo, no âmbito dessa instituição.

Importante também ressaltar a contribuição de nosso orientador, prof. Dr. Jarbas Leite Nogueira, que, demonstrando uma posição intelectual aberta e isenta de preconceitos, prestou toda sua colaboração para que efetivássemos o estudo de nossa aspiração, proporcionando, para isso, apoio docente, técnico e moral.

Vários investigadores e professores, colegas nossos de várias instituições de ensino superior, colaboraram na discussão de nossas idéias na presente investigação. Dentre estes

contribuíram decisivamente: os membros da banca examinadora da defesa de tese de doutoramento, professores Frederico A. Simões Barbosa, Juan Stuardo Yazlle Rocha, Antônio Ruffino Neto e Safira Bezerra Amann e além destes os professores Paulo Speeler - Departamento de Educação da UFMT, Leda del Caro Paiva e Martín Alberto Ibañez-Novion do Departamento de Ciências Sociais da Universidade de Brasília; professor Júlio Sérgio Marchini do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP.

Não podemos deixar de agradecer a disponibilidade de toda a equipe de técnicos da FEBEMAT, coordenadores de programas, supervisores das Ações Básicas de Saúde e os próprios auxiliares de saúde que sempre se colocaram à nossa disposição para fornecer-nos informações e colaborar com a investigação que todos sabiam estávamos realizando.

Além destes, contribuíram José Meinelles dando-nos apoio moral e ajudando-nos a corrigir a redação do texto, Georgina Salles Meinelles e Silva colaborando na tradução do resumo para o inglês e todos os nossos amigos que nos estimularam.

## ÍNDICE

	Pág.
RESUMO	
SUMMARY	
CAPÍTULO 1º - INTRODUÇÃO AO ESTUDO DA FORMAÇÃO DE AGENTES EXTENSIONISTAS EM UM PROGRAMA DE AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE	
1.0 REFERENCIAL TEÓRICO.....	2
1.1 As Políticas Sociais e os Programas de Ações <u>B</u> ásicas de Saúde.....	3
1.2 A Extensão dos Serviços de Saúde.....	5
1.2.1 O Trabalho do Auxiliar de Saúde.....	10
1.3 A Educação de Agentes Extensionistas.....	12
1.3.1 A Educação Popular nos Programas de Formação de Agentes Extensionistas.....	13
1.3.2 A Tecnologia Popular em Saúde e a Formação de <u>A</u> gentes Extensionistas.....	20
1.3.3 A Participação Social e a Formação de Agentes Extensionistas.....	24
2.0 CARACTERIZAÇÃO CRÍTICA DO PROGRAMA DE AÇÕES <u>B</u> ÁSICAS DE SAÚDE DA FEBEMAT.....	28
2.1 Condicionantes do Planejamento do Programa de Ações Básicas de Saúde.....	28
2.2 Condicionantes do Modelo de Ações Básicas de Saúde Adotadas Pelas FEBEMAT.....	32
2.3 Destaques Críticos da Execução das Ações <u>B</u> ásicas de Saúde.....	40
2.4 Conclusões.....	44

CAPÍTULO 2º - INVESTIGAÇÃO SOBRE A FORMAÇÃO DE AGENTES  
EXTENSIONISTAS EM PROGRAMA DE AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE:

1.0	PROPOSTA DA INVESTIGAÇÃO.....	48
1.1	Material e Método.....	50
1.1.1	Localização.....	50
1.1.2	Metodologia Geral.....	50
1.2	Estudo das Condições Antecedentes ao Processo de Ensino dos Auxiliares de Saúde.....	54
1.2.1	Material e Método.....	55
1.2.2	Resultados.....	57
1.2.2.1	Condições Contextuais do Processo de Ensino...	57
1.2.2.2	Condições de Entrada dos Auxiliares que Participaram do Processo de Ensino.....	68
1.2.2.3	Caracterização da Equipe de Professores que Participaram do Processo de Ensino.....	74
1.2.3	Discussão.....	81
1.3	Avaliação do Processo de Ensino dos Auxiliares de Saúde:.....	84
1.3.1	Material e Método.....	85
1.3.2	Resultados.....	87
1.3.2.1	Avaliação do Processo de Ensino de Ensino dos Auxiliares de Saúde.....	87
1.3.3	Discussão.....	104
1.4	Estudo dos Produtos do Processo de Ensino dos Auxiliares de Saúde.....	105
1.4.1	Material e Método.....	107
1.4.2	Resultados.....	110

1.4.2.1	Resultado do Levantamento das Variáveis Definidas para Avaliação do Produto pela Percepção dos Usuários.....	112
1.4.2.2	Resultado do Levantamento das Variáveis Definidas para Avaliação da Percepção dos Usuários a Respeito de Suas Opiniões Pessoais Sobre Tópicos Propostos como Campo de Intervenção dos Auxiliares de Saúde.....	118
1.4.3	Discussão.....	124
CAPÍTULO 3º - ANÁLISE E DISCUSSÃO SOBRE A FORMAÇÃO DE AGENTES EXTENSIONISTAS EM UM PROGRAMA DE AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE...		
1.0	ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	134
1.1	Conclusões.....	147
BIBLIOGRAFIA.....		149
ANEXOS		

## RESUMO

Devido a grande disseminação de Programas de Extensão de Serviço de Saúde utilizando agentes extensionistas, como se pode observar por artigos de publicações da Organização Mundial de Saúde, e de várias outras, sobre Saúde Pública, decidiu-se desenvolver uma investigação sobre os programas de treinamento, com base em um programa desenvolvido em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

Primeiramente foi delineado um referencial teórico onde são situados os Programas de Extensão de Serviços que usam pessoal auxiliar no interior das Políticas Sociais e dos Programas de Extensão de Serviços em geral.

No Referencial Teórico foi situado ainda o trabalho dos agentes extensionistas e de sua relação com os processos educacionais. Foram definidos, no Referencial, três indicadores teóricos para análise dos Programas de Formação: Educação Popular, Utilização de Tecnologia Popular em Saúde e Participação Social.

Foi apresentada uma breve revisão de cada indicador e definidas perspectivas diversas que podem ser assumidas na prática, como síntese de um processo de formação, que expressa a postura político-ideológica do programa de formação dos agentes.

Em seguida foi feita a caracterização crítica do Programa de Atenção Primária à Saúde, no interior do qual foi estudado o processo de formação de agentes extensionistas. O programa de Atenção Primária partiu de um tipo de Política Social que isola os problemas e as "populações-alvo" para atendê-las. Esse programa pode ser descrito como sendo essencialmente técnico, tanto em seu projeto como no modo de formulação.

Ele foi caracterizado como um programa de extensão de atenção à saúde onde o pessoal auxiliar, atuando como agente extensionista, foi usado para executar a atenção à saúde.

Em terceiro lugar a formação dos agentes é descrita, analisada e interpretada de acordo com o Referencial Teórico. Três estudos foram realizados sobre a formação dos agentes extensionistas: O primeiro foi sobre as condições antecedentes ao processo de ensino, o segundo foi uma avaliação do processo de ensino e o terceiro um estudo sobre produtos do processo de ensino.

Foi utilizada uma metodologia específica para cada estudo. O primeiro estudo foi feito através de informações levanta-

adas em documentos de programa, com os superiores e dos professores. O segundo estudo foi feito através de informações levantadas com os professores. O terceiro estudo foi feito através de informações levantadas em amostras de usuários.

Com a investigação concluiu-se que: (1) O programa educacional utilizou tecnologia educacional por objetivos para apresentar, em módulos de ensino, um conhecimento técnico sobre saúde, sem levar em consideração as condições sócio-econômicas no conteúdo do ensino; (2) Como programa educacional pode ser caracterizado como programa de educação não-formal; (3) A utilização da educação não-formal não garantiu que o processo de ensino privilegiasse os "valores populares", no campo de conhecimentos abordados; (4) Como programa de Educação Popular pode ser classificada dentre aqueles que reatualizam "valores de sistema" em um dado contexto de relações sociais; (5) Como programa de Educação Popular difundiu "valores de sistema", usando estratégias para não colidir com os "valores populares", tais como: aceitou a Medicina Tradicional", aceitou a "organização popular"; usou a participação popular para escolher pessoal auxiliar e usou participação popular para conseguir local temporário para o trabalho de programa; (6) A percepção da população sobre a prática dos agentes em relação à "Medicina Tradicional" e "Organização Popular" demonstrou que os agentes não as valorizam em sua prática; (7) A prática dos agentes foi uma prática técnica compatível com o Programa de Ensino; (8) A participação do pessoal auxiliar na extensão dos serviços formais de atenção à saúde foi restrita a seu trabalho, porque a articulação com outros níveis de atenção à saúde não foi boa; (9) A determinação institucional sobre o trabalho do agente confirmou e manteve o tipo de preparação recebido no processo de formação; (10) O processo de formação dos agentes extensionistas pode ser interpretado como autoritário, na sua prática educacional e sanitária e manipulados na sua prática social.

## SUMMARY

Due the increasing utilization of auxiliary personnel in the Health Services Programs as community extend agents it was decided to develop an investigation about their training program based on a extend health care program developed in Cuiabá , Mato Grosso, Brasil.

At first, a theoretical frame of reference was characterized where these extend health care programs are identified , inside the Social Policies and the Extend Services Programs in general and also is identified the extend agent work in its relations with the educacional process. It was defined in this frame of reference three theoretical indicators for the analysis of the agent training program: Popular Education, Utilization of Popular Health Tecnology and Social Participation. It is presented a brief revision of each one and defined some positions that can be assumed on practice, as a synthesis of a training process that express the policy and ideology of the extend agent training program.

On second, the Primary Health Care Program, inside wich the extend agent training process was studied, is characterized an criticized. It was originated from a social policy that set apart the problems and the target population in order to attend them. This program can be described as an essentially technic program in its project as well in its method of formulation. It was characterized as an extend program where the auxiliary personnel, as an extend agent, was used to execute the health care.

On third, the training program is described, analysed and interpretad in agreement to the theoretical frame of reference. Three studies were developed about the training program; the first about the antecedent conditions, the second an avaluation study and the third one product study of the education process.

A specific methodology was used for each study. The first one was done through a survey collecting information on records of the program, with supervisors of actions and about the teachers.

The second was done through a survey with the teachers and the third study through a survey with samples of consumers.

It was concluded that: (1) The education program utilized educational technology by objectives to introduce, on "tea



ching module" a technician knowledge about health, without considering the social-economic conditions in the teaching contents;

- (2) As an education program it can be characterized as a non-formal education program;
- (3) The utilization of the non-formal education did not assure that the education process favored the "popular values", in the field of transmitted knowledge;
- (4) As Education program can be classified among those that "modernize" the "values of the system" in the context of social relations;
- (5) As Popular Education Program it diffused "values of system", using strategies that did not collide with the "popular values" as: it accepted the "Traditional Medicine", it accepted Popular Association, it used Popular Participation to choose the auxiliary personnel and it used the popular participation to get temporary place to operate the program;
- (6) The perception of the population about the practice of agent on relation to the "Traditional Medicine" and "Popular Association" demonstrated that the agents did not appraise them in their action;
- (7) The agent practice was a technician practice compatible to the Education Program;
- (8) The participation of the auxiliary personnel to the extend of the formal health service was restricted to their own work, because the articulation with other health care level was not good enough;
- (9) The institutional determination about the agent work corroborated and maintained the kind of training received on training process;
- (10) The training process of the extend agent can be interpreted as authoritarian in its educational and sanitary practice, and that manipulated the population on its social practice.

- CAPÍTULO 1º -

INTRODUÇÃO AO ESTUDO DA FORMAÇÃO DE AGENTES EXTENSIONISTAS  
EM UM PROGRAMA DE AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE

## 1.0 REFERENCIAL TEÓRICO

A questão da utilização de agentes extensionistas para a viabilização de um tipo de extensão de serviços de saúde é muito discutida e divulgada na atualidade.

As publicações da Organização Mundial de Saúde, da oficina Panamericana de Saúde, revistas de Saúde Pública e outras abordam-na com freqüência e sob vários ângulos.

As abordagens sobre o assunto são muito variadas, algumas vezes parecem uma prescrição tecnocrática pronta a resolver os problemas de saúde de populações que não têm assistência médica, outras vezes, a associação do tema à "medicina simplificada" vem carregada de críticas, como se seus proponentes simplesmente desejassem substituir a assistência médica pela ação dos agentes extensionistas, e, em outras, são apresentadas como uma possibilidade de reorganização de assistência médica a partir da base do sistema de atenção. No entanto, verificamos que não é uma questão simples e que sua abordagem deve envolver questões levantadas pelas várias tendências.

Optamos, neste estudo, por investigar a formação desses agentes extensionistas, em um programa que utiliza seus serviços para a extensão da atenção e saúde. Procuramos focar a questão como um problema de vários níveis de determinação onde o estudo da formação dos agentes pode expressar a posição do programa sobre o trabalho do agente e permitir uma análise político-ideológica dos elementos que envolvem a questão.

Para que o estudo da formação de agentes extensionistas, em um Programa de Ações Básicas de Saúde, não se transformasse em simples apresentação de dados empíricos descritivos foi necessário estabelecer um marco teórico para situar a orientação que seria dada ao estudo. Esse referencial teórico tem dois significados importantes para a investigação, o primeiro de situar os aspectos que devem ser privilegiados na investigação empírica e o segundo de definir os parâmetros para a análise dos dados encontrados.

Para realizarmos tal delineamento teórico partimos do geral para o particular, ou seja, das questões que envolvem programa dessa natureza a nível de sociedade, para aquelas diretamente ligadas à estratégia de formação de agentes extensionistas.

A nível de sociedade é necessário localizar esses programas no interior das políticas sociais e da organização e extensão dos serviços de saúde. Quanto à questão da estratégia de formação dos agentes extensionistas é importante privilegiar aquelas que introduzem aspectos inovadores e que se encontram em aberto para investigações. Dentre estes aspectos inovadores sobressaem: (1) a educação popular nos programas e agentes extensionistas, (2) a tecnologia popular em saúde e a informação dos agentes extensionistas e (3) a participação social e a formação dos agentes extensionistas.

A partir do marco teórico onde foram delineados esses aspectos que necessitam de uma investigação em programa de formação de agentes extensionistas em saúde, foi elaborada e desenvolvida uma proposta de investigação em um programa em particular.

#### 1.1 AS POLÍTICAS SOCIAIS E OS PROGRAMAS DE AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE

No Estado moderno as políticas sociais foram incorporadas no âmbito de atuação do Estado. Como observa FALEIROS, 1980. "As políticas sociais do Estado não são instrumentos de realizações de um bem estar abstrato, não são medidas boas em si mesmas.... Não são, também, más em si mesmas.... As medidas de política só podem ser entendidas no contexto da estrutura capitalista e no movimento histórico das transformações sociais dessas mesmas estruturas". Portanto a nível operacional existem várias concepções ideológicas possíveis para as políticas sociais.

Apesar da importância de que, a nível de sociedade se parta do por que têm sido propostos Programas de Ações Básicas de Saúde no interior das políticas sociais, no presente estudo este aspecto não foi focado, pois, como coloca FALEIROS, 1980, "A análise da política social implica, assim, metodologicamente a consideração do movimento do 'capital' e ao mesmo tempo, dos movimentos sociais concretos que o obrigam a cuidar da saúde, da duração de vida do trabalhador, da sua reprodução imediata no âmbito deste trabalho. Partimos de que os Programas de Ações Básicas de Saúde são um dado real, uma estratégia da qual certas sociedades lançam mão para assistir segmentos populacionais.

Mesmo verificando que uma análise genética dos Pro-

gramas de Ações Básicas de Saúde extrapola este estudo julgamos necessário situar como esses programas inserem-se nas políticas sociais. Isso possibilita que observemos que não existem Ações Básicas de Saúde isoladas, mas articuladas com as políticas sociais.

No Brasil os Planos Nacionais de Desenvolvimento (PND) explicitam o compromisso do Estado em relação às políticas sociais. A postura das políticas sociais expressas nos Planos Nacionais de Desenvolvimento (PND) é de vinculação do social ao econômico, mesmo quando apresentam afirmações em contrário, como no II PND.

No sentido de desvelar o significado que a saúde assume no interior das políticas sociais o II PND é um dos documentos mais esclarecedores a esse respeito no Brasil. Um estudo de PAIVA & PEREIRA, 1981, destaca: "O PND declara que 'a estrutura da distribuição da renda é insatisfatória' e propõe a redução substancial da 'pobreza absoluta' através de uma ação planejada que se contraponha à evolução livre dos fatores de mercado. 'Para atender a esses objetivos' declara o Plano - 'será executada, no próximo estágio, política social articulada, que não se constitua simples consequência da política econômica mas objetivo próprio (p. 71)'. Para tanto pretendia utilizar a política social como estratégia de redistribuição indireta e direta de renda, configurada na proposta de 'orçamento social' que compreendia três setores: (a) programa de valorização de recursos humanos (Educação, Saúde e Saneamento, Nutrição, Trabalho e Treinamento Profissional); (b) Integração Social (PIS, PASEP, Habitação e Previdência Social); (c) Desenvolvimento Social Urbano (p. 118...." Nesse estudo PAIVA & PEREIRA, 1981, apresentam os principais programas de saúde decorrentes da política social adotada a partir do II PND. Citam: o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN); o Programa de Interiorização das Ações Básicas de Saúde e Saneamento (PIASS); o Programa Materno Infantil (PSMI) e a reformulação do Programa de Bem Estar do Menor. Pela análise das descrições desses Programas, apresentadas no citado estudo, observamos que as ações sanitárias propostas para a coletividade, decorrentes da política social, constituem-se de programas que se propõem a estender benefícios sociais a certas camadas populacionais 'marginais', com baixa incorporação de tecnologia, caracterizando-se

como programas essencialmente de assistência social, portanto com poucas condições de alterar a estrutura de distribuição de renda que o II PND denuncia. É no conjunto desses programas, segmentados e fracionados no interior das políticas sociais, que as Ações Básicas de Saúde se articulam.

No contexto das políticas sociais as ações sanitárias fragmentadas em múltiplos programas assumem um caráter assistencialista e paternalista. Esse caráter decorre do fato de que a proposta de assistência é feita mantidas as mesmas condições econômicas e sociais das populações e grupos atendidos. Portanto a dotação de 'orçamento social' longe de assumir um papel redistributivo não faz mais que reproduzir e manter a política econômica e a estrutura social vigente na sociedade.

Apesar desse caráter paternalista e assistencialista, no interior de cada programa, abre-se um espaço onde se podem gerar propostas alternativas. Concretamente a possibilidade de que se ultrapasse o imobilismo das propostas, imposto pelo paternalismo e assistencialismo, e se gerem propostas alternativas repousa no fato de que, ao se defrontarem homens de carne, osso, sentimento e intelecto, como executores e usuários dos serviços, estes, em conjunto, podem utilizar o espaço e buscar soluções alternativas que respondam às necessidades reais da população. Com isso não queremos eventar a hipótese voluntarista de alteração dos rumos da sociedade. As propostas alternativas no interior dos programas são possíveis na medida em que as transformações da própria sociedade e as lutas sociais exijam que se busquem soluções alternativas em substituição às políticas oficiais.

## 1.2 A EXTENSÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os programas de extensão de serviços de saúde, educação, previdência e assistência social dirigidos a grupos populacionais 'a margem' dos serviços hegemônicos da sociedade, constituem a grande maioria das propostas decorrentes das políticas sociais. Dentre as propostas de extensão de serviços de saúde surgem as de Ações Básicas de Saúde.

Os programas de Ações Básicas de Saúde geralmente não incorporam o aparato tecnológico desenvolvido pela medicina nas últimas décadas. Esses programas não vêm acompanhados de todo aparato médico simbolizado pelo hospital e os meios de cu

ra da medicina atual. Isso tem se dado porque as formas de atenção à saúde que veiculam maior grau de tecnologia humana e material não têm encontrado viabilidade de extensão a toda a população. Nestas condições ficam excluídas do processo de atenção médica os extratos populacionais de baixo nível sócio-econômico que não apresentam condições diretas ou indiretas de pagarem esses serviços. Estabelece-se um impasse, já que, a sociedade dispõe cada vez mais de condições eficazes para a prevenção das doenças e a recuperação da saúde, no entanto, dado ao seu alto custo, restringem-se aos segmentos da população que, por terem melhores condições de vida, têm melhores condições de saúde. Ao lado destes, outros segmentos, com maiores riscos de adoecer têm pouco ou nenhum acesso aos serviços médicos.

Paralelo aos serviços oficiais de saúde, parte da estrutura hegemônica da sociedade, persiste uma medicina das classes populares, medicina esta baseada nos seus próprios valores e sua herança cultural (LOYOLA, 1978). Nas condições em que parte da população não tem acesso aos serviços médicos oficiais as formas tradicionais de medicina da sociedade deixam de ser para estes uma opção alternativa para, muitas vezes, se constituírem no único recurso médico disponível. Assim para responder à questão da manutenção e reprodução da vida, pessoas que adoecem em certas camadas sociais, lançam mão de seus próprios meios para fazer frente aos problemas individuais e coletivos de saúde.

A nível internacional podemos observar que várias propostas de extensão de serviços de saúde têm sido formuladas. Algumas propõem a articulação do sistema oficial-hegemônico - ao informal, buscando unir a atenção à saúde das camadas que participam da estrutura de consumo dos serviços oficiais às formas próprias de 'medicina' das camadas que estão fora da cobertura desses serviços. Vários relatos de programas desta natureza estão compilados em "Salud por el Pueblo" (NEWELL, 1975). Um dos casos aí relatados e que apresentou grande repercussão foi o dos serviços de saúde chinês com o 'médico dos pés descalço'. Esse profissional é a base do sistema de saúde do país e atua a nível de aldeia, fãbrica, comunas e distritos; executando ações necessárias no campo da saúde, no próprio local em que vive ou trabalha. Seu trabalho combina a medicina tradicional chinesa com conhecimentos da medicina ocidental e está articulado

com outros níveis de atenção à saúde (LISBOA, 1979).

Com perspectivas distintas a extensão dos serviços de saúde tem sido enfocada com grande repercussão pelos organismos representativos dos países a nível internacional. Foi o tema central de comemoração dos 75 anos de fundação da Oficina Panamericana da Saúde (OPAS) que consagrou como lema dessa comemoração a 'participação da população em saúde'. Em uma edição do Boletim da OPAS (1977) foi divulgado o Documento da IV Reunião dos Ministros da Saúde das Américas, onde foram lançados, através da estratégia da Atenção Primária à Saúde e Participação da Comunidade, princípios e condições que foram considerados básicos para a extensão da cobertura dos serviços de saúde. Em 1978 a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram em Alma-Ata, URSS, uma conferência internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (UNICEF, 1979), onde foram aprovadas resoluções para a implantação de Serviços Primários de Saúde nos Estados Membros da OMS. Nesse documento os referidos organismos internacionais propõem que a forma de se conseguir a atenção à saúde para todos os habitantes da terra, como meta para o ano 2000, é através dos Cuidados Primários de Saúde - uma forma de extensão de serviços de saúde. Além dos documentos acima citados, que são fundamentais acerca da questão, várias outras publicações da OMS e OPAS enfocam o assunto sob vários aspectos, tais como: Tecnologia Simplificada em Saúde (Boletim, 1978), Formação de Recursos Humanos para Atenção à Mãe e à Criança (Crônica, 1979), Participação da Comunidade em Saúde (Boletim, 1977), Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde (Crônica, 1980), Epidemiologia e Serviços da Comunidade (Crônica, 1980), Atenção Direta ao Paciente com Auxiliares de Saúde (Boletim, 1980), etc. Nessas publicações os autores apresentam análises e relatos de experiências desenvolvidas e enfocam aspectos teóricos da atenção primária à saúde.

No Brasil as tentativas do estabelecimento de programas de extensão de serviços de saúde datam do início da II Guerra Mundial. Em 1942, a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) teve grande importância por ter estendido a atenção sanitária a populações isoladas e que adquiriu especial importância no contexto da Guerra. No período inicial o funcionamento do SESP restringiu-se às regiões amazônicas e ao Vale do Rio Doce em Minas Gerais. Essas regiões importantes para a



produção da borracha e extração do minério de ferro assumiram destaque no período da Guerra. Nessa primeira fase o SESP desenvolveu uma concepção extensionista baseada no princípio de que " no Brasil não se pode fazer saúde pública sem assistência médica". Apesar de seu projeto basear-se em assistência médica, utilizou largamente o trabalho de pessoal auxiliar e estratégia de integração de suas atividades com o pessoal que atuava tradicionalmente na comunidade, tais como as parteiras leigas. Após 1950, o SESP passou a atuar em todo o país dando maior ênfase ao saneamento básico, treinamento de pessoal, pesquisa operacional em saúde e implantação de serviços cooperativos com prefeituras e estados (PEÇANHA, 1976).

O Ministério da Saúde, além de incorporar o SESP como Fundação, adotou recentemente outro programa de cunho extensionista: O Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), já citado dentre os programas originados após o II PND, foi voltado inicialmente para a região nordeste do Brasil. Atuando em áreas rurais e em cidade de até 20.000 habitantes propôs, como base de sua ação, o trabalho de pessoal auxiliar, em pequenos postos, nas localidades que não dispunham de assistência médica. Dessa forma esse programa aceitou a possibilidade do pessoal auxiliar prestar assistência sem a presença direta de médico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1977).

Outra proposta apresentada na IX Conferência Nacional de Saúde, em 1980, propunha-se abranger todo o país. Tal projeto denominado Prev-Saúde objetivava a implantação de um Sistema Nacional de Atenção Primária à Saúde. A proposta original, motivo de prolongados debates, previa que o sistema seria desenvolvido pelas Secretarias de Saúde em articulação com os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social. A extensão dos serviços de saúde deveria ser executada combinando-se o trabalho de médicos generalistas em postos de saúde com o trabalho de pessoal de nível auxiliar a nível de comunidade (Ministério da Saúde, "Prev-Saúde, 1980). Até o presente momento este projeto foi objeto de várias reformulações pois, envolve uma alteração global na concepção da política de assistência médica da Previdência Social e seu perfil não foi totalmente delineado, inclusive tal projeto pode já ter sido abandonado.

Além dos projetos citados, de repercussão nacional, outros foram desenvolvidos por pesquisadores ligados a Univer

sidades, como propostas alternativas para a extensão de serviços de saúde em áreas restritas e quando foram propostos representavam a ocupação de um espaço existente. Dentre esses citaremos alguns desenvolvidos na região Centro-Oeste do Brasil que tiveram como característica comum apresentarem-se como propostas que buscavam integrar serviços de saúde a nível periférico do sistema, ou seja, a nível executivo, baseados, portanto, em pressupostos racionalizadores. Com essas características foram desenvolvidos: "Integração dos Serviços de Saúde a Nível Periférico: Experiência da Comunidade da Amazônia, Brasil (AZEVEDO E COLABORADORES, 1973); "Um Modelo Para Prestação de Serviços de Saúde a Nível Periférico", com Ênfase em Saúde Familiar, Planaltina/Distrito Federal (BARBOSA, 1975); "Programa Integrado de Saúde Comunitária do Médio Araguaia" - Aragarças / Goiás (BARBOSA, MEIRELLES & QUINTAS, 1977). Esses programas, ao lado de suas características racionalizadoras, buscaram estender os serviços através do trabalho de pessoal auxiliar. No programa da região Amazônica foi implantada uma Escola Experimental de Auxiliares de Enfermagem, na Unidade Mista de Porto Nacional - Goiás - para preparação desse pessoal. Nos programas de Planaltina e Aragarças foi proposto um trabalho de extensão de atenção à saúde à comunidade, através de pessoal auxiliar especialmente preparado para esse fim.

Em vários programas em que a extensão dos serviços de saúde é realizada através de pessoal auxiliar, geralmente esse trabalho apresenta enfoques distintos. De acordo com o enfoque dado a esse trabalho, propostas educacionais têm sido formuladas para sua preparação. Analisando algumas dessas propostas verificamos que buscam, ao final do treinamento, obter um comportamento terminal já definido para os auxiliares. O processo pedagógico nesses casos usualmente pode ser definido como de "educação não-formal" e consta da transmissão de um determinado conteúdo cognitivo e do desenvolvimento de habilidades psicomotoras, para que desempenhem papéis como: visitantes sanitários, atendentes rurais, auxiliares de saúde, etc. Com essas características podemos citar o "Plano de Curso para Formação de Visitadoras Sanitárias" - PSESP/MS, 1972; "Manual para Programas de Penetração Rural" - Ministério da Saúde, 1974. "Treinamento do Auxiliar de Saúde" - Programa Integrado de Saúde Comunitária em Planaltina/DF, 1976; "Guia Curricular para Desenvolvimento de Atividades em Capacitação de Pessoal para a

Saúde" - PIASS/MS, 1979.

Desta forma verificamos que o processo de preparação desses agentes está intimamente vinculado ao seu trabalho, ou seja, à proposta de trabalho que o programa assume para o agente define a opção por determinado tipo de preparação. Portanto julgamos importante desenvolver uma discussão em torno do trabalho de pessoal auxiliar de saúde, que atua em extensão de serviços de saúde, para verificar as várias conotações que pode assumir sua formação.

### 1.2.1 O Trabalho do Auxiliar de Saúde

Verifica-se que o trabalho de agentes extensionistas em saúde, tal como o do auxiliar de saúde, tem sido proposto nos programas de extensão de serviços de saúde em determinadas condições históricas e sociais. A partir de uma análise dos relatos desses programas pode ser realizada uma categorização das principais linhas de propostas que possibilitam a compreensão das condições sociais em que têm sido desenvolvidos, evitando assim a confusão de que são propostas semelhantes que se aplicam igualmente a qualquer sistema político e social. As principais categorias observadas são as seguintes: (1) programas instituídos em sociedades onde existe a presença de uma herança cultural no campo de saúde e uma estrutura de serviços informais que são hegemônicos no contexto considerado. Na China foi executada, nessas condições, uma proposta conjunta à reestruturação da sociedade que fez parte de uma redefinição da prática e do saber em saúde na sua globalidade. (2) Programas instituídos em sociedades que são submetidas a mudanças estruturais, como países recém-independentes, que passaram anteriormente por uma desestruturação dos serviços oficiais, onde a reestruturação dos serviços, a partir de uma proposta dessa natureza, surge como parte de uma totalidade que se organiza, como em Moçambique, Nicarágua, etc. (3) Programas instituídos em sociedades em que os serviços (públicos ou privados) somente estão disponíveis para certos estratos sociais, onde grupos populacionais permanecem à margem do sistema hegemônico de atenção à saúde e os serviços informais, por si só, não bastam para solucionar os problemas de saúde existentes. Surgem propostas separadas da estrutura de saúde e às vezes até em contraposição a esta, geralmente destinadas ao atendimento de grupos indígenas em países

americanos, população Amazônica e de mineradores recém inseridas no processo produtivo, como no Brasil durante a II Guerra Mundial, populações rurais e de periferias urbanas (favelas) em países do terceiro mundo etc.

Podemos visualizar um amplo espectro de atividades que podem ser incluídas no trabalho do auxiliar de saúde e organizadas peculiarmente em cada proposta. Resumidamente poderíamos dizer que dentre suas atividades podem: (a) prestar atendimento elementar à saúde através de serviços básicos de saúde (desenvolvendo um conjunto de técnicas e procedimentos curativos no campo da saúde, de acordo com as necessidades socialmente definidas e as atribuições reconhecidas pela sociedade que instituiu o programa); (b) difundir conhecimentos de natureza preventiva sobre saúde através de processos educativos, nestas condições podem atuar na extensão de uma ideologia sobre saúde/doença (que estejam de acordo com os princípios de defesa sanitária aceitos pela sociedade); (c) compreender os meios próprios de diagnóstico e terapia utilizados pelas classes populares e valorizá-los na medida em que respeitem seus agentes e não entrem em conflito com a população por seu uso (esta é uma característica de algumas propostas alternativas, quando chegam a fazer parte de programas da categoria 3, descrita no parágrafo anterior); (d) desempenhar criticamente suas atividades, de forma a que todas as ações sanitárias possam ser revistas e recriadas em conjunto com a própria população, isso podendo dirigir-se tanto à medicina formal quanto à tradicional, contribuindo para uma reestruturação da atenção à saúde (neste caso, se desenvolvidos por programas da categoria 3, descrita no parágrafo anterior, seriam desenvolvidos por aqueles que partem do princípio de que "a sociedade está em transformação e no seu interior e ao mesmo tempo a atenção à saúde (GONÇALVES, 1979).

O conjunto de meios necessários ao trabalho do auxiliar de saúde deverá ser o mais adequado, para que, ao atuar em dada realidade social possa atingir os fins propostos. Desta forma o trabalho do auxiliar de saúde constituir-se-á em um tipo particular de trabalho no interior do processo de atenção à saúde, com um campo próprio de atividades, utilizando meios e técnicas específicas, sobre um objeto socialmente definido.

### 1.3 A EDUCAÇÃO DE AGENTES EXTENSIONISTAS

A educação dos agentes extensionistas está intimamente vinculada ao trabalho que realizam, à ideologia contida em sua proposta e ao contexto em que este é desenvolvido. O trabalho de agentes que atuam no interior dos serviços é mais previsível do que o daqueles que atuam na comunidade e interior dos domicílios. Neste caso está em constante comunicação com o meio social e cultural, num micro-ambiente sócio-econômico e cultural definido, onde prevalecem subculturas. Todo esse contexto em que são expressas as contradições sociais e culturais é extremamente relevante para o processo de preparação desses agentes (VIEIRA & Cols., 1979).

Se os agentes extensionistas são preparados para desenvolver um trabalho de acordo com a concepção de saúde hegemônica na sociedade, através de um treinamento que define rigidamente o comportamento terminal destes, no âmbito da concepção médica adotada, provavelmente não resistirão ao impacto dos vários segmentos da comunidade e poderão estar diacrônicos com as aspirações destes. Verificamos que a questão da proposta educacional de formação de agentes extensionistas suscita um espaço importante para discussão, já que, a maioria das propostas educacionais, formais e não-formais, voltam-se para objetivos pedagógicos limitados à medicina oficial e ao aprendizado de um conteúdo específico para a ação imediata. Se o programa de ensino for rigidamente estabelecido dificilmente poderá captar a dinâmica das várias situações do contexto de trabalho de agentes que atuam na comunidade.

Em discussões travadas por educadores, sobre a necessidade de se atentar para o dinamismo da realidade no desenvolvimento do ensino, observamos conclusões que se aplicam à questão educacional de agentes extensionistas. OLIVEIRA LIMA, 1980, coloca que: "A preparação de recursos humanos não pode ser mero processo de linha de produção, vez que não se pode jogar fora o homem cujo "know-how" obsoleceu... ora, como se pode imaginar educação para o imprevisível? A resposta pode ser: desenvolver a capacidade de resolver problemas, o que minimiza a idéia de currículos e programas, trocando-se a ênfase sobre conteúdos para uma ênfase sobre as técnicas...". De acordo com as reflexões de OLIVEIRA LIMA verifica-se que no processo de formação de agentes extensionistas, para atuar na comunidade ,

é muito mais importante a situação problema, parte do real onde o processo educacional se desenvolve, do que a delimitação de conteúdos rigidamente definidos (VIEIRA & COLS., 1979). Nestas condições a situação problema pode ser comparada ao "tema gerador" capaz de mediar educador-educando, como propõe PAULO FREIRE, 1977. A situação problema pode ser uma condição concreta capaz de traduzir os determinantes da realidade social onde estão inseridos os educandos e a população a ser atendida.

A partir dessas colocações acerca do processo educacional de agentes extensionistas, verifica-se que há uma convergência de posições nas discussões travadas no interior da Educação Popular (BRANDÃO, 1980), Utilização de Tecnologias Alternativas (BRANDÃO & AARÃO REIS, 1982) e Participação Social (BAYON, TENDERINI & FARIA, 1980). Nessa perspectiva, programas de extensão de serviços de saúde que se proponham a ocupar o espaço aberto aos técnicos e cientistas com propostas alternativas de serviços e que utiliza o trabalho de agentes extensionistas, oferecem condições para que se privilegie a área educacional como um dos campos de investigação em seu interior.

Ao se propor, em um estudo, o enfoque da formação de pessoal em programas de extensão de serviços de saúde e da convergência de suas estratégias com as da Educação Popular, Utilização de Tecnologia Popular e Participação Social, é necessário que se esclareça a abordagem com a qual foram enfocadas essas áreas, para que fosse possível a utilização de metodologia adequada de investigação e para o desenvolvimento de uma análise crítica dos dados empíricos obtidos na investigação.

### 1.3.1 A Educação Popular nos Programas de Educação de Agentes Extensionistas

A questão do estudo da Educação de agentes extensionistas é um aspecto de grande relevância, pois a formação de recursos humanos para o desempenho de determinada função pode apresentar grande variação a partir das características da proposta educacional adotada.

De uma forma geral os programas de formação de agentes extensionistas, pedagogicamente podem ser classificados como educação não-formal. KLEIS & COLS., 1974, colocam que a educação não-formal "é um empreendimento educacional intencional e sistemático (geralmente fora da escola) no qual conteúdo, in

formações, unidade de tempo, critérios de admissão, pessoal próprio, condições materiais e outros componentes são selecionados e/ou adaptados para estudantes em particular, populações, ou situações, a fim de maximizar a atenção sobre a missão de ensinar e minimizar a manutenção constrangedora do sistema". Além do conceito de educação - não-formal observamos, por um trabalho de BREMBECK, 1978, que a "estrutura da educação não-formal" responde de perto às condições de formação de agentes extensionistas. Coloca essa autora: "Primeiro, há uma proximidade entre o aprendizado e a ação, entre o significado e o uso do trabalho. Segundo, o aprendizado é realizado na atividade e com valores da existência diária. Terceiro, educação fora da escola usual - mente focaliza o aprendiz em seu próprio ambiente: na loja, fábrica, ou fazenda. Quarto, a gratificação do aprendizado é usualmente real, mais que simbólica, bem como imediata, mais que posterior. Finalmente, este tipo de aprendizado redefine o papel do professor. Nas escolas, formais, o professor é profissional e diplomado em algo. Na educação não-formal, freqüentemente os professores são aqueles que, através da experiência, dominam o que ensinam".

Como podemos observar, a formação de agentes extensionistas geralmente pode ser totalmente abrangida pela área da educação não-formal. No entanto, apesar de verificarmos que vários estudiosos da área da educação não-formal ocupam-se da questão do desenvolvimento econômico e social e da adequada aplicação do conhecimento às necessidades da população e sua relação com educação não-formal, a questão do uso político do conhecimento e da importância política do saber do povo tem sido enfocada pelos educadores que se dedicam ao estudo da Educação Popular (BEZERRA e col., 1980). Pedagogicamente a contribuição dos estudiosos da educação não-formal, em geral, é de grande importância, no entanto o que certamente ajudará a desvelar o sentido político dos programas de educação de agentes extensionistas serão as contribuições da Educação Popular.

Como a Educação Popular tem sido focalizada com diferentes perspectivas, propomo-nos a realizar um breve esboço dessas a fim de que possamos optar por uma, na linha de análise desse estudo.

A Educação Popular tem se constituído em campo próprio de aplicação das teorias da Educação, na medida em que os processos de mudanças sociais vêm exigindo a adequação dos métodos

dos educacionais às práticas sociais que estão em constantes transformações. Nessas condições a Educação Popular é desenvolvida como proposta educacional situada em relação aos problemas de educação para coletividades, já que busca relacionar o processo educativo com a totalidade social.

Dentre educadores que estudam Educação Popular, PAIVA, 1971, situa a Educação Popular no contexto histórico da sociedade brasileira e coloca que até a década de 1940, a Educação Popular no Brasil, significava extensão do ensino fundamental para toda a população, referindo-se, portanto, a processos educacionais formais. Até essa época a Educação Fundamental era privilégio de uma minoria e a luta pela Educação Popular centrava-se nesse aspecto. Observa essa autora que é a partir da década de 1940 que os programas de educação de adultos passam a contar com fundos próprios de financiamento e são considerados como programas particulares de Educação Popular. É nesse período que, dada a necessidade política de expansão da base eleitoral, a alfabetização de adultos encontra condições para essa diferenciação, além de que, é aí que surge a crescente necessidade de preparação profissionalizante para grupos específicos, que passa a ser realizada por agências próprias, tais como o SESC e o SENAC. Nessas condições a Educação Popular passa, gradativamente, de uma identificação com educação fundamental para uma identificação com processos educacionais específicos dedicados principalmente à população adolescentes e adulta. Essa autora caracteriza os programas de Educação Popular em três categorias: (1) "entusiasmo pedagógico", quando a educação é enfocada em termos quantitativos e como 'panacéia' que resolve todos os males da sociedade - segundo PAIVA essa era a característica da educação brasileira até 1920; (2) "otimismo pedagógico", quando o importante na educação é considerado sua qualidade e não mais a quantidade, a educação é caracterizada como um campo técnico e não como um campo de solução de problemas políticos - essa perspectiva foi assumida pela educação brasileira entre 1920 a 40; (3) a terceira categoria é a do "realismo pedagógico" onde a educação é enfocada em sua dimensão quantitativa e qualitativa, sendo considerada como campo de intervenção técnica e como área de interesse para o desenvolvimento nacional - essa perspectiva foi assumida, com oscilações entre as perspectivas anteriores, após 1940.

BRANDÃO, 1980, procurando focalizar os aspectos fun



damentais da Educação Popular, através de uma análise histórica, situando os propósitos desses movimentos observa que a Educação Popular representou uma ampla gama de propostas através do tempo. Desde as campanhas de alfabetização do início do século - que coincidem com o período assinalado por PAIVA como de luta pela extensão do ensino fundamental, passando pelos programas educacionais de recuperação da infância e adolescência, aos projetos educacionais para as 'populações marginais' nas propostas de Desenvolvimento de Comunidade, até os recentes movimentos que buscam situar o processo educacional no conjunto dos questionamentos e críticas dos rumos da sociedade.

Na passagem pelos vários tipos de programas a Educação Popular assume perspectivas distintas do ponto de vista ideológico. As perspectivas ideológicas principais e distintas que têm assumido podem ser resumidas em: dos enfoques em que a Educação Popular é vista como a solução para os problemas da sociedade e para o 'atraso' de populações que não acompanham o desenvolvimento, até os enfoques em que a Educação Popular é inserida como parte do processo da mudança da sociedade, mudando e sendo mudada conjuntamente com esta.

As propostas educacionais decorrentes de cada um destes enfoques são distintas. Nos programas em que a Educação Popular é vista como a solução para os desajustes sociais parte-se do princípio de que o saber hegemônico é o correto e que deve ser assimilado pelos educandos, tendo em vista que, deste modo, pode-se superar os preconceitos e a ignorância de indivíduos e grupos sociais 'atrasados' e integrá-los na sociedade. Programas desse tipo vêem nos indivíduos e não na estrutura da sociedade a fonte dos problemas sociais. Na outra perspectiva, que parte do princípio de que a Educação Popular insere-se no próprio processo de mudança da sociedade, a posição dos educandos no processo educativo é diversa. Os educandos são inseridos no processo educacional como portadores de um universo social e cultural próprios e em condições específicas de vida. Como na "educação dialógica" de PAULO FREIRE, o conjunto representado pelo universo social e cultural e as condições específicas de vida são a base concreta na qual é realizado o aprendizado (PAULO FREIRE, 1974).

Se analisarmos historicamente a formação de agentes extensionistas em saúde na perspectiva da Educação Popular po-

demos observar que várias concepções educacionais foram assumidas. Os programas de extensão de serviços de saúde, com as características dos do SESP na década de 1940, propõem a formação de agentes sanitários preparados nos conhecimentos e do mínio de técnicas básicas de enfermagem destinados a atender populações que estão 'à margem' da atenção à saúde hegemônica. Fazem parte das propostas que pretendem estender serviços sem que se altere a estrutura vigente, quer sanitária, quer social. A formação sanitária desses agentes coloca o problema de saúde centrado no indivíduo. Nesse período e no que imediatamente se segue a este, observa-se propostas de formação de atendentes de enfermagem para trabalhar em saúde pública nos postos de saúde, em periferias urbanas e áreas rurais. Também a formação desses agentes centra-se na proposta de dotar - lhes de um conhecimento que os habilite tecnicamente a desenvolver uma função definida na estrutura de serviços, com a concepção de que a boa saúde depende do indivíduo ou, no máximo, do grupo familiar a que este pertence:

A partir da década de 60 os programas de extensão de serviços de saúde também são incorporados aos programas de desenvolvimento de comunidade. Esses programas ainda mantêm a perspectiva de que o povo educado pode vencer a 'ignorância' e desenvolver-se. A idéia dominante nesses programas é de que a educação é a difusora de valores positivos para o desenvolvimento de grupos atrasados. O que o diferencia do período anterior é que se pretende atingir os grupos e as populações 'marginais e não apenas os indivíduos 'marginais!'. Nesse mesmo período dá-se a expansão das idéias de LEAVELL & CLARK, 1977, com a teoria dos níveis de prevenção das enfermidades. Portanto há uma nova postura no interior da saúde que compatibiliza a aplicação da educação para a saúde nos programas de extensão de serviços de saúde e facilita sua inclusão nos programas de desenvolvimento de comunidade. A influência das concepções do desenvolvimento de comunidade e prevenção das enfermidades por níveis de atenção, na formação dos agentes extensionistas faz-se no sentido de que, agora, os agentes devem ser preparados para estimular a população a: utilizar os serviços de saúde pública, sentir-se responsável pessoalmente pelas doenças que a aflige na medida em que pode prevenir - se contra essas doenças com hábitos adequados - e compreender

que a maioria dos problemas de saúde pode ser resolvida nos níveis elementares de atenção. Esta postura continua centrando no indivíduo a responsabilidade pela boa saúde e não colocando em questão a estrutura sanitária clássica proposta para o atendimento coletivo. Esses programas pretendem apenas hierarquizar os serviços existentes por níveis de atenção conforme as concepções de LEAVELL & CLARK. Surge nesse período os programas de Medicina Comunitária que se propõem a viabilizar a proposta de atenção por níveis de prevenção e engajar-se nas propostas de desenvolvimento de comunidade. Nesses programas assume-se a postura de que é necessário difundir o saber sanitário preventivo como parte da prevenção primária das enfermidades.

Com o reconhecimento de que as condições de vida e saúde da população não dependem exclusivamente da vontade dos indivíduos mas, numa medida mais ampla, das condições de participação das várias camadas sociais na riqueza nacional e da inserção dessas na estrutura produtiva da sociedade, constata-se que não será com a divulgação de conceitos higiênicos que, por si só, resolverão os problemas das más condições de saúde da população. Os programas passam a considerar que as mudanças no perfil sanitário da população produzir-se-ão em conjunto com as mudanças da estrutura social. A partir dessa constatação, alguns programas buscam inserir-se nos movimentos sociais e vincular-se às propostas alternativas de sindicatos de trabalhadores, de organizações populares, etc. Outros procuram acompanhar a velocidade de mudança dos movimentos sociais, mesmo quando executados no âmbito dos serviços hegemônicos. Passam a defender que é necessário que os sujeitos participem ativamente das decisões da sociedade e não somente dos programas. Essas propostas, mantendo uma concepção crítica do processo saúde-enfermidade, associam o perfil de doenças às condições sociais nas quais estão imersos os grupos. Buscam demonstrar a necessidade da participação da população, através dos seus vários extratos, na organização dos serviços em todos os níveis e não somente nos elementares. Aceitam que as próprias organizações populares e a experiência cultural da comunidade podem forne-cer caminhos adequados para uma reestruturação dos serviços. Nessas condições, as propostas educacionais de agentes extensio-nistas passam a ter um enfoque distinto dos anteriores. Verifica-se a necessidade de que os agentes representem os grupos po

pulacionais a que se destinam; de que compartilhem com esses sua cultura e que tenham condições de abordar horizontalmente os problemas sanitários dos grupos atendidos. Portanto, nesses programas, não basta que se ensinem técnicas básicas de enfermagem e uma concepção sanitária preventivista aos agentes, mas é necessário que estes adquiram consciência de que participam de um processo, reconhecendo os elementos sociais e culturais do mesmo. Para analisar a formação desses agentes no interior de programas com essas características podemos lançar mão de estudos de Educação Popular, quanto estes partem de pressupostos semelhantes, pois os educadores têm desenvolvido vários estudos a este respeito.

Em um desses estudos sobre Educação Popular, desenvolvido por BRANDÃO, 1980, encontramos bases adequadas para que se empreenda uma análise dos tipos de programas educacionais de agentes extensionistas. A categorização proposta por BRANDÃO, nesse estudo, para a compreensão dos tipos de propostas de Educação Popular é a seguinte: "... um primeiro conjunto de programas que serve diretamente à manutenção da ordem social segundo os termos e interesses dos grupos sociais dominantes. São os programas que atualizam a vigência de um sistema atual de relações, reproduzindo, através do saber e dos valores que transmitem - de uma classe social a outras - uma força de trabalho instrumentalizada e valores de sistema reatualizados... O terceiro conjunto deve ser representado antes do segundo. Reunem-se ali as formas populares de Educação Popular. As formas instituídas por grupos de classe, através de suas próprias agências específicas de representação, de que, o sindicato, os movimentos populares ou os grupos de Ongas podem ser exemplos. Estão aí as modalidades de Educação Popular que não atualizam a força de trabalho, e que reproduzem valores de classe, os que tendem a ter um conhecimento popular da sociedade e de suas relações. O segundo conjunto envolve formas de educação que vão desde os programas limites de Educação de Base e Educação Popular do passado. As formas atuais são os muitos programas desenvolvidos por pessoas e grupos interessados na promoção popular, através de projetos de atualização do saber do povo e redemocratização efetiva da sociedade nacional, a ser conquistada com a participação efetiva do povo".

Apesar da abordagem de PAIVA ser extremamente pertinente para uma análise de programas educacionais de grande escala, julgamos que a categorização apresentada por BRANDÃO é bem adequada para que se utilize como linha de análise de programas de formação de agentes extensionistas em saúde e assim, adequada como indicador analítico da ideologia educacional para o presente trabalho.

### 1.3.2 A Tecnologia Popular em Saúde e a Formação de Agentes Extensionistas

A abordagem do Saber e do Fazer do povo no campo da saúde não constitui algo novo. O que difere atualmente são as tendências das abordagens que vêm sendo feitas às tecnologias de origem popular em geral e dentre estas às tecnologias populares em saúde. Portanto é necessário definir o enfoque a ser dado à tecnologia popular em saúde em uma investigação que se relacione com esse assunto.

A despeito das abordagens acerca das tecnologias alternativas em geral BRANDÃO e AARÃO REIS, 1982, observam que: "a busca de tecnologias alternativas, a preocupação crítica com os problemas do desenvolvimento entre cientistas, dentro e fora da esfera universitária, foi-se tornando mais difundida de uns vinte anos para cá". Esses autores observam que na medida em que foram sendo frustrados os sonhos do desenvolvimento e ampliadas as desigualdades sociais, principalmente nos países do terceiro mundo, verificou-se que o problema da distância entre países ricos e pobres não está apenas no grau de industrialização, na produção de bens de consumo e de capital, no desenvolvimento tecnológico, entre outros, mas também no tipo de industrialização, na forma de produção de bens e tipo tecnologia produzida e transferida. Como o fôssô tecnológico amplia-se com este tipo de desenvolvimento dependente, surgem cada vez com maior intensidade as propostas de produção de modelos alternativos de desenvolvimento. No interior dessas novas propostas surgem modelos de produção de tecnologias alternativas, baseados no princípio de que estes modelos sejam preferencialmente desenvolvidos a partir do saber do povo para a resolução de problemas concretos que afligem a população.

Na saúde, diante da crescente transposição para o terceiro mundo de tecnologias sofisticadas desenvolvidas nos países industrializados, a questão apresenta-se com clareza.

A saúde pode ser observada, neste caso, como uma das áreas onde o modelo dependente de desenvolvimento econômico e social se reproduz e onde se revela o modo como se dá a produção e gestão de bens na sociedade. As desigualdades do modelo de produção são traduzidas no setor saúde de forma que a tecnologia sanitária sofisticada seja apropriada e utilizada pelas camadas mais abastadas da sociedade e às camadas de baixo poder aquisitivo restam poucas alternativas. Uma das alternativas é a valorização e utilização das tecnologias populares em saúde, que deem conta dos problemas de carência e das necessidades da população. Portanto ao lado de toda uma invasão tecnológica a população continua adaptando e utilizando seus próprios meios de enfrentar a questão da recuperação da saúde e prevenção das enfermidades.

Essa questão passa a ser mundialmente percebida pois as próprias organizações internacionais de saúde que representam os governos começam em suas publicações a abordar seriamente a questão. Sobre a importância da Medicina Tradicional a revista da Organização Mundial da Saúde, "A Saúde no Mundo", dedica a este assunto um número em 1977. Nesta publicação abordam: o trabalho dos 'bomohs' (curandeiros) da Malásia; a formação dos profissionais na medicina 'aiurvédica' na Índia; a posição das 'hilot' (parteiras) nas Filipinas; a medicina chinesa e plantas medicinais vurativas usadas na medicina tradicional. Em outra oportunidade a "Cronica da OMS" apresenta um artigo de MORINIS - 1978, onde o autor observa que os enfoques tradicional e científico, de se abordar a enfermidade, são dois modos distintos de compreensão, com suas formas próprias de explicar os fenômenos. Ele analisa a questão a partir do exemplo ocorrido na Índia no momento do desenvolvimento da campanha de vacinação contra varíola, onde ficaram claras as diferenças de concepção sobre esta doença entre as interpretações dos métodos ocidentais e formas tradicionais populares.

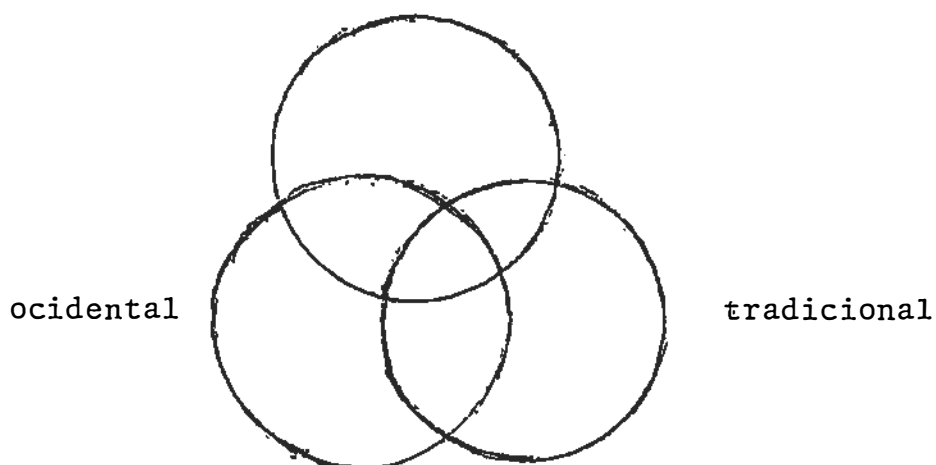
Observamos que recentemente não só a questão da tecnologia alternativa em geral vai recebendo novo tratamento como também isso vem ocorrendo com a medicina tradicional e as tecnologias geradas e utilizadas em seu âmbito. Estes novos enfoques buscam ultrapassar a visão estereotipada a respeito da questão e reconhecer o valor de certas práticas sanitárias desenvolvidas em um certo contexto e certa sociedade.

Acerca destes novos enfoques a respeito das práticas

tradicionais de medicina observamos que as colocações de IBANES-NOVION, 1975, são de grande importância. Coloca esse autor que um dos problemas que tem limitado o estudo da Medicina Tradicional é que esta vinha sendo abordada como algo folclórico e recebendo "um tratamento tangencial". Para esse autor, outra questão fundamental, que prejudicava as abordagens anteriores, foi "... o uso inadequado do paradigma médico ocidental..... que interpenetra formas de medicina, ou se se sequer, modelos de saúde vigentes em uma dada sociedade, através do prisma particularizado por um tipo de medicina percebida como científica". Nesta aplicação errônea, do modelo de interpretação da Medicina Ocidental à Tradicional, esse autor enfatiza a grande barreira que representa o uso do conceito de 'eficácia' da Medicina Ocidental, nestes estudos. Observa que: "segmentos da Medicina Tradicional, que muitas vezes são tomados como objeto de estudo, se fazem presentes e se prolongam através do tempo por constituírem respostas a imperativos do cotidiano e por manifestar um tipo de eficácia que traz em si importantes consequências ontológicas ao comunicar e confirmar idéias do mundo real. Assim sendo, as crenças e práticas médicas de um grupo social são sempre efetivas, e não somente quando cumprem com os condicionantes definíveis e postulados constatáveis do ponto de vista da Medicina Ocidental".

Posteriormente IBANES-NOVION, TEIXEIRA OTT e PRADO, 1981, buscando desenvolver uma abordagem para o estudo da totalidade do "Sistema de Cuidados Médicos" de uma dada região se propõem a utilizar o enfoque utilizado em estudos de KLEINMAN, 1980, e que podem ser expressos no esquema gráfico abaixo.

subsistema laico



"Gráfico - Sistema de Cuidados Médicos"

Este gráfico, representado esquematicamente o "Sistema de Cuidados Médicos" adaptados de KLEINMAN, 1980, apresenta os seguintes subsistemas, no trabalho dos autores acima citados: "O subsistema laico diz respeito às crenças e práticas médicas efetivadas a nível doméstico, na própria unidade residencial e a figura mais importante neste caso é a mulher, normalmente a mãe, repositária dos conhecimentos médicos da unidade residencial"; o subsistema tradicional seria "uma esfera sem reconhecimento oficial, com maneiras alternativas de formação de especialistas: a Tradicional"; o subsistema ocidental é a "única esfera oficialmente reconhecida, formando especialistas de maneira acadêmica; a Ocidental". Como observam esses autores: "essas esferas, entretanto, não existem de forma desarticulada, independente ou estanque, ao contrário, elas são e/ou estão sobrepostas, interatuantes e interdependentes".

Para uma abordagem da Tecnologia Popular em Saúde, produzidas no âmbito das práticas médicas tradicionais da sociedade, esta abordagem de totalidade facilita a compreensão do saber e fazer, vivos e atuantes, de um dado grupo social. Ao invés de abordar a origem das práticas segmentadas em: indígenas, africanas, portuguesas, etc, podemos focar a síntese das práticas atuais, inscrita numa dada realidade, através das práticas da população que se traduzem e que são reinventadas no contexto concreto.

Na introdução de agentes extensionistas em saúde para atuar em comunidade - como portador e difusor de uma certa tecnologia no meio de outras - é importante ter presente a totalidade do "Sistema de Cuidados Médicos" com o qual o agente irá se deparar. Como observam IBÁÑEZ-NOVION & cols., 1981, analisando a introdução de mini-postos de saúde em Sergipe: "a instalação de mini-postos não se deu em regiões e entre populações onde não havia anteriormente a oferta de serviços médicos; não ocorreu no vazio, mas sim onde já existia uma estrutura de serviços médicos montada e utilizada pela população.. A existência de entidades municipais, estaduais, e federais, demonstra a complexidade alcançada pela esfera profissional Ocidental. Quando se sabe que ao lado desta e tão ou mais atuante e complexa, existe a esfera tradicional fica claro que os mini-postos só conseguirão sobreviver se encontrarem um 'espaço' nesta estrutura".



Desta forma verificamos que o "Sistema de Cuidados Médicos", de uma dada realidade, conta com esferas de atuação totalmente estruturadas e anteriores aos agentes extensionistas. Verificamos que as esferas populares de atuação em saúde não estão contidas e sob o controle da esfera Oficial que propõe o trabalho dos agentes extensionistas. Portanto no estudo da formação de agentes extensionistas é fundamental que se verifique como o programa de ensino dos agentes extensionistas aborda a questão do relacionamento dos agentes, em seu trabalho, com as práticas populares e a tecnologia popular em saúde e qual o resultado desta abordagem após o processo de ensino. A abordagem que um programa educacional de agentes extensionistas apresenta acerca da "medicina" do povo e de sua inserção no "Sistema de Cuidados Médicos" oferece um indicador analítico de seu comprometimento com a Medicina Tradicional como um valor da população e da compreensão do "Sistema de Cuidados Médicos" no qual vai inserir-se.

### 1.3.3 A Participação Social e a Formação de Agentes Extensionistas em Saúde.

A participação da população é um dos pontos sempre enfatizados em Programas Primários de Saúde, tanto que, como observamos anteriormente, a OPAS, em 1977, adotou como lema da comemoração dos 75 anos de sua função: "a participação da comunidade na saúde". No entanto a participação pode ser entendida de várias formas. Para fins de investigação desse fenômeno em relação à formação de agentes extensionistas e de seu trabalho é importante que se estabeleça o que será conceituado como participação.

AMANN, 1980, define participação social como a participação da população em três níveis, ou seja, na decisão, na gestão e no usufruto de bens, em uma dada sociedade. Neste mesmo trabalho, essa autora, coloca que a participação pode ocorrer de duas formas: direta ou indiretamente. Na participação direta a população influencia diretamente nos três níveis anteriormente especificados e na indireta a participação se dá através de organizações representativas como: sindicatos, partidos políticos, associações profissionais, etc. No conceito dessa autora a participação nesses níveis seria: (a) a nível de decisão - aquela que envolve a definição de objetivos, me-

tas e políticas da sociedade; (b) a nível de gestão - aquela que envolve a participação na administração e gerência; (c) a nível de usufruto - aquela que se relaciona com o acesso aos bens e serviços produzidos.

Posteriormente, AMANN, 1981, apresenta uma revisão sobre o conceito de participação e dos mecanismos que envolvem esse processo. Inicialmente nesse trabalho, a autora, reflete sobre o fenômeno do associativismo, pois esse conceito assume grande importância para a análise da participação, já que "... a participação foi identificada com associativismo". Referindo-se ao processo do associativismo coloca que a mera reunião de indivíduos e sua associação não significa que haja participação ou que se facilite a participação da população, apesar de que, a organização da população em grupos seja um dado facilitador para a participação, pois a população dispersa e sem representação dificilmente terá canais para participar. Como decorrência destas colocações questiona qual o tipo de associativismo que conduz à participação. Quanto a isso diz: "Todavia, faz-se mister que as associações efetivamente valorizem: a reflexão crítica sobre a conexão da problemática local com a regional e nacional; a reivindicação dos direitos do cidadão e das classes oprimidas; a pressão por mudanças estruturais; a ação organizada, de cunho transformador venha, pelo menos a longo prazo, repercutir sobre o todo societário. E que as associações, mesmo quando realizam atividades num primeiro momento imediatistas - tais como a melhoria das condições locais de habitação, saúde, educação, lazer, utilizam tais projetos como espaço para uma pedagogia de participação que objetiva em última instância a formulação de políticas sociais mais justas". Portanto numa abordagem dessa natureza o associativismo pode ser considerado um meio e não um fim em si mesmo, no processo de participação.

Nesse mesmo trabalho AMANN faz uma revisão de como vem sendo abordado o conceito de participação, principalmente pelo poder público, e busca chegar a uma concepção compatível com as referências à participação incluída na crítica realizada acima sobre associativismo. Cita os seguintes enfoques que vêm sendo dados à participação: "Mudança Cultural e Participação", "Participação e Integração de Grupos Marginais", "Participação e Trabalho Gratuito", "Participação e Adesão a Planos

de Desenvolvimento". Nestes vários enfoques, o processo, dito de participação, vem imbuído de uma característica manipulatória em função de objetivos ideologicamente vinculados ao projeto social dos grupos dominantes da sociedade. As principais características dos enfoques citados são as seguintes: "Mudança Cultural e Participação" é uma proposta que enfoca a necessidade de se modernizar a sociedade e situa que esta modernização encontra barreiras nas condições culturais da comunidade. Propõe que, para a superação das barreiras, haja uma participação da comunidade dirigida para as mudanças que se deseja efetuar. "Participação e Integração de Grupos Marginais" a participação é vista como um instrumento capaz de integrar grupos que estão 'à margem' da sociedade dominante e que são vistos como 'focos patológicos' ou 'disfuncionais' num sistema social. A participação seria portanto um instrumento de ajuste para segmentos específicos da sociedade sem que se considerasse as razões da existência desses segmentos no interior da sociedade. "Participação e Trabalho Gratuito" é o enfoque dado ao processo de participação como uma forma de suprir o 'deficit' do poder público para realizar obras em regiões habitadas por população de baixa renda. A população é chamada a participar com seu trabalho e há uma instrumentalização para que o processo de participação ocorra apenas a nível de atividades conduzidas para fins específicos. Ao lado deste tipo de mobilização nas periferias urbanas, as obras públicas são realizadas pelo poder público sem que se levante a possibilidade ou a necessidade de incorporação do trabalho dos moradores para sua execução. "Participação e Adesão a Planos de Desenvolvimento" são propostas onde o processo participativo é encarado como uma forma de se conseguir o engajamento de populações em planos locais ou regionais de desenvolvimento, de acordo com prioridades estabelecidas pelo grupo no poder. Nesse nível os participantes são meros executores de atividades decididas totalmente fora do âmbito de sua participação, com a justificativa de que o engajamento se faz num projeto mais amplo que poderia abranger apenas como uma extensão o nível local.

Nesse trabalho sobre participação, AMANN, critica a separação entre participação política e participação social como algo que ocorre na maioria dos projetos de partici

pação propostos por grupos dominantes da sociedade. Quanto a isso coloca: "De um lado, a participação política carrega em seu bojo, como ingrediente essencial, a tomada de decisões nos diversos níveis da sociedade. Participar politicamente implica, assim, tomar parte na gestão e determinação da sociedade, através, por exemplo, da formulação de leis e diretrizes globais, da organização e representação partidária, da delegação de poderes políticos, do voto, do plebiscito, etc. De outro lado, a participação social, pelo modo como é usualmente concebida e provocada, restringe-se quase exclusivamente aos componentes distributivos dos bens da sociedade - trabalho, habitação, educação, lazer, etc. - sem levar muito em conta que o poder decisório representa um componente imprescindível de qualquer participação". Segundo essa autora, a participação social, como foi esboçada destina-se "... quase unicamente às classes 'destituídas' dos meios de produção, do consumo e do poder da sociedade. Partindo de tal pressuposto, confere-se à participação social um caráter corretivo das incongruências do sistema de distribuição, pretendendo-se ilusoriamente que ela propicie o acesso das aludidas classes aos bens garantidos às classes dominantes pela estrutura de dominação vigente na sociedade".

Finalmente AMANN coloca que, há possibilidade que se entenda "participação como prática transformadora". "Essa proposta baseia-se em processos que realísticamente vêm ocorrendo, onde, a partir de projetos de participação local, em melhorias das condições de vida, tem se efetuado uma reflexão crítica participativa enfocando os problemas da sociedade e conduzindo a movimentos que buscam mudanças estruturais e sociais. A esse respeito coloca essa autora: "A luta para o alcance de tais propósitos se inicia comumente de interesses específicos, concretos e imediatos da população, tais como a reivindicação por melhores condições de trabalho, habitação, saúde, educação, lazer, etc. O que diferencia, pois, estas práticas das anteriores, é muito mais a intencionalidade, o compromisso dos técnicos nela engajados e o método não indutor por eles utilizados. Em tais práticas, não se pretende dicotomizar a participação, reforçar a ideologia dominante, provocar uma mudança cultural dirigida, integrar grupos marginais ao sistema vigente, ou subsidiar - com trabalho gratuito - os planos oficiais. Ao invés disso, realiza -

se um trabalho de conscientização e organização das classes subalternas, tendo em vista a conquista de espaço político e a pressão por mudanças da estrutura global da sociedade".

Nesse sentido consideramos que se Programas de Ações Básicas de Saúde buscassem, enquanto programas institucionais, vencer as concepções puramente "sistêmicas", incorporar valores da comunidade e colaborar com a participação da população, deveriam conter em seu interior elementos que permitissem o reconhecimento dessas propostas e se esses programas contarem com trabalho de agentes extensionistas estes deveriam expressá-los.

Em programas que contam com agentes extensionistas, em sua atuação no cotidiano, a postura assumida e os valores veiculados pelos agentes em seu trabalho junto às pessoas, famílias e grupos sociais da comunidade, expressarão alguma das perspectivas acima descritas a respeito da questão da participação social. Para que os agentes assumam junto à população posições transformadoras a respeito da participação social é fundamental que a abordagem da questão em sua formação e em suas atribuições sejam compatíveis com posições dessa natureza. Portanto na formação de agentes extensionistas essa é uma questão de fundamental importância e representa uma perspectiva importante para investigação, podendo representar um indicador analítico sobre o comprometimento do programa com uma dada abordagem sobre organização e participação comunitária.

## 2.0 CARACTERIZAÇÃO CRÍTICA DO PROGRAMA DE AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE DA FEBEMAT

Vamos apresentar a seguir um esboço crítico do Programa de Ações Básicas de Saúde buscando evidenciar, ao longo da proposta, os elementos que condicionaram, em grande parte, os resultados encontrados na investigação sobre a formação dos agentes extensionistas desse Programa.

### 2.1 CONDICIONANTES DO PLANEJAMENTO DO PROGRAMA DE AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE

A proposta de um Programa de Ações Básicas de

Saúde pela Fundação Estadual de Bem Estar do Menor de Mato Grosso - FEBEMAT - iniciou por um Seminário<sup>(1)</sup> realizado em agosto de 1979 pela Fundação Nacional de Bem Estar do Menor FUNABEM. Esse Seminário buscou integrar os órgãos que prestam serviços relacionados com atenção ao menor, em programações únicas. Seu desenvolvimento constou de: diagnóstico, análise da situação, identificação de áreas prioritárias para a ação e elaboração de propostas de ação.

O diagnóstico constou de um levantamento realizado pelas instituições participantes do Seminário. Foram levantados "fatos-problema" - condições negativas que podem ser consideradas como problema -, referentes à situação do menor em Cuiabá. Dentre os "fatos-problema" levantados, os seguintes estavam relacionados com condições de saúde: "... menores portadores de doenças venéreas; menores com maternidade precoce; carência alimentar; menores com deficiência mental, comportamental e física; menores com verminose; carência afetiva; socialização inadequada; menores sem imunização; menores com altos índices de cáries dentárias; menores em más condições sanitárias; menores cujas famílias estão desvinculadas do sistema previdenciário; desconhecimento por parte das famílias dos direitos previdenciários; pais alcoolatras; ausência de saneamento básico;..."<sup>(1)</sup>

Foram identificados os bairros periféricos de Cuiabá onde a problemática levantada apresentava grande expressão e estes foram considerados como "áreas-foco" para abordagem institucional e operacionalização de propostas de ação.. As "áreas-foco" identificadas no Seminário foram as seguintes: "Vila Santa Izabel; Cristo Rei; Barro Duro/ Pedregal; Carumbê/Planalto; Jardim Glória; Praieiro/Grande Terceiro/Campo Velho; Pedra Branca (Porto)".<sup>(1)</sup>

Para a elaboração das propostas de ação os "fatos-problema" foram categorizados em três níveis: (1) que permitem solução na comunidade - soluções na comunidade são aquelas que podem ser resolvidas no âmbito dos domicílios e de construções simples como: postos de saúde, escolas, centros comunitários, etc; - (2) que permitem apenas soluções institucionais - soluções institucionais são aquelas realizadas em recintos fechados que isolam o indivíduo da comunidade como: orfanatos, internatos, hospitais, etc; - (3) que permitem tan

to soluções na comunidade como institucional.

Para as categorias de "fatos-problema" que permitem solução na comunidade foram elaboradas propostas de ações preventivas que cobrissem as necessidades básicas de: saúde, educação, lazer, promoção social e humana.

Baseado nas propostas de ações preventivas do Seminário foi elaborado o "Plano Integrado de Atenção ao Menor e Família: -PIAMF"<sup>(2)</sup> a ser desenvolvido para suprir as necessidades identificadas. Esse Plano consta de três programas que se voltam para as necessidades básicas e que podem ser cobertas a nível elementar. Os programas que compõem o PIAMF e as respectivas áreas nas quais são fornecidos os serviços básicos são: <sup>(3)</sup>; Programa de Ação Comunitária - PRAC - acompanha grupos comunitários locais, trabalho com grupos de pais; Programa Ocupacional de Menores - PROC - desenvolve ações básicas, de natureza sócio-educativa, para crianças na faixa de 7 a 18 anos; Programa Materno Infantil - PROMI - desenvolve: ações básicas de saúde, creches casulo, Creche de 4 hrs. para crianças de 1 a 6 anos desenvolvidas em escolas, centros comunitários, etc - creches familiares - desenvolvidas em domicílios, para crianças de 0 a 6 anos, sob a responsabilidade de uma mãe que permanece na casa.

O Programa de Ações Básicas de Saúde, parte do PROMI, foi detalhado por órgãos participantes do Seminário com a colaboração da Coordenação Materno-Infantil da Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso <sup>(4)</sup>. No detalhamento ficou estabelecido que este Programa seria executado por pessoal de nível elementar que executassem ações simplificadas, mas necessárias no contexto considerado, no campo de saúde.

O acompanhamento técnico do Programa de Ações Básicas de Saúde, em cada localidade, ficou a cargo do técnico responsável pelo PROMI, um psicólogo. <sup>(2)</sup> Em Cuiabá para supervisionar o processo de implantação e execução do Programa de Ações Básicas de Saúde foi organizada uma equipe composta por: duas enfermeiras e uma assistente social <sup>(5)</sup>

Como podemos observar o ponto de partida para que se gerasse a proposta do Programa de Ações Básicas de Saúde foi um órgão Federal, a FUNABEM e não o próprio órgão estadual ou reivindicações a nível local.

Nessas condições o órgão federal utilizou uma meto

dologia de planejamento da proposta que conduziu a resultados de seu interesse. A metodologia utilizada foi a execução de um Seminário em que um diagnóstico específico foi realizado, onde o real foi segmentado em frações ou "situações-problema", que podem ser abordadas como objeto isolado pela Instituição ou por programas. Mesmo que todos os programas tenham sido elaborados e detalhados pelos participantes do Seminário o tipo de diagnóstico institucional realizado foi um importante condicionante para a proposta dela decorrente. As ações propostas, nesse tipo de programação, são segmentadas em associação com os problemas identificados pelo diagnóstico e não dirigem-se a determinantes sociais dos problemas.

O resultado dessa metodologia de planejamento foi o estabelecimento de programas rígidos antes de sua introdução na comunidade. Esse tipo de planejamento dificulta uma aproximação efetiva da ação institucional com a comunidade. Nessas condições, a inclusão do discurso da "participação comunitária", no programa, se transforma em retórica, pois a dita participação ficará restrita ao enquadramento da participação da população na proposta firmada entre Instituições financiadoras e executoras.

Mesmo que, aparentemente, o Seminário deveria conduzir a programas que atendessem a realidade, observamos que ocorreu forte associação entre os programas dele decorrentes e programas anteriores das Instituições participantes. O Programa Ocupacional de Menores - PROC é em tudo semelhante ao Programa de Educação Complementar - PRECOM que faz parte do Plano de Integração do Menor e Família na Comunidade - PLIMEC, da FUNABEM. O Programa de Ação Comunitária - PRAC é um tipo de Programa Diversificado de Ação Comunitária - PRODAC do MOBREAL. A Creche Casulo LBA, MPAS, é um programa da Legião Brasileira de Assistência e foi proposto da mesma forma no PIAMF. Não seria coincidência que a FUNABEM, o MOBREAL e LBA eram instituições participantes do Seminário.

Algumas concepções presentes nos programas de origem foram passadas à proposta da FEBEMAT e atuaram como determinantes para a limitação político-ideológica do PIAMF e de seus programas.

O PRODAC é um programa realizado para estimular a participação comunitária. No entanto, baseia-se em uma metodo



lógica técnica de organização da população em grupos participativos a partir de problemas concretos encontrados em um diagnóstico comunitário. Ao mesmo tempo que busca partir dos problemas específicos detectados a nível de comunidade o PRODAC não leva em consideração a estrutura sócio-econômica da sociedade. Isso faz com que não considere as condições que conduzem à desigualdade social, ao perfil de relações de produção que estabelece a divisão entre classes sociais, a estrutura política existente que propicia a participação política apenas da classe dominante. Nessas condições os agentes e a comunidade encontram os problemas através do diagnóstico e vão buscar soluções para o mesmo no seu âmbito ou a nível das Instituições do Estado. O PRODAC, tal como posteriormente o PRAC, buscam uma organização da população como um fim, para conseguir a solução dos problemas, confundindo fim com meios.

O PRECOM propõe que a Educação Complementar pode reverter o mau desempenho do sistema escolar, sendo proposto a partir da identificação de problemas que demonstram o mau desempenho desse sistema, tais como: evasão escolar, repetência, absenteísmo e outros. Portanto, ao propor que a Educação Complementar pode suprir as deficiências dos alunos e recuperá-los para apresentar um bom desempenho escolar, "salvando" assim o sistema escolar, não leva em consideração a inadequação dos currículos escolares para essas populações, nem que o baixo nível de renda, determinando uma má qualidade de vida, cria condições incompatíveis com um bom desempenho escolar.

Portanto, o estabelecimento de programas que localizem a nível de serviços a questão de reversão das más condições de vida e de problemas dela decorrentes, já surgem limitados.

A partir daí todo o detalhamento de ações já estava comprometido com esse tipo de proposta e com ela vinculado.

## 2.2 CONDICIONANTES DO MODELO DE AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE ADOPTADO PELA FEBEMAT

A introdução oficial das Ações Básicas de Saúde da FEBEMAT se dá com a efetivação de um convênio FEBEMAT/FUNABEM (Fundação Nacional de Bem Estar do Menor, firmado em dezembro de 1979, que define a implantação e a execução do PIAMF

e estabelece os fundos para seu funcionamento<sup>(02)</sup>.

Através desse convênio a FEBEMAT ficou responsável pela execução direta das atividades, realizou contatos com outras instituições, substabeleceu convênios para apoio das ações do PIAMF e, dentre esses, alguns específicos para as Ações Básicas de Saúde.

As outras instituições que passaram a colaborar nas Ações Básicas de Saúde e o respectivo papel que representaram são as seguintes<sup>(06)</sup>:

- Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso: apoia com serviços de postos e centros de saúde
- Fundação Legião Brasileira de Assistência -LBA: atende a casos encaminhados e fornece suplementação alimentar;
- Universidade Federal de Mato Grosso: colabora no treinamento de pessoal e avaliação do programa;
- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS; fornece atendimento médico-hospitalar;
- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais: atende a excepcionais encaminhados.

Para desenvolver a implantação e execução do PIAMF e, no seu interior das Ações Básicas de Saúde, foram treinadas equipes de técnicos. O treinamento<sup>(07)</sup> teve uma proposta específica com a duração total de 15 dias. Numa primeira etapa geral e comum para todas as equipes, que durou uma semana, foram introduzidos: (a) Política de Bem Estar do Menor; (b) Princípios do PIAMF; (c) Objetivos e Fundamentos Gerais dos Programas. Na segunda etapa, específica para a equipe de cada programa, que durou uma semana, preparou-se as equipes para a implantação e execução introduzindo a metodologia e a proposta de operacionalização dos programas.

Ficou esclarecida a limitação antecipada da proposta institucional, na medida em que, só foi realizada a entrada da instituição em contato com a comunidade após haverem sido firmados os acordos institucionais e após os técnicos, que seriam responsáveis pela sua implantação e execução, terem sido treinados até o nível de operacionalização da proposta.

Após o término do treinamento preparatório os técnicos deram início às atividades de campo para implantação

do PIAMF, em quatro localidades de Cuiabá e, inicialmente, três do interior. As quatro localidades de Cuiabá foram selecionadas dentre as "áreas-foco" identificadas no Seminário e foram as seguintes: Vila Santa Izabel, Barro Duro/Pedregal, Praieiro, Carumbé.

As atividades de campo foram iniciadas por contatos com as comunidades, com as quais os técnicos passariam a trabalhar, a fim de que fosse possível estabelecer um diagnóstico detalhado de cada uma. O diagnóstico comunitário<sup>(08)</sup> foi realizado em duas fases: 1ª - pré-diagnóstico institucional, em que foram levantados dados sobre cada localidade em consulta a órgãos e instituições, bem como foram identificados os planos de expansão de serviços para estas áreas; 2ª - diagnóstico da comunidade, em que foram ouvidas informalmente as pessoas da comunidade local acerca de seus problemas, reivindicações e aspirações. Com esses dados os técnicos elaboraram, em cada localidade, o diagnóstico inicial de sua comunidade e identificaram locais que ofereciam condições para início provisório das atividades, além de que, obtiveram informações necessárias para quem deveria ser dirigido o pedido de cessão temporária dos locais identificados. Apresentamos a seguir alguns dados das localidades que facilitam o conhecimento sobre o contexto em que se desenvolveram as Ações Básicas de Saúde. Estes dados fazem parte do diagnóstico comunitário<sup>(08)</sup>.

De uma síntese do diagnóstico comunitário pode - se colocar que as quatro localidades constituem-se de bairros periféricos de Cuiabá. São locais onde vive uma população de renda baixa, morando em habitações que na sua grande maioria são constituídas de barracos de madeira e/ou pequenas construções de alvenaria. O abastecimento de água potável com rede pública é precário ou inexistente em grande parte das localidades. Não contam com rede de esgoto.

Nas localidades Barro Duro/Pedregal, Carumbé e Praieiro passa o córrego do Barbado que apresenta-se como fonte de contaminação para toda a população ribeirinha, dada a grande quantidade de dejetos que recebe em seu percurso.

Os habitantes desses bairros no geral são constituídos de migrantes egressos do campo ou de outras regiões do país. Sua fixação nesses locais segue a história da formação de "favelas" em geral. Inicialmente há um processo de posse com confronto entre favelados e proprietários, até que haja posterior

mente negociações para a regularização ou compra da propriedade. Nesses bairros a história é semelhante, com exceção do Praieiro, que resultou do assentamento de uma população por enchente do rio Cuiabá. Nos outros bairros, com algumas exceções, de parte dos moradores que compraram lotes de proprietários anteriores ou por cessão dos lotes pela Prefeitura Municipal, como no Carumbé, a maioria dos habitantes inicialmente foi posseira.

A história dos movimentos de organização das comunidades está bastante associada ao tipo de ocupação da terra. Onde ocorreu ocupação com maiores conflitos a Associação de Moradores é bastante independente dos poderes públicos, como na Vila Izabel, e onde o assentamento foi realizado por órgãos públicos, como no Praieiro, a Associação de Moradores é bem vinculada à administração municipal. As outras localidades apresentam situação intermediária a estas.

Essa população que aí vive pode ser identificada como carente de serviços básicos e podemos perceber este fato através da citação dos serviços identificados na comunidade durante o diagnóstico, apresentados a seguir:

- Vila Santa Izabel - Escola Municipal de Vila Santa Izabel.
- Praieiro
  - Escola Municipal Hélio de Souza
  - Centro de Assistência Social da Prefeitura
  - Escola Estadual da Bela Vista
- Barro Duro/Pedregal- Escola Delmira Figueiredo (Barro Duro)
  - Escola Orlando Nigro (Pedregal)
  - Escola João Briene de Camargo (São João dos Lázarus)
  - Unidade Sonitária Papa João XXIII
  - Posto de Saúde Municipal da Lixeira

As organizações Comunitárias identificadas em cada uma das localidades foram as seguintes:

- Vila Santa Izabel - Associação dos Moradores da Vila Santa Izabel
  - Movimentos Religiosos
  - Grupo de Jovens
- Praieiro
  - Associação dos Moradores do Praieiro
  - Grupo de Jovens
  - Movimentos Religiosos
- Carumbé:
  - Associação dos Moradores do Carumbé

- Associação dos Moradores da Bela Vista
- Clube das Mães
- Grupo de Jovens
- Barro Duro/ Pedregal
- Associação dos Moradores do Barro Duro
- Associação dos Moradores do Pedregal
- Associação dos Moradores de São João dos Lázarus
- Assistência Beneficiante dos Amigos do Jardim Leblon
- Grupo de Jovens do Pedregal

Como o diagnóstico comunitário foi realizado após: (1) a definição institucional do Plano; (2) o detalhamento do Plano em Programas e projetos de ação, (3) a preparação dos programas; e antes da implantação efetiva, esse diagnóstico tornou-se tardio do ponto de vista do planejamento participativo e tornou-se adequado como estratégia de manipulação dos interesses da comunidade de acordo com a proposta institucional.

A utilização do diagnóstico comunitário, nesta fase, foi claramente um instrumento de manipulação, na medida em que foram identificados os interesses e aspirações da comunidade, não para planejar, mas para a adaptação da linguagem técnica às necessidades identificadas. Por exemplo, se nessa fase identificou-se a aspiração por uma creche do tipo clássico, houve toda uma manipulação para a aceitação, do tipo de creche do programa ou do tipo de atendimento para crianças de 0 a 6 anos, como se fossem a proposta de creche aspirada pela comunidade e não se buscou alterar os planos para viabilizar a creche desejada.

Após ter sido realizado o diagnóstico comunitário e a instalação provisória dos técnicos nos bairros foi iniciada a implantação dos Programas que compõem o PIAMF.

O Programa de Ações Básicas de Saúde foi assim definido no interior do PIAMF<sup>(3)</sup>: "...consistem em atenção elementar, a nível domiciliar, que estende a atenção formal à saúde até as famílias e difunde e valoriza a utilização das formas de atenção informais, parte da herança cultural da comunidade. Neste contexto a saúde é considerada nos seus múltiplos aspectos como bem estar global da família e de seus membros. Este tipo de serviço deverá ser prestado por um agente especialmente treinado para este fim que é denominado: auxiliar de saúde".

A cobertura dos serviços para cada localidade apresentou as seguintes características:<sup>(4)</sup> "A área deve ser definida através de mapeamento da região coberta com as Ações Básicas de Saúde, de forma que haja continuidade entre as áreas de cada auxiliar. A delimitação da área deve estar vinculada às condições geográficas (rios, morros, traçado das ruas ou quadras), às condições de concentração populacional (500 a 2000 habitantes), aos meios de transporte disponíveis pelo auxiliar (pedestre, bicicleta, carroça, etc) e às próprias condições físicas do auxiliar. Na definição da área dos auxiliares é de importância capital o esclarecimento do centro de referência intermediária a ser utilizado (Centro de Saúde, Posto de Saúde, Ambulatório) - a fim de que haja exequibilidade das medidas indicadas pelo auxiliar - (imunização, pré-natal, etc)".

Os agentes extensionistas - auxiliares de saúde - deste programa foram descritos assim:<sup>(3)</sup> "Os auxiliares de saúde devem ter características que os identifique com a comunidade. Devem ser escolhidos por esta. Devem residir na comunidade há tempo suficiente que permita seu conhecimento e participação nos seus processos sócio-culturais. A área de atenção deve ser fixa para permitir que aprofundem o seu relacionamento pessoal com a clientela. A atuação do auxiliar compreendida como Ação Básica, elementar, a nível domiciliar, deve estar articulada com outros níveis de atenção de maior complexidade. Imediata - mente é necessária a articulação com os serviços sociais e os de saúde pública da comunidade e em termos de apoio é necessária sua vinculação aos serviços de emergência e internação, para encaminhamento de problemas detectados".

A rotina diária de trabalho dos auxiliares de saúde foi descrita assim:<sup>(09)</sup> "1º - Planejamento de Atividades, para planejar as atividades diárias e avalia-las os auxiliares de saúde permanecem nos núcleos das 7:00 às 8:00 hs e juntamente com o técnico do programa são registradas ocorrências do dia anterior nos mapas específicos; 2º - Visitas de Rotina - consideram-se visitas de rotina quando o auxiliar realiza visitas domiciliares na seqüência programada por quadras, na sua área de atuação. Nestas visitas as famílias são cadastradas e recebem noções básicas de saúde e encaminhamento em situações de risco. Após a realização das visitas a todas as famílias da área considera-se uma 1ª cobertura de área realizada, dando con

tinuidade na seguinte ordem: 2ª cobertura / 1º retorno; 3ª cobertura / 2º retorno; etc. O tempo médio de cobertura varia de 1 a 3 meses (ou mais) dependendo do número de famílias identificadas.... 3º - Outras Atividades - reuniões participativas; palestras, acompanhamento de pacientes; visitas para troca de informações a outros agentes de saúde".

As atribuições dos auxiliares de saúde estão definidas no convênio FEBEMAT/SECRETARIA DE SAÚDE e são as seguintes<sup>(10)</sup>:

- ".... a. Promoção de saúde individual e coletiva;
- b. estímulo às vacinações no grupo materno-infantil;
- c. detecção precoce de situações de risco individual e coletivo, principalmente no que se refere ao grupo materno-infantil;
- d. detecção específica de situação de risco na gravidez e detecção precoce dos problemas nutricionais da primeira infância;
- e. encaminhamento dos casos, às unidades de apoio, que necessitarem de suplementação alimentar do INAN, Unidade Sanitária, sendo inscrito no Programa obedecendo às prioridades do mesmo;
- f. encaminhamento ao Centro de Saúde mais próximo dos casos que exigirem assistência à saúde;
- g. seguir os tratamentos prescritos e padronizados pela Unidade Sanitária;
- h. identificação, quando possível, das alterações do comportamento;
- i. estímulo à amamentação materna;
- j. controle de parteiras;
- l. acompanhamento da gestação de baixo risco e adoção de cuidados visando à uma evolução favorável;
- m. encaminhamento do pessoal sujeito a risco individual e coletivo aos serviços de saúde, para receber prevenção precoce ou diagnóstico e tratamento especializado, imunização, pré-natal, suplementação alimentar, programa de saúde mental, dermatologia sanitária, pneumologia sanitária; prevenção do câncer, etc.
- n. colaborar com os serviços de saúde da comunidade para acompanhamento de pacientes crônicos ou egressos, através de visitas domiciliares e orientações;

- o. colaborar com os serviços de saúde da comunidade para melhoria dos trabalhos de notificação de dados, estatísticas vitais e vigilância epidemiológica;
- p. continuar o encaminhamento até os postos do INAMPS para os beneficiários desse Instituto, dos casos já inscritos no mesmo".

Para que os auxiliares de saúde executassem as tarefas que o programa lhes reservou, todo um processo específico de seleção, treinamento e avaliação dos serviços foi realizado. A seleção e o treinamento são parte do processo de formação destes agentes. Para esse treinamento foi elaborado, pela FEBEMAT, um "modelo de ensino" que foi assim sintetizado: <sup>(14)</sup> "Está composto de 'unidades de ensino' de caráter instrucional e operacional. Cada unidade tem a característica de formar um contexto unitário, que permita sua introdução independente de uma sequência pré-determinada, possibilitando a alteração da ordem de implantação conforme os imperativos da realidade".

A definição do Programa de Ações Básicas de Saúde foi realizada de forma teórica especificando o que seria atendimento domiciliar, a cobertura dos serviços e o perfil, a rotina diária de trabalho, as atribuições, o processo de seleção e de treinamento dos auxiliares de saúde.

O diagnóstico comunitário teve um papel de adequação da proposta técnica a uma dada realidade, já que, as atribuições dos agentes, o conceito de cobertura e o modelo de ensino estavam anteriormente fixados.

Nesse contexto, o perfil do auxiliar como elemento identificado sócio-culturalmente com a comunidade não significou que este deveria ser um elemento engajado em suas lutas e pronto a defender seus valores e interesses. A identificação sócio-cultural passou a significar, assim, o reconhecimento da necessidade de uma comunicação horizontal com a comunidade. No entanto, essa comunicação horizontal, em si mesma, não traz qualquer elemento crítico ou transformador para um programa realizado em uma comunidade. A comunicação horizontal, desvinculada dos processos de luta e de organização para uma participação política e social da comunidade, transforma-se em instrumento que facilita a manipulação ideológica dos serviços que a utilizam.

Portanto, alguns condicionantes ficam claros no modelo de Ações Básicas de Saúde utilizado: (1) constitui-se de



uma proposta técnica das instituições sócio-sanitárias do Estado; (2) utiliza-se das informações a respeito da comunidade para manipulá-la a aceitar seus programas; (3) utiliza da comunicação horizontal entre agentes e comunidade como instrumento de manipulação para a aceitação do agente e do programa.

### 2.3 DESTAQUES CRÍTICOS: DA EXECUÇÃO DAS AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE

Os auxiliares de saúde selecionados em cada localidade foram admitidos e após o treinamento iniciaram suas atividades regulares. A seleção e o início das atividades em cada localidade foi assim realizada: <sup>(11)</sup>

LOCALIDADE	ADMISSÃO	INÍCIO DAS ATIVIDADES
Barro Duro/Pedregal	maio de 1980	outubro de 1980
Praieiro	julho de 1980	agosto de 1980
Vila Santa Izabel	julho de 1980	janeiro de 1981
Carumbé	julho de 1980	janeiro de 1981

O tempo médio de cobertura, em cada localidade, avaliado do início das atividades até julho de 1981 foi de: <sup>(11)</sup>

LOCALIDADE	TEMPO DE COBERTURA
Barro Duro/Pedregal	- 4 meses
Praieiro	- 1 mes
Vila Santa Izabel	- 3 meses
Carumbé	- 3 meses

No decorrer da execução do trabalho a equipe de supervisão realizou reuniões com os auxiliares, avaliação de desempenho das atividades, aulas de reforço, introdução de novos temas solicitados. O número de supervisões mensais, o total de supervisões e a média de supervisões realizadas por localidade e por membros da equipe de supervisão, no período de janeiro a novembro de 1981 foram os seguintes: <sup>(09)</sup>

LOCALIDADE	PERÍODO AVALIADO											TOTAL	MÉDIA
	jan.	fev.	mar.	abril	maio	jun.	jul.	agos.	set.	out.	nov.		
Barro Duro/ Ped.	7	0	1	6	6	9	5	9	6	6	5	60	5,5
Praieiro	6	0	1	6	6	6	7	5	6	5	5	53	4,8
Vila Sta. Izabel	5	0	1	6	6	7	6	4	4	5	5	49	4,5
Carumbé	5	0	1	6	7	5	7	8	5	6	5	55	5,0
TOTAL	23	0	4	24	25	27	25	26	21	22	20	217	4,9

Após a contagem de domicílios, mapeamento das áreas, organização dos serviços e contratação dos auxiliares de saúde para cada localidade, as Ações Básicas de Saúde apresentaram as características das Tabelas abaixo, nos anos de 1980 e 1981.

TABELA 01 - NÚMERO DE DOMICÍLIOS, POPULAÇÃO ESTIMADA, NÚMERO DE AUXILIARES DE SAÚDE E RELAÇÃO DE DOMICÍLIOS POR AUXILIAR DE SAÚDE SEGUNDO LOCALIDADE, EM CUIABÁ, CONFORME DADOS OBTIDOS NA AVALIAÇÃO DO PROGRAMA MATERNO-INFANTIL DA FEBEMAT REALIZADA EM AGOSTO DE 1980.

LOCALIDADE	NÚMERO DE DOMICÍLIOS	POPULAÇÃO ESTIMADA(*)	NÚMERO DE AUXILIARES	RELAÇÃO DOMICÍLIOS POR AUXILIAR
Barro Duro/ Pedregal	3681	19509	9	409
Vila Santa Izabel	1794	9508	7	256
Carumbé	947	5019	4	238
Praieiro	454	2406	4	114
TOTAL	6876	36442	24	286

(\*) - População Estimada baseada em número de pessoas por domicílios (5,3), conforme "Sinopse Preliminar do Censo Demográfico" vol. 1, tomo., nº 23-IBGE, 1981.

TABELA 02 - NÚMERO DE DOMICÍLIOS, POPULAÇÃO ESTIMADA, NÚMERO DE AUXILIARES DE SAÚDE E RELAÇÃO DE DOMICÍLIOS POR AUXILIAR DE SAÚDE SEGUNDO LOCALIDADE, EM CUIABÁ, CONFORME DADOS OBTIDOS DO RELATÓRIO ANUAL DOS SUPERVISORES DE AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE/FEBEMAT, DE SETEMBRO DE 1981

LOCALIDADE	NÚMERO DE DOMICÍLIOS:	POPULAÇÃO ESTIMADA(*)	NÚMERO DE AUXILIARES	RELAÇÃO DO- MICÍLIOS POR AUXILIAR
Barro Duro/ Pedregal(**)	2784	14755	9	310
Vila Santa Izabel	1808	9582	8	226
Carumbê(***)	837	4436	4	209
Praieiro	516	2734	3	172
TOTAL	5945.	31507	24	248

(\*) - População Estimada baseada em número de pessoas por domicílios (5,3), conforme "Sinopse Preliminar do Censo Demográfico" vol. 1, tomo., nº 23-IBGE, 1981.

(\*\*)- A área de cobertura dessa localidade foi alterada retirando a região mais urbanizada e próxima dos equipamentos públicos.

(\*\*\*)- O número de domicílios cobertos foi diminuído pela eliminação de certas áreas, dado os acidentes geográficos dificultavam a cobertura total antes estabelecida.

Como observamos o treinamento dos auxiliares de saúde variou de 1 a 7 meses. Isso nos faz refletir sobre a qualidade do treinamento executado. Provavelmente na comunidade em que durou 1 mes o conteúdo deve ter sido transmitido mais superficialmente e mecanicamente.

Já o tempo de cobertura, médio, da área de cada auxiliar, por localidade variou de 1 a 4 meses. A correspondência de auxiliares por domicílios, nessas localidades, variou de 1 auxiliar para 144 domicílios, para 1 mes de cobertura e 1 auxiliar para 409 domicílios para 4 meses de cobertura.

Podemos verificar que, apesar de todo um planejamento técnico antecipado, houve a falta de um diagnóstico antes do detalhamento do Plano e do estabelecimento dos acordos financeiros. Isso gerou efeitos adversos de uma má aplicação da técnica, pois não houve uma relação adequada de auxiliares por domicílios. Os resultados quantitativos da prática demonstrando essa desproporção entre os tempos de cobertura, levam a que reflitamos sobre a qualidade dessa cobertura. A diferença de tempo de cobertura significa diferença de tempo de retorno e de contato entre o auxiliar e os usuários. Com isso nos locais em que o período de retorno é muito prolongado não existem condições adequadas para uma aproximação do agente com a população e não existe tempo suficiente para dedicarem à solução dos problemas observados.

Na Avaliação do PIAMP, realizada pela FEBEMAT em fevereiro de 1981, os técnicos dessas áreas levantam o problema do número de domicílios por auxiliar como um dos problemas percebidos em locais onde essa relação não foi adequada, isso conduzia a: (1) contato insuficiente entre usuários e auxiliares, (2) dificuldade de cobertura da área; (3) dificuldade de acompanhamento adequado a casos detectados; (4) dificuldade de supervisão.

Os dados sobre a supervisão regular do desempenho das atividades demonstram que há oportunidade efetiva de reciclagem de treinamento, de discussão de problemas da prática e de introdução de novos conteúdos. Com isso poderia ser recuperada a totalidade social que envolve o trabalho dos auxiliares de saúde. No entanto, essa possibilidade de que a supervisão em campo ultrapasse o tecnicismo dependeria muito da postura dos técnicos e dos supervisores. Se os supervisores e técnicos

cos se prenderem às questões técnicas para a resolução dos problemas restringem o campo de reflexão com os agentes. Se os supervisores e técnicos forem críticos e com uma visão ampla da realidade social podem ampliar e aprofundar a visão dos agentes, através do debate, acerca dos problemas da comunidade.

Portanto a própria atuação tem questões que condicionam a execução das Ações Básicas de Saúde e que podem representar sua ampliação, restrição ou redefinição.

## 2.4 CONCLUSÕES

Pela Caracterização do Programa de Ações Básicas de Saúde observamos que estamos diante de uma proposta que em sua origem apresenta a postura de não questionar a realidade como um todo, mas que tenta identificar seus problemas, suas disfunções, para corrigi-las, através de ações específicas.

Essa característica geral determina todos os níveis da proposta. Aqui a utilização de uma tecnologia de planejamento e programação teve em vista viabilizar um programa com essa postura político.-ideológica. geral.

A utilização de estratégias de aproximação da comunidade, tais como, a realização de um diagnóstico da comunidade, em que esta é consultada e a utilização de um agente com um perfil que o identifica sócio-culturalmente com a comunidade, possibilitando uma comunicação horizontal com a população, demonstram que o programa buscou adequar-se para legitimar-se perante a população local, sem questionar sua origem no Estado que mantém o "status quo" dominante.

O tecnicismo da proposta e o autoritarismo de sua formulação nos faz concluir que sua execução se fará nesse âmbito, assumindo um caráter assistencialista e não crítico.

N O T A S

- (01) - Dados retirados da publicação: "Seminário de Integração de "Orgãos Estaduais e Municipais de Atenção ao Menor - Cuiabá/Mato Grosso" - FEBEMAT, Cuiabá, 1979.
- (02) - Dados que constam do Convênio FEBEMAT/FUNABEM, 1979: "Plano Integrado de Atenção ao Menor e Família - PIAMF".
- (03) - Dados que constam da publicação: "Plano Integrado de Atenção ao Menor e Família - PIAMF" - 3º volume - FEBEMAT, Cuiabá, 1981.
- (04) - Dados que constam de publicação: "Plano Integrado de Atenção ao Menor e Família - PIAMF" 2º volume - FEBEMAT, Cuiabá, 1980.
- (05) - Dados que constam de publicação: "Plano Integrado de Atenção ao Menor e Família - PIAMF" 1º volume - FEBEMAT, Cuiabá, 1979.
- (06) - Dados levantados com os Supervisores de Ações Básicas de Saúde da FEBEMAT, em julho de 1981.
- (07) - O treinamento dos Técnicos do PROGENTE/PIAMF foi organizado por este investigador quando ocupava o cargo de Diretor Técnico da FEBEMAT. O programa de treinamento elaborado consta dos arquivos da FEBEMAT e denomina-se "Programa de Treinamento de Coordenadores do PROGENTE/PIAMF/PLANO INTEGRADO DE ATENÇÃO AO MENOR E FAMÍLIA, Cuiabá 03/03 a 15/03/1980.
- (08) - A síntese do diagnóstico comunitário apresentada faz parte do arquivo do autor no período em que, como Diretor Técnico da FEBEMAT, acompanhou o trabalho dos técnicos, discutiu o diagnóstico que realizaram e analisou os relatórios de campo que apresentaram.
- (09) - Fonte dos Dados: Relatório Anual de 1981 dos Supervisores do Programa de Ações Básicas de Saúde da FEBEMAT.
- (10) - Fonte dos Dados: "Termo de Convênio entre a Fundação Estadual de Bem Estar do Menor de Mato Grosso - FEBEMAT e a Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso, de 30 de dezembro de 1980".

- (11) - Dados obtidos através do "Mapa de Flutuação" utilizado pela FEBEMAT para controlar as atividades dos auxiliares de saúde em campo.

- CAPÍTULO 2º -

INVESTIGAÇÃO SOBRE A FORMAÇÃO DE AGENTES EXTENSIONISTAS EM  
UM PROGRAMA DE AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE



## 1.0 PROPOSTA DA INVESTIGAÇÃO

A investigação sobre Educação em Saúde é um tema de grande importância no âmbito da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Medicina Social. Neste campo de investigação são tão importantes as técnicas educacionais e os conteúdos selecionados para o ensino, quanto a ideologia que o ensino veicula.

A formação de agentes extensionistas, em programas de extensão de serviços de saúde, fornece dois polos importantes para a investigação sobre Educação em Saúde. O primeiro polo se refere à Educação dos agentes extensionistas, no que se relaciona à preparação destes para realizar a extensão dos serviços e as tarefas educativas. O segundo polo se refere à educação continuada e informal que os agentes realizam durante sua ação. Apesar de serem polos educacionais distintos pois são fatos que ocorrem em dois momentos do processo, estão intimamente relacionados e o segundo expressa o primeiro ou, pelo menos, o reflete. Portanto, um programa de extensão de serviços de saúde que preparou agentes extensionistas para atuar em um tipo de execução de serviço básico de saúde e para a realização de ações educativas - tais como os auxiliares de saúde da FEBEMAT - oferece campo para investigação da preparação destes agentes, do significado do programa educacional executado e do significado que este programa educacional apresenta na realidade, na medida em que, em seu trabalho, os agentes veiculam a ideologia contida na proposta de ensino.

No capítulo anterior foi delineado um Referencial Teórico que permite identificar a localização dos programas de extensão dos serviços de saúde no interior das políticas sociais, o desenvolvimento destes programas ao longo da história, a utilização de agentes extensionistas para a realização das ações sanitário-educativas no interior destes programas, as áreas do conhecimento que podem assumir enfoques específicos no programa de preparação dos agentes extensionistas e conforme os enfoques apresentados, as diferentes interpretações político-ideológicas que podem ser feitas sobre programas dessa natureza. Julgamos que, estabelecido este referencial teórico, foram esboçadas as condições gerais para a análise e interpretação de um programa de formação de agentes ex

tensionistas em particular. Foi também caracterizado, um Programa de Ações Básicas de Saúde., que utiliza agentes extensionistas na execução de seus serviços, tendo em vista situar as condições gerais em que foi realizada esta proposta específica, como campo de estudo.

Neste capítulo são investigadas as condições antecedentes ao processo educacional, isto é, o tipo de programa proposto e o sentido desta proposta; é avaliado o processo educacional, isto é, como o programa proposto foi executado; é realizado um estudo sobre aspectos de produto deste processo, de forma a evidenciar a prática do agente, como se apresentou o sentido da proposta educacional da forma como foi executada. Estas investigações possibilitaram a descrição e análise geral do processo de ensino realizado para a formação dos agentes deste Programa. Esta apresentação descritivo-analítica ofereceu condições para uma interpretação político-ideológica do: processo de ensino em relação à Educação Popular, à utilização de tecnologia: popular em saúde e à participação social.

## 1.1 MATERIAL E MÉTODO

### 1.1.1 Localização

As Ações Básicas de Saúde da FEDEMAT são desenvolvidos em nove localidades, distribuídas em cinco cidades, no Estado de Mato Grosso. Cada localidade abrange um ou mais bairros que formam um conjunto atendido por uma unidade da FEBEMAT. Esta unidade de atendimento tem sido identificada pelo nome do Plano de atendimento aí desenvolvido - PIAMF - (Plano Integrado de Atenção ao Menor e Família) ou simplesmente por Núcleo da FEBEMAT. As cidades que contam com Ações Básicas de Saúde e o respectivo número de localidades atendidas, em cada uma, são as seguintes: (1) Cuiabá - quatro localidades; (2) Barra do Garças - duas localidades; (3) Rondonópolis - uma localidade; (4) Cáceres - uma localidade; (5) Ministro João Alberto (antigo Xavantina) - uma localidade.

Para fins do presente estudo a área de investigação foi restrita aos quatro núcleos de Cuiabá. Esta decisão baseou-se em que as condições de implantação e desenvolvimento das atividades das Ações Básicas de Saúde, nestas localidades, contaram com fatores de homogeneidade não disponíveis nas outras. O principal fator foi que somente Cuiabá contou com uma equipe de supervisão que atuou diretamente na implantação e execução das atividades. Dada a presença desta equipe de supervisão e a proximidade entre os Núcleos em Cuiabá, permitindo a troca de experiências, julgou-se possível abordá-los como uma unidade de estudo, preservadas as peculiaridades de cada núcleo e sua velocidade de implantação do programa para a análise do impacto das ações.

Desta forma a investigação foi desenvolvida nas quatro localidades onde são desenvolvidas as Ações Básicas da FEBEMAT, na cidade de Cuiabá.

### 1.1.2 Metodologia Geral

Na presente investigação estudamos um programa educacional e para isso lançamos mão de metodologia de pesquisa em educação.

Dentre educadores vinculados à problemática da pesquisa em educação, GOLDBERG & SOUZA, 1979, observam que a peculiar-

ridade da avaliação de um processo educacional faz com que exista grande diferença deste em relação à avaliação diagnóstica e à avaliação de produtos. A avaliação diagnóstica refere-se às medidas prévias do conhecimento dos alunos acerca do conteúdo do ensino. A avaliação de produtos mede as alterações produzidas nos alunos pelo processo educacional e necessita de avaliação prévia para a comparação do pré 'versus' pós; o que implica na necessidade de se estar diante de um processo relativamente estável, pois, seria necessário estabelecer previamente as variáveis a serem comparadas, com a garantia de que, a interferência ao final seria devido ao processo de ensino. Ao contrário destas, a avaliação de processo privilegia aspectos observáveis durante a ocorrência do mesmo. Deste modo a avaliação do processo situa dinamicamente em relação ao programa educacional e "... permite julgar se os instrumentos de ação pedagógica... estão se desenvolvendo de acordo com o que foi planejado e se eles se revestem das características desejáveis quanto ao investimento de esforço, tempo e recursos". Este tipo de estudo bastaria se, diante de uma proposta dada, quizessemos saber se a mesma foi executada de maneira eficiente e eficaz. Mas, se em vez disso nosso intento for o de conhecer o sentido político-ideológico da proposta educacional, além de sua descrição detalhada e do conhecimento de como se deu o processo de sua execução, será necessário analisar sua racionalidade interna. De posse desta descrição empírico-analítica será possível submetê-la a uma interpretação a partir de um Referencial Teórico amplo sobre Educação e assim compreender o sentido do programa pedagógico em estudo.

Para realizar a avaliação do processo de ensino dos auxiliares de saúde da FEBEMAT, verificamos que a avaliação de processo não dispõe de "... uma maneira padronizada" de elaboração, e que "... cada realidade traz em si mesma necessidades específicas, cuja satisfação exige a produção de um modelo próprio de avaliação com pressupostos, características e estrutura definidas" (GOLDBERG & SOUZA, 1979).

Quanto às diretrizes gerais para a montagem da investigação do processo de ensino (GOLDBERG & SOUZA, 1979), colocamos que: "As características metodológicas devem decorrer dos pressupostos que o sustentam. Esses pressupostos, por sua vez, só podem ser definidos em função de um diagnóstico preciso das

condições de infra-estrutura que deverão suportar a execução do próprio modelo (tais como: disponibilidade de recursos humanos, financeiros, etc)".

Desta forma verificamos que, em nosso caso, o estudo empírico seria realizado sobre a proposta pedagógica em desenvolvimento e a escolha das questões para o estudo deveriam evidenciar os indicadores definidos no Referencial Teórico.

Para o detalhamento deste modelo de investigação lançamos mão de uma parte do trabalho de GOLDBERG & SOUZA, 1979, que estuda um processo de 'implantação de inovações pedagógicas'. Nesse trabalho definem o que entendem por 'diagnóstico preciso das condições de infra-estrutura' - para nós estudo das condições antecedentes ao processo de ensino - ; avaliação do processo e avaliação de produtos do processo. Quanto a isso, para a avaliação das inovações pedagógicas, essas autoras colocam que: "... educação pode ser concebida como um processo de ensino-aprendizagem, isto é, como um processo de influência interpessoal (ensino), visando a produção de mudanças comportamentais (aprendizagem). Para o conhecimento de como esse processo se dá é necessário que sejam estudadas variáveis do processo de ensino-aprendizagem e suas interrelações. Três categorias de variáveis são consideradas; (a) variáveis antecedentes: professor - atitudes, interesses, habilidades - do aluno - conhecimentos, habilidades, atitudes, interesses que o aluno traz consigo-contextuais - são as condições ambientais que interferem na relação professor-aluno. Aqui se incluem tanto as condições sociais e econômicas da comunidade como também as condições institucionais do próprio sistema escolar. (b) variáveis processuais - as interações professor-aluno e as formas pelas quais o aluno tem de lidar com o material didático e de entrar em interação com os demais elementos do grupo institucional. (c) variáveis de produto - correspondem às mudanças comportamentais produzidas no aluno. Podem refletir modificações no conhecimento, habilidades, e atitudes do sujeito. As mudanças comportamentais do aluno dependem tanto das variáveis processuais como dependem das variáveis contextuais".

Julgamos viável a adaptação da metodologia dessas autoras para a investigação da formação dos auxiliares de saúde do Programa de Ações Básicas da FEBEMAT.

Para essas adaptações podemos nos reportar a que an

teriormente ficou visto que o modelo de avaliação de um programa de ensino é aquele proposto especificamente para o processo em foco. Em nosso caso como estávamos diante de um processo em execução adaptamo-nos a esta condição para o desenvolvimento da investigação.

Portanto, julgamos que não deveríamos utilizar mecanicamente a metodologia proposta por GOLDBERG & SOUZA, 1979, pois, com isso privilegiaríamos a descrição empírica como a metodologia que nos permite conhecer o processo de ensino e com isso reduziríamos o conhecimento à descrição.

Considerando que o processo de conhecimento se faz a través da compreensão do real, em toda a sua extensão, através da captação de suas evidências exteriores, de sua lógica interna e de sua interpretação numa concepção mais ampla, que articula suas evidências empíricas com sua lógica interna, julgamos que seria necessário que a informação empírica, obtida na avaliação do processo de ensino, deveria ser submetida a uma análise que permitisse desvendar, além de sua forma e de seu conteúdo, o sentido da apresentação de certos conteúdos e formas selecionados no programa de ensino.

Desta forma observamos que, com as adaptações realizadas, estávamos diante de três estudos que poderiam ser realizados e apresentados separadamente, cada qual com postulados, material e método e discussão específicos. O conjunto dos três trabalhos, que se complementam, formam a unidade empírico-analítica que atende aos objetivos da investigação. Os estudos receberam as seguintes denominações: (a) Estudo das Condições Antecedentes ao Processo de Ensino dos Auxiliares de Saúde; (b) Avaliação do Processo de Ensino dos Auxiliares de Saúde; (c) Estudo de Produtos de Processo de Ensino dos Auxiliares de Saúde.

Com os três estudos, informando sobre a globalidade do processo estudado, tivemos condições de: situar as condições em que o processo transcorreu; conhecer o processo de formação dos auxiliares de saúde; avaliar alguns aspectos de produto do processo de ensino que permitiram interpretar o sentido do programa de ensino aplicado.

O material e método de cada estudo será apresentado separadamente.

Com a realização da investigação, a partir de um referencial teórico que orientou a escolha dos indicadores para a análise, pode-se desenvolver uma interpretação dos resultados dos

estudos com uma síntese geral. Esta interpretação foi realizada a partir da totalidade do processo delineado, através da investigação empírico-analítica, submetida a uma análise a partir do referencial teórico e posterior síntese conclusiva.

Para a interpretação do significado político-ideológico do processo de ensino e seu comprometimento com "valores de classe", "valores de sistema", ou oscilando entre ambos (BRANDÃO, 1980), distinguimos estas categorias através da análise do "significado da ação" da globalidade do programa. O "significado da ação", e o "significado do ato" tiveram em nosso estudo a mesma definição daquela apresentada por PAIVA, 1971; "por significado do ato entendemos a concepção que o próprio indivíduo tem de seus objetivos, ao passo que o significado da ação se refere aos objetivos sobre cuja existência há evidências científicas; buscamos encontrar o significado da ação (o verdadeiro móvel da promoção de movimentos de educação popular) através da aplicação dos pressupostos teóricos e dos conceitos elaborados ao significado do ato dos promotores dos programas".

## 1.2 ESTUDO DAS CONDIÇÕES ANTECEDENTES AO PROCESSO DE ENSINO DOS AUXILIARES DE SAÚDE

O estudo das condições antecedentes ao processo de ensino possibilita que se situe o 'diagnóstico preciso das condições de infra-estrutura' que suportam o processo de ensino (GOLDBERG & SOUZA, 1979).

As condições de infra-estrutura situadas se referem ao contexto material-plano e programa de ensino, instalações e equipamentos, instrumentos de ação pedagógica, às condições de entrada dos alunos e às condições que caracterizam a equipe de professores que participam do ensino.

Essa infra-estrutura, no entanto, não se apresenta organizada de uma dada maneira casualmente, mas apresenta uma racionalidade que pode demonstrar sua articulação com um contexto sócio-político.

A interpretação político-ideológica das condições antecedentes ao processo de ensino permite se localize sua articulação com os movimentos e as correntes político-ideológicas no interior da sociedade.

### 1.2.1 Material e Método

Para o estudo das condições antecedentes foram consultados textos publicados e de arquivo e um levantamento realizado para este fim.

Os textos utilizados para consultas foram: "Plano Integrado de Atenção ao Menor e Família - PIAMF - 2) volume"- FEBEMAT, Cuiabá, 1980; "Unidade VII - Aspectos da Articulação entre os Serviços Formais e Informais de Atenção à Saúde, a - través dos auxiliares de saúde"; "Unidade VII - Trabalho com os Agentes do Sistema Informal de Saúde da Comunidade"; "Texto de Leitura - O Auxiliar de Saúde: Intermediário entre Sistemas Culturais"; Relatórios de 1980 dos Técnicos do Programa Materno Infantil; Relatório Anual de 1980 dos Supervisores do Programa de Ações: Básicas de Saúde.

Os dados do levantamento específico foram obtidos com a aplicação dos seguintes questionários: Sobre as Condições de Entrada dos Alunos (anexo-1); Questionário Sobre as Variáveis Antecedentes dos Professores (anexo-2); Questionário Sobre as Variáveis Antecedentes Contextuais (anexo-3).

As variáveis estabelecidas para o Estudo das Condições Antecedentes ao Processo de Ensino foram baseadas nas indicações propostas por GOLDBERG & SOUZA, 1979, nos pressupostos do Programa de Ações Básicas de Saúde da FEBEMAT, apresentados em sua Caracterização e nos indicadores teóricos apresentados no Referencial Teórico. As variáveis definidas para o estudo são apresentadas a seguir:

(a) Variáveis do Contexto: (1) Plano de Ensino - métodos e estratégias propostos para o ensino; (2) Conteúdo Proposto para o Ensino; (3) Objetivos Instrucionais de Ensino; (4) Conceitos Veiculados no Conteúdo; (5) Sentido de Articulação apresentada entre as Técnicas Educacionais, Conteúdo e Conceitos; (6) Características dos Locais em que o Ensino foi desenvolvido; (7) Instrumentos Utilizados no Ensino; (8) Articulação dos tipos de instrumentos e locais utilizados com o Programa de Ensino proposto.

(b) Variáveis de Entrada dos Alunos: (1) critérios de recrutamento; (2) Critérios de Pré-Seleção; (3) Critérios de Seleção; (4) Idade dos Seleccionados; (5) Sexo dos Seleccionados; (6) Escolarização dos Seleccionados; (7) Atividades Anteriores



Ligadas à Saúde dos Seleccionados; (8) Atividades Anteriores Ligadas à Organização Comunitária dos Relacionados; (9) Sentido da Racionalidade apresentada na Seleção dos Alunos para este tipo de Programa de Ensino.

(c) Variáveis Antecedentes dos Professores: (1) Formação profissional; (2) Vinculação Institucional; (3) Treinamento Prévio para a Participação do Ensino; (4) Experiência Anterior com Trabalho Educacional e Trabalho em Saúde; (5) Posição dos Professores quanto ao Saber Popular em Saúde e à Organização Comunitária; (6) Tipo de Posição assumida para o Contato dos Auxiliares de Saúde com as Organizações Comunitárias e Comunicada pelos seus Superiores Hierárquicos; (7) Sentido das Características dos Professores para a Execução da Proposta de Ensino.

As técnicas utilizadas para a coleta dos dados foram as seguintes:

(a) Variáveis Antecedentes Contextuais: Um questionário foi entregue aos supervisores das Ações Básicas de Saúde e solicitado que estes preenchessem-no, conjuntamente, consultando os dados de arquivo do Programa de Ações Básicas de Saúde e do PIAMF. Para isso foi solicitado que utilizassem um prazo de quinze dias.

(b) Variáveis de Entrada dos Alunos: Um questionário foi enviado para cada localidade ao Técnico Executor do Programa Materno Infantil. Foi solicitado a cada técnico que preenchesse o questionário com dados de arquivo do núcleo e para isso foi dado o tempo de uma semana. Foi solicitado aos técnicos que anexassem ao questionário respondido textos descritivos das técnicas utilizadas nos processos de seleção dos alunos.

(c) Variáveis Antecedentes dos Professores: Todos os participantes do processo de ensino dos auxiliares de saúde foram convidados para uma reunião. No início da reunião foram explicados os objetivos da mesma, da investigação que estava sendo realizada e dos questionários que iriam responder. O questionário sobre as Variáveis Antecedentes dos Professores foi desmembrada em duas partes, a primeira com informações gerais sobre o professor para ser respondido individualmente durante a reunião e a segunda parte organizada em forma de entrevista estruturada a ser realizada individualmente com cada professor, pelo autor, após o término da primeira parte.

Os critérios para a interpretação dos questionários, e dos textos foram a análise das respostas e dos textos para uma síntese descritiva e para interpretações conceituais no âmbito do marco teórico de referência.

A descrição empírica e as interpretações conceituais das condições antecedentes forneceram um perfil destas condições, possibilitando o delineamento empírico da forma e do conteúdo manejado para a organização destas condições. O conjunto descritivo-analítico das condições antecedentes possibilita que se interprete o compromisso político-ideológico inscrito em sua racionalidade.

Em nosso caso, para fins de análise, do material pedagógico e da descrição das condições antecedentes, para revelar seu compromisso político-ideológico, ideologia foi considerada como: "é a maneira pela qual os agentes sociais representam para si mesmos o aparecer social, econômico e político, de tal sorte que esta aparência (que não devemos simplesmente tomar como sinônimo de ilusão ou falsidade), por ser o modo imediato e abstrato de manifestação do processo histórico, é o ocultamento ou a dissimulação do real" (CHAUI, 1981).

## 1.2.2 Resultados

### 1.2.2.1 Condições Contextuais do Processo de Ensino

Na Caracterização do Programa de Ações Básicas de Saúde da FEBEMAT, realizada no primeiro capítulo, ficou definido que a preparação dos auxiliares de saúde, nesse programa, tem um fim específico, pois, há um engajamento do trabalho do auxiliar de saúde numa proposta de extensão de serviços elementares de saúde a certas comunidades.

O tipo de proposta de serviços, o nível de complexidade das ações, as atribuições dos agentes e o tipo de clientela a ser atendida, foram descritos criticamente na Caracterização do Programa, portanto essa parte do contexto no qual foi desenvolvido do ensino já está apresentada e analisada.

Além dessas condições, para a preparação dos agentes, a fim de que desenvolvessem as atividades a eles atribuídas, foi elaborado, por uma equipe, um programa de treinamento com: metodologia, conteúdo programático e instrumentos. Este material está apresentado em uma publicação e em textos comple

mentares, que foram citados no Material e Método deste estudo.

As características desse material didático, o plano de ensino e o conteúdo programático, nele contidos, podem ser assim sintetizados: O PIAMF - 2º volume está organizado em sete capítulos. Os capítulos, do 2º ao 7º, denominam-se 'Unidades'. As Unidades do 2º, 4º, 5º, 6º e 7º capítulos estão organizadas em "módulos" padronizados. Cada um destes módulos está estruturado com o seguinte perfil: (a) objetivo do módulo (no topo da página); (b) meios necessários para a introdução do módulo (abaixo do objetivo); (c) operações nas quais o objetivo pode ser desdobrado (após meios); (d) conteúdo das operações - descrições parceladas de conceitos ou técnicas que dão a compreensão de dada operação. Cada operação pode apresentar um conteúdo de caráter instrucional - conceitual - ou operacional - descrição de técnicas, dependendo do objetivo no qual a operação se propõe a atingir.

Cada um desses módulos, partindo de "objetivos instrucionais ou operacionais" selecionados para o processo de ensino-aprendizagem, utilizam uma estratégia de desdobrar os objetivos em operações mentais que dão conta de tornar o processo de assimilação de conteúdos complexos em assimilação de conteúdos parciais, mais facilmente apreensíveis. Isto tanto é realizado para os processos intelectivos, como para os afetivos, como para os psicomotores. Essas operações portanto colocam o aluno em contato com um conhecimento segmentado através de operações mentais do programador, que pretendem no conjunto das operações: abarcar uma dada totalidade expressa pelo objetivo instrucional ou operacional.

Desta forma todo o conjunto apresentado em um 'módulo' representa a aplicação de uma técnica de decodificação de um conhecimento selecionado, permitindo a transmissão de um dado conteúdo específico, que pode dar conta de uma preparação rápida do aluno, sem necessidade de aprofundar a abordagem de dado conteúdo durante sua transmissão e que permite que se instrumentalize o aluno rapidamente para a ação.

A disposição rígida da apresentação do conteúdo do ensino, em dada forma, limita os objetivos do ensino ao encadeamento decodificado dos objetivos iniciais previamente selecionados, limitando a possibilidade de extensão criativa em torno dos temas.

Os vários capítulos do Programa de Ensino e os objetivos delimitados e selecionados para a preparação dos agentes deste programa são apresentados a seguir:

1 - O primeiro capítulo consta de um esboço geral do que são as Ações Básicas de Saúde, detalhando os seguintes aspectos: (a) proposta de ensino adotada para a preparação dos agentes; (b) atribuições dos agentes; (c) definição da área de atuação dos auxiliares de saúde; (d) articulação com os outros níveis de atenção à saúde, através da 'articulação interinstitucional'; (e) discriminação das unidades que compõem a proposta de treinamento dos auxiliares de saúde.

2 - O segundo capítulo apresenta a 1ª Unidade - "Aspectos Básicos do Ensino do Auxiliar de Saúde". Nesta Unidade é apresentado o Plano de Ensino para a introdução das Unidades posteriores: Esta primeira Unidade está composta de cinco 'módulos', onde cada módulo orienta a introdução de uma das Unidades posteriores. Os 'módulos' apresentam nas 'operações'; as estratégias de aprendizagem, a duração do ensino e o material didático, para o ensino das Unidades. Esta 1ª Unidade contém um anexo que apresenta técnicas que devem ser utilizadas como estratégias de aprendizagem citadas nas operações, essas técnicas constituem-se de exercícios de dinâmica de grupo para facilitar a integração de pessoas participantes de grupos.

3 - O terceiro capítulo apresenta a 2ª Unidade: "Aspectos Sociais". Essa Unidade é constituída de três 'módulos'. Estes 'módulos', diferem dos 'módulos' padrão, por apresentarem a denominação de um tópico do ensino na parte superior da página e abaixo o conteúdo programático desdobrado em orientações de caráter instrucional e/ou operacional. No primeiro tópico: "O Que é Comunidade", é feita a conceituação de comunidade, tais como: localização, população, cultura, instituições, etc. O segundo tópico: "O Que é Ação Comunitária" conceitua os princípios da ação comunitária, baseados em concepções de organização da população para a resolução de problemas comuns e para a consecução de objetivos e aspirações. Neste tópico são fornecidas técnicas simplificadas que podem ser utilizadas em trabalho de comunidade, tais como: entrevista, organização de reuniões, utilização de recursos audio-visuais e preparação de material de divulgação de mensagens. O terceiro tópico: "O Auxiliar de Saú-

de e a Comunidade" busca situar o auxiliar em seu contato com a comunidade, seus grupos constitutivos e as famílias que a compõe.

4 - O quarto capítulo apresenta a 3ª Unidade - "Aspectos Nutricionais Infantis". Esta Unidade é constituída de quatro 'módulos', tipo padrão. As 'operações' destes 'módulos' contêm informações sobre: condições adequadas de alimentação de crianças de 0 a 5 anos, técnicas de verificação do estado nutricional; instrumentos padronizados para avaliação do risco nutricional; orientações para correção dos desvios nutricionais simples em crianças de 0 a 5 anos; orientações para encaminhamento de problemas nutricionais a outros níveis de atenção.

5 - O quinto capítulo apresenta a 4ª Unidade - "Aspectos Psicológicos Infantis". Essa Unidade é constituída de quatro 'módulos', tipo padrão. As 'operações' destes 'módulos' contêm informações sobre: o desenvolvimento psicológico infantil; técnicas e instrumentos padronizados de verificação de alterações do comportamento e da psicomotricidade de crianças de 0 a 6 anos; orientações para encaminhamentos de problemas comportamentais e/ou motores a outros níveis de atenção. No final da Unidade, neste capítulo, apresenta alguns anexos que são os seguintes; texto complementar de leitura sobre a criança pré-escolar, protocolos de exame psicológico e exame motor e apostila de orientações simples sobre alterações de comportamento.

6 - O sexto capítulo apresenta a quinta Unidade - "Aspectos de Saúde Materno-Infantil". Essa Unidade é constituída de dezessete 'módulos' padronizados. As 'operações' destes 'módulos' apresentam conteúdo cognitivo, técnicas de avaliação e orientações gerais e específicas sobre condições de saúde e doença, de caráter geral e de interesse para atenção a nível elementar, para: recém-nascidos, crianças de 0 a 6 anos, gestantes e puérperas. Este capítulo fornece as técnicas básicas de enfermagem, que podem ser utilizadas no domicílio para: prevenção de enfermidades e recuperação da saúde.

7 - O sétimo capítulo apresenta a 6ª Unidade - "Aspectos Operacionais". Essa Unidade é constituída de sete 'módulos'. As 'operações' destes 'módulos' apresentam orientações de como executar, através de visitas domiciliares, toda a ação prevista no campo de atribuições dos auxiliares de saúde, para

a realização das quais foram preparados nas Unidades anteriores. Estas 'operações' orientam desde: preparação do material para as visitas domiciliares, rotinas básicas que são desenvolvidas durante as visitas, utilização de protocolos de avaliação de risco na gravidez e de detecção de doenças infantis, registro das informações resultantes das observações de campo, encaminhamento de casos a centros de referência em cada localidade e da cidade, roteiro de avaliação conjunta das atividades aos técnicos e supervisores do programa, até a manutenção de um sistema contínuo de acesso a informações complementares, necessárias no decorrer da prática diária, durante as avaliações com a equipe de supervisão.

Além desta publicação, acima descrita, foi introduzida uma Unidade complementar composta de: dois textos especificando a 7ª Unidade e um 'Texto de Leitura' citados no Material e Método deste capítulo. Um primeiro Texto denominado "Aspectos da Articulação entre os Serviços Formais e Informais de Atenção à Saúde" - 7ª Unidade, apresenta o Plano de Ensino da Unidade e o segundo "Trabalho com os Agentes do Sistema Informal", é um módulo instrucional do padronizado no PIAMF - 2º volume. Este Plano de Ensino está composto de sete tópicos e nele são apresentadas as estratégias de aprendizagem, e duração do ensino e o material didático, para o ensino da Unidade. O Texto apresentado em 'módulos' é constituído de 'operações' que apresentam as orientações de como o auxiliar de saúde deve se relacionar com os agentes da comunidade que trabalham com 'medicina tradicional'. Nestes módulos há orientações para se reconhecer o campo de atuação desses agentes, para verificar a aceitação do seu trabalho pela comunidade, para identificação dos limites de sua ação e orientações sobre como trocar informações sobre o trabalho de ambos. Além de orientações sobre o trabalho com os agentes da 'medicina tradicional', há orientações para o acompanhamento de pessoas identificadas durante as atividades e que recorrem a esses agentes, estas orientações buscam manter uma postura não intervencionista resguardando qualquer ação dos auxiliares de saúde para situações de risco.

O terceiro Texto apresenta "O Auxiliar de Saúde: Intermediário entre Sistemas Culturais" e é um 'Texto de Leitura', apresenta um conteúdo informativo sobre: cultura, abordagens transculturais e seus problemas, e como o auxiliar, si -

tuado como um agente que desenvolve um trabalho transcultural, deve buscar solucionar possíveis choques culturais através do diálogo e da compreensão dos polos culturais com os quais lida.

Todas as Unidades acima explicitadas, que contêm o Plano de Ensino e o Conteúdo Programático, buscam introduzir um ensino definido em relação a certos 'Objetivos Instrucionais' que no material didático estão apresentados como "Objetivo do Módulo" ou "Tópico de Unidade", estes são os seguintes:

1 - Objetivos Instrucionais da 'Unidade Aspectos Básicos do Ensino do Auxiliar de Saúde' (1º) - Introduzir a Unidade Aspectos Sociais, aos Auxiliares de Saúde; (2º) Introduzir a Unidade Aspectos Nutricionais Infantis, aos Auxiliares de Saúde. (3º) - Introduzir a Unidade Aspectos Psicológicos Infantis, aos Auxiliares de Saúde; (4º) - Introduzir a Unidade Aspectos da Saúde Materno-Infantil, aos Auxiliares de Saúde; (5º) - Introduzir a Unidade Aspectos Operacionais, aos Auxiliares de Saúde.

2 - Objetivos Instrucionais da 'Unidade Aspectos Sociais'; (1º) Identificar o que é Comunidade, suas Características e seus Recursos; (2º) Preparar os Auxiliares de Saúde nas Técnicas Básicas do Trabalho com Ação Comunitária; (3º) Introduzir a Questão da Relação Auxiliar de Saúde/Comunidade.

3 - Objetivos Instrucionais da 'Unidade Aspectos Nutricionais Infantis; (1º) Orientar mães sobre alimentação de crianças de 0 a 6 anos, sem alterações nutricionais (2º) Verificar o peso e altura de crianças de 0 a 6 anos, classificando sua situação nutricional; (3º) Classificar a gravidade do estado nutricional, de crianças que apresentam alterações no peso e altura, de acordo com sinais e sintomas mais comuns; (4º) Orientar mães de crianças que apresentam risco no estado nutricional.

4 - Objetivos Instrucionais da 'Unidade Aspectos Psicológicos Infantis'; (1º) Fornecer ao auxiliar de saúde condições de avaliar o desenvolvimento infantil; (2º) Avaliar comportamento de pais e menores e o desenvolvimento sensório motor, tendo em vista o adequado desenvolvimento da criança; (3º) Interpretar os resultados da avaliação psicológica da criança; (4º) Orientar correções necessárias para alterações verificadas no comportamento e desenvolvimento sensório-motor da criança.

5 - Objetivos Instrucionais da 'Unidade Aspectos da Saúde Materno Infantil': (1º) Conhecer o que é Assistência Pré-Natal a nível primário; (2º) Fornecer conhecimentos básicos sobre gestação normal; (3º) Conhecer as orientações que devem ser fornecidas a uma gestante; (4º) Conhecer as possíveis complicações de uma gestação; (5º) Orientar sobre os preparativos para o trabalho de parto; (6º) Conhecer como é um trabalho de parto normal; (7º) Dominar as técnicas básicas para avaliação da gestante; (8º) Conhecer os cuidados com a puérpera; (9º) Orientar sobre os cuidados com o recém-nascido; (10º) Conhecer os tipos de vacinas; (11º) Conhecer elementos básicos do crescimento e desenvolvimento infantil; (12º) Dominar os conceitos básicos de higiene individual e do meio; (13º) Capacitar os auxiliares de saúde para verificar os sinais vitais; (14º) Conhecer as principais doenças que incidem na criança de 0 a 5 anos, conforme a faixa de idade; (15º) Capacitar os auxiliares de saúde para orientar mães visando a prevenção de acidentes infantis; (16º) Preparar os auxiliares de saúde para fornecer primeiros socorros; (17º) Conhecer as doenças transmissíveis de maior significado para a orientação e prevenção.

6 - Objetivos Instrucionais 'Unidade Aspectos Operacionais': (1º) Preparar meios para a visita domiciliar; (2º) Orientar sobre a visita domiciliar de rotina e identificação da famílias; (3º) Orientar sobre a detecção de gestantes e o acompanhamento da gestante de baixo risco; (4º) Orientar sobre a identificação das crianças de 0 a 6 anos e seu acompanhamento sistemático; (5º) Orientar sobre o encaminhamento de casos detectados; (6º) Organizar reuniões informativas e participar de outras reuniões comunitárias; (7º) Participar do Planejamento e Avaliação das Atividades do Programa de Ações Básicas de Saúde.

7 - Objetivos Instrucionais da 'Unidade Aspectos da Articulação entre os Serviços Formais e Informais de Atenção à Saúde, através dos auxiliares de saúde': (1º) Caracterizar a localização, o tipo de bairro e recursos das áreas de atuação dos auxiliares de saúde de Cuiabá; (2º) Identificar os componentes da Estrutura Social e da Cultura de uma sociedade; (3º) Identificar as Mudanças que ocorrem na Estrutura Social e na Cultura de um povo através do tempo; (4º) Relacionar as condições de saúde das várias camadas da população com os aspectos soci-



ais; (5º) Relacionar práticas de saúde com a cultura de um grupo populacional; (6º) Reconhecer os serviços informais de atenção à saúde da Comunidade; (7º) Caracterizar o relacionamento entre os serviços formais e informais de atenção à saúde, em quanto sistemas culturais distintos; (8º) Relacionar-se com os agentes do sistema informal de atenção à saúde; (9º) Aproveitar os recursos do sistema informal de atenção à saúde no trabalho diário do auxiliar de saúde; (10º) Dada uma situação de divergência de posições entre os serviços formais e informais de saúde o auxiliar de saúde resolve o problema dialogando com ambas as partes.

A descrição da Unidade em tópicos e objetivos instrucionais, anteriormente realizada, apesar de terem apresentado apenas a delimitação do campo de conhecimentos selecionados para o ensino, ao explicitar, nos objetivos, e nas operações, um dado nível restrito e limitado, explicitou quase automaticamente, os conceitos necessários para a consecução destes objetivos. Portanto, para a compreensão dos conceitos veiculados pelo Programa de Ensino, acima descrito, julgamos necessária uma pequena complementação genérica.

Verificamos que o conteúdo de cada módulo apresenta essencialmente aspectos técnicos para a consecução dos objetivos. Os conceitos são reduzidos àqueles necessários para a compreensão e execução das técnicas selecionadas para a ação. Esta apresentação não permite uma reflexão sobre a globalidade dos problemas abordados que serão manipulados tecnicamente pelos agentes. Portanto observamos que a preparação eminentemente técnica dos alunos limita seu campo de reflexão e conduz a que quase mecanicamente apresentem respostas técnicas para problemas identificados, retirando quase que toda a possibilidade de articulação dos problemas específicos com a totalidade social que os envolve.

Podemos apresentar alguns exemplos significativos deste tipo de abordagem que representam toda a abordagem conceitual do Programa de Ensino. O conceito de comunidade é apresentado de uma forma eminentemente ecológica, vinculando : uma dada organização da população sobre um espaço determinado. Sobre este espaço aparecem distribuídas instituições públicas e privadas e equipamentos públicos utilizáveis pela população. Não há qualquer referência no movimento real da população neste espaço, sua organização social concreta com dada estratificação so

cial e dado acesso a bens e serviços. Portanto o acesso ao elenco de equipamentos públicos da comunidade parece que é mais uma questão de que se conheça seu endereço para que sejam utilizados.

A Ação Comunitária é apresentada como "processo sócio-educativo" em que se procura "levar a população a": buscar soluções para seus problemas, correlacionar seus problemas com uma problemática maior, identificar recursos, formular propostas de ação para a resolução de problemas. Para isso são fornecidas uma série de técnicas de abordagens de comunidades. Novamente a questão abordada é resumida à sua dimensão técnica, ou seja, a questão da participação da comunidade para resolução de problemas coletivos, através de uma ação comunitária, é reduzida a uma questão de técnicas de reuniões, de mobilização da população etc. As questões de natureza político-ideológicas que envolvem a questão da participação são desconhecidas e nem sequer citadas. O porque existem problemas comunitários não é nem de longe referido. As populações aparecem em um 'locus', aí têm problemas que serão resolvidos por sua vontade através da organização em grupos que as reúnem. Parece-nos que, da forma como está apresentado este conteúdo, o associativismo que é um meio passa a ser muito mais um fim, em contradição às análises de AMANN, 1981, anteriormente apresentadas, análises que buscam situar o associativismo como meio no interior de uma proposta mais ampla de participação. No entanto, ao não se explicitar no texto qual é a proposta mais ampla de participação esta fica implícita, na própria natureza do programa, que busca estender uma participação de um dado tipo de consumo de serviços de saúde e não postula a necessidade de uma participação político-social mais ampla.

Outra redução técnica na abordagem de problemas, que evidencia o sentido geral da proposta de ensino, é o enfoque aos problemas nutricionais. A desnutrição é apresentada como níveis distintos do estado nutricional, que podem ser detectados tecnicamente através de instrumentos que codificam índices, sinais e sintomas, em graus. A partir daí as correções dos distintos graus de desnutrição passa a ser uma questão de correção dos desvios individuais detectados através da técnica. A questão do porque existe desnutrição, de como se dá a produção, distribuição e consumo de alimentos, nem de longe é abordada.

Tal como os exemplos acima citados são apresentados

os conteúdos sobre problemas psicológicos, doenças infecciosas, problemas da gravidez, doenças da infância, acesso a serviços de saúde e vários outros citados no elenco de objetivos anteriormente descritos.

Os conceitos que apresentaram um tipo distinto de apresentação em relação aos demais foram os apresentados na Unidade VII, no texto "Auxiliar de Saúde: Intermediário entre Sistemas Culturais". Nesse texto é apresentada uma definição de Estrutura Social e Cultura como elementos elaborados pelos homens e que mudam com a história destes homens. A partir da visão geral é apresentada a "Medicina Científica" e a "Medicina Popular" como resultado da construção social e cultural das sociedades humanas, aí são apresentadas as características e os agentes desses tipos de "Medicina".

A seguir, o texto apresenta trechos de trabalhos que demonstram a legitimação oficial da "Medicina Científica" e o confronto entre seus agentes com os da "Medicina Popular" como elementos que se definem por sistemas culturais distintos.

O Texto é terminado apresentando a possibilidade dos auxiliares atuarem como intermediários entre a "Medicina Científica" e a "Medicina Popular".

A possibilidade de harmonia das "Medicinas", no texto, corre o perigo de transformar-se em unidade de interesses entre classes sociais distintas, na apreensão do texto, na medida em que não separa os interesses de classe diante da produção e diante do consumo.

Diante do consumo tanto as classes dominantes podem ter interesse na utilização da "Medicina Tradicional", como as classes populares necessitam do consumo de serviços médicos especializados. No entanto, diante da produção os dois permanecem em polos distintos quando um lado é dono, administra ou dita regras no sistema produtivo, participando na propriedade e gestão do mesmo e o outro apenas fornece sua força de trabalho para a produção. Essa não presença de oposição na produção, não ficando clara no texto, coloca-o no nível de todos os outros conceitos do programa, permitindo sua instrumentalização numa visão harmoniosa dos interesses das classes sociais.

Como podemos observar, pelos exemplos acima citados, há toda uma coerência interna na abordagem do conteúdo de ensino, coerência esta que articula forma com conteúdo. Observamos que a associação entre a forma de apresentação do conteúdo e a seleção dos conteúdos filia a proposta pedagógica de preparação

dos agentes dentre aquelas que, descartando as condições da realidade que envolvem os problemas, limitam a preparação dos agentes a uma habilitação técnica acrítica.

Além da proposta pedagógica, outras condições complementaram a preparação das condições que antecederam à introdução deste conteúdo aos alunos, tais como: a organização do espaço para o ensino, a seleção dos alunos e a escolha e preparação do professores.

Em cada localidade o ensino foi realizado em locais específicos, com os recursos aí disponíveis apresentando uma problemática própria para sua introdução.

A organização do espaço para a execução do ensino pode ser assim descrita. Os locais utilizados para o treinamento em cada comunidade constaram de Igrejas, Centros Comunitários, Associações de Moradores e domicílios das próprias comunidades.

Os recursos utilizados nessas instalações foram os disponíveis nesses locais. A FEBEMAT complementou esses recursos com os materiais pedagógicos necessários para o desenvolvimento do ensino.

Nesses locais o ensino sofreu as limitações decorrentes da precariedade de instalações e da proximidade com outros serviços simultaneamente desenvolvidos com o ensino. As limitações e dificuldades referiram-se principalmente a: ruídos, pequena dimensão das instalações e falta de ventilação.

No entanto, se por um lado os locais dificultaram a tarefa dos educadores, facilitaram para os alunos pois estavam localizados próximos aos suas residências e sem sofisticações que pudessem transformar-se em barreiras.

Além disso, tendo sido esses locais cedidos pela comunidade e suas organizações constituíram-se num ponto de contato entre o programa e a população.

A utilização desse tipo de instalações não é inovação desse programa, mas é uma estratégia muito citada nos vários programas de educação não-formal. Esse tipo de adaptação para a localização do desenvolvimento do ensino busca diminuir os gastos específicos com edificações e até criar uma ambientação que fez o programa parecer mais como algo local e da própria comunidade.

Como podemos observar pelo programa de ensino e pelas estratégias de organização e ensino, a metodologia educacional deste Treinamento foi a de educação não-formal, tal como foi

apresentado na introdução desta investigação nos trabalhos de KLEIS & col., 1974, e BREMBECK, 1978.

Verificamos que a proposta de educação não-formal está na organização sistemática e intencional do conteúdo proposto para o ensino, realizada para se efetivar como um empreendimento educacional que ocorre fora de uma escola formal, desenvolvida próximas às condições de aplicação do conhecimento obtido. Além disso o ensino realizado nessas condições vai ser realizado com pequenos grupos de alunos, o que permite um contato mais direto entre alunos e professores para a transmissão dos conteúdos altamente técnicos, que abrangem um domínio cognitivo, afetivo e psicomotor.

#### 1.2.2 Condições de Entrada dos Auxiliares de Saúde no Processo de Ensino

O processo de entrada dos auxiliares de saúde para o ensino constou de: (a) recrutamento, (b) pré-seleção e (c) seleção. Suscintamente estes três passos poderiam ser descritos como: (a) recrutamento - divulgação do programa de Ações Básicas de Saúde, debate com setores da comunidade e inscrição de candidatos; (b) pré-seleção - a realização de testes, provas com os candidatos inscritos e consulta à comunidade a respeito de indicação destes; (c) seleção - pré-treinamento seletivo para avaliação das aptidões e habilidades.

A caracterização de como foi realizado e quais os instrumentos utilizados em cada etapa do processo de entrada dos auxiliares de saúde, em cada localidade, pode ser vista nas tabelas 3, 4 e 5.

Pelo material anexado, pelos técnicos, no questionário sobre as condições de entrada dos auxiliares de saúde no processo de ensino, observamos que a divulgação feita por mensagens escritas e faladas buscaram divulgar o tipo de serviço e a oportunidade de emprego.

Por exemplo, encontramos anexa a seguinte mensagem que fez parte de um Cartaz: "Se você tem facilidade em lidar com pessoas doentes e gosta de ajudá-las, tem 18 anos ou mais e 1º Grau completo, você poderá trabalhar como Auxiliar de Saúde no Bairro Santo Antônio.

Procure-nos para fazer sua inscrição na Igreja Nossa Senhora Auxiliadora, Vila Santo Antônio, nos dias 08, 09, 10,

12 de maio de 1981".

TABELA 3 - TÉCNICAS PARA RECRUTAMENTO DOS AUXILIARES DE SAÚDE POR LOCALIDADE

TÉCNICAS DE RECRUTAMENTO	LOCALIDADES			
	PRAIEIRO	CARUMBÉ	VILA STA. IZABEL	BARRO DURO
DIVULGAÇÃO POR CARTAZES	X	X	X	X
REUNIÃO COM AS ASSOCIAÇÕES DE MORADORES	X	X	X	-
DIVULGAÇÃO EM RÁDIO	X	-	X	X
DIVULGAÇÃO EM MISSAS	-	X	-	-
DIVULGAÇÃO NA TELEVISÃO	X	-	-	-
ENTREGA DE COMUNICADOS NOS DOMICÍLIOS	-	X	-	X

X - a técnica foi utilizada

- - a técnica não foi utilizada

Portanto, nessa mensagem não vemos uma consulta à comunidade, mas já a divulgação do trabalho com doentes e dos critérios de seleção.

As reuniões com as Associações de Moradores foram utilizadas para divulgação do tipo de trabalho e para inscrição de candidatos e votação para obtenção de critério de preferência da comunidade acerca dos candidatos indicados.

Portanto, ao mesmo tempo que o recrutamento foi utilizado como momento de inscrição de candidatos foi também utilizado como oportunidade de divulgação da introdução do trabalho na comunidade e motivação da população no sentido de conseguir sua aceitação para um trabalho posterior desses agentes visitando as residências e aconselhando-na sobre sua saúde.

TABELA 4 - TÉCNICAS UTILIZADAS PARA A PRÉ-SELEÇÃO DOS AUXILIARES DE SAÚDE POR LOCALIDADE

TÉCNICA DE PRÉ-SELEÇÃO	LOCALIDADES			
	PRAIEIRO	CARUMBÉ	VILA STA. IZABEL	BARRO DURO
VOTAÇÃO POR MEMBROS DA COMUNIDADE	*	X	-	X
ENTREVISTA	*	X	X	X
TESTES DE ARITMÉTICA E PORTUGUES	*	X	X	X

TABELA 5 - TÉCNICAS UTILIZADAS PARA A SELEÇÃO DOS AUXILIARES DE SAÚDE POR LOCALIDADE

TÉCNICA DE SELEÇÃO	LOCALIDADES			
	PRAIEIRO	CARUMBÉ	VILA STA. IZABEL	BARRO DURO
VOTAÇÃO POR MEMBROS DA COMUNIDADE	-	-	-	X
AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO EM CURSO DE PRÉ-SELEÇÃO	-	X	X	X
TESTES DE ARITMÉTICA E PORTUGUES	X	-	-	-
ENTREVISTA	X	-	-	-

\* - não foi realizada pré-seleção dado o baixo número de inscritos.

X - a técnica foi utilizada

- - a técnica não foi utilizada

Pela pré-seleção dos candidatos observamos mais uma vez que a estratégia da aproximação com a comunidade, prévia ao início dos serviços, foi utilizada. Inclusive essa estratégia buscou dar a ilusão de que a população participava do processo, na medida em que, indicava e votava nos candidau

tos indicados, para demonstrar sua preferência.

No entanto verificamos que ao lado da escolha da população os critérios técnicos estiveram sempre presentes através de provas de aritmética; português e desempenho de atividades.

Portanto, vamos verificar que nas comunidades, onde grande número de candidatos foram recrutados, ocorreu um verdadeiro processo de afunilamento da inscrição, até a seleção efetiva, onde os critérios técnicos puderam ser amplamente utilizados para a seleção dos elementos desejáveis para aprender a desenvolver um tipo de proposta específica. A tabela 6 demonstra esse processo de afunilamento.

O processo de seleção efetiva ocorreu após a inscrição, pré-seleção e seleção, O número de participantes em cada fase pode ser visto na Tabela 6.

TABELA 6 - NÚMERO DE CANDIDATOS A AUXILIAR DE SAÚDE INSCRITOS, PRÉ-SELECIONADOS E SELECIONADOS POR LOCALIDADE

ETAPAS DE SELEÇÃO	LOCALIDADES				TOTAL
	PRAIEIRO	CARIMBÉ	VILA STA. IZABEL	BARRO DURO	
INSCRIÇÃO	11	16	40	26	93
PRÉ-SELEÇÃO	11	07	15	12	45
SELEÇÃO	4	4	7	9	24

As características dos candidatos selecionados, em cada localidade, segundo faixa de idade, sexo, escolarização, experiência com trabalho em saúde, participação em movimentos comunitários, podem ser expressas nas Tabelas: 7, 8, 9, 10.

Vemos pelas características dos candidatos selecionados que os alunos desse programa de ensino não fugiram às características propostas nos vários programas do gênero.

O "Manual para Programa de Penetração Rural" do Ministério da Saúde, 1974 propõe que o atendente rural deve ter: (1) idade entre 18 a 45 anos; (2) sexo: masculino ou feminino, dependendo das qualidades do candidato e da acessibilidade da área de trabalho; (3) nível de escolaridade compatível com



TABELA 7 - PORCENTAGEM DOS CANDIDATOS SELECIONADOS POR FAIXA ETÁRIA E SEXO, POR LOCALIDADE

FAIXA ETÁRIA	SEXO	LOCALIDADES				TOTAL
		PRAIEIRO	CARUMBÉ	VILA STA. IZABEL	PASSO DURO	
1 a 18 anos	MASC.	50,0	-	-	-	8,3
	FEM.	50,0	25,0	29,0	66,0	45,7
26 a 35 ANOS	MASC.	-	-	-	-	-
	FEM.	-	50,0	43,0	11,0	35,0
Acima de 36 anos	MASC.	-	-	-	-	-
	FEM.	-	25,0	29,0	23,0	21,0
TOTAL	MASC.	50	-	-	-	8,3
	FEM.	50	100	100	100	91,7

TABELA 8 - PORCENTAGEM DE CANDIDATOS SELECIONADOS POR ESCOLARIZAÇÃO E LOCALIDADE

ESCOLARIZAÇÃO	LOCALIDADES				TOTAL
	PRAIEIRO	CARUMBÉ	VILA STA. IZABEL	BARRO DURO	
1º GRAU INCOM.	50	75	100	44	67
1º GRAU COMPL.	25	-	-	44	21
2º GRAU INCOM.	25	25	-	32	13
TOTAL	100	100	100	100	100

TABELA 9 - PORCENTAGEM DOS CANDIDATOS SELECIONADOS QUE TIVERAM EXPERIÊNCIA EM TRABALHO COM SAÚDE POR TIPO DE EXPERIÊNCIA E LOCALIDADE

TIPO DE EXPERIÊNCIA	LOCALIDADES				TOTAL
	PRAIEIRO	CARUMBÉ	VILA STA. IZABEL	BARRO DURO	
AJUDAR PARTEIRA	-	-	14	11	8
FAZER CURATIVO	50	-	-	11	4
ATENDENTE DE ENFERMAGEM	-	-	29	11	13
BALCONISTA DE FARMÁCIA	50	-	-	-	8
APLICAR INJEÇÕES	-	25	-	-	4
NÃO TIVERAM EXPERIÊNCIA	-	75	57	67	63
TOTAL	100	100	100	100	100

TABELA 10 - PORCENTAGEM DOS CANDIDATOS SELECIONADOS QUE TIVERAM EXPERIÊNCIA COM PARTICIPAÇÃO EM MOVIMENTOS COMUNITÁRIOS POR TIPO DE MOVIMENTO E LOCALIDADE

TIPO DE MOVIMENTOS	LOCALIDADES				TOTAL
	PRAIEIRO	CARUMBÉ	VILA STA. IZABEL	BARRO DURO	
ASSOCIAÇÃO DOS MORADORES	26	-	43	11	21
CLUBE DE MÃES	-	50	14	-	12
GRUPO DE JOVENS	75	-	-	-	12
GRUPO PAROQUIAL	-	-	28	-	8
NÃO PARTICIPARAM	25	50	28	89	47
TOTAL	100	100	100	100	100

a oferta da comunidade, estimando-se como mínimo desejável a 4ª série do ensino fundamental; (4) disponibilidade de hs por dia, no mínimo, para dedicar-se ao programa".

Esse Manual propõe como processo de seleção: a entrevista, provas de conhecimento correspondente à escolarização exigida e exame de saúde.

O "Programa de Formação de Atendente de Unidade Mista", FSESP/Ministério da Saúde, 1973 propõe que: "o candidato deve ter no mínimo 4 anos de formação no 1º grau. A idade mínima é de 18 anos e a máxima de 25 anos".

Para esse Programa "... a seleção consta de: entrevista, prova de conhecimento, testes psicológicos e exame de saúde".

O "Guia Curricular para Desenvolvimento de Atividades de Capacitação de Pessoal Para Saúde" - Ministério da Saúde, 1979 - propõe que o visitador sanitário deve ter 1º grau completo, como escolarização mínima e o Atendente de Saúde Pública 1º grau, incompleto, como escolarização mínima.

Portanto podemos observar que certos critérios gerais são coincidentes nas propostas técnicas elaboradas, programas de formação de visitantes, atendentes rurais e atendentes de saúde pública, que se propõe apenas estender serviços de saúde e educativo, sem reflexões mais profundas sobre a participação comunitária.

Dessa forma os critérios técnicos estabelecidos nas propostas extensionistas foram todos preenchidos no processo de seleção dos auxiliares de saúde da FEBEMAT, mesmo introduzindo a participação da comunidade na indicação dos candidatos.

As faixas de maior proporção de candidatos com características semelhantes às propostas dos programas acima citados demonstram bem a prevalência desses critérios técnicos. Isso nos faz perguntar: será que a escolarização dessa comunidade corresponde ao 1º grau incompleto? Outras perguntas semelhantes poderiam ser feitas a respeito do sexo dos candidatos. No entanto, como resposta obteríamos informações formuladas por técnicos do seguinte tipo: (1) a aptidão para lidar com questões da maternidade e da infância estariam muito mais vinculados ao sexo feminino; (2) os analfabetos não teriam facilidade de passarem por um treinamento rápido. Daí que os critérios técnicos respondendo a essas questões, e a outras semelhantes, impõem-se antecipadamente às razões da comunidade e prevalecem nos resultados. A colocação que aqui foi feita não significa que discordamos do uso da técnica e de sua importância, mas que estamos constatando a sua supremacia no processo estudado.

A experiência prévia dos auxiliares em trabalho com saúde e experiência com trabalho comunitário não nos dá margem para identificar alguma influência de algum critério comunitário no sentido de selecionar algum tipo de experiência especial pois, as experiências dos candidatos foram variadas e não encontramos uma tendência bem definida nelas.

#### 1.2.2.3 Caracterização da equipe de professores que participaram do processo de ensino

A equipe de professores constou de vários profissionais pertencentes aos quadros funcionais da FEBEMAT e da Universidade Federal de Mato Grosso. Os tipos de profissionais que participaram do ensino por instituição de origem, em número

ro e porcentagem, estão apresentados na Tabela 11.

TABELA 11 - NÚMERO E PORCENTAGEM DOS TIPOS DE PROFISSIONAIS POR INSTITUIÇÃO, QUE PARTICIPARAM DO PROCESSO DE ENSINO DOS AUXILIARES DE SAÚDE

TIPO DE PROFISSIONAL	INSTITUIÇÃO DE ORIGEM				TOTAL	
	FEBEMAT		UFMT		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
PSICÓLOGO	4	57,1	-	-	4	40
ASSISTENTE SOCIAL	1	14,3	-	-	1	10
MÉDICO	-	-	1	33,3	1	10
ENFERMEIRA	2	28,7	-	-	2	20
NUTRICIONISTA	-	-	1	33,3	1	10
ESTUDANTE DE NUTRIÇÃO	-	-	1	33,3	1	10
TOTAL	7	70	3	30	10	100

Pela distribuição dos tipos de profissões dos professores observamos que há uma compatibilidade entre as áreas de conhecimento abrangidas pelo Programa de Ensino e os tipos de profissionais que executam o ensino.

Isso nos faz verificar a precedência dada mais a formação técnica do que à experiência. No caso de precedência da experiência, por exemplo, o ensino realizado por outro atendente ou agente de nível auxiliar poderia demonstrar que o programa optou pela experiência semelhante e verificariamos certa tendência a se optar pela transmissão de uma experiência ou postura prévia de outros auxiliares, mais que uma precisão técnica ou de conceitos que os técnicos dominam mais.

Para a participação dos profissionais no PIAMF foi realizado o seu treinamento, citado na Caracterização do Programa de Ações Básicas de Saúde da FEBEMAT. Os professores que participaram deste treinamento para sua preparação, os que participaram de treinamento posterior e os que não participaram de treinamento estão apresentados na Tabela 12.

TABELA 12 - NÚMERO E PORCENTAGEM DOS TIPOS DE PROFISSIONAIS QUE PARTICIPARAM DO TREINAMENTO PARA O ENSINO DOS AUXILIARES POR TIPO DE TREINAMENTO.

TIPO DE PROFISSIONAIS	TIPO DE TREINAMENTO					
	TREINAMENTO DO PIAMF		TREINAMENTO POSTERIOR			
			SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PSICÓLOGO	3	-	1	-	-	-
ASSISTENTE SOCIAL	-	-	1	-	-	-
MÉDICO	1	-	-	-	-	-
ENFERMEIRA	1	-	1	-	-	-
NUTRICIONISTA	-	-	1	-	-	-
ESTUDANTE DE NUTRIÇÃO	-	-	-	-	1	-
TOTAL	5	50	4	40	1	10

Verificamos pela Tabela 12 que 90% dos professores participaram do treinamento prévio, o que dá uma demonstração da margem de conhecimento da proposta de ensino e da preparação da equipe de professores para executá-la.

Segundo a opinião dos professores o treinamento que tiveram para atuar na preparação dos auxiliares de saúde foi: (a) suficiente - 20%, (b) razoável - 70%, (c) insuficiente 10%. Opiniões estas emitidas pelos 10 professores que participaram do ensino.

Considerando que 9 dos 10 professores que participaram deste treinamento consideraram-no entre suficiente e razoável, temos a demonstração de que a proposta de ensino não foi só previamente elaborada como também teve sua implantação e execução previamente planejada.

Dos professores que participaram do ensino 9 (90%) já haviam tido experiências prévias com trabalho na área de educação, os tipos de experiência que haviam tido são apresentadas na Tabela 13.

TABELA 13 - NÚMERO E PORCENTAGEM DOS TIPOS DE EXPERIÊNCIA PRÉVIA QUE OS PROFESSORES TIVERAM EM TRABALHO EDUCACIONAL

TIPO DE EXPERIÊNCIA	NÚMERO	PORCENTAGEM
PROFESSOR DA REDE OFICIAL DE ENSINO	2	20
PROFESSOR EM COLÉGIO PRÉ-PRIMÁRIO	1	10
MONITOR EM UNIVERSIDADE	3	30
EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA	2	20
ESTÁGIO EXTRA CURRICULAR	2	70

Dos professores que participaram do ensino 6 (60%) já haviam tido experiências prévias com trabalho na área de saúde, os tipos de experiências que haviam tido são apresentadas na Tabela 14.

TABELA 14 - NÚMERO E PORCENTAGEM DOS TIPOS DE EXPERIÊNCIA PRÉVIA QUE OS PROFESSORES TIVERAM COM TRABALHO EM SAÚDE

TIPO DE EXPERIÊNCIA	NÚMERO	PORCENTAGEM
HOSPITALAR	4	40
PALESTRAS COM GRUPOS COMUNITÁRIOS	3	30
TRABALHO COM MEDICINA COMUNITÁRIA	1	10

Pela experiência prévia dessa equipe de professores observamos que não houve uma exigência prévia de experiência educacional ligada a trabalho comunitário ou educação popular. Portanto não podemos presumir que se desejou uma atitude prévia dos professores quanto à saúde da comunidade ou educação popular.

A predominância da experiência dos professores em estágios extra curriculares não garante qualquer vinculação de sua experiência a programas comunitários, pois esses estágios foram variados incluindo os mais variados tipos de experiên-

cia de ensino, tais como em empresas, escolas, comunidades, etc.

Quanto às questões que envolvem ideologia as opiniões dos professores apresentaram as seguintes características:

(a) Sobre o que acham da 'Medicina Caseira' e o seu valor, o discurso em geral foi aparentemente favorável, no entanto verificamos que identificam um valor 'psicológico' ou de 'placebo', ou 'bom para os outros'. Quanto aceitam essas práticas ou medicamentos com poder de cura o consideram bom para a população pobre. Realizando uma categorização das opiniões dos professores acerca da 'Medicina Caseira' podemos apresentar a Tabela 15.

TABELA 15 - PORCENTAGEM DAS OPINIÕES DOS PROFESSORES SOBRE A MEDICINA DE OPINIÃO

CATEGORIAS DE OPINIÃO	PORCENTAGEM
ACEITAM A 'MEDICINA CASEIRA' E A USARIAM	30
ACEITAM A 'MEDICINA CASEIRA' APENAS COM VALOR 'PSICOLÓGICO'	30
ACEITAM APENAS COMO ALGO COM PARA OS OUTROS	30
NÃO TEM VALOR ALGUM	10
TOTAL	100

(b) Sobre o trabalho de profissionais da 'Medicina Tradicional', tais como: parteiras, raizeiros, curandeiros, mediuns e outros, os professores apresentaram respostas ambíguas. Quando aceitaram como uma prática válida apresentaram dúvidas sobre a generalização da prática. No caso de identificação de valor na prática desses agentes referiram a práticas definidas, tais como: mediuns - para as pessoas que acreditam, parteira - como uma prática técnica. Houve 20% de rejeição total desse tipo de prática. As opiniões foram bastante contraditórias e ficou difícil apresentar uma categorização que as expressasse.

(c) Sobre, "o que acham da Medicina Oficial", a questão foi abordada de duas formas. Dos dez professores três

abordaram-na dividindo-a em pública e privada e sete abordaram-na como um todo. Os que dividiram a questão em pública e privada não se referiram ao valor da medicina em si, mas, à sua organização e à cobertura que oferece. A respeito da Medicina Oficial pública fizeram as seguintes afirmações: "é uma utopia, praticamente inexistente", "não atinge a assistência primária", "necessitaria maior cobertura que a atual". As observações a respeito da Medicina Oficial privada referiram-se a que "só cobre os ricos, quem paga é atendido", "essencialmente curativa", "esta comprometida com a indústria de medicamentos". Quanto aos que abordaram a Medicina Oficial como uma totalidade ou se referiram ao seu valor efeito e cobertura, ou à sua operacionalização. Quanto ao valor, efeito e cobertura afirmaram que: "é boa mas difícil de ser adquirida", "é essencial, sendo a mais válida", "é necessária, mas é preciso ser estendida a mais gente, ter maior organização", "é a que resolve todos os problemas ou quase todos, é legitimada pelo seu valor científico". Os que se referiram ao seu modo de operacionalização colocaram que: "depende do profissional e da forma como ele lida com o paciente", "é uma medicina que enrola demais o paciente, apesar do avanço que tem, às vezes não consegue detectar a doença e vai enrolando com pedidos de exame e não chega a um diagnóstico", "é boa mas difícil de ser adquirida, existem mil barreiras para se passar por um tratamento e conseguir resultados", "depende de ter todos os fatores necessários para consegui-la. No geral houve uma aceitação generalizada de seu valor curativo ou este fato não foi refutado, os questionamentos foram em torno do modo de operacionalização ou do desempenho apresentado pelos agentes da medicina oficial. Não observamos referências de que esta deveria ser complementada por outra forma de medicina.

(d) Sobre as duas questões acerca da organização popular: "o que acham dos movimentos de organização popular" e "em sua opinião qual o papel dos movimentos populares de caráter reivindicativo na solução dos problemas da população", realizamos uma categorização geral das respostas obtidas para as duas perguntas. A seguir fizemos uma síntese desta primeira categorização em busca de categorias mais simples. Na primeira categorização agrupamos a visão dos professores de acordo com o tipo de validade que atribuem aos movimentos e na segunda etapa enfocamos quais das categorias anteriores se encaixavam em va-



lores sobre a autenticidade dos movimentos de organização popular. Esta categorização está apresentada nas Tabelas 16 e 17.

TABELA 16 - PORCENTAGEM DE OPINIÕES DOS PROFESSORES SOBRE TIPO DE VALOR ATRIBUÍDO AOS MOVIMENTOS DE ORGANIZAÇÃO POPULAR

CATEGORIAS DE OPINIÃO	PORCENTAGEM
(1) são válidos e necessários	40
(2) são apenas válidos em si mesmos	10
(3) são válidos mas enfrentam muitos problemas, tais como: envolvimento político, manipulação por lideranças, etc.	30
(4) são válidos mas não ocorrem espontaneamente, há exigência de lideranças externas à comunidade para criá-los	10
(5) são movimentos desacreditados	10

TABELA 17 - PORCENTAGEM DE OPINIÕES DOS PROFESSORES SOBRE A AUTENTICIDADE DOS MOVIMENTOS DE ORGANIZAÇÃO POPULAR

CATEGORIAS DE OPINIÃO	PORCENTAGEM
(1) os movimentos são autênticos	40
(2) têm reservas quanto a autenticidade dos movimentos	60

Após ter sido realizado o levantamento acima citado sobre as opiniões dos professores acerca de aspectos que envolviam posição pessoal e que podem interferir em tópicos do ensino, por influência ideológica, verificamos que não havíamos abordado concretamente a posição assumida para a abordagem às associações de moradores locais. Como não encontramos orientação explícita a esse respeito nos textos resolvemos reunir os quatro técnicos que tinham a responsabilidade de coordenar

as atividades dos auxiliares de saúde e questionamo-los a esse respeito. Apresentamos uma síntese de suas respostas no seguinte resumo: como as associações de moradores, em Cuiabá, são palco de lutas entre os partidos políticos constituídos, assumir uma posição de estímulo a participação nestas poderia ser entendido como tomada de posição ao lado do grupo que apoiava a diretoria em exercício, desta forma orientaram os auxiliares para que não abordassem diretamente as associações com a população, mas apenas tratassem da necessidade de organização e/ou associação em grupos para a busca da resolução de problemas, não dando indicações concretas na realidade da comunidade onde estavam inseridos.

Sobre a equipe de professores podemos concluir que um grupo de técnicos foi selecionado para o ensino por área de conhecimento semelhante às existentes na proposta do ensino.

Essa equipe foi preparada para executar a proposta de ensino através de um treinamento prévio.

Não deve ter havido na seleção da equipe de professores qualquer critério ideológico que escolhesse elementos identificados com educação popular ou trabalho comunitário prévio.

Portanto é uma equipe adequada para executar uma proposta técnica definida no âmbito de sua formação profissional.

### 1.2.3 DISCUSSÃO

Como podemos observar pela apresentação das condições antecedentes ao processo de ensino dos auxiliares de saúde nestes existe um projeto político-ideológico implícito. Um projeto que aborda os problemas de saúde como problemas a serem resolvidos com a intervenção técnica.

Verificamos que a concepção geral desta proposta insere-se no âmbito daquelas que surgiram após o movimento preventivo e de desenvolvimento de comunidade, abordado no ítem Educação Popular nos Programas de Educação de Agentes Extensionistas, do Referencial Teórico desta investigação, e que têm recebido a denominação genérica de programas de Medicina Comunitária.

Conforme analisa YAZLLE ROCHA e cols., 1981, para

a Medicina Comunitária" ... o estado de saúde doença de um indivíduo num instante dado é uma resultante das condições do ecossistema (ambiente, natureza) e das capacidades dos sistemas (indivíduo, ser biológico). A doença é, pois, uma disfunção a ser corrigida no organismo biológico ou por uma intervenção nas 'condições' do ecossistema agindo preferencialmente no elo mais fraco da cadeia da história natural da doença, isto é, no nível de prevenção mais 'racional' ou 'adequado'. O metassistema (sociedade) não participa na causalidade da doença e portanto não se cogita de mudanças significativas do mesmo, como forma de resolver problemas de saúde-doença"

Considerando que, a partir de uma proposta geral de Ações Básicas de Saúde, foi realizada a elaboração de um projeto pedagógico, com dada forma técnica e dado tipo de conteúdo conceitual, e que além disso houve uma preparação de condições materiais e humanas para a implantação deste projeto, tais como: treinamento de professores, técnicos e supervisores; preparação da população para a implantação do programa e utilização de estratégias de ensino-aprendizagem que aproximaram a forma e o conteúdo do projeto pedagógico das condições da realidade a que seria aplicado, concluimos que as condições antecedentes ao ensino podem ser caracterizadas como parte de um projeto político-ideológico que pretende estender não só serviços como também uma ideologia sobre saúde-doença, a dada população, sem alteração do "status quo" dominante.

Esta proposta busca com que um tipo de atenção técnica seja oferecida a certas camadas populacionais através de agentes que executam, muito mais, o 'rito' da técnica do que a própria técnica. Isso ocorre na medida em que o projeto propõe o ensino de técnicas de ação isoladas do seu significado científico, histórico, cultural e político.

Num projeto pedagógico de tal natureza poucos espaços que poderão ser considerados como ocupáveis para a geração de respostas alternativas ao seu assistencialismo e autoritarismo pois, está revestido do 'discurso competente' da técnica. Acerca do 'discurso competente' coloca CHAUI, 1981: "Sabemos que uma das maneiras mais eficazes de criar nos objetos sócio-econômicos a crença de que são sujeitos consiste em elaborar uma série de discursos segundos ou derivados, por cujo intermédio é outorgada competência aos interlocutores que puderam assimilá-las. Eis porque a partilha entre elite e massa é, senão ilusó-

ria, pelo menos um falso problema. Que discursos segundos ou derivados são estes? São aqueles que ensinarão a cada um como relacionar-se com o mundo e com os demais homens. Como escreve LEFORT, 1977, o homem passa a relacionar-se com seu trabalho pela mediação do discurso da tecnologia, a relacionar-se com o desejo pela mediação do discurso da sexologia, a relacionar-se com a alimentação pela mediação do discurso dietético, a relacionar-se com a criança por meio do discurso pedagógico e pediátrico, com o lactente, por meio do discurso da puericultura, com a natureza, pela mediação do discurso ecológico, com os demais homens por meio do discurso da psicologia e da sociologia. Em uma palavra: o homem passa a relacionar-se com a vida, com seu corpo, com a natureza e com os demais seres humanos através de mil pequenos modelos científicos nos quais a dimensão propriamente humana da experiência desapareceu. Em seu lugar surgem milhares de artifícios mediadores e promotores de conhecimento que constroem cada um e todos a se submeterem à linguagem do especialista que detem os segredos da realidade vivida e que, indulgentemente, permite ao não especialista a ilusão de participar do saber. Esse discurso competente não exige uma submissão qualquer, mas algo profundo e sinistro: exige a interiorização de suas regras, pois aquele que não as interioriza corre o risco de ver-se a si mesmo como incompetente, anormal a social, como detrido e lixo".

A proposta educacional apreciada e o conjunto de condições antecedentes que deram condições à sua execução faz-nos observar que estamos diante de um processo que propõe a formação dos agentes do discurso da competência.

Esta análise faz-nos compreender como a realização de tal proposta educacional busca viabilizar uma dupla extensão: a dos serviços técnicos elementares e a de uma concepção ideológica sobre recuperação da saúde e prevenção das doenças.

Este tipo de dupla extensão busca manter as camadas populacionais assistidas sob o signo da dependência da técnica, para a resolução de seus problemas de saúde, mascarando a questão de que são as condições em que vivem que gera a maior parte de seus problemas de saúde. Esse mascaramento está sempre presente no projeto pedagógico, na medida em que, o ensino da técnica abstrai as dimensões profundas da realidade que determinam a situação presente, tais como: a desigualdade social, a divisão entre trabalho manual e intelectual, as classes sociais, etc;

oferecendo; somente a perspectiva da superficialidade, que faz o apelo emocional, tais como: o doente, a habitação precária, o desnutrido, etc; com isso sensibiliza psicologicamente o agente a buscar a execução da forma mais perfeita possível das técnicas apreendidas no treinamento. Essa sensibilização, em contrapartida, evita o questionamento da técnica como a solução adequada para a resolução dos problemas, pois joga o agente num ativismo constante sem a conveniente reflexão.

Todo esse questionamento da técnica não teria por fim invalidá-la pois, seria invalidar um tipo de conhecimento desenvolvido e que tem servido a humanidade. O que questionamos é o uso da tecnologia a serviço do mascaramento de uma situação social, através de seu uso acrítico.

### 1.3 AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE ENSINO DOS AUXILIARES DE SAÚDE

Com a limitação anteriormente verificada no planejamento e no Modelo do Programa de Ações Básicas de Saúde, bem como no Programa de Ensino, Processo de Entrada dos Alunos e Seleção da Equipe de Professores permaneceu presente a questão de que durante o processo de ensino, haveria a possibilidade de vencer o comprometimento do Programa de Ensino com os "valores de sistema" e aproximá-lo dos "valores populares".

No entanto, algumas limitações foram observadas para que um estudo direto do processo pudesse fornecer todos os elementos para sua interpretação a esse nível. O primeiro fator limitador seria o fato de que o processo já havia transcorrido e, dessa forma, não seria possível recuperar discursos dos professores e alunos, debates acerca do material, pedagógico e o resultado da aproximação com a comunidade para aplicação do aprendizado durante o processo.

Por isso optamos por fazer uma avaliação do processo que nos fornecesse uma visão retrospectiva da aplicação do Programa de Ensino, nas condições já descritas.

Para realizar a interpretação do processo optamos por complementar as informações sobre o sentido geral, que o processo assumiu após seu término, avaliando produtos do processo, expresso nas ações dos agentes e que demonstrassem os indicadores escolhidos teoricamente para a investigação. Este estudo sobre os produtos do processo foi elaborado e executado separadamente à avaliação do processo propriamente dito e será apresentado pos

teriormente.

Na presente investigação empírica nosso estudo sobre o processo de ensino dos auxiliares de saúde compreendeu a avaliação do processo de ensino realizado, tendo em vista a proposta educacional específica, proposta essa que já se encontra apresentada no volume da Fundação Estadual de Bem Estar do Menor de Mato Grosso - FEBEMAT, sob a denominação de: Plano Integrado de Atenção ao Menor e Família - PIAMF - 2º volume e analisada no Estudo das Condições Antecedentes ao Processo de Ensino dos Auxiliares de Saúde, nesta investigação.

O presente estudo tem em vista que tal proposta de ensino para preparação de auxiliares de saúde, foi executada e o processo de sua execução será aqui estudado e avaliado.

### 1.3.1 Material e Método

Para a avaliação do processo de ensino executado pela FEBEMAT para preparação dos auxiliares de saúde serão utilizados materiais especificamente coletados para tal fim, em um levantamento realizado com os professores que desenvolveram todo o ensino dos auxiliares de saúde.

O levantamento consta da aplicação de um questionário.

Além do levantamento, algumas informações complementares foram obtidas através de consulta a relatórios de atividades dos serviços.

As variáveis processuais foram estabelecidas com bases no próprio roteiro de ensino dos auxiliares de saúde, PIAMF - 2º volume. Essa definição das variáveis processuais teve em vista preencher as características que GOLDBERG & SOUZA, 1979, destacam para variáveis processuais quando apresentam uma proposta de avaliação de um programa de inovações pedagógicas. Para essas autoras "variáveis processuais" são: "as interações professor-aluno e as formas pelas quais o aluno tem de lidar com o material didático e de entrar em interação com os demais elementos do grupo institucional".

O estudo do processo se refere basicamente à aplicação do programa de ensino e conteúdo programático do PIAMF - 2º volume e do material complementar a esse volume apresentado na "7ª. Unidade de Ensino".

As variáveis processuais definidas para o estudo foram as seguintes: (a) Plano de Ensino, que compreende as estratégias de aprendizagem, a duração proposta e apresentação do conteúdo programático; (b) Conteúdo Programático; (c) Material Pedagógico; (d) Treinamento em Serviço; (g) Dificuldade no Ensino da Unidade.

Com listas variáveis propomos oferecer um campo de avaliação sobre a aplicação dos vários componentes do Programa de Ensino, durante o processo.

Com a avaliação do processo, realizado posteriormente a execução deste, ficou limitada a hipótese de uma avaliação mais dinâmica e que por si só permitisse uma interpretação político-ideológica do processo. Dessa forma foi definido que o estudo retrospectivo seria realizado através da aplicação de um questionário aos professores que participaram do processo para verificar como o processo se deu.

Para o levantamento dos dados foi estabelecido o seguinte instrumento: Questionário Sobre as Variáveis Processuais (anexo 4). Além do material resultante da coleta dos dados foi utilizado o "Relatório Anual de 1980 dos Supervisores do Programa de Ações Básicas de Saúde, como fonte de informações.

O Questionário foi preenchido pelos professores que participaram do processo de ensino dos auxiliares de saúde e o Relatório foi elaborado pelos três supervisores do Programa de Ações Básicas de Saúde.

A técnica utilizada para a coleta dos dados foi a seguinte; Os professores que participaram do processo de ensino foram convidados para uma reunião, tal como está descrita na técnica de coleta dos dados das variáveis antecedentes dos professores no item 1.2.1. No período inicial da citada reunião, onde os professores responderam perguntas a respeito de si próprios para as variáveis antecedentes dos professores e foi solicitado que respondessem individualmente os questionários Sobre as Variáveis Processuais. Este Questionário foi entregue aos professores em várias vias e solicitado que os mesmos preenchessem uma via para cada Unidade que haviam participado no ensino, tanto na qualidade de professor como na de coordenador. Desta forma cada professor preencheu tantos questionários quantas fossem as Unidades que tivesse participado do ensino.

O critério de interpretação dos questionários foi o

seguinte: os questionários preenchidos foram lidos pelo autor que procurou organizar os dados em Tabelas, apresentar sínteses descritivas e análises interpretativas.

Os textos consultados foram lidos e as informações disponíveis foram analisadas e sintetizadas para expressar as variáveis em estudo.

### 1.3.2 Resultados

#### 1.3.2.1 Avaliação do Processo de Ensino dos Auxiliares de Saúde

Apresentamos os dados do resultado da avaliação do processo de ensino por variável. Aqueles dados que puderam ser apresentados quantitativamente foram organizados em Tabelas. Algumas Tabelas foram construídas por localidade e outras por Unidade. Esta apresentação teve em vista possibilitar que se associasse: a avaliação do processo do ensino com as condições antecedentes específicas de cada localidade, quando apresentados por localidade, e pudesse haver associação entre o processo de ensino da Unidade e os Objetivos Instrucionais e Conteúdo Programático destas, quando apresentados por Unidade. Assim pretendemos visualizar como transcorreu o processo levando em consideração 'as condições específicas de infra-estrutura que sustentaram o processo'..

#### VARIÁVEL - PLANO DE ENSINO

A primeira variável avaliada a respeito do processo de ensino foi Plano de Ensino, ou seja, como se procedeu a execução deste. O Plano de Ensino foi apresentado no PIAMF - 2º volume - 1ª Unidade - e no material complementar da "7ª Unidade - Aspectos da Articulação entre os Serviços Formais e Informais de Atenção à Saúde, através dos Auxiliares de Saúde".

As respostas de cada questionário corresponderam à avaliação de um 'módulo' que compõe a 1ª Unidade - "Aspectos Básicos do Ensino do Auxiliar de Saúde" - e ao Plano de Ensino da 7ª Unidade - "Aspectos da Articulação entre os Serviços Formais e Informais de Atenção à Saúde, através dos Auxiliares de Saúde" - , na medida em que os professores responderam um questionário por Unidade que ensinaram.



Nas Tabelas 18, 19, 20 podemos visualizar com o Plano de Ensino proposto foi executado, por unidade, em cada localidade, durante o processo de ensino dos auxiliares de saúde da FEBEMAT.

TABELA 18 - NÚMERO DE VEZES QUE O PLANO DE ENSINO FOI EXECUTADO COM E SEM ALTERAÇÕES\*\* POR UNIDADE E POR LOCALIDADE

UNIDADES	LOCALIDADES								TOTAL	
	VILA STA. IZABEL		CARUMBÉ		PRAIEIRO		BARRO DURO		COM	SEM
	COM	SEM	COM	SEM	COM	SEM	COM	SEM		
2 <sup>a</sup>	1	-	1	1	1	-	1	-	4	1
3 <sup>a</sup>	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4
4 <sup>a</sup>	1	-	1	-	1	-	1	1	4	0
5 <sup>a</sup>	1	-	1	-	1	-	2	-	5	0
6 <sup>a</sup>	1	-	-	-	1	-	2	-	4	0
7 <sup>a</sup>	1*	-	*	-	*	-	*	-	1	0
TOTAL	6	1	4	2	5	1	7	1	22	5

\* - esta unidade foi introduzida conjuntamente para todas as localidades

\*\* - os tipos de alterações estão apresentados nas Tabelas 19 e 20 e citados posteriormente nas Principais Alterações, Realizadas Durante a Execução do Plano de Ensino.

TABELA 19 - NÚMERO DE ALTERAÇÕES NA EXECUÇÃO DO PLANO DE ENSINO POR TIPO DE ALTERAÇÃO E POR LOCALIDADE

TIPO DE ALTERAÇÃO**	LOCALIDADES				TOTAL	
	VILA STA. IZABEL	PRAIEIRO	CARUMBÉ	BARRO DURO		
NAS ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM	2*		4	-	2	8
NA DURAÇÃO DO ENSINO	4		5	4	7	20
NO CONTEÚDO PROGRAMADO	-		1	-	1	2
TOTAL	6		10		1	30

\* - Foi incluída nesta localidade uma alteração referente ao ensino da 7<sup>a</sup> Unidade realizada conjuntamente para todas as localidades.

Além da apresentação das alterações por núcleos estas podem ser enfocadas por "Unidade de Ensino".

TABELA 20 - NÚMERO DE ALTERAÇÕES NA EXECUÇÃO DO PLANO DE ENSINO NO TIPO DE ALTERAÇÃO E POR UNIDADE DE ENSINO

TIPO DE ALTERAÇÃO**	UNIDADE DE ENSINO						TOTAL
	2º	3º	4º	5º	6º	7º	
NAS ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM	1	-	2	3	1	1	8
NA DURAÇÃO DO ENSINO DAS UNIDADES	4	4	4	4	4	4	20
NO CONTEÚDO PROGRAMÁTICO	-	1	1	-	-	-	2
TOTAL	5	5	7	7	5	1	30

\*\* - na execução do Plano de Ensino de uma mesma unidade pode ter havido mais de uma alteração.

Foram levantados os tipos de motivos com os quais os professores justificaram as alterações no Plano de Ensino. Os tipos de respostas são apresentados nas Tabelas 21 e 22 por localidade e unidade de ensino a fim de que visualizemos qual o tipo foi predominante em dada localidade e dada unidade de ensino e assim podermos compreender as alterações realizadas para o tipo de aluno e as condições de ensino estudadas.

TABELA 21 - NÚMERO DE TIPOS DE MOTIVOS DAS ALTERAÇÕES DO PLANO DE ENSINO POR LOCALIDADE

TIPOS DE MOTIVOS	PRAIEIRO . CARUMBÉ . VILA . STA. IZABEL . BARRO DURO				TOTAL
	OPINIÃO DO PROFESSOR	4	2	4	
DIFICULDADES PRÁTICAS NA EXECUÇÃO	5	3	3	6	17
DIFICULDADES NA ASSIMILAÇÃO DO CONTEÚDO	1	2	1	4	08
NECESSIDADE DE ALTERAÇÃO NA SEQUÊNCIA DO ENSINO	1	-	-	-	01
NÃO RESPONDEU	-	1	-	-	01
TOTAL	11	08	08	16	43

TABELA 22 - NÚMERO DE TIPOS DE MOTIVOS DAS ALTERAÇÕES DO PLANO DE ENSINO POR UNIDADE DE ENSINO

TIPOS DE MOTIVOS*	UNIDADES DE ENSINO						TOTAL
	2º	3º	4º	5º	6º	7º	
OPINIÃO DO PROFESSOR	3	2	2	5	4	-	16
DIFICULDADES PRÁTICAS NA EXECUÇÃO	1	4	3	5	4	-	17
DIFICULDADE NA ASSIMILAÇÃO DO CONTEÚDO	1	3	-	2	1	1	08
NECESSIDADE DE ALTERAÇÃO NA SEQUENCIA DO ENSINO	1	-	-	-	-	-	01
NÃO RESPONDEU	-	1	-	-	-	-	01
TOTAL	06	10	05	12	09	1	43

\* - Uma determinada alteração pode ter tido mais que um tipo de motivo

#### DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES REALIZADAS DURANTE A EXECUÇÃO DO PLANO DE ENSINO

Na avaliação do processo de ensino foi dada oportunidade para que os professores descrevessem as mudanças que realizaram na execução do Plano de Ensino.

A seguir apresentamos uma síntese das alterações realizadas por Unidade de Ensino.

#### 2ª UNIDADE - ASPECTOS SOCIAIS

Foi realizado um aumento da carga horária teórica e prática. Foi realizada uma mudança na seqüência do ensino em todas as localidades, tendo sido as seguintes mudanças: antecipação de todo conteúdo e prática referente a entrevistas e visitas às instituições; retardo para o final do ensino da unidade do mapeamento das áreas, contagem de domicílios e distribuição dos domicílios por auxiliar de saúde.

### 3<sup>a</sup> UNIDADE - ASPECTOS NUTRICIONAIS INFANTIS

Foi realizado um aumento da carga horária, este aumento foi variável entre os núcleos em decorrência da diferente capacidade de assimilação dos grupos de alunos. Este aumento foi considerado necessário para um adequado desenvolvimento das habilidades, tais como: verificar medidas de estatura e peso, realizar entrevistas.

Quanto às alterações nas estratégias de aprendizagem foram introduzidas: visitas a cozinhas de restaurantes, visitas a laticínios e simulações de entrevistas em salas de aula.

### 4<sup>a</sup> UNIDADE - ASPECTOS PSICOLÓGICOS INFANTIS

Os professores consideraram esta unidade de difícil aplicação ao grupo de candidatos a auxiliares de saúde, em todas as localidades. Referiram-se à necessidade de aumento da carga horária para compreensão do conteúdo proposto. As referências de dificuldades não se limitaram à insuficiência de tempo e compreenderam também: a introdução do conteúdo e aplicação dos instrumentos de avaliação psicológica e motora, propostos no programa de ensino. Os problemas de introdução do conteúdo e aplicação dos instrumentos de avaliação serão analisados detalhadamente na variável conteúdo programático.

## 5ª UNIDADE - ASPECTOS DE SAÚDE MATERNO INFANTIL

Foi relatado que o Plano de Ensino foi alterado com um aumento da carga horária teórica e prática. Foi alterado o conteúdo proposto com a introdução de outros temas considerados pelos professores como pré-requisito para a compreensão de certos "módulos de ensino". O conteúdo introduzido será especificado na variável conteúdo programático.

## 6ª UNIDADE - ASPECTOS OPERACIONAIS

A referência de alteração no Plano de Ensino foi de um aumento da carga horária desta unidade em todas as localidades.

## 7ª UNIDADE -- ASPECTOS DA ARTICULAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS FORMAIS E INFORMAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE, ATRAVÉS DOS AUXILIARES DE SAÚDE.

Verificou-se na execução do Plano de Ensino proposto que foi necessário introduzir um monitor nas atividades programadas de estudo em grupo. Esta alteração foi necessária para tornar possível a compreensão da leitura dos textos pelos alunos. O papel dos monitores no grupo foi de discutir o significado dos conceitos e das palavras durante a leitura. Com essa alteração na estratégia de aprendizagem foi possível a introdução do conteúdo programático proposto.

## DURAÇÃO DO ENSINO DAS UNIDADES

Como a duração do ensino das unidades apresentou-se como um aspecto do Plano de Ensino que sofreu alterações em quase todas as unidades foi realizada uma comparação entre o tempo registrado em dias, gasto realmente para o ensino das unidades, e o tempo proposto no Plano de Ensino.

Não observamos nos questionários respondidos críticas ao Plano de Ensino proposto, mas uma preocupação dos professores em executá-lo tal como foi proposto. Dessa forma verificamos que as alterações realizadas foram mais no sentido de conseguir sua execução do que de substituí-lo por outro. Neste

TABELA 23 - DURAÇÃO REAL\* DO ENSINO DAS UNIDADES POR LOCALIDADE, DURAÇÃO MÉDIA: DO ENSINO\* E DURAÇÃO PROPOSTA NO PLANO DE ENSINO, EM DIAS ÚTEIS

UNIDADES DE ENSINO	DURAÇÃO POR LOCALIDADES			DURAÇÃO, MÉDIA	DURAÇÃO PROPOSTA
	PRAIEIRO	CARUMBÉ	VILA STA. IZABEL BARRO DURO		
2ª - Aspectos Sociais	15	11	13	13,3	7,3
3ª - Aspectos Nutricio- nais	-	15	-	16,0	9,5
4ª - Aspectos Psicoló- gicos	-	-	-	09,0	5,0
5ª - Aspectos de Saúde Materno Infantil	34	34	40	34,0	21,0
6ª - Aspectos Operacio- nais	09	-	10	09,6	09,3
7ª - Aspectos da Arti- culação	04	04	04	04,0	04,0
TOTAL	-	-	82	85,9	56,1

\*- Os dados sobre a duração do ensino foram retirados do seguinte documento: Relatório Anual de 1980 dos Supervisores do Programa de Ações Básicas de Saúde; Relatório dos Técnicos Executores do Programa Materno Infantil. Até o mo-  
mento da investigação a 6ª Unidade não havia sido ministrada no Carumbé. Os registros da 3ª e 4ª Unidade estavam  
incompletos nos Relatórios.

esquema geral podemos incluir o aumento da carga horária, a mudança na apresentação de certos conteúdos e a introdução de novos conteúdos para explicitar melhor o que se pretendeu introduzir.

Não observamos críticas a respeito dos tipos de objetivos selecionados para o ensino, dos tipos de experiência de aprendizagem que buscaram colocar os alunos em contato com os vários segmentos da comunidade sem um respaldo crítico, nem sobre as experiências de aprendizagem que introduziam os alunos nos domicílios, em clara situação experimental, sem a autorização dos habitantes desses domicílios para participarem da experiência.

Podemos observar que não foram formuladas críticas aos elementos autoritativos do plano de ensino, tais como: objetivos selecionados num nível eminentemente técnico, experiências de aprendizagem pré-selecionadas e pré-detalhadas, experiências de aprendizagem que utiliza pessoas da comunidade sem um debate e autorização anterior.

VARIÁVEIS: CONTEÚDO PROGRAMÁTICO, MATERIAL PEDAGÓGICO, TREINAMENTO EM SERVIÇO, AVALIAÇÃO DO ENSINO E DIFICULDADES NO ENSINO

Na avaliação do processo de ensino apresentamos conjuntamente os resultados de todas as outras variáveis, com exceção do Plano de Ensino que foi avaliado anteriormente. Na apresentação conjunta das variáveis diretamente relacionadas à execução do ensino organizamos os resultados por Unidade de Ensino pois, concluímos que esta apresentação permite que observemos o efeito da aplicação da Unidade ao ensino de vários grupos de alunos e por vários professores, o que amplia o campo de observação da aplicação do Plano de Ensino e Conteúdo Programático propostos.

## 2ª UNIDADE - ASPECTOS SOCIAIS

Foram preenchidos cinco questionários na : avaliação das variáveis processuais desta unidade. Os professores que responderam os questionários apresentavam as seguintes profissões: uma assistente social e duas enfermeiras. O trabalho desses

profissionais no ensino da unidade foi distribuído nas várias localidades da seguinte forma: Praieiro e Vita Santa Izabel o ensino da unidade foi totalmente desenvolvido pela assistente social; no Carumbé parte do ensino foi desenvolvido pela assistente social e parte por uma enfermeira e no Barro Duro foi totalmente ministrado por uma enfermeira.

Conteúdo programático: Todos os professores da "Unidade de ensino" Aspectos Sociais afirmaram que o conteúdo programático proposto foi executado. A execução do ensino, no entanto, implicou em alterações no conteúdo programático, as alterações referidas pelos professores foram as seguintes: alteração na seqüência da introdução dos temas da unidade, alteração na duração do processo de ensino. Podemos observar que as citadas alterações na realidade já foram referidas nas alterações do Plano de Ensino.

Quanto à compreensão do conteúdo programático relatam que houve necessidade de explicação detalhada de termos como: grupos, comunidade, ação comunitária, pois esses termos foram de difícil compreensão para o grupo. Para superar as dificuldades de compreensão realizaram revisões teóricas e aumentaram as práticas em campo.

Tivemos em mãos para análise todo o material colhido pelos professores dos alunos na fase de aplicação dos Aspectos Sociais, tais como: descrições dos levantamentos em campo sobre instituições, redações sobre comunidade, interpretação de textos.

Por este material observamos que o processo de treinamento não ultrapassou a limitação conceitual da proposta. São descritos pelos alunos as instituições, suas funções e seu campo de ação; são relatadas as características das comunidades com suas carências e suas misérias, mas não são feitas associações externas ao âmbito da comunidade que pudessem demonstrar o outro lado da miséria, da pobreza e da carência de serviços. Concluimos por esse material que o nível de consciência que os alunos têm dos problemas é mantido no nível expresso nas filas de ônibus, nas filas do INAMPS, ou seja, no nível de uma "consciência em si" e não duma "consciência para si".

Treinamento em serviço: O treinamento em serviço foi realizado em todas as localidades na introdução desta unidade.



A Tabela 24 apresenta o tipo de treinamento em serviço realizado nesta unidade e a porcentagem de localidades em que cada tipo de treinamento foi realizado.

TABELA 24 - TIPO DE TREINAMENTO EM SERVIÇO EM NÚMERO E PORCENTAGEM DE LOCALIDADES

TIPO DE TREINAMENTO	%
VISITAS DOMICILIARES	50
VISITAS A INSTITUIÇÕES	50
CONTAGEM DE DOMICÍLIOS	100
MAPEAMENTO DE BAIRROS .	100.

O treinamento em serviço não conduziu a alterações no conteúdo programático proposto para o ensino da unidade e esta referência é compatível com a análise do material produzido pelos alunos.

### 3ª UNIDADE - ASPECTOS NUTRICIONAIS INFANTIL

Foram preenchidos oito questionários desta unidade, na avaliação das variáveis processuais, por três professores, sendo uma enfermeira, uma nutricionista e uma estagiária de nutrição. No ensino da unidade ficou constatado que em cada localidade houve a participação de uma enfermeira e mais uma nutricionista ou uma estagiária de nutrição. Desta forma em cada localidade foram respondidos dois questionários na presente avaliação.

Conteúdo programático: O conteúdo programático proposto foi executado em todas as localidades. As alterações introduzidas no conteúdo referiram-se à sua extensão. Nas localidades Carumbé e Vila Santa Izabel um professor, por sua opinião pessoal, resolveu aumentar o conteúdo do "módulo de ensino" alimentação de 0 a 6 anos, além de introduzir os seguintes tópicos nesta unidade: "importância do cultivo de hortas caseiras e pomares"; "utilização dos alimentos da região, no período da safra"; "substituição de alimentos industrializa -

dos por naturais"; "criação de animais domésticos para a própria alimentação".

Quanto à dificuldade de compreensão do texto do conteúdo programático as respostas podem ser sintetizadas na Tabela 25.

TABELA 25 - AVALIAÇÃO DA DIFICULDADE DE COMPREENSÃO DO CONTEÚDO EM NÚMERO E PORCENTAGEM DE QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS

DIFICULDADE	%
NÃO HOUE	87,5
HOUE	12,5

O professor que relatou a dificuldade de compreensão referiu-se que esta foi devido ao preenchimento das fichas de classificação de risco, conforme padrões referidos na unidade. Apesar de somente constar esse relato de dificuldade de compreensão, todos os questionários referem-se que houve necessidade de utilização de estratégias na introdução do conteúdo para superar as dificuldades de compreensão do conteúdo programático. Os tipos de estratégias utilizadas foram: introdução lenta do conteúdo, simulação, (demonstração prática em sala de aula), exercícios repetidos em campo, debates dos textos em grupo e substituição de palavras.

Treínamento em serviço: Foi realizado treinamento em serviço no ensino desta Unidade em todas as localidades. A seguir apresentamos na Tabela 26, os tipos de treinamento em serviço pela porcentagem de questionários em que foram citados.

TABELA 26 - PORCENTAGEM DE QUESTIONÁRIOS PREENCHIDOS QUE APRESENTAM CADA TIPO DE TREINAMENTO EM SERVIÇO REALIZADO NESTA UNIDADE

TIPOS DE TREINAMENTO EM SERVIÇO	%
VISITAS DOMICILIARES	50,0
PARTICIPAÇÃO EM REUNIÕES E PALESTRAS	25,0
DEMONSTRAÇÃO PRÁTICA EM SERVIÇO (verificação de medidas, preenchimento de fichas, classificação de risco, orientações, etc)	87,5
ELABORAÇÃO DE RELATÓRIOS DE CAMPO	25,0
DEBATES DAS DIFICULDADES ENCONTRADAS APÓS AS VISITAS DOMICILIARES	37,5

Não foram relatadas modificações no conteúdo programático da Unidade em função do treinamento em serviço.

#### 4ª UNIDADE - ASPECTOS PSICOLÓGICOS INFANTIS

Foram preenchidos quatro questionários na avaliação das variáveis processuais desta Unidade. Cada um dos questionários foi preenchido por um professor, sendo que os quatro professores com formação em psicologia.

Conteúdo programático: Todos os professores referiram que o conteúdo programático proposto para a Unidade foi executado. No entanto em 50% dos questionários apareceram referências de que esse conteúdo foi executado com alterações. Informaram que as alterações foram introduzidas por opinião dos professores e que estas constaram de: introdução de texto teórico adequando termos e conceitos à compreensão dos alunos e da adequação da linguagem apresentada no conteúdo proposto. Nas alterações citadas, em um dos núcleos, aparece referência explícita a aumento da carga horária das atividades práticas, em relação à proposta.

Em todos os questionários são citadas dificuldades de compreensão do conteúdo programático pelos alunos. As causas das dificuldades de compreensão referem-se a que foram u-

utilizados termos técnicos. Para contornar essa dificuldade buscaram exemplificar na prática os conceitos e realizaram revisões.

Em um dos questionários (25%) é citada uma causa possível da dificuldade de compreensão do conteúdo à apresentação em forma mixta do material pedagógico, em módulos e textos descritivos, o que pode ter confundido os alunos.

Treinamento em serviço: Foi realizado treinamento em serviço em 75% das localidades, que neste caso corresponde a 75% dos questionários preenchidos.

Nas localidades onde foi realizado o treinamento em serviço constou de entrevistas em campo e aplicação de fichas de avaliação psicológica e ficha de exame motor.

Na localidade em que não foi realizado treinamento em serviço foram realizados exercícios simulando situações práticas com crianças no próprio núcleo.

Com o treinamento em serviço duas localidades introduziram alterações no conteúdo programático da Unidade. No Barro Duro verificaram que a aplicação em toda a avaliação psicológica e motora durante a visita domiciliar de rotina implicava em gasto excessivo de tempo. Desta forma estabeleceram que quando houvesse necessidade de aplicação das duas fichas consecutivamente em uma criança orientariam que após ter sido aplicada a avaliação psicológica no domicílio o exame motor seria feito em um retorno ou, em caso de domicílio não dispor de espaço para avaliação motora, o auxiliar marcaria uma data para que a família fosse até o núcleo e o teste motor seria aí realizado. No Praieiro após o treinamento em serviço concluíram que os domicílios não dispõem de condições para avaliação psicológica e motora e orientaram para que nos domicílios iniciassem a aplicação da avaliação psicológica com as perguntas básicas para detecção de problemas e, se nessas perguntas, verificarem que há necessidade de continuidade dos testes, marca-se essa continuidade para o núcleo, em data pré-fixada.

## 5ª UNIDADE - ASPECTOS DE SAÚDE MATERNO INFANTIL

Foram preenchidos cinco questionários na avaliação das variáveis processuais dessa Unidade, por duas professoras - enfermeiras. Uma das enfermeiras ensinou em três localidades :

Barro Duro , Vila Santa Izabel e Praieiro; e a outra no: Barro Duro e Carumbê, Desta forma verificamos que no ensino do Barro Duro participaram duas professoras e nos demais locais uma em cada.

Conteúdo programático: Quatro questionários relatam que o conteúdo programático da unidade foi transmitido integralmente, o quinto que relata transmissão parcial foi um dos dois questionários do Barro Duro, que teve o segundo professor como colaborador. Apesar do conteúdo ter sido transmitido em todos os núcleos foi transmitido com alterações. Os professores referem que as alterações foram realizadas por opinião pessoal e por solicitação dos alunos. Nos cinco questionários em todos apareceram referências e alterações pela introdução de "novos temas" e em dois (40%) as alterações foram realizadas aumentando o número de aulas práticas.

Todos os questionários referem-se a dificuldades na compreensão do conteúdo programático. Os tipos de dificuldades em porcentagem de questionários, em que foram referidas, a parecem na Tabela 27.

TABELA 27 - PORCENTAGEM DE QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS SEGUNDO TIPO DE DIFICULDADES DE COMPRENSÃO DOS ALUNOS EM RELAÇÃO AO CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

TIPO DE DIFICULDADE	%
COMPREENSÃO DO SIGNIFICADO DE PALAVRAS	60
ASSIMILAÇÃO DAS INFORMAÇÕES	40
EXECUÇÃO DAS TÉCNICAS PROPOSTAS	40

Para a superação das dificuldades de compreensão do conteúdo, de execução das técnicas e de assimilação das informações, foram apresentadas as seguintes soluções: introdução mais lenta do conteúdo; exercícios práticos em campo; simulações; debates e troca de experiência entre os alunos; aulas de reforço individual e em grupo.

Treinamento em serviço: O treinamento em serviço foi realizado em todas as localidades, conforme referências dos ques-

tionários.

O treinamento em serviço constou de visitas domiciliares nas próprias localidades de atuação, sob supervisão do professor. Nas visitas domiciliares foram feitas demonstrações práticas e a avaliação do desempenho dos alunos. Em 20% dos questionários houve referência e alterações do conteúdo programático após treinamento em serviço. Essa alteração foi considerada necessária devido a pouca comunicação que os alunos apresentaram com a comunidade durante as visitas. As alterações referidas em relação à falta de comunicação foi o aumento das atividades práticas durante o treinamento até que se conseguisse a comunicação adequada.

#### 6ª UNIDADE - ASPECTOS OPERACIONAIS

Foram preenchidos quatro questionários sobre as variáveis processuais nesta unidade. Estes questionários foram preenchidos por duas enfermeiras, responsáveis pelo ensino da Unidade. Apesar do ensino ter sido desenvolvido em quatro localidades estes questionários referiram-se a apenas três deles, pois na localidade Carumbé ainda não havia sido desenvolvido o ensino desta Unidade, até o momento do levantamento dos dados. No Barro Duro duas professoras participaram do ensino e desta forma foram obtidos os quatro questionários apresentados aqui.

Conteúdo programático: O conteúdo programático proposto foi introduzido nas três localidades. Em três questionários foram citadas alterações na introdução do conteúdo. Segundo os professores estas alterações foram feitas por sua opinião pessoal e por solicitação dos alunos. As alterações referidas nos questionários foram um aumento das demonstrações práticas de procedimentos propostos na Unidade.

Foram verificadas dificuldades de compreensão do conteúdo do proposto, que são apresentadas em porcentagem de questionários que as referiram e apresentadas na Tabela 28.

TABELA 28 - PORCENTAGEM DE TIPOS DE DIFICULDADES DE COMPREENSÃO DO CONTEÚDO PROGRAMÁTICO DESTA UNIDADE NOS QUESTIONÁRIOS PREENCHIDOS

TIPO DE DIFICULDADE	%
COMPREENSÃO DO SIGNIFICADO DE PALAVRAS	50
PREENCHIMENTO DE FICHAS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	25

Não foram citadas as soluções dadas para a superação das dificuldades de compreensão do conteúdo.

Treinamento em serviço: Todos os questionários referiam que o ensino desta unidade foi acompanhado de treinamento em serviço. O treinamento foi realizado na própria área de atuação que os treinandos desenvolveria posteriormente o trabalho como auxiliares de saúde. O treinamento constou de visitas domiciliares, sob supervisão, onde foram feitas demonstrações práticas e avaliação do desempenho.

Em uma localidade houve alteração no ensino da unidade após o treinamento em serviço, dada a falta de comunicação que os auxiliares apresentaram durante as visitas domiciliares. No entanto as alterações citadas referem-se apenas às estratégias de aprendizagem e não ao conteúdo programático.

Dificuldades no ensino da unidade: As dificuldades no ensino desta unidade foram referidas em 50% dos questionários, sendo que em um questionário foi citado desinteresse dos alunos por alguns tópicos do ensino e na outra dificuldade de reposição de material pedagógico.

Não foram referidas as soluções dadas para superação das dificuldades encontradas.

#### 7ª UNIDADE - ASPECTOS DA ARTICULAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS FORMAIS E INFORMAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE, ATRAVÉS DOS AUXILIARES DE SAÚDE

Foi preenchido um questionário sobre as variáveis processuais nesta Unidade. Este questionário foi preenchido por um professor, médico e referiu-se ao ensino das quatro localidades.

Conteúdo programático: O conteúdo programático proposto foi transmitido sem alterações. Houve dificuldades de compreensão do conteúdo programático principalmente quanto aos textos de leitura. As dificuldades de compreensão foram contornadas com a introdução de 'monitores' nos grupos de debate dos textos.

Treinamento em serviço: No ensino desta unidade não foi realizado treinamento em serviço.

O conteúdo programático dessa unidade apresentou vá-

rios elementos críticos, podemos dizer que foi efetivamente a única unidade relativamente crítica do Programa de Ensino.

Esses aspectos críticos exigiram muito debate para sua compreensão, na medida em que apresentaram um tipo de raciocínio que não seguia a orientação geral do Programa.

Para a compreensão dos elementos críticos como a comparação das diferenças culturais, observadas entre classes sociais e que o auxiliar observava diariamente em seu trabalho, foi necessária a participação de todo o grupo de técnicos e supervisores como monitores, para a leitura e debate dos textos em pequenos grupos.

Com a leitura e debate desse material foi possível obter uma verbalização dos alunos sobre sua compreensão das diferenças culturais entre seus vizinhos de "favela" e os médicos, enfermeiras e pessoal dos serviços.

A introdução dessa unidade abriu uma perspectiva aos alunos para a valorização cultural da "medicina" que sempre viram ser praticada em suas famílias e em sua comunidade.

As variáveis materiais pedagógicos, avaliação do ensino e dificuldades no ensino pouco acrescentaram a uma avaliação analítica do processo de ensino.

Todos os questionários citam que o material pedagógico foi fornecido pela instituição e quando referiu que foi necessário que se acrescentasse novos textos aos pré-definidos, estes textos foram técnicos, tais como: Reprodução Humana, Saúde Mental a Nível Primário, Hortas Caseiras, etc. Não observamos qualquer acréscimo de material pedagógico que diminuisse o caráter tecnicista e introduzisse novos elementos críticos ao ensino.

A avaliação do ensino constituiu das avaliações clássicas, ou seja, avaliação sistemática durante o ensino e avaliações ao término das unidades. Essas avaliações constituiram-se de arguições orais, provas escritas, desempenho de atividades. Não observamos referência a qualquer avaliação comunitária dos candidatos que pudesse comprometer mais sua prática com a população.

As dificuldades apontadas no ensino da unidade referiram-se ao local do ensino, à necessidade de adaptação dos termos técnicos do material pedagógico e necessidade de complementação de informações para compreensão das técnicas. Al



gumas dificuldades relatadas pareceram-nos valorativas, tais como: "dificuldade de compreensão do material por este tipo de aluno".

No entanto, observamos poucos relatos de dificuldades associadas ao tecnicismo da proposta, essa questão foi mais levantada nos aspectos psicológicos, em contra partida, não foi levantada a necessidade de apresentação de material crítico e a sugestão foi mais de que se simplificasse a abordagem aos aspectos psicológicos.

### 1.3.3 Discussão

Pela avaliação do Processo de ensino realizado para preparação dos agentes extensionistas deste Programa verificamos que foi realizada uma aplicação quase mecânica da proposta, ou seja, o programa de ensino foi executado tal como proposto.

As alterações na carga horária, na seqüência de apresentação de certos conteúdos e alguma complementação de conteúdo tiveram como objetivo viabilizar o programa proposto e não alterá-lo.

A utilização do treinamento em serviço, como uma estratégia de "fazer" o que se conhece intelectualmente, serviu a uma introjeção das técnicas e do conteúdo proposto nas condições em que foi desenvolvido o trabalho e não a um questionamento a sua forma de apresentação, ou à sua limitação conceitual.

Concluimos pela avaliação realizada que a equipe de professores preparada para executar o treinamento dos auxiliares de saúde, com um programa de ensino definido, o fez tal como foi proposto.

Portanto, as avaliações de produtos do processo de ensino vinculam esses produtos ao programa de ensino. O processo como foi realizado pouco acrescentou ao programa de ensino e seus pressupostos, manteve as características gerais de autoritarismo da proposta e proporcionou a manipulação das necessidades de saúde da comunidade para sua instrumentalização técnica.

Nesse contexto, a abordagem crítica no campo cultural parece que não permitirá grandes alterações nos rumos da proposta, e pode servir mais para conseguir que o auxiliar

passa a fazer um esforço consciente para mediar as linguagens e concepções diferentes do pessoal dos serviços e da comunidade.

Sem uma reflexão do porque do hermetismo da linguagem do pessoal dos serviços e da utilização dessa linguagem para um tipo de dominação é difícil que se pense que haverá um posicionamento crítico quanto a ela.

#### 1.4 ESTUDOS DE PRODUTOS DO PROCESSO DE ENSINO DOS AUXILIARES DE SAÚDE

Como não foi possível avaliar todo o processo de ensino com os dados diretos deste, necessitamos complementá-los com um estudo sobre produtos educacionais. Para isso não foi possível simplesmente avaliar as mudanças de conhecimento e comportamentais diretas produzidas nos alunos pelo processo de ensino pois, não havia uma avaliação diagnóstica que embasasse essas medidas, desta forma necessitamos inicialmente situar que tipo de produtos tivemos condições de estudar no presente trabalho.

Se nossa proposta fosse de estudo dos produtos do Programa de Ações Básicas de Saúde, um estudo de produtos dessa natureza, implicaria em uma avaliação dos resultados do Programa. A avaliação de um programa de saúde dependeria de medidas do impacto do programa de saúde que pudesse ser expresso em alterações de certas variáveis sensíveis a este tipo de intervenção. CAMPBELL-STANLEY, 1979, delineando métodos para avaliação de programas de intervenção, observam que para avaliar um programa não se pode simplesmente avaliar variáveis consideradas sensíveis à intervenção do programa. Acrescentam que em muitas vezes não seria mesmo suficiente a obtenção de medidas prévias e posteriores. Neste tipo de avaliação é necessário que se conheça a tendência anterior das variáveis para a detecção de interferência produzida pela intervenção. Além disso é necessário que se conheça em que condições se dá o desenvolvimento do programa para o reconhecimento relativo da importância da intervenção frente a outras alterações concomitantes.

Baseados nas considerações de CAMPBELL-STANLEY pudemos observar que a pretensão de se avaliar um Programa de A-

ções Básicas de Saúde, para se conhecer o resultado de sua intervenção, tem como pré-condição que as variáveis a serem medidas tenham sido previamente determinadas, conhecido seu nível e tendência anteriores, que haja um diagnóstico adequado das condições, que, concomitantemente ao programa, interferiram sobre as variáveis em estudo e que o tempo de exposição da população ao programa tenha sido suficiente para que ocorra impacto mensurável através das variáveis em estudo. Para esse tipo de estudo o Programa de Ações Básicas de Saúde da FEBEMAT, nas atuais condições, não preencheria os requisitos pois, tendo sido montado por um serviço regular não foi previamente definido como um modelo de pesquisa em saúde e conseqüentemente não estabelece o controle necessário para uma avaliação dessa natureza.

Se em vez de enfocarmos o produto de todo o Programa de Ações Básicas de Saúde pretendessemos estudar o produto do processo de ensino dos auxiliares de saúde, críticas semelhantes seriam feitas no campo da avaliação educacionais. Como já referimos na Metodologia Geral da presente investigação, a avaliação de produtos de um programa de ensino implica, conforme as proposições de GOLDBERG & SOUZA, 1979, em avaliação prévia de variáveis que podem ser medidas e acompanhadas para comparação com medidas posteriores, ou seja, é necessário o conhecimento do pré e do pós. Isso tudo tendo em vista que se estivesse diante de um processo relativamente estável, onde o programa de ensino tivesse sido o determinante para a obtenção dos produtos. Dessa forma seria necessário que se estivesse trabalhando com um grupo de alunos de forma experimental. Dado a artificialidade das avaliações rígidas deste tipo de produtos que se defende a avaliação do processo como a mais adequada para condições dinâmicas, pois proporciona meios de captar as interferências da realidade e não necessita da paralisação do processo para o estudo.

A partir das análises sobre avaliações de produtos verificamos as limitações do estudo destas na presente investigação. No entanto verificamos que era necessário complementar a avaliação do processo, realizada através dos professores, pois alguns aspectos presentes no processo de ensino, mesmo que não verbalizados pelos professores, poderiam ter interferido na interação professor-aluno e poderiam possibilitar uma reinterpretação política-ideológica do processo, que se expressaria na

prática do agente. Tais fatores poderiam ter sido a realidade sócio-cultural da população, a resistência da comunidade no cotidiano à dominação cultural, a experiência prévia de vida dos alunos, a reação dos alunos ao tecnicismo da proposta, etc.

Para este estudo dos produtos a definição do tipo de estudo ocorreu muito em função do momento em que este ocorria, em relação ao processo pois, em relação ao processo foi um estudo retrospectivo, daí que toda uma metodologia específica teve que ser definida a fim de que se retratasse os aspectos do processo através da prática do agente, que expressa os produtos da educação.

#### 1.4.1 Material e Método

Para a avaliação dos produtos do processo de ensino foi escolhido o trabalho do auxiliar como um vetor que sintetiza um conjunto de indicadores que expressam o resultado de todo o processo de ensino. Como observa BUNGE, 1980; "Um bom indicador de desenvolvimento não pode ser apresentado por um único número, tal como acontece com o produto bruto, ou a média de anos de escolaridade e, sim, por um vetor..."

Para isto foi utilizado material especificamente coletado para esse fim. Esse material constou de informações obtidas junto aos usuários das Ações Básicas de Saúde. Esse material foi obtido para uma medida indireta do processo de ensino, pois o trabalho é uma resultante do que aconteceu de - pois do treinamento. O trabalho do auxiliar foi aqui considerado como expressando a síntese do processo de aprendizado, nas condições descritas.

As variáveis avaliadas foram delineadas a partir do Referencial Teórico e baseado no qual se definiu os objetivos da investigação e se verificou a tendência histórica de programas dessa natureza.

Com o levantamento dos dados a partir das informações dos usuários pode-se obter as informações sobre o impacto do treinamento na prática, na medida em que, os auxiliares incorporaram em suas atividades as proposições contidas na proposta de ensino.

Para a avaliação do produto do trabalho percebido pelos usuários foram definidas as seguintes variáveis: reconhe-

reconhecimento do tipo de trabalho realizado, identificação da função do agente; capacidade de abordagem dos problemas comunitários; relacionamento do trabalho do auxiliar de saúde com as Organizações Comunitárias; interferência do trabalho do auxiliar sobre o uso da "medicina tradicional"; capacidade de agir como mediador entre a população e os serviços formais.

Para comparação entre a ação dos auxiliares e a posição dos usuários foram investigadas as seguintes variáveis: opinião dos usuários sobre a Associação de Moradores; utilização regular da "medicina caseira"; utilização regular da "medicina tradicional".

Foi estabelecido um questionário para levantamento das informações o Questionário Sobre as Variáveis Produto (anexo 5).

A fonte de dados dessas informações foram os usuários dos serviços. Foram considerados usuários as famílias cadastradas no "Livro Cãastro de Auxiliar" onde estes cadastram cada nova família que atendem em sua área de atuação.

As variáveis de produto constando de medidas indiretas do impacto do treinamento, através da observação da população usuária, tiveram a técnica de levantamento própria para levantamento de opiniões em população.

Os questionários de levantamento da opinião dos usuários foram submetidos a 10% (dez por cento) das famílias cadastradas como usuárias dos serviços dos auxiliares de saúde. O cadastro das famílias foi obtido de um livro próprio em que estão registradas, para cada área de atuação de um auxiliar, as famílias atendidas. Deste livro somente constavam as famílias que efetivamente tinham sido visitadas pelos auxiliares.

Realizada uma listagem das famílias constantes destes livros, com os respectivos endereços, foi realizado sorteio casual simples, para lista, de 10% do número total de famílias.

Uma equipe de alunos de serviço social e os técnicos do Programa de Ação Comunitária (PRAC) - assistentes sociais, foram preparados para aplicar os questionários aos usuários.

Com um dia de antecedência da aplicação dos questionários os auxiliares de saúde foram avisados de que seria

aplicado um questionário que buscava verificar a opinião da população sobre certos aspectos do trabalho que desenvolviam. Não foram fornecidos detalhes sobre os questionários aos auxiliares. Apenas procurou-se que a aplicação do questionário não desse motivo para confusão no interior de equipe.

Os questionários foram aplicados em três dias sucessivos, de forma a que não desse tempo para o auxiliar interferir em sua aplicação captando os tipos de pergunta que estavam sendo realizadas. Para isso foi solicitado aos técnicos do Programa Infantil que desenvolvessem atividade com os auxiliares de saúde no interior do Núcleo nos períodos diurnos durante o tempo que durou o levantamento.

Para a aplicação do questionário a equipe do levantamento foi orientada para que procurassem aplicá-lo ao membro da família que mantinha os contatos rotineiros com o auxiliar durante as visitas.

Para o caso de não se localizar a família sorteada a equipe de levantamento substituiu esta família pela que vinha logo abaixo na lista de famílias desse auxiliar.

Quanto à amostra de usuários podemos dizer que: a unidade de amostra para usuário foi a família que vive no citado endereço. Foram consideradas como famílias visitadas pelos auxiliares aquelas que foram cadastradas no primeiro levantamento resultante do primeiro percurso que realizaram em sua área, excluídas da amostra as famílias cadastradas a seguir. Este procedimento foi utilizado para se padronizar o tempo de exposição aos auxiliares em cada área. O fator determinante para a determinação do tamanho da amostra foi o tempo e a quantidade de recursos disponíveis. Julgou-se que elaborando uma amostra aleatória entre famílias que foram expostas durante período de tempo relativamente semelhante de tempo a um mesmo auxiliar estava resguardado o princípio de representatividade da amostra.

Foram considerados auxiliares treinados, que fizeram parte da investigação, aqueles que haviam permanecido durante todo o tempo em serviço, aceitando-se apenas no grupo aqueles que haviam tido afastamento para tratamento de saúde de até uma semana. Os que se afastaram do serviço por mais de uma semana, por qualquer motivo, foram excluídos do estudo.

Resta-nos esclarecer porque não fizemos essa medida

através de entrevista ou de alguma medida direta com os auxiliares. Esse tipo de avaliação foi descartado, na medida em que, em nossos contatos com os auxiliares sempre reafirmávamos nossa posição pessoal de que a comunidade participasse em todos os níveis, da necessidade de debate em profundidade dos problemas comunitários e outras questões envolvidas na avaliação. Além disso, observamos pelo acompanhamento do mapa de produção dos serviços que os auxiliares registravam baixo índice de observações acerca do uso da "Medicina Tradicional" pela comunidade e pequena frequência a reuniões comunitárias, além de grande especificação técnica nas suas atividades, com isso, ficamos em dúvida se estaria ocorrendo uma contradição entre a ação e o registro da ação. No entanto, quando levantamos com supervisores do programa essa possibilidade de dissociação entre a prática e os registros, estes passaram a observar a questão e, com a observação, levantaram a hipótese de que o registro vinha espelhando a realidade. Dessa forma, para evitar que os auxiliares nos apresentassem um discurso semelhante ao que sempre lhe dirigíamos nos treinamentos e encontros, optamos por essa medida indireta do processo, através de produtos, com os usuários, buscando retirar fatores intervenientes a nível do próprio auxiliar.

#### 1.4.2 Resultados

Foram obtidos 262 questionários no levantamento realizado sobre as variáveis de produto do treinamento dos auxiliares de saúde. Nas Tabelas 29 e 30 podemos observar o número de famílias cadastradas e a porcentagem de questionários respondidos em relação ao número de famílias cadastradas, por auxiliar de saúde, em cada área.

TABELA 29 - NÚMEROS DE FAMÍLIAS CADASTRADAS E NÚMERO DE QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS POR AUXILIAR DE SAÚDE, EM CADA LOCALIDADE

AUXILIAR DE SAÚDE	LOCALIDADES							
	VILA STA. IZABEL		CARUMBÉ		PRAIEIRO		BARRO DURO	
	F.	Q.	F.	Q.	F.	Q.	F.	Q.
1	133	13	115	12	89	10	158	13
2	172	17	87	9	99	10	134	13
3	185	22	108	11	90	9	275	24
4	190	19	-	-	-	-	182	16
5	165	18	-	-	-	-	129	13
6	147	14	-	-	-	-	124	9
7	-	-	-	-	-	-	108	10
TOTAL	992	103	310	32	278	29	1110	98

F = Nº de Famílias

Q = Nº de Questionários Respondidos

TABELA 30 - PORCENTAGEM DE QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE FAMÍLIAS CADASTRADAS POR ÁREA DE CADA AUXILIAR, EM CADA LOCALIDADE

AUXILIAR DE SAÚDE	LOCALIDADES			
	VILA STA. IZABEL	CARUMBÉ	PRAIEIRO	BARRO DURO
1	9,8	10,4	11,2	8,2
2	9,9	10,3	10,1	9,7
3	11,9	10,2	10,0	8,7
4	10,0	-	-	8,8
5	10,9	-	-	10,1
6	9,5	-	-	7,3
7	-	-	-	9,6
TOTAL	10,4	10,3	10,4	8,8



1.4.2.1 Resultado do Levantamento das Variáveis Definidas Para Avaliação do Produto pela Percepção dos Usuários: (a análise e discussão dos resultados será realizada globalmente no final dos resultados):

VARIÁVEL - IDENTIFICAÇÃO DO TIPO DE TRABALHO DO AGENTE

Para o estudo desta variável foi realizada a pergunta: Que trabalho ela faz?

As respostas obtidas foram apresentadas conforme expressas pelos entrevistados e organizadas por localidade em duas tabelas. A primeira construída a partir de categorias citadas pelos entrevistados e a segunda com categorias sintetizadas a partir das citações dos entrevistados, apresentados nas Tabelas 31 e 32.

VARIÁVEL - TIPO DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS DOMICÍLIOS

Para o estudo desta variável foi realizada a seguinte pergunta: O que ela fez em sua casa?

As respostas obtidas nos questionários foram apresentadas por categorias de opinião conforme os entrevistados expressaram em uma primeira etapa. Numa segunda etapa foram dadas denominações que pudessem expressar estas categorias de opinião. Cada uma dessas etapas foi apresentada nas Tabelas 33 e 34.

VARIÁVEL - CAPACIDADE DE ABORDAGEM DE PROBLEMAS COMUNITÁRIOS

Para o estudo dessa variável foram realizadas as seguintes perguntas: Já discutiu problemas do bairro com o (nome do auxiliar)? Se sim, que tipo de problema discutiram?

As respostas obtidas para as perguntas foram agrupadas na Tabela 35 que expressa a porcentagem de abordagem de problemas e tipo de problemas abordados pelos auxiliares de saúde com os usuários.

TABELA 31 - PORCENTAGEM DE OPINIÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO TIPO DE TRABALHO IDENTIFICADO POR LOCALIDADE

TIPO DE TRABALHO IDENTIFICADO	LOCALIDADES				TOTAL
	VILA STA. IZABEL	CARUMBÉ	PRAIEIRO	BARRO DURO	
- auxiliar de saúde	23,3	20,7	18,8	7,1	16,4
- enfermeira	0,9	-	-	4,1	1,9
- pessoa que mede e pesa criança e/ou acompanha gestante e/ou verifica pressão e/ou fornece orientações	29,1	34,5	46,9	41,8	36,6
- pessoa que trabalha com saúde	3,8	3,4	9,4	8,2	6,1
- pessoa que trabalha na Creche	2,9	-	6,3	1,9	1,9
- pessoa que trabalha na FEBEMAT	2,9	3,4	-	2,1	1,9
- pessoa que faz visita nas casas	2,9	-	3,1	1,0	1,9
- pessoa que olha as propriedades	1,0	3,4	-	-	0,8
- pessoa que pergunta nomes	2,9	3,4	3,1	1,0	2,3
- professora e/ou monitor	-	-	-	2,0	0,8
- assistente social	-	-	-	1,0	0,4
- não sabe/não respondeu	28,1	27,6	12,5	30,6	27,1
- não esteve no domicílio	1,9	3,4	-	1,0	1,5
TOTAL	99,7	99,8	100	99,9	99,6

TABELA 32 - PORCENTAGEM DAS CATEGORIAS DE OPINIÃO SINTETIZADAS EM CATEGORIAS DE TRABALHO POR LOCALIDADE

CATEGORIA DE OPINIÃO SINTETIZADA	LOCALIDADES				TOTAL
	VILA STA. IZABEL	CARUMBÉ	PRAIEIRO	BARRO DURO	
- trabalho em saúde	57,3	58,6	75,0	61,2	61,1
- trabalho com menores	5,8	3,4	6,3	2,1	3,8
- fiscalização	6,8	6,9	3,1	2,1	4,9
- trabalho com educação	-	-	-	2,0	4,9
- trabalho social	-	-	-	1,0	0,4
- desconhece o trabalho	30,1	31,1	14,5	31,6	28,6
TOTAL	100,0	100,0	98,9	100,0	99,5

TABELA 33 - PORCENTAGEM DOS TIPOS DE AÇÃO REALIZADA NOS DOMICÍLIOS SEGUNDO CATEGORIA DE OPINIÕES DOS ENTREVISTADOS, POR LOCALIDADE

TIPOS DE AÇÕES REALIZADAS	LOCALIDADES				TOTAL
	VILA STA. IZABEL	CARUMBÉ	PRAIEIRO	BARRO DURO	
-realiza procedimentos nos domicílios como: pesar, medir, verificar pressão arterial e/ou orienta sobre higiene, alimentação, etc.	77,7	62,3	65,5	68,4	71,0
-além de algum dos procedimentos acima orienta sobre encaminhamentos,	9,7	18,8	20,7	15,3	14,2
-apenas tomou nota de nomes, preencheu fichas.	7,8	9,4	10,3	6,1	7,4
-não fez nada no domicílio	4,8	9,4	3,4	10,2	7,4
TOTAL	100,0	99,9	99,9	100,0	100,0

TABELA 34 - PORCENTAGEM DOS TIPOS DE AÇÕES REALIZADAS NOS DOMICÍLIOS SINTETIZADAS EM CATEGORIAS BÁSICAS

CATEGORIAS BÁSICAS	TIPOS DE AÇÕES REALIZADAS	PORCENTAGEM
Ações básicas de saúde	--Realização de procedimentos no domicílio como: pesar, medir, verificar pressão arterial, orientações sobre alimentação, higiene, etc. e realiza encaminhamentos a serviços.	85,1
Fiscalização:	- Apenas toma nota de nomes e preenche fichas	7,6
Não realiza atividades	- Não fez nada no domicílio	7,3
TOTAL		100,0

TABELA 35 - PORCENTAGEM DE ABORDAGEM DE PROBLEMAS COMUNITÁRIOS E TIPOS DE PROBLEMAS ABORDADOS PELOS AUXILIARES DE SAÚDE SEGUNDO O PINIÃO DOS USUÁRIOS, POR LOCALIDADE

ABORDA PROBLEMAS	TIPO DE PROBLEMA ABORDADO	LOCALIDADES				TOTAL
		V. STA: IZABEL	CARUMBÉ	PRAIEIRO	BARRO DURO	
S	-legalização de terrenos, esgoto, fossa no lote, água, condição das ruas, etc.	1,9	3,1	10,3	7,1	5,3
I	-necessidade de posto de saúde, creche, funcionamento da creche da FEBEMAT, etc.	1,9	-	-	3,1	1,9
	-comércio local	0,9	-	-	-	0,4
M	-tentativas de expulsão dos moradores	0,9	-	-	-	0,4
	-não lembram dos problemas abordados	0,9	6,3	-	2,1	1,9
NÃO	-não discutiram	93,2	90,6	89,6	87,7	90,1
TOTAL	SIM	6,8	9,8	10,4	12,3	9,9
	NÃO	93,2	90,2	89,6	87,7	90,1

VARIÁVEL - CAPACIDADE DE ABORDAGEM SOBRE ORGANIZAÇÃO  
COMUNITÁRIA (ASSOCIAÇÃO DE MORADORES)

Para o estudo dessa variável foi realizada a seguinte pergunta: A Sra. já discutiu sobre a Associação de Moradores com (nome do auxiliar)?

As respostas obtidas para a pergunta foram agrupadas em uma Tabela que expressa a porcentagem de opinião dos usuários sobre abordagem que os auxiliares de saúde lhes fez sobre organização comunitária. A Tabela está apresentada a seguir:

TABELA 36 - PORCENTAGEM DE ABORDAGEM SOBRE ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA PELOS AUXILIARES DE SAÚDE SEGUNDO OPINIÃO DOS USUÁRIOS

ABORDOU O ASSUNTO	LOCALIDADE				TOTAL
	VILA STA. IZABEL	CHARUMBÉ	PRAIEIRO	BARRO DURO	
SIM	4,8	15,6	-	6,1	6,1
NÃO	98,2	84,4	96,6	89,8	92,0
NÃO RESPONDEU	-	-	3,4	4,1	1,9
TOTAL	100	100	100	100	100

VARIÁVEL - CAPACIDADE DE ABORDAGEM SOBRE "MEDICINA  
CASEIRA"

Para o estudo dessa variável foi realizada a seguinte pergunta: A Sra. já comentou com (nome do auxiliar) o que usa em casa (quando alguém passa mal)?

As respostas obtidas foram organizadas na Tabela 37 que expressa porcentagem de abordagem sobre "medicina caseira" pelos auxiliares de saúde com os usuários.

TABELA 37 - PORCENTAGEM DE ABORDAGEM E TIPO DE ABORDAGEM SOBRE "MEDICINA CASEIRA" PELOS AUXILIARES DE SAÚDE SEGUNDO OPINIÃO DOS USUÁRIOS POR LOCALIDADE

ABORDOU O ASSUNTO	TIPO DE OPINIÃO SOBRE O USO	LOCALIDADES				TOTAL
		V.STA. IZABEL	CARUMBÉ	PRAIEIRO	B.DURO	
S	BOM	8,7	31,3	17,2	7,1	11,8
I	NÃO É BOM	4,9	3,1	13,8	-	3,8
M	NÃO OPINOU	1,9	3,1	-	2,0	1,9
NÃO RESPONDEU		80,6	62,5	65,5	84,7	78,2
		3,9		3,5	6,2	78,2
TOTAL	SIM	15,5	37,5	31,0	9,1	17,5
	NÃO	80,6	62,5	65,5	84,7	78,2
	NÃO RESPONDEU	3,9		3,5	6,2	4,3

VARIÁVEL: - CAPACIDADE DE ABORDAGEM SOBRE "MEDICINA TRADICIONAL"

Para o estudo dessa variável foi realizada a seguinte pergunta; A Sra. já conversou sobre (a procura de agentes de medicina tradicional, tais como:...) com (nome do auxiliar)?

As respostas obtidas para a pergunta foram agrupadas na Tabela 38 que expressa a porcentagem de abordagem sobre "medicina tradicional" pelos auxiliares de saúde com os usuários.

TABELA 38 - PORCENTAGEM DE ABORDAGEM SOBRE "MEDICINA TRADICIONAL" PELOS AUXILIARES DE SAÚDE SEGUNDO A OPINIÃO DOS USUÁRIOS POR LOCALIDADE

ABORDOU O ASSUNTO	LOCALIDADES				TOTAL
	VILA STA. IZABEL	CARUMBÉ	PRAIEIRO	BARRO DURO	
SIM	10,0	12,0	-	11,9	10,3
NÃO	82,0	64,0	100,0	76,5	77,9
NÃO RESPONDEU	8,0	24,0	-	11,5	11,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

VARIÁVEL - CAPACIDADE DE ATUAR COMO MEDIADOR ENTRE A POPULAÇÃO E OS SERVIÇOS FORMAIS

Para o estudo dessa variável foram realizadas as seguintes perguntas: A Sra. ou alguém de sua família precisou que (nome do auxiliar) encaminhasse-os para algum atendimento (por ex. posto de saúde, LBA, etc)? Se sim, foi atendido?

As respostas para esta pergunta foram agrupadas na Tabela 39 que expressa a porcentagem dos usuários que precisaram de encaminhamento e a porcentagem de atendidos entre os encaminhados pelos auxiliares de saúde, segundo opinião dos usuários.

TABELA 39 - PORCENTAGEM DE ENCAMINHAMENTOS E DE ATENDIMENTOS DE ENCAMINHAMENTOS REFERIDOS NOS QUESTIONÁRIO PELOS USUÁRIOS POR LOCALIDADE

PRECISOU DE ENCAMINHAMENTO	FOI ATENDIDO	LOCALIDADES				TOTAL
		V.STA. IZABEL	CARUMBÉ	PRAIEIRO	B. DURO	
SIM	SIM	14,6	29,1	20,7	8,2	14,5
	NÃO	6,8	12,5	13,8	1,0	6,1
	NÃO RESPONDEU					
	DEU	2,9	6,2	-	1,0	2,3
	SUB TOTAL	24,3	46,8	34,5	10,2	22,9
NÃO		70,9	53,2	65,5	88,8	74,8
NÃO RESPONDEU		4,8	-	-	1,0	2,3
TOTAL		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1.4.2.2 Resultado do Levantamento das Variáveis Definidas para Avaliação da percepção dos usuários a respeito de suas Opiniões pessoais sobre Tópicos Propostos como Campo de Intervenção dos Auxiliares de Saúde

VARIÁVEL - POSIÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A ASSOCIAÇÃO DOS MORADORES

Para o estudo dessa variável foram realizadas as se

guintes perguntas: A Sra. vai nas reuniões da Associação dos Moradores? O que a Sra. acha sobre a Associação de Moradores? Se acha bom, por que? Se não gosta, por que?

As respostas obtidas foram categorizadas conforme o pinião dos entrevistados e organizadas nas Tabelas 40 e 41 que expressam a porcentagem das categorias de opiniões sobre: Associação de Moradores, Porque gostam da Associação de Moradores, Porque não gostam da Associação de Moradores.

TABELA 40 - PORCENTAGEM DAS OPINIÕES DOS USUÁRIOS EM CATEGORIAS SOBRE A ASSOCIAÇÃO DE MORADORES POR LOCALIDADE

CATEGORIA DE OPINIÕES	LOCALIDADES			TOTAL
	VILA STA. IZABEL	CARUMBÉ	PRAIEIRO	
BOA	69,8	78,1	51,7	68,3
REGULAR	5,8	-	13,8	7,3
RUIM	2,9	-	10,3	3,8
NÃO RESPONDEU	21,5	21,9	24,2	20,6
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0



TABELA 41 - PORCENTAGEM DAS OPINIÕES DOS USUÁRIOS EM CATEGORIAS SOBRE PORQUE GOSTAM DA ASSOCIAÇÃO DE MORADORES POR LOCALIDADE

CATEGORIAS DE OPINIÕES	LOCALIDADES				TOTAL
	VILA STA. IZABEL	CARUMBÉ	PRAIEIRO	B. DURO	
-reunem as pessoas para discutir problemas e/ou lutam para achar soluções e/ou pode dar sugestões para os problemas, lutam pela posse do lote e/ou ajudam a ficar no bairro (posições de defesa, associativismo), etc..	55,5	12,5	10,3	10,2	24,4
-porque a associação resolve problemas, consegue melhorias para o bairro, orienta pessoas (posições assistenciais) (etc	20,1	62,5	-	48,9	33,9
-porque gosta da atual diretoria (posições de vinculação à diretoria ou de que esta resolve os problemas)	1,9	3,1	34,5	-	4,9
-porque mantêm tudo em paz, não tem briga no bairro	1,9	-	3,4	1,0	1,5
-não tem opinião formada	4,8	12,5	27,6	10,1	10,3
-não gosta da associação	3,9	-	6,9	-	2,3
-não respondeu	21,9	9,4	17,3	29,8	22,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

TABELA 42 - PORCENTAGEM DAS OPINIÕES DOS USUÁRIOS EM CATEGORIAS SOBRE O PORQUE NÃO GOSTAM DA ASSOCIAÇÃO DE MORADORES POR LOCALIDADE

CATEGORIAS DE OPINIÕES	LOCALIDADES				TOTAL
	VILA STA. IZABEL	CARUMBÉ	PRAIEIRO	B. DURO	
- porque não realizam o que prometem	6,8	-	6,9	10,2	7,3
- porque já deu muito dinheiro e não viu resultado	2,9	-	-	-	1,1
- porque o presidente não dá atenção a to dos os setores da comunidade	0,9	-	10,3	-	1,5
- não respondeu	89,4	100,0	82,8	89,8	90,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

VARIÁVEL - PARTICIPAÇÃO NA ASSOCIAÇÃO DE MORADORES

Para o estudo desta variável foi realizada a seguinte pergunta: A Sra. vai na reunião da Associação de Moradores?

As respostas foram organizadas na Tabela 43 que apresenta a porcentagem de participação dos usuários nas Associações de Moradores. Não foram consideradas respostas positivas aquelas que se referiram à participação de outros membros da família, apenas foi considerada positiva a participação do entrevistado.

TABELA 43 - PORCENTAGEM DE PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS NAS ASSOCIAÇÕES DE MORADORES POR LOCALIDADE

PARTICIPAÇÃO	LOCALIDADES				TOTAL
	VILA STA. IZABEL	CARUMBÉ	PRAIEIRO	B. DURO	
SIM	59,2	43,7	48,3	52,0	53,4
NÃO	40,8	53,1	51,7	48,0	46,2
NÃO RESPONDEU	-	3,2	-	-	0,4
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

## VARIÁVEL - UTILIZAÇÃO DA "MEDICINA CASEIRA"

Para o estudo desta variável foi realizada a seguinte pergunta: O que a Sra. ou alguém de sua família usam em casa quando alguém passar Mal?

As respostas para esta questão foram consideradas positivas quando o que usam significava um procedimento realizável no âmbito familiar, tais como : chás , rezas, remédios caseiros em geral e o uso de comprimidos por auto-medicação para dor e febre. Foram consideradas negativas as questões em que a solução é institucional ou fora do domicílio , tais como: procura de farmácia, médicos, hospitais, posto de saúde e pronto socorro. As respostas foram organizadas na Tabela 44 que expressa porcentagem de utilização de "medicina caseira" segundo a opinião dos usuários.

TABELA 44 - PORCENTAGEM DE UTILIZAÇÃO DE "MEDICINA CASEIRA" PELOS USUÁRIOS POR LOCALIDADE

UTILIZAÇÃO	LOCALIDADES				TOTAL
	VILA STA:IZABEL	CORUMBÉ	PRAIEIRO	BARRO DURO	
SIM	89,3	93,7	89,6	93,8	91,6
NÃO	8,7	6,3	10,4	5,1	7,3
NÃO RESPONDEU	2,0	-	-	1,1	1,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

## VARIÁVEL - UTILIZAÇÃO DE "MEDICINA TRADICIONAL"

Para o estudo desta variável foram realizadas as seguintes perguntas: A Sra. ou alguém de sua família consulta raizeiros, ou curandeiros, ou parteiras, ou mediuns, etc, quando têm problemas de saúde em casa? Se consulta, quem?

As respostas obtidas foram organizadas nas Tabelas 45 e 46 que expressam a porcentagem de utilização da "medicina tradicional" e a porcentagem de procura dos diferentes profissionais citados segundo a opinião dos usuários.

TABELA 45 - PORCENTAGEM DE UTILIZAÇÃO DA "MEDICINA TRADICIONAL" PELOS USUÁRIOS POR LOCALIDADE

UTILIZAÇÃO	LOCALIDADES				TOTAL
	VILA STA. IZABEL	CARUMBÉ	PRAIEIRO	BARRO DURO	
SIM	48,5	71,8	33,6	46,9	49,2
NÃO	46,5	28,2	65,4	52,1	48,9
NÃO RESPONDEU	3,0	-	-	1,0	1,9
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

TABELA 46 - PORCENTAGEM\* DE TIPOS DE PROFISSIONAIS DA "MEDICINA TRADICIONAL" CITADOS COMO PROCURADOS PELOS USUÁRIOS POR LOCALIDADES

TIPOS DE PROFISSIONAIS	LOCALIDADES				TOTAL
	VILA STA. IZABEL	CARUMBÉ	PRAIEIRO	BARRO DURO	
PARTEIRA	16,5	18,6	6,9	22,4	17,9
BENZEDEIRA	28,2	43,8	20,7	28,6	25,6
MEDIUM	2,9	9,4	10,3	1,0	3,8
CURANDEIRO OU TRATADOR	4,8	6,2	6,9	2,0	4,2
MISSIONÁRIO	1,9	-	-	-	0,8
RAIZEIRO	2,9	15,6	6,9	9,2	7,3
NENHUM	47,5	28,2	65,4	52,1	48,9
NÃO RESPONDEU	4,0	-	-	1,0	1,9

\* - o total não soma 100% dado que um usuário pode utilizar mais que um tipo de profissional popular e a porcentagem foi realizada em relação ao número de questionários.

### 1.4.3 - Discussão

Para analisarmos variáveis que expressam, através da ação, uma síntese da postura político-ideológica resultante do processo de ensino como uma totalidade, assimilada e "metabolizada" pelos agentes, em condições específicas, é necessário que retomemos os elementos que compõem sua ação, ou seja, seu trabalho.

O trabalho sendo um "vetor" e não um indicador simples, expressa tanto a preparação dos agentes para sua execução, como sua inserção numa dada estrutura produtiva, na qual este trabalho está inserido, que no caso do programa em estudo é uma instituição estatal.

Se considerarmos o trabalho do agente tal como foi referido na introdução desta investigação, este é: o resultado da aplicação dos meios disponíveis para atingir certos fins sobre um objeto socialmente definido. Nestas condições tanto o objeto, como os meios, quanto os fins do trabalho têm uma determinação social.

Em dada sociedade o objeto do trabalho pode ser toda e qualquer camada populacional, pois o agente é a base do sistema de atenção, em outras pode ser populações restritas, pois o agente é destinado a assistir populações "marginais".

Dentre os meios disponíveis para o trabalho do auxiliar está todo o conjunto de conhecimento e instrumentos necessários para sua ação e organizados pela estrutura institucional na qual se insere. Esta estrutura garante a manutenção destes meios e, ao mesmo tempo, delimita e define os critérios de quais serão os fins do trabalho.

Nos meios do trabalho ocorre, como vimos no Referencial Teórico, a convergência do processo de ensino como meio de habilitação para o trabalho, e o projeto político da Instituição que organiza os meios para que estejam disponíveis para um dado fim.

Portanto, nestas condições de trabalho, a Instituição é de importância fundamental para a compreensão do trabalho dos agentes, dado que esta interfere diretamente em todos os níveis da execução do trabalho. A instituição Estatal age como um modelador sobre as potencialidades dos agentes, buscando traduzir nestas os objetivos do projeto político dos grupos que detêm o poder na sociedade.

Segundo LUZ, 1979: "O discurso institucional pode se

exprimir em normas, mas nelas não se esgota... As relações de poder institucional se exprimem em uma rede de normas que instituem dominantes e dominados. Estes se confirmam mutuamente em seus 'lugares' enquanto aceitam as regras institucionais e sua hierarquia. Na dimensão estrutural, temos sobretudo o aspecto 'organizacional' das instituições: o discurso oficial, hierárquico das normas e também sua aparência abstrata, 'universal'. Na dimensão das relações sociais temos predominantemente o aspecto 'grupais', a dominação concretizada em forma de comandantes e subordinados, de autoridade e obediência.... Como base do poder, a hierarquia, mesmo a das normas, não deve ser posta em dúvida... Das regras que fundamentam as relações institucionais, as mais importantes para sua manutenção são; ordem e disciplina. A ordem, que garante a estrutura, e a disciplina, que assegura as relações sociais... Deste modo; são três os conceitos básicos para a compreensão da organização das Instituições como núcleos de poder: a hierarquia, da subordinação inferior-superior nos dois vértices; a ordem, fixação do lugar das normas e dos agentes da instituição no conjunto hierárquico, , fixação acompanhada de controle sobre o deslocamento dos polos institucionais; a disciplina, entendida como prática de obediência à hierarquia, sobretudo à hierarquia das relações sociais instituídas."

Desta forma é importante o fato de que é em uma condição específica, no interior de uma Instituição, que se dá o trabalho do auxiliar de saúde aqui estudado. Assim importa não só o discurso institucional específico da instituição e sua estrutura, mas o discurso do conjunto das instituições nas quais esta se insere. Verificamos que há uma hierarquia, uma ordem e uma disciplina imediata na Instituição considerada, mas é também num conjunto desta natureza que a própria Instituição se insere. Toda esta malha institucional se reflete, apesar de que não automaticamente, no trabalho do auxiliar de saúde.

Portanto o trabalho do auxiliar de saúde é algo concreto que tem vários níveis de determinação. Em um nível está o processo de formação do agente, em outro a realidade social que o envolve mas além destes, nas condições estudadas, a estrutura institucional representa um nível de determinação fundamental em relação ao trabalho do agente, podendo confirmar, ampliar ou restringir o uso do conhecimento que obteve no treinamento.

Em nossa análise as variáveis de produto serão consideradas na totalidade que as envolve, ou seja, como produto de um processo de ensino, mediado pelas condições institucionais em que se desenvolve o trabalho, em conjunto com a realidade concreta que o envolve.

Analisando as variáveis obtidas na investigação empírica, observamos que os usuários identificaram o trabalho do agente com trabalho em saúde numa proporção que vai de 57,3% a 75,0%, entre as várias localidades e numa proporção geral de 61,1%, conforme dados da Tabela 32. A identificação com trabalho em saúde foi predominante em relação ao conjunto de outros tipos de trabalho identificados.

O tipo de ação que o agente realiza nos domicílios foi identificada como ações que podem ser compreendidas na categoria Ações Básicas de Saúde, numa proporção que variou de 81,1% a 87,4% entre as várias localidades e numa proporção geral de 85,1%, conforme apresentado nas Tabelas 33 e 34. O domínio das atividades realizadas no interior dos domicílios, descritas pelos usuários, foi compatível com o domínio de atividades previstas nas atribuições dos auxiliares no Programa de Ações Básicas de Saúde.

Em relação ao campo sócio-cultural a posição dos agentes identificada pelos usuários, apresentou diferença em relação a uma possível reação dos alunos e da comunidade ao tipo de programa de ensino e foi compatível com o programa de ensino executado.

A abordagem de problemas da comunidade pelos auxiliares foi pouco identificada pelos usuários, situando-se entre 6,8% a 12,4% nas várias localidades, numa proporção geral de 9,9%. A proporção geral de não abordagem de problemas comunitários foi de 90,1%, conforme apresentado na Tabela 35.

A abordagem sobre Associações de Moradores pelos auxiliares com os usuários ocorreu numa proporção que variou de 0,0% a 15,0% entre as várias localidades, numa proporção geral de 6,1%. A proporção de não abordagem sobre as Associações de Moradores variou de 84,4% a 96,9% entre as várias localidades, numa proporção geral de 92,0%, conforme apresenta a Tabela 36. Já quanto foi investigada a opinião dos próprios usuários, a valorização das Associações como boas ocorreu entre os usuários abordados na seguinte proporção: 51,7% a 78,1%

entre as várias localidades, numa proporção geral de 68,3%. Os usuários referiram a uma participação nas Associações de Moradores de 43,7% a 59,2% entre as várias localidades, numa proporção geral de 53,4%, conforme está apresentado nas Tabelas 40 e 43. Verificamos que a proporção de abordagem dos auxiliares sobre as Associações de Moradores não acompanha a proporção de referências à participação e à aceitação das Associações como algo bom, por parte dos usuários. Esta dissociação entre o significado dado a este domínio da investigação, entre usuários e auxiliares, parece encontrar maior suporte tanto a nível de Instituição como a nível do programa de ensino. Na Instituição, tanto os professores como os técnicos que coordenam o trabalho dos agentes apresentaram uma posição que desfavorece o significado de uma abordagem das Associações como instrumento de participação, e o programa de ensino reduz a participação às técnicas, não possibilitando uma compreensão da sua importância. No estudo sobre as variáveis antecedentes dos professores verificamos que estes não apresentam posição uniforme quanto à participação popular, havendo apenas 40% dos professores que aceitaram a organização popular como válida e os movimentos populares como autênticos. Além disso, quando os técnicos do Programa Materno Infantil foram questionados sobre a orientação que davam para a abordagem às Associações de Moradores, aos auxiliares, verificamos que sua orientação evitou que os auxiliares abordassem este assunto especificamente com os usuários, por motivos políticos, conforme está apresentado nas variáveis antecedentes dos professores. Desta forma o não direcionamento do material pedagógico sobre a organização da população passa a apresentar um direcionamento nas condições de trabalho, direção esta compatível com o não questionamento da globalidade das condições da população assistida. Outra observação importante sobre este tópico é que não houve uma variação correspondente entre a proporção de abordagens dos auxiliares de saúde sobre as Associações de Moradores e o tipo de enfoque que os usuários dão às Associações de Moradores nas várias localidades. Observamos pela Tabela 41 que na Vila Santa Isabel predominou o enfoque de autonomia e reivindicação, no Carumbé e Barro Duro o enfoque assistencialista e no Praieiro predominou o enfoque do clientelismo. Estas características estão bem mais associadas à história do assentamento destas populações nes



locais, do que à proporção de abordagens que os auxiliares fizeram sobre as Associações com os usuários, pois os índices de a bordagem tiveram a seguinte distribuição: foram maiores no Carumbé, com decréscimo para o Barro Duro, um índice mais baixo na Vila Santa Izabel e uma ausência de abordagem no Praieiro, conforme dados da Tabela 36.

Para uma análise da relação com os outros níveis de a tenção, executados por outras instituições, observamos, pela Tabela 39, que dos usuários que precisaram de encaminhamentos dos agentes em torno de 36,0%, não foram atendidos, com variações entre 20,0% a 39,9% nas várias localidades, o que nos faz questionar sobre o grau de articulação do nível básico, executado pelos auxiliares de saúde, com os demais níveis executados por instituições conveniadas. Além da alta porcentagem de não atendimento dos casos encaminhados, estas não foram uniformes entre as várias áreas. Houve uma variação que sugere que a articulação é mais efetiva com a proximidade do serviço de outro nível. Por exemplo, no Barro Duro, a única área que conta com Unidade Sanitária Estadual - Unidade Sanitária Papa João XXII, apresentada na Caracterização do Programa -, pelas informações da Tabela 38, foi a que apresentou menor proporção de casos encaminhados que não foram atendidos. Se além do atendimento dos casos encaminhados estudássemos o grau de "resolutividade" certamente a proporção de resolução para os problemas encaminhados ainda seria menor que a dos atendidos, o que nos faz questionar o sistema de apoio para o nível de atuação de saúde, questionar a possibilidade de ser pouco efetiva a extensão de outros níveis de serviços formais de atenção à saúde através dos auxiliares de saúde e questionar o sentido da introdução desses agentes em relação ao próprio sistema de atenção à saúde, tal como vem ocorrendo a articulação neste programa. Portanto com a introdução dos auxiliares sem a articulação, não esperamos o aumento da capacidade de atendimento de casos que necessitam de atenção em outros níveis e que dado as condições dessa população não têm acesso aos serviços. Portanto, verificamos que os auxiliares realizam um tipo de extensão dos serviços formais de atenção à saúde pela sua própria ação, através dos procedimentos técnicos que executa nos domicílios, e não por possibilitar o acesso da população que assiste a ou-

outros níveis de atenção à saúde.

Quanto aos aspectos culturais na investigação separamos a abordagem sobre "Medicina Caseira" daquela sobre "Medicina Tradicional". Verificamos que os auxiliares abordaram a "Medicina Caseira" com os usuários numa proporção de 37,5% a 15,3% entre as várias localidades, numa proporção geral de 21,8%. Nesta abordagem ocorreu alguma variação sobre a indicação da "Medicina Caseira" como algo bom, pois, no Carumbé, 83,4% e no Barro Duro 78,3% dos usuários abordados sobre este domínio, afirmaram que os auxiliares de saúde consideraram como bom o uso que fazem da "Medicina Caseira", enquanto que no Praieiro e Vila Santa Izabel esta proporção foi de 60,0% e 65,0% respectivamente, conforme dados apresentados na Tabela 37. Apesar da proporção de abordagem da "Medicina Caseira" ter ficado apenas em torno de 20,0%, destes, 75,0% indicaram seu valor como positivo. No entanto, comparando o índice de abordagem que os auxiliares fizeram sobre "Medicina Caseira", como o índice de uso que os usuários fazem deste tipo de "medicina" observamos grande dissociação, pois os usuários referiram uma proporção de uso de "Medicina Caseira" de 89,3% a 93,0% entre as várias localidades, numa proporção geral de 91,6% conforme dados das Tabelas 37 e 44.

Verificamos que os auxiliares abordaram a "Medicina Tradicional" com os usuários numa proporção que variou de 30,0% a 12,0% entre as várias localidades, numa proporção geral de 10,3%. Ao mesmo tempo os usuários referiram que utilizam a "Medicina Tradicional" numa proporção que varia de 46,9% a 71,8% entre as várias localidades, numa proporção geral de 49,2%, conforme dados das Tabelas 38 e 45.

Por esta abordagem distinta sobre a "Medicina Caseira" e "Medicina Tradicional" utilizada na metodologia da investigação, conforme o apresentado por IBANES-NOVION, 1981, observamos que tanto os índices de abordagem que os auxiliares fizeram sobre as duas 'medicinas', como os índices de uso que os usuários referem fazer destas são distintos, indicando que para esta população deve haver uma distinção entre "Medicina Caseira" e "Medicina Tradicional", conforme indica a literatura.

Com estas diferenças de índices, entre o uso que a população faz da "Medicina Caseira" e da "Medicina Tradicional" e a abordagem dos auxiliares sobre estes assuntos com a

população, não encontraríamos respaldo para explicá-las por uma diferença de significado entre as concepções da população e as dos auxiliares, dado que a origem de ambos é comum. Neste caso o processo de treinamento realizado por profissionais preparados no âmbito da "Medicina Ocidental", com posições contraditórias e até preconceituosas a respeito da "Medicina Caseira" e "Medicina Tradicional", conforme está apresentado no estudo sobre as variáveis antecedentes dos professores, além de que, estes professores, tanto no ensino como alguns deles durante o trabalho, são superiores hierárquicos dos auxiliares de saúde, nos faz refletir sobre a influência da ideologia dos professores e supervisores no ensino, na supervisão e no acompanhamento do trabalho dos auxiliares. Também concluímos que o programa de ensino, altamente tecnicista, conduz a que os auxiliares deixem para um segundo plano sua "Medicina Tradicional" e sua "Medicina Caseira".

Os tipos de profissionais da "Medicina Tradicional" procurados pelos usuários foram predominantemente as parteiras e as benzedeiras, com variações importantes entre as localidades, pois no Praieiro, bairro de baixa renda localizado numa região de bairros de nível sócio-econômico alto, a procura de parteiras apresentou o índice mais baixo da investigação, conforme está apresentado na Tabela 46. Já associando a alta utilização de parteiras com as precárias condições de oferta de leitos hospitalares para a população de baixa renda e não coberta por seguro-saúde, na cidade de Cuiabá, verificamos que a manutenção de alta procura de parteiras é um recurso que esta população utiliza dado suas condições concretas, portanto a utilização de parteiras apresenta um significado imediatamente apreensível e que ultrapassa a tradição.

Pela investigação realizada sobre o tipo de trabalho do agente, sua atuação no interior dos domicílios e a postura que apresenta em relação ao campo sócio-cultural podemos observar que, de acordo com a categorização apresentada na introdução acerca do trabalho de agentes extensionistas, os auxiliares de saúde deste programa, em seu trabalho: prestam atendimento elementar à saúde de acordo com a concepção médica proposta nos programas de Medicina Comunitária; mantêm um tipo de relacionamento com os usuários, em relação à "Medicina Caseira" e a "Medicina Tradicional" utilizadas por estes, não

conflituoso, mas reservado; não apresentam postura que possa caracterizar seu trabalho como uma atividade crítica e que revele os conflitos entre "interesses de sistema" e "interesses populares" e que busque uma reorientação da atenção e saúde dominante. Portanto, a suposta intencionalidade da abordagem específica da "Medicina Tradicional" e da "Ação Comunitária", durante o treinamento, não é refletida no trabalho dos agentes de um modo que estes identifiquem-se com os valores e práticas da população. Portanto, segundo a classificação da introdução sobre o trabalho de auxiliares de saúde, o trabalho dos agentes deste programa pode ser classificado na categoria 3, sem os elementos críticos, e sem os elementos que demonstraram sua identificação com os "valores populares".

Pelos resultados acima analisados verificamos tanto a importância do nível de determinação institucional como do nível de determinação educacional sobre o trabalho dos agentes. A nível da instituição a posição dos superiores hierárquicos não reforçou o uso de tecnologia popular em saúde, nem o discurso da participação comunitária. A nível do programa educacional a postura altamente tecnicista para a abordagem dos problemas de saúde, sem elementos críticos acerca da realidade social, contribuiu para que o discurso da utilização da tecnologia popular em saúde, e da participação comunitária sucumbisse ante os encargos técnicos. Assim, nem mesmo o discurso muito aceito pelas instituições oficiais de necessidade de valorização do conhecimento popular em saúde e da participação comunitária, que foram enfocados em tópicos específicos do programa, não se fizeram presentes na prática do agente de modo decisivo.

Os resultados da análise dos produtos do ensino demonstram uma compatibilização entre a concepção político-ideológica do Programa de Ações Básicas de Saúde, esboçado na linha dos programas de Medicina Comunitária, com um Programa de Ensino de agentes extensionistas tecnicistas, que privilegia áreas de conhecimento em saúde, que segmenta o conhecimento em objetivos a nível técnico, que apresenta um nível conceitual restrito à solução técnica dos problemas de Saúde e que distancia a solução dos problemas da totalidade que os envolve.

Os resultados da investigação demonstram uma coerência da prática do agente com o programa de ensino. Isso nos leva a concluir que neste caso o programa de ensino, propos-

to numa concepção tecnicista, com conteúdos delimitados, não sofreu interferência do processo de ensino que alterasse sua conformação mas, no processo de ensino a educação não-formal e a realidade das comunidades não tiveram interferência e contribuíram, através da manipulação técnica, para os resultados encontrados.

Além disso, podemos supor que o grande direcionamento do programa de ensino estudado para um campo de aplicação em técnicas de saúde, a nível elementar, levando o auxiliar a apresentar-se distanciado dos valores da população que, superadas as condições atuais e este tipo de tecnologia elementar não sendo mais necessária, dado, por exemplo, as mudanças ao nível sócio-econômico da população ou, à implantação de uma boa rede de serviços básicos de saúde com outro tipo de proposta, tal como, postos de saúde, esses auxiliares poderão tornar-se obsoletos. Portanto, verificamos que o direcionamento do tipo de proposta educacional estudada a coloca no campo crítico formulado por OLIVEIRA LIMA, 1980, levantado no Referencial Teórico e faz-nos perguntar novamente: "Como jogar fora o homem cujo "know-how" obsoleceu? Os mais simplistas poderiam responder, reciclando-os, mas, a reciclagem exigiria mudança de tecnologia educacional, ou reciclagens sucessivas, o que no interior dos serviços torna-se quase impossível. Os serviços colocando-se relacionados diretamente com sua atividade fim, ou seja, produzir serviços, dificilmente mantêm uma política de reciclagem de pessoal, utilizando largamente do "jogar fora" e da substituição por novos elementos disponíveis no mercado de trabalho.

Dessa forma, a questão da formação voltada para a realidade social, dinâmica permanece aberta diante do programa de ensino estudado.

- 3º CAPÍTULO -

ANÁLISE E DISCUSSÃO SOBRE A FORMAÇÃO DE  
AGENTES EXTENSIONISTAS EM UM PROGRAMA DE  
AÇÕES: BÁSICAS DE SAÚDE

## 1.1.0. ANÁLISE E DISCUSSÃO

No referencial teórico situamos os programas de extensão de serviços de saúde no interior das políticas sociais e verificamos que para enfrentar certos problemas apresentados pela população, os governos lançam mão de políticas sociais que articulam, em sua globalidade, várias áreas de prestação de serviços e dentre estas a atenção à saúde.

Dentre os programas de saúde decorrentes das políticas sociais, alguns buscam estender a outras camadas sociais, os serviços já existentes e utilizados por grupos restritos.

Nos programas de extensão de serviços alguns se propõem a utilizar pessoal auxiliar para viabilizar a extensão. Para isto toda uma proposta de atuação é delineada baseando-se em postulados da saúde pública, medicina preventiva, medicina social e ciências sociais. A partir destes postulados gerais esboça-se o campo de trabalho, os limites da atuação, os recursos necessários para que o agente desempenhe suas funções, enfim estabelece-se a estrutura do programa. Em última instância lança-se mão de uma concepção educacional para a preparação dos agentes. A partir do treinamento espera-se que os agentes possam exercer seu papel no interior da equipe de saúde e dos serviços.

Além das condições acima citadas, para se chegar a uma definição concreta de um programa de extensão de serviços de saúde e de formação de agentes extensionistas é necessário que os programas tenham legitimação política, pois não ocorrem em uma abstração, mas em uma sociedade específica, e será esta sociedade, com dada concepção de Política Social, dado conhecimento médico hegemônico e dadas condições políticas que fornecerá o suporte para algumas propostas e não para outras.

Na formação dos agentes extensionistas da FEBEMAT verificamos que a Caracterização Crítica do Programa e os três estudos realizados revelaram vários níveis de determinação que atuaram como condicionantes político-ideológicos do processo de ensino realizado.

Para uma interpretação do processo de ensino, a partir dos indicadores definidos no referencial teórico, é importante que tenhamos claro os vários condicionantes em todos os níveis.

No Programa de Ações Básicas de Saúde da FEBEMAT ob-

servamos que o planejamento e o estabelecimento do Modelo adotado de Ações Básicas atuaram como condicionantes para um tipo de formação dos agentes extensionistas desse Programa.

A nível de planejamento observamos que: a decisão de se estabelecer um programa de atendimento à população da periferia urbana resultou de um critério político numa determinada postura de Política Social. A partir desse mesmo tipo de critério foram estabelecidas as áreas e os locais de atendimento.

Além disso, dos postulados decorrentes desse critério político, um tipo de abordagem etnocêntrica e autoritária foi utilizada pela Instituição ao etiquetar os locais que selecionou para o atendimento.

Isso verificamos quando a Instituição partiu de "áreas-foco" como locais em que vivem populações que apresentam alto índice de "situações-problema". Estas áreas foram identificadas como campos que necessitavam de uma intervenção imediata para tentar suprimir "situações-problemas" que conduziriam ao agravamento das condições de vida dessas populações.

A tomada de decisão sobre o estabelecimento do programa e o tipo de planejamento utilizado para o estabelecimento da proposta além de autoritários, buscou manipular as instituições estaduais e locais a implantar e executar programas tecnocráticos estabelecidos por órgãos federais, como se fossem delineados a nível estadual. Isso foi tentado a partir do momento em que num Seminário de planejamento, coincidentemente, quase todos os programas que compõem o Plano de atenção definido no Seminário correspondiam a versões, com outro nome, dos Programas dos órgãos federais.

Também o modelo de Ações Básicas de Saúde adotado apresentou vários condicionantes que influenciaram na definição do programa de formação dos agentes extensionistas. Isso ocorre ao terem sido as Ações Básicas de Saúde delineadas a partir de um modelo onde foram estabelecidos tecnicamente: (1) os critérios de cobertura da população; (2) o perfil do agente; (3) as atribuições do agente, (4) o tipo de serviços que o agente devia realizar.

Além de tecnocrático, o modelo das Ações Básicas de Saúde foi manipulador, na medida em que lançou mão de um diagnóstico comunitário, onde a população foi consultada, para iden



tificar as reivindicações da população e preparar a implantação do programa de forma manipulativa com esses dados, sem alterá-lo.

No modelo proposto para as Ações Básicas de Saúde, o fato do perfil do auxiliar caracterizá-lo como um agente que deveria ter comunicação horizontal com a população constituiu-se em mais um fator manipulador na medida em que ao lado desse tipo de comunicação o agente não necessitaria necessariamente ser identificado como elemento capaz de lutar pelos interesses e valores da comunidade.

Dessa forma, podemos observar que vários condicionantes do planejamento e do Modelo de Ações estiveram presentes no estabelecimento do programa de formação dos agentes.

Sobre o Programa de Ensino utilizado no treinamento verificamos que: (1) foi um programa eminentemente técnico; (2) selecionou áreas do conhecimento sobre saúde, compatíveis com problemas de populações que têm más condições de vida, por prioridades técnicas; (3) utilizou tecnologia educacional por objetivos, onde os objetivos e o nível do conhecimento foram previamente definidos; (4) selecionou objetivos a nível eminentemente técnico que não ofereceram campo para reflexão sobre os determinantes sociais dos problemas; (5) veiculou conceitos, no conteúdo do ensino, desprovidos do sentido crítico e desvinculados da totalidade social onde seriam aplicados; (6) utilizou de estratégia de treinamento em serviço sem a reflexão prévia acerca da realidade social onde este ocorreria, desta forma o treinamento em serviço teve mais apelo emocional que reflexivo.

Analisando a apresentação do programa de ensino verificamos que este apresenta as Unidades identificadas com grandes áreas do conhecimento. Essa simplificação adotada na abordagem do conhecimento tem aspectos limitadores para um programa que pretende atender a uma prática concreta. O pedagogo TOLEDO PINTO, 1977, aponta os males desse tipo de simplificação para a escola formal que, para o programa em estudo redobram-se. Diz esse pedagogo: "Outro exemplo de simplificação, seguramente equívocado, pelo menos na maneira como se usa tradicionalmente é a divisão do currículo em segmentos epistemológicos, em função de uma sistematização sobrevalorizada da aprendizagem cognitiva e em prejuízo de outros aspectos, não

menos importantes, do desenvolvimento pessoal. Em qualquer hipótese, o que se quer com isso é dissociar os múltiplos aspectos constitutivos dos fenômenos, já por sua vez destacados do "continuum" que é a realidade, para torná-los pretensamente mais acessíveis às possibilidades dos aprendizes".

Além dessa simplificação que destaca o conhecimento da realidade, o programa de ensino apresentou uma dupla segmentação deste conhecimento selecionado, que teve o mesmo sentido da busca de acessibilidade ao conhecimento e o mesmo empobrecimento constatado na observação anterior. Essa dupla segmentação constituiu-se da decodificação da área de conhecimento em objetivos instrucionais e destes em operações.

Além desta segmentação simplificadora que distancia da realidade, os objetivos foram definidos em um nível eminentemente técnico sem levar em consideração a compreensão da realidade social, . . .

A partir daí, já pelo nível dos objetivos, podemos tirar conclusões sobre a função do programa de ensino.

Como coloca TOLEDO PINTO, 1977: "As funções da educação escolar são os critérios para selecionar objetivos. Os objetivos são especificações das funções. A legitimidade, propriedade, correção e importância de qualquer objetivo que nos possa ocorrer são apreciados em referência àquelas funções. Sem esta relação, qualquer objetivo pode ser aceito ou rejeitado, igualmente. A decisão tornar-se-ia ocasional, esvaziando-se da intencionalidade natural aos objetivos e do compromisso destes com a superação do presente".

Portanto, com base na homogeneidade do nível técnico dos objetivos, tanto a nível sanitário quanto educacional, voltados para a instrumentalização de uma ação sanitária ou educativa julgamos que a função geral do programa de ensino foi a de preparar os agentes para intervir sobre problemas de saúde com a perspectiva técnica, tal como aceita pelos serviços hegemônicos de saúde, sem considerar a origem social dos problemas de saúde. Para isso utiliza o "discurso competente" da técnica.

No entanto, mesmo com um planejamento, um modelo de serviços e um programa de ensino comprometidos com uma dada perspectiva ideológica, não aceitamos que o resultado de sua

aplicação seja mecânico sobre os seres humanos que passam pelo processo de ensino e que o processo de ensino constitui-se em um nível próprio de determinação político-ideológica, é o momento da interação professor-aluno. E além disso, a realidade continua presente antes, durante e depois do processo de formação.

A análise do processo, direta e indireta, pode complementar o sentido da aplicação do Programa de Ensino, nas condições dadas. Mas antes de passarmos ao processo de ensino, nestas condições, além da decisão política, do planejamento e do modelo de serviços e do programa de ensino, consideramos também como parte das condições prévias a entrada dos alunos e a seleção e características dos professores.

A partir do enfoque geral, que norteou o planejamento do Programa de Ações Básicas de Saúde e de Ensino, observamos que a seleção de alunos e professores para a participação do processo de ensino foi predominantemente técnica. Os alunos foram selecionados a partir de critérios de programas semelhantes ao que ia ser desenvolvido e os professores por capacidade técnica em relação às áreas de conhecimento abrangidas pelo Programa de Ensino.

Apesar da presença da comunidade na seleção pois, a comunidade foi convocada para indicar candidatos a auxiliares de saúde, pelas variáveis observadas não identificamos uma influência marcante de características específicas de uma indicação comunitária no grupo de alunos. Podemos também identificar nessa convocação da comunidade uma estratégia de preparação prévia para a introdução dos serviços que seriam prestados pelos auxiliares.

Portanto, tanto a entrada dos alunos com o grupo de professores apresentaram características semelhantes à proposta em geral, podendo ser enquadradas como passos que buscaram viabilizar a aplicação do Programa de Ensino tal como foi proposto.

O processo de ensino percebido pelos professores não demonstrou qualquer alteração importante no sentido político-ideológico do programa de ensino proposto. O complemento de conteúdo, as mudanças em experiências de aprendizagem, o aumento de tempo de ensino para certos tópicos tiveram o sentido de conseguir com que se introduzisse mais adequadamente o pro-

ograma proposto.

Nesse processo de ensino a utilização da estratégia de seu desenvolvimento na própria comunidade e realizando treinamento em serviço com a comunidade, não exigiu modificações da forma e do conteúdo do programa, apenas exigiu mais explicitação de certos termos técnicos e a repetição de certos exercícios para aquisição da habilidade desejada.

Portanto, os professores não observaram inadequações da proposta em geral com a realidade social que envolveu o processo e esta realidade não impressionou de forma decisiva o processo, através dos alunos, de modo a que se questionasse a via que o programa de ensino propõe para a resolução dos problemas sócio-sanitários da comunidade.

Essa relativa impermeabilidade do processo imputamos, em parte, à coerência ideológica do programa de ensino pois, este com o detalhamento progressivo das ações forneceu uma visão homogênea para respostas aos problemas, sem deixar grandes brechas para questionamentos. Aqui a coerência ideológica tem o sentido apresentado por CHAUÍ, 1981, que já foi discutido: "a ideologia é: a maneira necessária pela qual os agentes sociais representam para si mesmos o aparecer social, econômico e político, de tal sorte que essa aparência (que não devemos simplesmente tomar como sinônimo de ilusão ou falsidade), por ser o modo imediato e abstrato de manifestação do processo histórico, é o ocultamento ou a dissimulação do real".

Já dissemos que a impermeabilidade do processo pode ser considerada em parte de responsabilidade do Programa de Ensino porque os seres humanos envolvidos nele não haveriam de perceber seu compromisso ideológico, para não identificar nele a ausência da origem social dos problemas. Assim, observamos que a equipe de professores, além de não ter apresentado característica ideológica distinta, por sua origem de classe e por sua formação acadêmica deve, em grande parte, ter esposado a visão tecnicista do programa, a ponto de não identificar a dissimulação da realidade social em seu interior.

Os alunos originários de populações que não participam dos processos mais avançados de luta do proletariado e parte de uma população massacrada pelos problemas da miséria, da fome, da habitação precária, certamente não tiveram elementos para contestar os professores quanto ao fulcro ideológico

do Programa de Ensino.

Resta-nos ainda verificar o grau de assimilação da proposta político-ideológica do Programa pelos alunos, através de sua prática.

Como observamos pelo resultado da investigação dos produtos do processo de ensino, a prática do agente foi coerente com a proposta político-ideológica do programa, considerando que essa prática tem dupla determinação para que isso ocorra: (1) o processo de ensino a que foram submetidos para instrumentalizá-los, (2) a vinculação institucional de seu trabalho à instituição que participou da explicitação do Programa de Ações Básicas de Saúde e dos instrumentos para sua implantação.

Como conclusão do acima exposto, se considerarmos como o "significado do ato" (PAIVA, 1971) o discurso expresso no Programa de Ações Básicas de Saúde e no Programa de Ensino e como "significado da ação", a interpretação político-ideológica dos resultados do processo de ensino diríamos que o discurso da técnica dos agentes sociais, como significado do ato é instrumentalizado a nível do "significado da ação" e ambos apresentam um engajamento "sistêmico" e institucional.

Desta forma, concluímos que de acordo com os indicadores selecionados para estudo poderíamos dizer que, como programa de Educação Popular pode ser considerado do primeiro tipo da classificação de BRANDÃO, 1980, pois, foi um programa que visou muito mais "uma atualização da vigência de um sistema atual de relações, reproduzindo, através do saber e dos valores que transmitem - de uma classe social a outras - uma força de trabalho instrumentalizada e valores de sistema reatualizados" ; do ponto de vista da utilização da tecnologia popular pode ser considerado um programa que propicia, com o tempo, o abandono de seu uso pela população, por apresentar um discurso e uma prática comprometida com o aumento do espaço gradativo de aplicação da tecnologia hegemônica de saúde, através dos agentes que atuam na comunidade; do ponto de vista da participação social pode ser considerado no grupo dos projetos que separam a participação social da participação política, buscando legitimar o "status quo" das relações sociais entre as classes, através da ilusão da participação, com a oferta da possibilidade de participação no consumo de um tipo de serviço técnico semelhante ao

consumido pelas classes dominantes, pelo menos semelhante a nível de discurso.

Nestas condições o processo de ensino, desenvolvido no âmbito de uma Instituição vinculada ao Estado, utilizando metodologia da educação não-formal, não conseguiu vencer as determinações sistêmicas e não conseguiu instrumentalizar os agentes para que sua ação fosse desenvolvida primordialmente comprometida com os valores das camadas atendidas. O programa de ensino limitou-se a viabilizar uma participação da população a nível de consumo de serviços elementares de saúde, a nível de acessoria dos técnicos na seleção de pessoal auxiliar e na cessão de locais provisórios para o ensino ou funcionamento do programa. Portanto o tipo de participação que possibilita pode ser caracterizado, segundo AMANN, 1981, como uma participação limitada ao nível do social, ficando descartada uma participação política que seria efetivada com a participação nas tomadas de decisões e no estabelecimento das prioridades.

A possibilidade para que a atuação do auxiliar rompesse com o assistencialismo e o paternalismo, da Política Social na qual este programa está inserido, e se apresentasse como uma ação alternativa que representasse uma possibilidade de colaboração na reorganização da atenção à saúde não ocorreu efetivamente, pois, dependeria muito de mudanças de orientação político-ideológicas na Instituição que executa o programa. Se essas mudanças ocorressem, no sentido de optar pelos valores populares antes que os sistêmicos, os elementos dinâmicos, internos ao programa, tais como a educação continuada em serviço dos auxiliares, poderiam ser utilizados para se realizar a aproximação do programa aos interesses e valores da população.

Algumas expectativas de mudanças institucionais poderiam ser presumidas pelo discurso oficial do Governo.

Verificamos que houve um movimento progressivo no discurso referente às Políticas Sociais do Estado Brasileiro. O III PND, 1980, no que refere aos Setores Sociais já identifica a necessidade de "superação das tendências assistencialistas, residuais e seletivas das políticas sociais" e para superar essa situação propõe que "é preciso que não se perca de vista a participação econômica e política da população pobre". Isso é considerado como necessário para "a redução das desigualdades so -

ciais, concretizadas na obtenção de um ritmo acelerado e sustentado de diminuição dos níveis de pobreza". (pg. 68).

No setor de Saúde e Previdência Social o III PND propõe políticas articulando o Ministério da Saúde e Previdência Social com o sentido de "ampliar e melhorar os serviços de saúde pública, intensificando o combate às endemias e fortalecendo as atividades relacionadas com a medicina preventiva". Propõe ainda, o III PND, "... o aumento da cobertura com atendimento hierarquizado, desde cuidados primários até a internação hospitalar, a nova política de saúde deverá ajustar-se às condições nosológicas e sócio-econômicas das várias regiões do país". (pg. 70 e 71).

No entanto, apesar do discurso mais globalizante do III PND, propostas como Prev-Saúde, que buscam implementar uma política consonante com sua orientação, não saíram do nível de projetos e não passaram das salas de reuniões e discussões para a prática.

No mesmo período, na vigência do III PND, verificou-se a manutenção e ampliação do credenciamento da rede privada de atenção à saúde pelo INAMPS, com as mesmas características de serviços pulverizados e não coordenados. Ao lado desses a manutenção dos mesmos programas das Políticas Sociais que foram descritos no referencial teórico desta investigação, tais como: PIASS, Programa Nacional de Bem Estar do Menor, PRONAN, etc.

Algumas mudanças podem ser detectadas em outras áreas sociais relacionadas ao III PND, tais como: (1) a mudança na política salarial; (2) o privilegiamento dos programas de educação fundamental no MEC e a criação do PRODASEC e PRONASEC, dentre outros.

No entanto, na área de saúde continuam válidas todas as críticas à Política Social vigente no Brasil desde o II PND, apesar do discurso inovador.

Com a manutenção do atual tipo de Política Social a possibilidade dessa mudança institucional dificilmente ocorrerá, pois não estaria isolada de uma mudança na orientação política do Estado que financia e contém a Instituição. Essas mudanças seriam mais o resultado de um processo contínuo de concretização da participação democrática, em todos os níveis, do que a decisão unilateral de administradores esclarecidos. Neste sentido as mudanças no Programa de Ações Básicas teriam de

ser compreendidas como o estabelecimento de uma 'prática crítica em saúde' e nesse sentido estaria articulada com toda uma transformação da medicina e da sociedade. Neste sentido coloca GONÇALVES, 1979: "... não há medicina a liberar através de modificações da estrutura social, nem tampouco fora de e antes dessas modificações: a prática crítica no campo da saúde ou bem faz parte do conjunto das práticas que promovem ao mesmo tempo histórico e modificação global da estrutura, e nesse sentido não há liberação a promover, mas antes se trata de criação nova - ou é apenas uma crítica parcial.

Desta forma verificamos que o não comprometimento sistêmico dos resultados do ensino não se relaciona somente ao método de ensino utilizado mas vincula-se também à própria origem da proposta de Ações Básicas de Saúde e à sua inserção institucional.

Em uma análise de PAIVA & PEREIRA, 1981, sobre a Política Social no Brasil verificamos uma concordância com as evidências do presente trabalho. Colocam essas autoras: "Em lugar de um ataque direto à pobreza, através de mecanismos raciais de política econômica e social, privilegiam-se formas indiretas de complementação de renda que, no fundo, funcionam como doações e, como tais, de efeitos promocionais nulos. O trabalho educativo que acompanha tais medidas tem, a priori, uma concepção nitidamente etnocêntrica; a erradicação da desigualdade social não está em pauta das preocupações oficiais. O que se deseja, de fato, é, por via da socialização - ensinar o pobre a aceitar e respeitar os valores dominantes e a fazer deles o paradigma de suas aspirações. Para tanto criaram-se instrumentos, "modelos" de assistência e modalidades de atendimento que, como medidas "preventivas", deveriam evitar a marginalização do pobre e integrá-lo no sistema social".

A constatação do que foi aqui evidenciado em um programa em particular, com variações técnicas, vem ocorrendo frequentemente com os planos de instalação de creches em periferias, postos de saúde periféricos, centros de lazer, etc., como pode ser observado nos vários planos decorrentes da Política Social em vigor analisada por PAIVA & PEREIRA, 1981. Os grupos dominantes apropriando o discurso do social e propondo para intervenção neste campo soluções técnicas "preventivas" ou



de "massa" oferecem, a essas camadas, um tipo de participação no consumo de serviços de massa ou básicos sem qualquer alteração na estrutura dos serviços ou da estrutura de distribuição de renda da sociedade.

Portanto observamos que esse tipo de Política Social é desenvolvida totalmente alheia à participação política efetiva das "populações-alvo".

A redefinição destas práticas e a criação de novas, de acordo com nosso estudo, tem vários níveis de determinação. Como colocamos, quando abordamos a perspectiva de alteração da medicina, não veríamos essa redefinição isolada em cada nível mas, ocorrendo de forma articulada em cada qual.

Assim, não nos colocamos ao lado dos que têm uma visão muito rígida na qual há que se esperar a alteração do nível de determinação político que influe nos demais.

Julgamos que numa proposta dessa natureza, mudanças podem ser realizadas nos vários níveis de determinação: (1) político, (2) planejamento, (3) educacional, (4) administrativo; etc., com avanços parciais que podem ser realizados no sentido de ampliar o espaço crítico a cada nível.

Mais especificamente, quanto ao campo aqui estudado, o nível educacional comportaria várias alterações que poderiam ser realizadas no sentido de ampliar a visão crítica dos auxiliares de saúde e o comprometimento de suas ações com os "valores populares".

Algumas linhas pedagógicas adotadas indicariam mudanças em sentido diverso. No sentido da proposta de TOLEDO PINTO, 1977, poder-se-ia selecionar os objetivos de acordo com uma postura crítica, no sentido de que esses expressassem rumos transformadores para as relações sociais. Simplificando o que coloca esse autor, diríamos que a questão seria da seleção adequada dos objetivos. Para isso, propõe que se faça sondagens para estabelecer dos objetivos, sondagens essas que ultrapassem o nível da motivação e habilidades dos alunos e que busquem determinantes ambientais. Na proposta desse pedagogo caberia ao professor estabelecer a seleção entre os elementos ambientais e individuais que indicariam o tipo e o nível dos objetivos.

No sentido da proposta de PAULO FREIRE, 1974, poder-se-ia lançar mão da "educação dialógica", através de "temas geradores" explorados em profundidade por educadores e e-

educandos em todos os seus aspectos, ampliando significativamente o nível crítico da educação. Neste caso não se elaboraria a educação com objetivos definidos e escolhidos e decodificados pelo educador ou pelo programador educacional mas, o processo de ensino seria realizado em conjunto por educadores e educandos.

Outra vertente importante quanto à questão de elaboração de programas pedagógicos para a formação de auxiliares de saúde seriam as contribuições da "pedagogia do trabalho". Essa corrente pedagógica busca ir além da questão de um método para execução do ensino próximo às condições de trabalho, como a educação não-formal, e, busca a compreensão e a participação dos elementos sociais que compõem o trabalho no treinamento.

Nessa linha está toda a revisão educacional realizada por ROSSI-1, 1981 e ROSSI-2, 1981 onde são apresentadas as propostas de "pedagogia de trabalho" de várias correntes pedagógicas, principalmente aquelas ligadas à experiência revolucionária.

Logicamente que identificamos diferenças entre essas propostas, como por exemplo entre a TOLEDO PINTO, 1977 e a de PAULO FREIRE, 1974, pois em TOLEDO PINTO, 1977 a autoridade do educador e do programador permanece quase intacta, em relação às propostas do gênero da que foi aqui estudada. Já na proposta de PAULO FREIRE, 1974, o professor e a técnica têm que estar a serviço do processo e a ele se curvar, na medida em que educadores e educandos exploram juntos o universo compreendido pelo "tema gerador". Portanto, uma proposta do tipo da de PAULO FREIRE, 1974, pressupõe a aceitação prévia da participação política do educando no processo educacional.

Não vemos meios de propor uma aplicação imediata de outros métodos de educação de agentes extensionistas, tais como os de TOLEDO PINTO, 1977 e PAULO FREIRE, 1974, para outras realidades institucionais, a partir do estudo de caso das Ações Básicas de Saúde da FEBEMAT.

No entanto, julgamos importante utilizar o estudo de caso aqui investigado para a reflexão ao se propor novos programas do gênero.

No estudo de caso aqui analisado temos elementos para refletir sobre várias questões imediatamente vinculadas ao nível educacional, além do método educacional selecionado.

Por exemplo, verificamos a importância da posição da

equipe de professores pois, esta constituir-se-á no polo imediato que interage com os alunos no processo, independente do método adotado.

Mesmo não pretendendo validar uma generalização externa universal para programas do gênero, com as análises aqui realizadas, julgamos que essas nos fornecem elementos para reflexão sobre programas do gênero, propostos em condições semelhantes a essa.

Uma afirmação que encontramos sobre a formação de agentes extensionistas, em um debate sobre o PREV-SAÚDE, poderia demonstrar o grau de generalização que fariamos para uma questão desse tipo em realidade semelhante.

Disse a professora Maria do Carmo Lessa Guimarães, na SBPC, 1981: "Se uma atendente sabia curar seu filho de uma di-senteria de uma determinada maneira, após o treinamento, que não leva em conta as características sócio-culturais do indivíduo, ela passará a fazê-lo como nos grandes centros, com comprimidos industrializados. Isso abre, evidentemente, novos mercados para a indústria farmacêutica" (Folha de São Paulo, 16 de julho de 1981, pg. 14).

Com base nesta investigação ampliamos as críticas da prof<sup>a</sup> Guimarães, dizendo que: se programas dessa natureza não forem realizados levando em conta as características sócio-culturais da população e seus interesses, e não forem realizados através de instituições democráticas, comprometidas com os valores da população, os agentes estarão simplesmente estendendo uma forma de ideologia sobre saúde/doença, com suas técnicas e instrumentos, de certas camadas da população e outras, e abrindo novos mercados para as técnicas e instrumentos de cura da medicina hegemônica.

Com isso não queremos invalidar a hipótese de um estudo controle do por nós estudado, ou seja, de que se ao mesmo tempo e nas mesmas condições houvesse sido desenvolvido um programa educacional crítico este não pudesse ter conduzido a resultado diverso. No entanto, em condições reais e não experimentais, é difícil de se conceber o desenvolvimento de uma proposta educacional totalmente em contraposição à ideologia dominante, daí que incluímos em nossa afirmação anterior a necessidade da introdução do nível de determinação institucional e pelo menos, ao pensarmos na ampliação viável do nível crítico em um novo tipo de proposta educacional, que não conduza à constitui-

ção de um dos muitos programas educacionais implantados em condições políticas adversas, e que têm duração efêmera.

### 1.1 CONCLUSÕES

Com a presente investigação concluímos que este programa de formação de agentes extensionistas em saúde, elaborado a partir de pressupostos político-institucionais autoritários, assistencialistas e eminentemente tecnicistas, apresentou todas as condições para a formação dos agentes numa perspectiva político-ideológica que serve a uma reatualização de "valores de sistema".

A metodologia de educação não-formal utilizada no programa não foi suficiente para que o processo de ensino resultasse em uma "prática crítica" e fosse comprometido com "valores populares" e ao mesmo tempo este processo de ensino, realizado segundo o modelo geral proposto, não encontrou reação de resistência nos alunos e na comunidade que pudessem alterar significativamente os seus rumos.

Desta forma, (1) a Educação Não-Formal, sem uma postura político-ideológico crítica, representou uma estratégia utilizada para facilitar o ensino a um grupo heterogêneo de alunos, buscando aproximar um conteúdo abstrato e especializado, das condições concretas para a sua compreensão pelos alunos; (2) a Tecnologia Popular em Saúde foi introduzida, reconhecida e aceita pelo programa sem que esse se comprometesse mais profundamente com sua valorização e seu uso e somente, a sua introdução na formação dos agentes, representou uma tomada de consciência da presença de um outro tipo de tecnologia em saúde na comunidade, ao lado da que os agentes executariam, para que, ao ocuparem espaços semelhantes não entrassem em conflito por este espaço; (3) como programa de Educação Popular, programa voltado para classes populares, se apresentou dentre aqueles que utilizam o conhecimento e o saber para difundir "valores de sistema" reatualizados, buscando a manutenção de todo um sistema de relações sociais pré-existentes na realidade social; (4) o comprometimento com "valores de sistema" teve determinação político-ideológica expressas no programa educacional, no processo de ensino e na ação dos agentes; (5) como programas que se propõem a propiciar um tipo de "participação social", se colo-

ção dentre aqueles que segmentam a "participação social", da "participação política", conduzindo a que esse se transformasse em manipulação e concretamente se apresentasse como participação no consumo de um tipo de serviço elementar e técnico de saúde.

Portanto, a formação dos agentes extensionistas deste programa constituiu-se na preparação de um tipo de agente habilitado para executar um tipo de serviço elementar em saúde, delimitado no campo da "Medicina Ocidental", que representa uma extensão de serviços básicos de saúde, de baixo custo e baixa incorporação de tecnologia, a populações 'marginais', sem que fosse necessário alterar a estrutura dos serviços hegemônicos de saúde e ao mesmo tempo sem entrar declaradamente em choque com as práticas populares em saúde.

BIBLIOGRAFIA

- AMMANN, S.B. - "Participação Social" - São Paulo - Cortez & Moraes Ltda, 1980.
- AMMANN, S.B. - "Considerações Críticas sobre o Conceito de Participação" - em Serviço Social e Sociedade nº 5 - Cortez Editora, 1981.
- AZEVEDO, A.C.; Gramacho, D.; Manzano, M.L.; Tauil, P.L. - "Integração dos Serviços de Saúde a Nível Periférico: Experiência da Comunidade da Amazônia, Brasil" - Rev. Saúde públ., São Paulo - 7: 389-403, 1973.
- BARBOSA, F.A.S. - "Um Modelo Para Prestação de Serviços de Saúde a Nível Periférico, com Ênfase em Saúde Familiar" mimeo. - Planaltina/DF, 1975.
- BARBOSA, F.A.S.; Quintas, J.B.; Meirelles, S.M.P. - "Programa Integrado de Saúde Comunitária do Médio Araguaia - PISCMA mimeo. Aragarças/GO, 1977.
- BAYOON, A.S.; Tenderini, M.D.; Faria, W.N. - "Serviço Social e Participação Popular" - São Paulo - Edições Loyola, 1980.
- BRANDÃO, C.R. - "Da Educação Fundamental ao Fundamental da Educação" - em Cadernos do CEDES nº 1, 1980.
- BRANDÃO, C.R.; Aarão Reis, S. - "Tecnologia Alternativa, Educação e Saber" - Seminário Sobre Tecnologia Alternativa - MEC, PRODASEC, CNPq, SUDENE - Salvador/Bahia, 1982.
- BUNGE, M. - "Ciência e Desenvolvimento", Belo Horizonte; Ed. Itatiaia; São Paulo; Ed. da Universidade de São Paulo, 1980.
- BEZERRA, A.; Brandão, C.R.; Wanderley, L.E.W.; Freire, P.; Garcia, P.B.; Manfredi, S.M.; Paiva, V.P. - "A Questão da Educação Popular" - São Paulo - Brasiliense, 1980.
- BREMBECK, C.S. - "Formal Education, Non-Formal Education and Expanded Conceptions of Development" - Michigan/USA - Non-Formal Education Information Center, Michigan State University, 1978.

- CHAUI, M. "Cultura e Democracia: o discurso competente e outras palavras", 2ª ed. São Paulo: Ed. Moderna, 1981.
- "CRONICA DE LA OMS - "Formación en Asistencia a la Madre y al Niño", 33: 371-376, 1979.
- DELGADO, M.; Lechtig, A.; Matorell, R.; Klein, R. - "Aplicación de Técnicas Simplificadas a Programas de Salud Materno Infantil: Los Aspectos Nutricionales de Alto Riesgo" - Bol. Of. Sanit. Panamer. 84(4); 1978.
- DONOSO, G. - "Atención de Salud y Accion Comunitaria" - Cronica de la OMS, 32(3), 1978.
- FALEIROS, V.P. - "A Política Social do Estado Capitalista - Função da Previdência e da Assistência Sociais" - São Paulo - Cortez Editora, 1980.
- GONÇALVES, R.B. - "Medicina e História; Raízes do Trabalho Médico" - Dissertação de Mestrado, Área de Medicina Preventiva do Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo, 1979.
- GOLDBERG, M.A.; Souza, C.P. - "A Prática da Avaliação" - São Paulo - Cortez & Moraes, 1979.
- IBANES-NOVION, M.A. - "O Sistema Médico Tradicional do Nordeste do Estado de Minas Gerais" mimeo. 38ª Reunião da Sociedade de Brasileira para o Progresso da Ciência - Fortaleza, 1979.
- IBANES-NOVION, A.M.; Teixeira Ott, A.M.; Prado, S.M. - "Produção de Alimentos e Melhoria do Estado Nutricional em Áreas de Baixa Renda em Sergipe" - mimeo. - Relatório Final Associativo - Brasília, 1981.
- KLEINMAN, A. - "Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicina and Psychiatry" - University of California Press, 1980 em IBANES-NOVION, A.M.; Teixeira Ott, A.M.; Prado, S.M. - "Produção de Alimentos e Melhoria do Estado Nutricional em Áreas de Baixa Renda em Sergipe" mimeo. 1981.
- KLEIS, J.R.; Charles, L.L.; Mietus, J.R.; Tiapula, F.T.S. -

- Toward a Contextual Definition of Non-Formal Education" in' Non-Formal Education Papers n° 2 - Michigan/USA - Michigan State University, 1974.
- LEFORT, C. - "Elements pour une critique de la bureaucratie", Genebra Ed. Droz, 1971, p. 289. Em "Cultura e Democracia". 2ª Ed. Moderna, 1981.
- LEAVELL, M.: & CLARK, E.G. - "Medicina Preventiva" - São Paulo - Ed. Mc-Graw-Hill do Brasil, Ltda - 1977.
- LISBOA, A.M. - "Medicina Tradicional Chinesa" - 38ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência - Fortaleza, 1979.
- LOYOLA, M.A. - "A Medicina Popular" em Saúde e Medicina no Brasil: Contribuição para um Debate-organizado por Reinaldo Guimarães - Ed. Graal - Rio de Janeiro, 1978.
- LUZ, M.T. - "As Instituições Médicas no Brasil" - Rio de Janeiro - Ed. Graal, 1979.
- FEBEMAT - "Seminário de Integração de Órgãos Estaduais e Municipais de Atenção ao Menor - Cuiabá, Mato Grosso", 1979.
- "MEDICINA TRADICIONAL" - A Saúde do Mundo - Rev. da OMS - novembro de 1977 - Genebra, 1977.
- MEIRELLES, S.M.P.; Ventura, B.A.; Ribeiro, M.L.; Andrade, D. H.; Oliveira, N.M. - "Plano Integrado de Atenção ao Menor e Família - PIAMF" - 1º volume - FEBEMAT - Cuiabá, 1979.
- MEIRELLES, S.M.P.; Ventura, B.A.; Ribeiro, M.L.; Rodrigues, M. F.C.; Meirelles, M.V.; Dias, E.; Koeche, M.R. - "Plano Integrado de Atenção ao Menor e Família - PIAMF" - 2º volume - FEBEMAT - Cuiabá/MT, 1980.
- MEIRELLES, S.M.P. - "Plano Integrado de Atenção ao Menor e Família - PIAMF", 3º volume - mimeo. FEBEMAT - Cuiabá/MT, 1981.
- MEIRELLES, S.M.P. - "O Auxiliar de Síntese. Intermediário entre Sistemas Culturais", mimeo. Cuiabá, 1981.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA - "Programa Diversificado de Ação Comunitária - PRODAC" MOBRAL, Brasília, 1979.



MINISTÉRIO DA SAÚDE, "Programa de Formação de Atendentes de Unidade Mista" F/SESP, 1973.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - "Manual Para o Programa de Penetração Rural" Brasília, 1974.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - "Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste - PIASS", Brasília, 1977.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - "Guia Curricular para o Desenvolvimento de Atividades de Capacitação de Pessoal para a Saúde"-PIASS, Brasília, 1979.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL - "Plano de Integração do Menor e Família na Comunidade - PLIMEC" FUNABEM, Rio de Janeiro, 1976.

MORINIS, E.A. - "Dos Modos de Comprender la Enfermedad: el Tradicional y el científico" Crónica de la OMS - 32: 62-64, 1979.

NEWELL, K.W. - "La Salud por el Pueblo" - Organización Mundial de la Salud/OMS - Ginebra, 1975.

NUTTING, P.A.; Tirador, F.; Pamburr, A.W. - "Uma Metodologia Para Utilizar a los Auxiliares de Salud en la Atención Directa del Paciente" - Bol. Sanit, Panamer. 88: 19-33, 1980.

OLIVEIRA, LIMA, L. - "Mutações em Educação Segundo McLuhan" - Rio de Janeiro - Vozes, 1980.

PAIVA, V.P. - "Educação Popular e Educação de Adultos: Contribuição à História da Educação Brasileira" - São Paulo - Edições Loyola, 1973.

PAIVA, L.D.C.; Pereira, P.A. - "A Política Social e a Questão da Pobreza no Brasil" - Serviço Social e Sociedade nº 5 - Cortez Editora, 1981.

PAULO, FREIRE. - "Pedagogia do Oprimido" - Rio de Janeiro - Paz e Terra, 1974.

PAULO FREIRE - "Educação como Prática de Liberdade" - Rio de Janeiro - Paz e Terra, 1977.

- PEÇANHA, A.M.M. - "Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP): Um Estudo de Desenvolvimento Institucional" - Rev. da Fundação SESP - Tomo XXI, nº 1, 1976.
- TAUIL, M.C.; Azevedo, A.C. - "Participação Comunitária nas Ações de Saúde numa Comunidade Amazônica do Brasil" - Bol.Of. Sanit. Panam. 84(4), 1978.
- "TREINAMENTO DO AUXILIAR DE SAÚDE" mimeo. - Programa Integrado de Saúde Comunitária de Planaltina/DF, 1976.
- "TERCEIRO PLANO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO - III PND" - Presidência da República - Secretaria de Comunicação Social, Brasília, 1980.
- VILLEGAS, H. - "Extension de la Cobertura de Salud en Costa Rica" Bol. Of. Sanit. Panamer. 83(6), 1977.
- VIEIRA, C.A.; Pinto, A.; Quintas, J.S.; Meirelles, S.M.P.- "Um Modelo de Ensino para o Treinamento de Auxiliar de Saúde" em Saúde Comunitária; um Modelo de Ensino Informal para Atenção à Saúde - PISCMA - Aragarças" GO, 1979.
- UNICEF (Cuidados Primários de Saúde" - Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde - Alma/Ata/URSS - Brasil, 1979.
- YAZLLE ROCHA, J.S.; Almeida, S.P.A.; Forster, A.C.; Machado, J. D.; Simões, B.J.G.; "Educação e Participação em Saúde" mimeo. Centro de Saúde Escola do Ipiranga - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, 1981.
- CRONICA DE LA OMS - "Utilización de la Epidemiología en la Atención Primaria de Salud, 34: 18-21, 1980.

A N E X O S

---

---

anexo I (pg - 1)

Senhor Técnico Executor do PROMI de .....  
solicito que revisando seus arquivos de implantação do subprograma Ações  
Básicas de Saúde nos forneça as seguintes informações:

1. Forma de recrutamento dos auxiliares de saúde:

- cartazes
- reuniões com associação de moradores
- divulgação em rádio
- divulgação em missas
- divulgação em televisão
- outras

Quais? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Número de candidatos inscritos? \_\_\_\_\_

3. Forma de pré-seleção dos auxiliares?

- Votação pela comunidade. Qual o tipo de grupo votou? \_\_\_\_\_
- Entrevista
- Exame

Que tipo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Outros
- Quais? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Número de candidatos escolhidos na pré-seleção? \_\_\_\_\_

5. Seleção dos auxiliares?

- Votação pela comunidade
- Desempenho em curso pré-seleção
- Exame. Quais?

\_\_\_\_\_

- Outros. Quais?
- \_\_\_\_\_

6. Número de candidatos selecionados? \_\_\_\_\_

ANEXO - 1

7. Dentre os candidatos selecionados solicitamos as seguintes informações?

7.1 Nome	7.2 Sexo	7.3 Idade	7.4 Escolarização	7.5 Ativ. ant. ligada a Saúde	7.6 Ativ. ligada a comunidade	7.6 Tempo/Moradia no Bairro
a-						
b-						
c-						
d-						
e-						
f-						
g-						
h-						
i-						
j-						
k-						

7.4 - nível que cursou ou está cursando

7.5- trabalho anterior ligado a saúde em hospital ou na comunidade (atendente, auxiliar de enfermagem, parteira, aplicador de injeção)

7.6- atividades anterior ligada a comunidade (participante de associação de moradores, clube de mães, igrejas, etc)

Nos ítems 7.5 e 7.6 se for o pai ou a mãe que exerce as atividades indicar por exemplo: filho de parteira/filho do teusoreiro da associação de moradores/filho de participante do clube de mãe, etc....

1ª PARTE

QUESTIONÁRIO SOBRE AS VARIÁVEIS ANTECEDENTES DOS PROFESSORES

1. Nome:
2. Profissão:
3. Instituição em que trabalha:
4. Função que desempenha na Instituição:
5. Participou de atividades educacionais antes do treinamento dos auxiliares de saúde SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_
  - 5.1. Se sim - qual foi a experiência: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Participou de atividades ligadas a área de saúde antes do treinamento dos auxiliares de saúde da FEBEMAT: SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_
  - 6.1. Se sim - qual foi a experiência: \_\_\_\_\_  
em que Instituição: \_\_\_\_\_  
que cargo exerceu: \_\_\_\_\_
7. Teve treinamento para participar do Programa da FEBEMAT: SIM \_\_\_\_\_  
NÃO \_\_\_\_\_
  - 7.1. Se sim - descreva sucintamente o treinamento e dê sua opinião sobre o mesmo:

( anexar o programa do treinamento)

12. Em sua opinião qual o papel dos movimentos populares de caráter reivindicativo na solução dos problemas da população?

13. O que você acha da Medicina Oficial?

(este questionário é estritamente confidencial para os fins da pesquisa a que se destina)





anexo 3

QUESTIONÁRIO SOBRE AS VARIÁVEIS ANTECEDENTES CONTEXTUAIS

Nome e cargo dos responsáveis pela informação:

1-

2-

3-

4-

5-

---

1. Qual a estrutura Orgânica da Instituição responsável pelo Programa de Ações Básicas de Saúde (anexar organograma) de

2. Quais são as Instituições envolvidas no Programa de Ações Básicas de Saúde da FEBEMAT. de

1.

2.

3.

5.

3. Qual é o papel de cada Instituição no desenvolvimento do Programa:

1.

2.

3.

4.

5.

4. Quais os instrumentos legais que definem o papel de cada Instituição no programa?

1.

2.

3.

4.

5.

5. Quais as organizações populares (associações de moradores, clubes, Instituições Filantrópicas, etc, existem em cada área onde estão instalados os Núcleos do Programa?

Núcleos

2

3

4

6. Qual o relacionamento de cada Núcleo com as Instituições populares (citar a forma específica do relacionamento com cada grupo).

7. Quais as Instituições Públicas (postos de saúde, escolas, distritos policiais, centros sociais, etc) existem nas áreas locais onde são desenvolvidos o Programa?

Núcleos	1	2	3	4
---------	---	---	---	---

8. Qual o relacionamento de cada Núcleo com cada uma das Instituições pú  
blicas existentes nas áreas?

9. Existe um roteiro de atribuições que a Instituição estabeleceu para  
os auxiliares de saúde? SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_

9.1 Se sim - anexar o roteiro.

10. Qual foi a participação da população ou dos grupos da comunidade:

a) no planejamento do treinamento dos auxiliares de saúde?

b) na supervisão do treinamento dos auxiliares de saúde?

c) na execução do treinamento dos auxiliares de saúde?

11. Qual foi a participação de outras Instituições?

a- no planejamento do treinamento dos auxiliares de saúde?

b- na supervisão do treinamento dos auxiliares de saúde?

c- na execução do treinamento dos auxiliares de saúde?

12. Em que locais foi desenvolvido o treinamento dos auxiliares de saúde por Núcleo:

· 12.1 Se houve variação por Núcleo, ou por unidade de ensino citá-las:

12.2 Descrever sucintamente as condições de cada local citado, em relação ao Núcleo e a Unidade de ensino que estava sendo enfocada.

13. Quais os instrumentos foram usados para o treinamento (cozinhas experimentais, laboratórios, cozinhas domésticas, salas de aula, domicílios, etc)

13.1 Citar em cada unidade de ensino que instrumentos foram utilizados.

13.2 Se ocorreu diferença de uso de instrumentos por Núcleo especificá-las.

14. Existiu um Plano de Ensino previamente definido para o treinamento  
SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_

14.1 Se sim - anexe-o:

14.2 Qual foi a equipe responsável pela elaboração deste plano: citar profissão, função e Instituição a que estavam vinculados os elementos.

15. Existiu um Conteúdo Programático definido para o treinamento SIM \_\_\_\_\_  
NÃO \_\_\_\_\_

15.1 Se sim -- anexe-o:

15.2 Qual foi a equipe responsável pela elaboração deste conteúdo: citar função, profissão e Instituição a que estavam vinculados os elementos.



16. Quais as funções que foram diferenciadas na equipe de treinamento (coordenador de ensino de Unidade, professor prático, professor de parte de Unidade, etc).

16.1 Como foram distribuídas as responsabilidades de execução das várias funções? ( ex. enfermeira- coordenadora de Aspectos Materno Infantil, psicólogo- coordenador de Aspectos Psicológicos, assistente social- professora de relacionamento humano, enfermeira - coordenadora de Aspectos Nutricionais etc)

17. Como o responsável geral pelo processo de treinamento coordenou-o, de forma a integralizar o processo?

anexo - 4

QUESTIONÁRIO SOBRE AS VARIÁVEIS PROCESSUAIS

Unidade de Ensino \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Núcleo \_\_\_\_\_

1. O plano de ensino proposto para a Unidade foi executado?

SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ EM PARTE \_\_\_\_\_

1.1 Se houve alteração estas se deram: A) nas estratégias de aprendizagem \_\_\_\_\_

B) na duração proposta \_\_\_\_\_

C) outras \_\_\_\_\_ QUAIS? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.2 Se houve alterações por que estas foram realizadas?

A) por opinião do professor \_\_\_\_\_

B) por dificuldades práticas de sua execução \_\_\_\_\_

C) QUAIS? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.3 Cite as principais alterações realizadas no plano proposto para a Unidade.

2. O conteúdo programático proposto para a Unidade foi executado.

SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ EM PARTE \_\_\_\_\_

2.1 Se houve alterações estas foram realizadas por:

A) opinião dos professores \_\_\_\_\_

B) solicitação dos alunos \_\_\_\_\_

C) falta de material para executá-lo \_\_\_\_\_

D) outras \_\_\_\_\_ QUAIS \_\_\_\_\_

2.2 Cite as principais alterações realizadas.

3. Que participação teve na execução do ensino da Unidade.

4. Que dificuldades e limitações encontrou no desenvolvimento de ensino da Unidade.

5. Como os alunos tiveram acesso ao material didático necessário ao treinamento:

A) foi fornecido gratuitamente a todos \_\_\_\_\_

B) foi fornecido gratuitamente a grupos de alunos \_\_\_\_\_

C) tiveram que comprar \_\_\_\_\_

D) outros \_\_\_\_\_ QUAIS? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.1 De que constou o material didático mínimo exigido (textos e instrumentos):

5.2 Houve dificuldade de compreensão dos textos SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_

Se sim, em sua opinião qual foi a dificuldade \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se não, como foram superadas as dificuldades \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.3 O processo de ensino da unidade foi realizado somente com o material pedagógico proposto no plano. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_

Se não - que material foi adicionado \_\_\_\_\_

---

DESCREVÊ-LO SUSCINTAMENTE:

6. Houve treinamento em serviço na comunidade durante o ensino da unidade.

1. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_

6.1 Se houve, como se processou (local, tipo de contato com a comunidade, etc)



6.2 Houve alteração do conteúdo programático após o contato com a comunidade, no treinamento em serviço:

Se sim, por que foram necessárias as alterações?

Se sim, que tipo de alterações foram realizadas?

7. Houve avaliação sistemática (regular) durante o treinamento da Unidade.

7.1 Se houve descrever sucintamente o tipo de avaliação realizada.

anexo- 5

QUESTIONÁRIO SOBRE AS VARIÁVEIS PRODUTO

Núcleo \_\_\_\_\_ Auxiliar de Saúde \_\_\_\_\_ Área \_\_\_\_\_

1. A Sra. conhece a \_\_\_\_\_?

SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_

2. Sabe em que ela trabalha? SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_

3. Que trabalho ela faz?

4. Ela já esteve em sua casa? SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_

5. O que ela fez em sua casa?

6. Já discutiu problemas do bairro com a \_\_\_\_\_?

SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_

6.1 Se sim, que tipo de problemas discutiram? \_\_\_\_\_

6.2 A \_\_\_\_\_ disse que pode resolver os problemas que vocês discutiram?

SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_

6.3 A \_\_\_\_\_ apresentou sugestões para a resolução dos problemas?

SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_

6.4 Quais foram as sugestões que \_\_\_\_\_ deu para os problemas?

6.5 A Sra. seguiu a sugestão SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_

6.6 Se sim, o que aconteceu?

6.7 Se não, por que?

7. A Sra. vai nas reuniões da Associação de Moradores?

SIM \_\_\_\_\_

NÃO \_\_\_\_\_

7.1 A Sra. já discutiu sobre a Associação de Moradores com a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_?

SIM \_\_\_\_\_

NÃO \_\_\_\_\_

7.2 O que a \_\_\_\_\_ diz sobre a Associação de Moradores?

7.3 A Sra. acha correta a \_\_\_\_\_ disse  
sobre a Associação de Moradores?

SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_

7.4 O que a Sra. acha sobre a Associação de Moradores?

8. O que a Sra. ou alguém de sua família usa quando alguém sente mal  
em casa?

8.1 A Sra. já comentou com a \_\_\_\_\_?

SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_

8.2 Se sim, qual foi a opinião da \_\_\_\_\_?

9. A Sra. ou alguém de sua família consulta raizeiros, ou curandeiros, ou parteiras, ou médios, quando têm problemas de saúde em casa?

SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_

9.1 Consulta o que?

Se raizeiro para que procura?

Se \_\_\_\_\_ para que procura?

Se \_\_\_\_\_ para que procura?



9.2 Se sim, a Sra. já conversou sobre isso com a \_\_\_\_\_ ?

Sim \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_

9.3 Qual foi a opinião da \_\_\_\_\_ sobre o  
usado raizeiro?

9.4 Qual foi a opinião da \_\_\_\_\_ sobre o  
uso da parteira?

9.5 Qual foi a opinião da \_\_\_\_\_ sobre o  
uso de \_\_\_\_\_ ?

9.6

9.7

10. A Sra. ou alguém de sua família precisou que a \_\_\_\_\_  
encaminhásse-os para algum atendimento (por ex: posto de saúde,  
LBA, etc.)?

SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_

10.1 Ela encaminhou? SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_

10.2 Se sim, foi atendida? SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_

10.3 Se sim, esse atendimento foi diferente de outros que a Sra. ou a  
pessoa encaminhada já havia tido antes nesse lugar?

SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ NÃO HAVIA PROCURADO O LUGAR

ANTES \_\_\_\_\_ NÃO HAVIA IDO ANTES AO LU-

GAR \_\_\_\_\_

10.4 Se foi diferente, em que? \_\_\_\_\_