

Mapeamento da área de Educação em Saúde do Estado do Rio de Janeiro-2009

A Educação em Saúde, enquanto conjunto de práticas do SUS vem se expressando através de diversos significados ao longo do tempo. Durante muito tempo assistimos o trabalho concebido como o processo educativo de construção de conhecimento em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização e ou à carreira de saúde. Na Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro se constitui numa área que acumula mais de 30 anos de experiência tendo passado por diversas mudanças e contratempos próprios de uma instituição deste tipo.

Em fins da década de 70, início da de 80 foi criada a Divisão de Educação em Saúde. O modelo era campanhista, pautado na visão biomédica. A metodologia era centrada na educação tradicional, com ênfase na transmissão de informações e de conhecimentos.

Já em 1995 temos a Educação em Saúde como uma Assessoria. O modelo do trabalho exercido era preventivista, centrado nas doenças e agravos com apoio e inserção em programas de saúde. Já neste período Neste período tem início o trabalho com equipes municipais de saúde e educação.

Em 1999 a Assessoria de Educação em Saúde assume o modelo da Vigilância da Saúde com enfoque na promoção da Saúde e Controle Social. Na época a Vigilância da Saúde foi apresentada como uma nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo da saúde e pelo paradigma da produção social da saúde. A Vigilância da Saúde já propunha a organização dos processos de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais articuladas por diferentes estratégias de intervenção: a promoção da saúde, a prevenção de acidentes e enfermidades e atenção curativa.

Após 1991 com a criação do componente IEC (Informação, Educação e Comunicação) do Programa de Erradicação do Aedes aegypti (PEAa) a nível federal, estadual e municipal, a área no Estado se fortaleceu e desenvolveu diversas capacitações com os profissionais das secretarias municipais de saúde no sentido de fortalecer a estrutura e o apoio da mesma. O componente predominante é a Educação em Saúde.

Em 2004 inicia-se o trabalho do modelo com ênfase na Educação Popular em Saúde. O conceito trabalhado compreende como fim da ação educativa o desenvolvimento no indivíduo e no grupo da capacidade de analisar criticamente a sua realidade, de decidir, organizar e realizar ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações; e de avaliá-las com espírito crítico. A partir de 2008 a área deixa de ser uma Assessoria e vem constituir um dos componentes da Política de Gestão Estratégica e Participativa e para tanto passa inicialmente a fazer parte da estrutura da SESDEC RJ na Superintendência de Gestão Participativa e posteriormente na Coordenação Geral de Educação em Saúde e Gestão Participativa, mais

especificamente na Divisão de Gestão Participativa e Mobilização Social. Esta modificação acarretou a desestruturação da equipe (de 8 técnicos passou-se a 2 e de 4 administrativos passou-se a 1).

Em 2009, com a necessidade de estimular o desenvolvimento e as práticas educativas nos municípios e no próprio estado planejou-se o mapeamento e diagnóstico da área nas Secretarias Municipais de Saúde, como forma de conhecer o *estado da arte* das áreas municipais e ter base para um planejamento adequado. Inicialmente trabalhou-se com um questionário (não testado previamente) com questões fechadas e abertas que foi enviado para todas as equipes municipais de educação em saúde. Foram levantados dados referentes à: identificação da área-denominação e inserção no organograma da SMS-, recursos humanos - formação e vínculo-, programação de atividades - espaços de atuação, participantes e atividades desenvolvidas-, parcerias, projetos financiados e recursos financeiros para a área.

Foram encaminhados questionários para levantamento de informações acerca das áreas municipais de Educação em Saúde (AMES) para os 92 municípios que compõem o estado do Rio de Janeiro. Aproximadamente 2 meses após, 72 municípios (78,26%) devolveram os questionários devidamente preenchidos.

No presente trabalho foram consolidados e analisados os dados dos municípios que afirmaram existência de AMES (67) isto é 93% do total de municípios que devolveram os questionários devidamente preenchidos. Apesar do alto percentual de existência de área de Educação em Saúde nas SMSs, somente 42 (62,68%) fazem parte do organograma. Acredita-se que a não compreensão acerca do papel da área na saúde pública, associado ao baixo reconhecimento da mesma pelos gestores municipais, explica os resultados acima.

Com relação à subordinação da AMES na estrutura da SMS ainda que não constando do organograma oficial, encontramos diversas formas de inserção, em sua maioria na Saúde Coletiva ou Vigilância da Saúde. Atribui-se à autonomia que cada município tem para definir sua estrutura/organograma esta questão.

Quanto à definição das atividades/ações educativas a serem desenvolvidas pela área de Educação em Saúde 60 (89,55%) afirmaram que cabe à própria equipe esta função; 20 (29,85%) informaram que as chefias superiores participam desta definição. Outros atores (equipes de ESF, chefias dos programas das SMS) foram referidos por 28 (41,79%). Foram ainda referidos critérios como, por exemplo, a realidade local para a definição das atividades/ações.

Com relação aos responsáveis pelas AMES foram pesquisados dados referentes à formação e ao tipo de vínculo profissional:

- 1) Com relação à formação, os dados foram agrupados em 6 grupos de categorias profissionais afins, a saber :

Grupo1: categoria estrita da saúde: médicos, enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas, biólogos, veterinários, fonoaudiólogos → 20 (29,85%)
Grupo2: categoria de área social: psicólogo, assistente social, comunicação social, sociologia, economia → 11 (27,46%)
Grupo3: letras, geografia, pedagogia, musicoterapia, turismo, educação física, história → 22 (32,83%)
Grupo4: nível superior não especificado → 8 (12,7%)
Grupo5: nível médio → 5 (7,46%)
Grupo6: não respondeu

Considerou-se importante a diversidade de categorias profissionais presentes nesta área de saúde.

Pesquisou-se ainda a presença de cursos de pós-graduação na formação dos coordenadores de Educação em Saúde. Constatou-se que 36 (53,73%) referem um ou mais cursos de pós-graduação. O objetivo desta questão era avaliar o nível de investimento do município na formação dos seus técnicos. Não foi possível analisar adequadamente se houve investimento do município nos cursos de pós-graduação.

Quanto ao tipo de vínculo profissional dos coordenadores das AMES com as SMSs constatou-se que 44 (65,67%) são estatutários e 21 (31,34%) contratados. Foram considerados como contratados os profissionais com contrato temporário ou cargos comissionados. Alguns coordenadores com vínculo estatutário referiam, também, vínculo comissionado. Acredita-se que o vínculo do responsável pela área possa contribuir de forma decisiva para a continuidade e crescimento da mesma e da equipe como um todo, através da continuidade dos projetos, desenvolvimento das ações propostas pela área e mesmo o aprofundamento das questões teórico-metodológicas. Sabe-se, no entanto, que outros fatores são decisivos para que o quadro se estabeleça, em especial, as mudanças políticas nos períodos de eleições municipais onde, apesar dos vínculos empregatícios, alterações nos quadros de chefias das secretarias são comuns.

Foram criadas 14 categorias de análise quanto às atividades desenvolvidas pelas equipes das AMES, e constatou-se que a maioria desenvolve ações referentes à formação, incluídas aqui as capacitações, treinamentos, assessoramento, entre outras; campanhas e distribuição de material informativo; palestras, grupos entre outras com menor percentual. Identificou-se aqui a tradução municipal da confusão sobre o conceito de Educação em Saúde. É o trabalho com a população? É a formação, capacitação dos profissionais?

Quanto aos espaços de atuação foram também criadas 15 categorias de análise e constatou-se inicialmente o erro na formulação da apropriada pergunta, pois espaço foi compreendido tanto geograficamente como institucionalmente. Em sua maioria desenvolvem trabalhos em escolas, junto aos profissionais de saúde da SMS, inclusive com os profissionais de saúde da Estratégia Saúde de Família, profissionais de outras secretarias municipais, comunidade, entre outras.

Ainda sobre as atividades/ações planejadas pesquisou-se sobre os participantes das mesmas e foram categorizadas em 13 grupos. Constata-se que profissionais de saúde e educação, estudantes e comunidades representam os grupos priorizados.

Quanto ao desenvolvimento de ações em parceria com outras instituições, ONGS e movimento/práticas sociais, 80,6% referem que sim.

Somente 20,89% referem desenvolver projetos financiados com recursos de Convênio e 50,75% referem contar com recursos financeiros para a Área.

Outros itens de menor importância foram também pesquisados, mas não incluídos neste resumo pelo espaço disponível.

Ao trabalhar na análise dos dados percebeu-se uma dificuldade de categorizar e até mesmo entender algumas das respostas e, como havia sido planejada realização de oficinas regionais, após este passo inicial de contato, optou-se por continuar nessas oficinas o diagnóstico e fazer dele um processo participativo que permitisse ter um entendimento melhor do que se buscava. Estas oficinas realizadas com as 10 regiões do estado já aconteceram, mas ainda não se conseguiu tabular todos os dados. Nem todas as dúvidas levantadas inicialmente foram resolvidas, assim como novas questões mais importantes neste momento surgiram. Compreende-se que uma pesquisa no âmbito do trabalho, com todas as demandas emergentes em cada território, funciona e caminha de diferente de uma pesquisa acadêmica, nem melhor nem pior, apenas diferente.

Grandes desafios foram discutidos e pactuados durante as oficinas e entre eles podemos citar: o reconhecimento da área pela gestão, a construção de identidade comum para o Estado, a formação em Educação Popular e Saúde e agendas regionais para 2010.