



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
CURSO GESTÃO EM SAÚDE**



**EDUARDO JORNADA BASTOS**

**NUMESC – Um Novo Espaço para a Educação  
em Saúde Coletiva no Município de Bossoroca  
- RS**

**Porto Alegre/RS**

**2012**

## **EDUARDO JORNADA BASTOS**

### **NUMESC – Um Novo Espaço para a Educação em Saúde Coletiva no Município de Bossoroca - RS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à coordenação do curso de Especialização em Gestão em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS como pré-requisito parcial para a obtenção do título de especialista.

Orientadora: Andrea Wander Bonamigo.

**Porto Alegre/RS**

**2012**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
CURSO GESTÃO EM SAÚDE**



**EDUARDO JORNADA BASTOS**

**NUMESC – Um Novo Espaço para a Educação em Saúde Coletiva  
no Município de Bossoroca - RS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à coordenação do curso de Especialização em Gestão em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS como pré-requisito parcial para a obtenção do título de especialista.

Orientadora: Andrea Wander Bonamigo

Data de aprovação: Porto Alegre/RS, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA:

Avaliador(a): .....

Avaliador(a): .....

Avaliador(a): .....

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho a minha esposa Márcia cuja dedicação e o carinho são fundamentais para minha vida e sem o qual não conseguiria ter realizado este trabalho.

Também gostaria de dedicar este trabalho a todos os multiplicadores em saúde pelo sublime trabalho de levar o conhecimento de saúde aos que realmente necessitam.

## AGRADECIMENTOS

A minha família pelo apoio incondicional nas boas e más horas. A minha esposa Márcia pelo seu amor e auxílio, ao meu pai, Bastos, pelo exemplo de vida, minha mãe, Cledy, pelo carinho, e meus irmãos, Rosa Maria, Heberte, Ricardo e Fábria, pelo companheirismo e amizade. Não posso deixar de agradecer o privilégio de ter nascido entre vocês. Mais do que laços consanguíneos, profundos vínculos de afeto, nos unem através dos tempos.

Aos amigos de verdade, aqueles sem apegos e egoísmos, que nos estimulam a crescer e a enfrentar os desafios, e sabem que as distâncias são ilusórias e o espaço não separa os corações verdadeiramente unidos.

Minhas profundas considerações aos meus tutores: Danielle Fernandes, Lena Mazzoti, Hugo Saraiva e Simone Bampi e a minha orientadora Andrea Wander Bonamigo. Agradeço a paciência e orientação. Espero, sinceramente, não ter lhes dado demasiado trabalho, e aos colegas da especialização pelas conversas, conselhos e sobretudo pela convivência ainda que muito dela tenha sido virtual.

Aos Prefeitos de Bossoroca/RS e de Itacurubi/RS, Ardi Jaeger e Ione Andrade Goulart e os respectivos secretários municipais de Saúde, Júlio Ávila Machado e a Simara Ramos, por acreditarem no projeto e me possibilitarem meios de realizar este curso

As minhas companheiras coordenadoras do NUMESC de Bossoroca: Talira Dutra e Aline Basso e aos meus colegas de trabalho do município de Bossoroca/RS, e Itacurubi/RS pelo incentivo, carinho e compreensão.

Ao ilustrador Sidnei Garcia, pela beleza do desenho e a Nova Design pela confecção dos logotipos; exemplos de talento e profissionalismo.

E, finalmente, o mais importante de todos, agradeço a Deus, que a cada dia que passa aprendo mais a amar e conhecer.

"Caminante no hay camino,  
se hace camino al andar..."

Antonio Machado

Quem passou pela vida em branca nuvem  
e em plácido repouso adormeceu;  
quem não sentiu o frio da desgraça,  
quem passou pela vida e não sofreu,  
foi espectro de homem - não foi homem,  
só passou pela vida - não viveu.

Francisco Otaviano

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo relatar e discutir a implantação do NUMESC - Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva - no município de Bossoroca-RS. O NUMESC é um programa da Secretaria Estadual de saúde do Rio Grande do Sul em parceria com a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul que tem como objetivo descentralizar o planejamento de ações de educação em saúde para os municípios. O marco inicial da implantação do programa no município foi o dia 8 de dezembro de 2011 quando foi formada a equipe gestora. Composta por um cirurgião-dentista, uma psicóloga e uma fisioterapeuta, estes profissionais buscaram em um período de aproximadamente quatro meses construir uma proposta de trabalho e iniciar as ações do programa. A partir da metodologia da pesquisa-intervenção onde o pesquisador é também um sujeito atuante no processo, buscou-se relatar a definição de ações a serem executadas. Este trabalho buscou mostrar o planejamento dessas ações, a criação de programas para atingir este fim, a elaboração de uma identidade visual para o NUMESC, a sugestão de materiais didáticos e pedagógicos e de propostas para o fortalecimento da territorialização dentro da Estratégia da Saúde da Família. Este estudo defende a importância do espaço criado pelo NUMESC para a descentralização da educação em saúde coletiva tendo como resultado a possibilidade de uma maior adequação à realidade do município e as peculiaridades regionais. Discute a cerca da necessidade de uma mudança na gestão da saúde além do planejamento em logística e da gestão dos serviços de atenção curativa para contemplar também o planejamento e a execução de ações de educação popular em saúde, educação continuada dos profissionais e a capacitação e formação de atores municipais de saúde. Sugere a criação de um novo modelo de equipe para atuar dentro das secretarias de saúde, composto por pedagogos, jornalistas, especialistas em recursos humanos, ilustradores e publicitários aptos a trabalhar de forma interdisciplinar e multiprofissional em programas de educação em saúde coletiva.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABO Associação Brasileira de Odontologia  
ACD: Auxiliar de Consultório Dentário  
ACS: Agentes Comunitários de Saúde  
ADA: Associação Dentária Americana  
CELEP: Centro de Referência Latino-Americano para a Educação Pré-Escolar  
ceod: Cariado Perdido e Obturado - Dente decíduo  
CIEE: Convênio de Integração Empresa-escola  
CPITN: Community Periodontal Index of Treatment Needs  
ESB: Equipes de Saúde Bucal  
ESF: Equipe de Saúde da Família / Estratégia de Saúde da Família  
ESP-RS: Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul  
EUA: Estados Unidos da América  
GTE: Grupo Técnico Estadual  
GTM: Grupo Técnico Municipal  
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
LILACS: Literatura Latino-Americana em ciências da Saúde  
MEDLINE: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online  
MS: Ministério da Saúde  
NUMESC: Núcleo Municipal de Educação e Saúde Coletiva.  
NURESC: Núcleo Regional de Educação e Saúde Coletiva.  
OMS: Organização Mundial de Saúde  
ONG: Organização Não Governamental  
OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde  
PACS: Programa Agentes Comunitários de Saúde.  
PIM: Primeira Infância Melhor  
PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio  
PSF: Programa de Saúde da Família  
QFCA: Questionário de Frequência de Consumo Alimentar  
SBBRASIL: Saúde Bucal Brasil  
SESI: Serviço Social da Indústria  
SESC: Serviço Social do Comércio  
SMEC: Secretaria Municipal da Educação e Cultura  
SMSAS Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social  
SUS: Sistema Único de saúde  
THD: Técnico em Higiene Dental  
UBS: Unidades Básicas de Saúde  
UNDP: United Nations Development Programme  
UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization  
WHO: World Health Organization

## LISTA DE ANEXOS

Anexo 01: Decreto Municipal nº 3916 de 12 de setembro de 2011 .....	96
Anexo 02: Portaria nº 556 de 12 de setembro de 2011 .....	98
Anexo 03: Regimento Interno do NUMESC de Bossoroca-RS .....	99

## LISTA DE FIGURAS

Figura 01: - Componentes da equipe ampliada do NUMESC.....	42
Figura 02: Este pesquisador fazendo uma breve exposição sobre o NUMESC para a equipe ampliada. ....	42
Figura 03: Os Coordenadores do NUMESC.....	43
Figura 04: Modelo do logotipo para o NUMESC de Bossoroca.....	47
Figura 05: Logotipo final do NUMESC de Bossoroca.....	48
Figura 06: O Secretário Municipal De Saúde e Ação Social participando da técnica.....	49
Figura 07: Coordenação do NUMESC- Bossoroca concluindo a técnica durante reunião com a equipe ampliada .....	50
Figura 08: Finalização da técnica e apresentação do logotipo do NUMESC durante a reunião com a equipe ampliada.....	50
Figura 09: Modelo de Banner para o NUMESC .....	51
Figura 10: Modelo do logotipo do "Programa SUS Solidário" .....	52
Figura 11: Logotipo na versão final do "Programa SUS Solidário" .....	52
Figura 12: Modelo do mascote "Multi" .....	53
Figura 13: Modelo do logotipo do "Programa Multiplicando com quem Multiplica" .....	54
Figura 14: Versão final do logotipo do "Programa Multiplicando com quem Multiplica" ..	54
Figura 15: Uso do "Multi" para ilustrar ações educativas em saúde.....	55
Figura 16: Modelo para o logotipo do "Programa Agentes de Saúde Escolar" .....	69
Figura 17: Versão final do logotipo do "Programa Agentes de Saúde Escolar" .....	70
Figura 18: Manuais de orientação aos ACSs .....	71
Figura 19: Modelo de ação integrada dos multiplicadores dentro do território.....	80
Figura 20: Modelo de folder/cartaz para o NUMESC.....	83
Figura 21: Modelo de folder/cartaz para o NUMESC 2.....	84

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Curso de capacitação de ACSs - Módulo 1.....	71
Tabela 02: Curso de capacitação de ACSs - Módulo 2. ....	72
Tabela 03: Curso de capacitação de visitantes do PIM.....	74

# SUMÁRIO

RESUMO .....	07
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	08
LISTA DE ANEXOS .....	09
LISTA DE FIGURAS .....	10
LISTA DE TABELAS .....	11
SUMÁRIO .....	12
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>16</b>
2.1 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE .....	16
2.2 HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL .....	22
2.3 O NUMESC .....	29
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>37</b>
3.1 OBJETIVO GERAL .....	37
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO .....	37
<b>4 MÉTODO .....</b>	<b>38</b>
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>40</b>
5.1 O NUMESC EM BOSSOROCA – CRONOLOGIA E O “ATO LEGAL” .....	40
5.2 DEFININDO LINHAS DE ATUAÇÃO .....	43
5.3 UMA IMAGEM VISUAL PARA O NUMESC .....	46
5.4 TRABALHANDO COM OS MULTIPLICADORES .....	56
5.4.1 TRABALHANDO COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE .....	58
5.4.2 TRABALHANDO COM OS VISITADORES DO PIM .....	61

5.4.3 TRABALHANDO COM OS PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL.....	62
5.4.4 CONSTRUINDO ROTEIROS PARA A CAPACITAÇÃO DOS MULTIPLICADORES.....	70
5.5 FORTALECENDO A TERRITORIALIZAÇÃO.....	76
5.6 PRODUZINDO MATERIAIS EDUCATIVOS SOB A ÉGIDE DO NUMESC.....	80
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>85</b>
<b>7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>88</b>
<b>8 ANEXOS .....</b>	<b>96</b>

## **1-INTRODUÇÃO:**

As últimas décadas tem sido profícuas em mudanças conceituais na concepção da saúde e no papel da saúde pública. A mudança do conceito de saúde de meramente ausência de doenças, para um estado mais completo de bem estar físico, psicológico ambiental e social é um reflexo e um fator importante deste quadro. No campo da promoção da saúde também houve importantes mudanças. De um modelo puramente curativista, focado no tratamento da doença à construção de um modelo focado na prevenção de doenças por meio de programas de educação em saúde.

No Brasil podemos ver o embrião das ações de educação em saúde na década de 20 e 30 e o fortalecimento de ações coletivas na década de 70 e com a criação do SUS no final dos anos 80, tendo as ações de educação em saúde como parte dos princípios do SUS, teve as ações educativas aprimoradas com a criação da Estratégia de Saúde da família (ESF). Educativo por excelência, a ESF baseia-se na ação direta dos profissionais de saúde, nos trabalhos dentro dos grupos de saúde e na ação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), fazendo com que a educação em saúde fizesse parte definitivamente da atenção básica.

No entanto, na prática, vemos uma situação diversa no dia-a-dia dos pequenos municípios do interior do estado do Rio grande do Sul, como o município de Bossoroca, por exemplo. Priorizando questões relativas ao agendamento de consultas, transporte de pacientes, contratação de médicos e atendimento a reclamações e solicitações de auxílio para os usuários do sistema de saúde municipal pouco sobra de tempo para o planejamento e a execução da educação em saúde no município.

Esse quadro começa a mudar nos municípios do Estado do Rio Grande do Sul com a iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde, apoiada pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS) com o surgimento dos Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (NURESC), ligados as Coordenadorias Regionais de Saúde, e posteriormente com a criação dos Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) espaços de elaboração de ações de educação em saúde e de ações de educação continuada dos profissionais de saúde na esfera municipal.

Em virtude desse novo quadro que se apresenta pretendemos com este trabalho descrever o processo de implantação do NUMESC no município de Bossoroca-RS desde o processo de formação, escolha das ações, criação de uma identidade visual, à elaboração de um cronograma de eventos e o gerenciamento de ações de educação em saúde dentro do município, de forma multidisciplinar e intersetorial, respeitando os saberes e as crenças da comunidade.

## 2-REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1-A Educação em Saúde:

Segundo ARANHA (apud BASTOS et al. in PEREIRA, 2003) a palavra “educar” vem do latim *educare*, que significa conduzir de um estado a outro, é modificar numa certa direção o que é susceptível de educação.

FREIRE (1996) afirma que o educador que não reconhece e aceita a sua própria ignorância estagna em posições fixas e invariáveis, contrariando o princípio básico da educação, a construção do conhecimento com um constante processo de busca.

O compromisso com a construção da cidadania pede, necessariamente, uma prática educacional voltada para a compreensão da realidade social, dos direitos e das responsabilidades em relação à vida pessoal e coletiva, bem como para a afirmação do princípio da participação política. (Brasil, 1998)

Segundo DELORS (2001, p.82), um dos principais papéis reservados a educação consiste, antes de mais, em dotar a humanidade da capacidade de dominar o seu próprio desenvolvimento. A educação deve proporcionar que cada um tome o seu destino nas mãos e contribua para o progresso da sociedade em que vive, baseando o desenvolvimento na participação responsável dos indivíduos e das comunidades.

Em seu artigo, Frei BETO (apud KRUPPA 1994, p. 36) afirma que “*o processo educacional abarca, numa concepção totalizante, quatro dimensões: transmissão do patrimônio cultural, despertar das potencialidades espirituais, reflexão do que se vive e capacidade de modificar a realidade* (apud KRUPPA 1994, p. 36 ).

FAZENDA (1993, p. 15) refere-se à interdisciplinaridade como um “conceito esquecido em décadas passadas que ressurgiu nos anos 90 como palavra de ordem das

propostas educacionais, não só no Brasil, mas no mundo”. O autor afirma ainda que se vivencia um momento de transição, marcado pela instabilidade e insegurança onde ainda não se sabe bem como trabalhar a interdisciplinaridade, porém, afirma o autor, que esta insegurança faz parte do novo paradigma emergente e deve ser assumida e exercida com responsabilidade.

FAZENDA (1993, p. 17) nos diz que o “pensar interdisciplinar parte do princípio que nenhuma forma de conhecimento é, em si mesma, absoluta’. Afirma que é importante o diálogo com outras formas de conhecimento deixando-se interpenetrar por elas. Para viabilizar esse diálogo entre as diferentes formas de conhecimento, o autor sugere que o rigor epistemológico do saber científico, comumente distante da realidade, pode servir-se do senso comum para aproximar o saber acadêmico do cotidiano, ao mesmo tempo em que ilumina as práticas empíricas, respeitando as tradições, a herança cultural e vivência do povo.

A Educação em Saúde é compreendida como processo de transformação que desenvolve a consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde e estimula a busca de soluções coletivas para resolvê-los. A prática educativa, assim entendida, é parte integrante da própria ação de saúde e, como tal, deve ser dinamizada em consonância com este conjunto, de modo integrado, em todos os níveis do sistema, em todas as fases do processo de organização e desenvolvimento dos serviços de saúde (SÃO PAULO, 2004).

No caso específico da educação em saúde pode-se dizer que seus conceitos e propósitos adaptaram-se conforme as mudanças de paradigma que ocorreram no setor saúde e foram também influenciadas pelas transformações ocorridas nos processos pedagógicos da educação escolar de maneira geral (MACIEL, 2009).

A prática da educação em saúde como um caminho integrador do cuidar constitui um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade (CATRIB et al., 2003).

Já CARVALHO, (2001) considera a educação em saúde uma construção compartilhada de conhecimentos que busca intervenções nas relações sociais que irão influenciar na qualidade de vida e que conseqüentemente produzirão outras representações.

Segundo SCHALL (1999) educação em saúde é um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, das áreas tanto da educação, quanto da saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade. A autora destaca que dentre várias duas dimensões desta disciplina se destacam atualmente. A primeira se refere à aprendizagem sobre as doenças e como evitá-las, seus efeitos sobre a saúde e como restabelecê-la. Já a outra tendência denominada promoção da Saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é baseada no conceito ampliado de saúde, e inclui os fatores sociais que afetam a saúde, abordando os caminhos pelos quais estados diferentes de saúde e bem-estar são construídos socialmente.

A organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade ou doença. É um direito fundamental do homem. O ser humano com saúde está capacitado para desempenhar seus papéis na sociedade. O crescimento de uma sociedade depende do progresso contínuo das condições de vida desfrutada por ela e partilhada por todos os seus membros. Conseqüentemente, a melhoria das condições de saúde é importante para o desenvolvimento da sociedade (OMS, 1976).

Segundo MACHADO et al. (2007) o conceito de educação em saúde está baseado em práticas de promoção da saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população e não apenas das pessoas sob risco de adoecer.

Para MATTOS (2003) a educação em saúde trata de um recurso por meio do qual o conhecimento produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

Saúde, segundo FERRARA é um contínuo agir do homem frente ao universo físico, mental e social em que vive, sem regatear um só esforço para modificar, transformar e recriar aquilo que deve ser mudado (apud AGUIAR, 1991).

Esse conceito surgiu em 1974, no Canadá, quando Mark Lalonde, então Ministro da Saúde e Bem-estar daquele país, divulgou o documento “A New Perspective on the Health of Canadians”, também conhecido como “Informe Lalonde”, elaborado a partir de um moderno movimento de promoção da saúde, muito mais abrangente e que se decompõe em quatro amplos componentes: biologia humana, estilo de vida, ambiente e organização da atenção à saúde, dentro dos quais se distribuem inúmeros fatores que influenciam a saúde (KUNH, 2002).

Conferência Mundial de Promoção da Saúde, que resultou no documento fundador do movimento atual da promoção da saúde - *a Carta de Ottawa* -(WHO, 1986), vemos que em seus pressupostos está contido uma concepção de saúde associada a um conjunto de valores, os quais denomina - *recursos para a saúde* – e que são: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e cooperação, entre outros.

A “promoção da saúde”, favorece o desenvolvimento pessoal e social, proporcionando informação, educação sanitária, aperfeiçoando as atitudes indispensáveis para a vida. Assim aumentam as opções disponíveis para que a população exerça um maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente e para que opte por tudo o que propicie a saúde (WHO, 1986).

A promoção da saúde é basicamente uma atividade no campo social e não um serviço médico. Entretanto, profissionais de saúde têm um papel importante em fomentar e facilitar estas ações de promoção em todos os níveis da atenção à saúde (WHO, 1986).

Refere-se, também, a uma combinação de estratégias, tais como: medidas de cooperação intersetorial entre Estado e sociedade (políticas públicas para a saúde), atividades da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de

habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde). Ou seja: gira em torno da idéia de responsabilidade múltipla, quer seja pelos problemas ou por soluções propostas para estes (Buss, 2000).

O mesmo autor (Buss, op cit.), diz que atualmente, na Política Mundial de Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), o enfoque para a promoção de saúde dirige-se sob postulados que orientam a estratégia de atenção primária da saúde, isto é:

1- A obtenção do mais alto grau de saúde exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

2- A promoção e proteção da saúde da população é indispensável para sustentar o desenvolvimento econômico e social e contribui para melhorar a qualidade de vida e alcançar a paz mundial.

3- A população tem o direito e o dever de participar, individual e coletivamente, no planejamento e aplicação da atenção à saúde.

Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade de vida “vivida”, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas. Nessa perspectiva, a intervenção sanitária refere-se não apenas à dimensão objetiva dos agravos e dos fatores de risco, mas aos aspectos subjetivos, relativos, portanto, às representações sociais de saúde e doença (Buss, 2000).

Enquanto a meta na educação para a saúde é tornar os indivíduos internamente melhor equipados para que possam fazer escolhas mais saudáveis, a promoção da saúde tenta fazer com que as escolhas mais saudáveis tornem-se escolhas mais fáceis (Milio, 1983).

O acesso à instrução e à informação é essencial para alcançar a participação eficaz e o direito de voz das pessoas e das comunidades (OMS, 1976).

Desta maneira, a educação para a saúde e a promoção da saúde, se tornam intimamente relacionadas, ou seja: a promoção da saúde depende da participação ativa da população bem informada no processo de mudança, enquanto que a educação para a saúde é uma ferramenta de vital importância neste processo (OPAS, 1996).

A educação para a saúde esteve sempre ligada à prevenção das doenças, como forma de modificar os comportamentos identificados como fatores de risco de determinadas enfermidades. Trata-se, fundamentalmente, de uma atividade educativa desenhada para ampliar o conhecimento da população em relação à saúde e desenvolver a compreensão e as habilidades pessoais que promovam a saúde. Contudo, no âmbito da promoção da saúde estas atividades educativas, podem ser úteis para chamar a atenção sobre as causas econômicas e ambientais da saúde e da enfermidade e, para tanto, devem incluir em seu conteúdo, informações que, por exemplo, demonstrem a viabilidade política e as possibilidades organizacionais de diversas formas de atuação dirigidas a obter mudanças ambientais, econômicas ou sociais que favoreçam a saúde (OPAS, 1996).

No conceito de saúde, embutido na carta de Ottawa (WHO, 1986), podemos analisar alguns pontos indispensáveis para ações educativas, no que se refere à promoção da saúde: “A saúde se cria e se vive no marco da vida cotidiana: nas escolas, no trabalho e no lazer. A saúde é resultado dos cuidados que dispensamos a nós mesmos e aos demais; da capacidade de tomarmos decisões e controlarmos a própria vida e de assegurarmos que a sociedade em que vivemos ofereça a todos os seus membros a possibilidade de gozarem de bom estado de saúde.”

Para SHALL (1999):

o conceito de educação em saúde se sobrepõe o conceito de promoção da saúde, como uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde ampliado, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físico e mental (ausência de doença), ambiental (ajustamento ao ambiente), pessoal/emocional (auto-realização pessoal e afetiva) e sócio-ecológico (comprometimento com a igualdade social e com a preservação da natureza). Entretanto, a par dessa noção ampliada de saúde, observando-se a prática, verifica-se que atualmente persistem diversos modelos ou diferentes paradigmas de educação em saúde, os quais

condicionam diferentes práticas, muitas das quais reducionistas, o que requer questionamentos e o alcance de perspectivas mais integradas e participativas.

REZENDE (1986) afirma que a educação é um instrumento de transformação social, não só a educação formal, mas toda a ação educativa que propicie a reformulação de hábitos, aceitação de novos valores e que estimule a criatividade. A educação para a saúde deve ser pensada como um processo capaz de desenvolver nos indivíduos a consciência crítica das causas reais dos seus problemas e, ao mesmo tempo, criar uma prontidão para atuar no sentido de mudança. O conceito de saúde adotado é que definirá as ações de educação.

A educação em grupos tem um poder multiplicador do que se deseja ensinar muito maior que o processo pessoa-pessoa, mas depende da habilidade do educador em motivar o grupo e da existência de um interesse comum à maioria. As mudanças de hábitos têm maior probabilidade de ocorrer como consequência do contato individual que é mais profundo e não deve deixar de existir: o trabalho grupal não o substitui, mas sim o reforça (PINTO, 2000).

## ***2.2-Histórico da Educação em Saúde no Brasil***

A educação em saúde tradicional, inicialmente chamada de Educação Sanitária, surge no Brasil a partir da necessidade do Estado brasileiro de controlar as epidemias de doenças infecto-contagiosas que ameaçavam a economia agroexportadora do país durante a República Velha, no começo do século XX. Nesse período a população brasileira era atingida por doenças como a varíola, febre amarela, tuberculose e sífilis, que estavam relacionadas às péssimas condições sanitárias e socio-econômicas em que o povo vivia (ANDRADE apud MACIEL, 2009).

Segundo LEVY et al (s.d.) o embrião da educação em saúde no Brasil foram dados por Carlos Sá e Cesar Leal Ferreira, que em 1924 criaram no Município de São Gonçalo, no Estado do Rio de Janeiro, o primeiro Pelotão de Saúde em uma escola

estadual e por Antonio Carneiro Leão, Diretor de Instrução Pública, que mandou adotar o mesmo modelo nas escolas primárias do antigo Distrito Federal.

No mesmo ano, Horácio de Paula Souza cria a Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde do Estado de São Paulo, com a finalidade de *"promover a formação da consciência sanitária da população e dos serviços de profilaxia geral e específica"*. Surge pela primeira vez o título de educador sanitário, preparado pelo Instituto de Higiene do Estado, cuja responsabilidade principal era a divulgação de noções de higiene para alunos das escolas primárias estaduais. Em Pernambuco, Amaury Medeiros, cria a Inspetoria de Educação Sanitária do Departamento de Saúde e Assistência. (LEVY et al.,s.d.)

Ainda sobre este processo LEVY et al(s.d.) comenta a respeito do Ministério da Educação e Saúde: *"...reunindo estas duas funções paralelas, tinha condições de proporcionar aos administradores as oportunidades de conjugá-las e, conseqüentemente, prover um campo educacional extraordinário para o propósito de tornar a vida saudável. No entanto seguem os autores ..."essa oportunidade, porém, não foi explorada na prática. Os Serviços de Educação Sanitária, quando muito, limitavam suas atividades à publicação de folhetos, livros, catálogos e cartazes; distribuía na imprensa do país pequenas notas e artigos sobre assuntos de saúde; editavam periódicos sobre saúde; promoviam concursos de saúde e lançavam mãos dos recursos audiovisuais para difundir os conceitos fundamentais da saúde e da doença. Os esforços se concentravam, dessa forma, na propaganda sanitária e, neste setor, já bastante reduzido, dava-se preferência às formas escritas, visuais, de propaganda, sem considerar o grande número de analfabetos no país, que era de 60%, em 1940. Esses analfabetos se concentravam, como era de se esperar, nas baixas camadas das populações urbanas e no campo"*.

Este modelo de intervenção ficou conhecido como campanhista e foi concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificavam os meios, e no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação(8). Como produto dessa visão, as campanhas sanitárias eram compostas por vacina obrigatória,

vistoria nas casas, internações forçadas, interdição, despejos e informações sobre higiene e a forma de contágio das doenças através de uma abordagem biológica e mecanicista, que eram ditadas de forma coercitiva e, muitas vezes, preconceituosa (PEDROSA apud MACIEL, 2009).

A primeira grande transformação de mentalidade nas atividades da educação sanitária ocorreu em 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública e se consolidaria após alguns anos com a reformulação da estrutura do Serviço Nacional de Educação Sanitária e a integração das atividades de educação no planejamento das ações dos demais órgãos do Ministério da Saúde. Sob influência de dois eventos internacionais a 12ª Assembléia Mundial da Saúde, em Genebra (1958) reafirmou o conceito *"que a educação sanitária abrange a soma de todas aquelas experiências que modificam ou exercem influência nas atitudes ou condutas de um indivíduo com respeito à saúde e dos processos expostos necessários para alcançar estas modificações"*. E da 5ª Conferência de Saúde e Educação Sanitária, realizada em Filadélfia, em 1962, onde o Diretor Geral da OMS assinalou que *"os serviços de educação sanitária estão chamados a desempenhar um papel de primeiríssima importância para saltar o abismo que continua existindo entre descobrimentos científicos da medicina e sua aplicação na vida diária de indivíduos, famílias, escolas e distintos grupos da coletividade"*.

Com a Revolução de 1964, em que o governo militar ascendeu ao poder, inicia-se no país um período de repressão e a saúde da população piora ainda mais, fato este evidenciado pelo recrudescimento de doenças como a tuberculose, malária e doença de Chagas e pelos altos índices de mortalidade, morbidade e acidentes de trabalho. Diante desses fatos, os profissionais de saúde, insatisfeitos com essa situação, começaram no início da década de 70, experiências de educação em saúde voltadas para a dinâmica e realidade das classes populares. A essas experiências muitas vezes realizadas em parcerias com outros segmentos sociais, deu-se o nome de Movimento Popular em Saúde ou Educação Popular em Saúde (MACIEL, 2009).

LEVY (s/d) ainda ressalta as diversas reorganizações Ministério da Saúde havidas entre 1964 e 1980 onde foram criadas a Superintendência de Campanhas de Saúde

Pública – SUCAM (pela fusão do DNERu com a CEM, Campanha de Erradicação da Malária), da Fundação SESP e, já em fins da década de 70, da Divisão Nacional de Educação em Saúde da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Mais do que uma mudança terminológica de educação sanitária para educação em saúde, tentava-se uma nova transformação conceitual. Todas estas mudanças, entretanto, não contribuíram para o principal, que seria a introdução do componente de educação nos programas de saúde desenvolvidos pelo Ministério e pelas Secretarias Estaduais de Saúde (as Municipais só realizavam atividades de assistência, quando o faziam). Isto ocorreu devido ao vício antigo da centralização velada ou explícita, tanto nas atividades dos programas ditos verticais quanto nas práticas de planejamento e coordenação elaboradas e dirigidas pelo nível central sem que os executores das ações finalísticas delas participassem.

O modelo de Saúde que temos hoje e a forma de Educação em Saúde como concebemos atualmente vai começar a tomar contornos mais atuais com a Movimento da Reforma Sanitária termo consolidado em 1986, com Constituição Federal de 1988 e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) também em 1988.

Com a consolidação da Reforma Sanitária, culminando com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, com a proposta de um novo modelo de atenção em saúde voltado para a prevenção e a integralidade no atendimento, a educação popular em saúde passou a ser mais difundida. (MACIEL, 2009).

Para entendermos o arcabouço legal que construiu o SUS e consolidou seus princípios fundamentais bem como a importância da Educação em Saúde Coletiva no país e sua trajetória até os dias de hoje é de grande importância o estudo da Constituição Federal de 1988 e pela LEI 8.080.

Do SUS, emergem princípios básicos: acesso universal e igualitário a ações e serviços; participação comunitária; rede regionalizada e hierarquizada; e descentralização, cujas ações de saúde devem ser desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda a princípios como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de

saúde e sua utilização pelo usuário; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. (BRASIL, 1988.)

A Constituição Federal de 1988, no título VIII da Ordem Social, seção II as Saúde no artigo 200, inciso III afirma que compete ao SUS, dentre outras atribuições: “Ordenar a formação de Recursos Humanos na área da saúde. (BRASIL, 1988)

Ainda dentro da Constituição Federal de 1988, no título VIII da Ordem Social, seção II as Saúde no artigo 198: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988)

A Lei Federal nº 8.080 19 de setembro de 1990, que regulamenta o SUS, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Em seu Capítulo I, Art.5, Item III, define como um dos objetivos e atribuições deste Sistema: “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (BRASIL, 1990).

No Art. 14. Deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único - Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde - SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Na mesma lei em seu Capítulo IV, dos Recursos Humanos, no artigo 27, está estabelecido que:

Art. 27. A política de recursos humanos na área de saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. (BRASIL, 1990)

A partir da implementação do SUS, não só foi desencadeado um processo de ampliação na quantidade de serviços de saúde, como também na qualidade destes, já que um de seus princípios é o da integralidade da atenção. Tratava-se então, de buscar um modelo de atenção primária à saúde que desse conta de concretizar a integralidade das ações e dos serviços de saúde, ocupando uma posição de confronto frente ao modelo convencional vigente (MENDES, 2002).

Nos documentos oficiais foram contempladas ações de educação em saúde que sob a nova ótica da integralidade e da descentralização aumentaram as atribuições e responsabilidades educativas dos municípios.

A Norma Operacional Básica – SUS 1/1996 (NOB/96), que redefine as responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da União e consolida as responsabilidades dos municípios, cita como um dos papéis do gestor federal e do estadual a “Educação em Saúde”.

No documento Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS, no seu Capítulo seis: Princípios e Diretrizes para o Controle Social da Gestão do Trabalho no SUS, dentre outras, recomenda que:

6.1.7 O desenvolvimento dos Recursos Humanos existentes, baseado numa realidade epidemiológica local.

6.1.8 A participação no projeto de avaliação de desempenho

dos trabalhadores, das equipes de trabalho, dos serviços e do sistema de saúde, incluindo a escolha dos indicadores mais apropriados considerando-se, pelo menos, os seguintes aspectos:

...

f) a participação dos trabalhadores da saúde em processos de formação e capacitação;

...

6.1.11 O acompanhamento da organização de Banco de Dados sobre a Gestão do Trabalho no SUS. (BRASIL, 2002)

Portaria 687/GM/MS, 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção em Saúde, a partir da necessidade da implantação e implementação de diretrizes e ações para Promoção da Saúde em consonância aos princípios do SUS. A Promoção em Saúde é entendida como um eixo da Atenção Primária é baseada nos documentos: “Pacto pela Saúde”, suas diretrizes operacionais e seus componentes – “Pacto pela Vida”, “Pacto em Defesa do SUS” e “Pacto de Gestão do SUS” todos firmados entre as três esferas de governo para a consolidação do SUS.

A Política Nacional de Promoção em Saúde, no capítulo Responsabilidade das Esferas de Gestão prevê , para a esfera municipal, as seguintes atribuições no campo da educação em saúde:

...

IX – Implementar as diretrizes de capacitação e educação permanente em consonância com as realidades locais.

...

XI – Estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde para desenvolver as ações de promoção da saúde.

XII – Realização de oficinas de capacitação, envolvendo equipes multiprofissionais, prioritariamente as que atuam na atenção básica.

XIII – Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política de Promoção da Saúde.

XIV – Buscar parcerias governamentais e não-governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde no âmbito do SUS.

...

XVI – Reforço da ação comunitária, por meio do respeito às diversas identidades culturais nos canais efetivos de participação no processo decisório.

XVII – Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação, referentes às ações de promoção da saúde.

XVIII – Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e à divulgação das ações de promoção da saúde. (BRASIL, 2006)

A Portaria 3252 de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para a execução e financiamento das Ações de Vigilância em Saúde e no seu art. 5, item V, diz que

a integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária tem como uma de suas diretrizes a educação permanente dos profissionais de saúde, com abordagem integrada nos eixos da clínica, vigilância, promoção e gestão (BRASIL,2009).

A portaria GM/MS 1996 de 20 de agosto de 2007, que visa à organização e financiamento da Política Nacional Educação Permanente traz a possibilidade de desenvolver ações que propiciem a efetivação do SUS nos quatro eixos: o da gestão, o do ensino, o dos serviços e da comunidade. No seu Art. 21. Define que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde serão responsáveis por planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço( CIES), dentre outras (BRASIL, 2007).

### **2.3-O NUMESC**

Da tentativa do Estado do Rio Grande do Sul de organizar a educação em saúde no estado, dentro do processo de descentralização, em parceria com a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS) vai surgir o Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva (NURESC), inicialmente restrito a própria escola e posteriormente dentro das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e em outro estágio promover e incentivar a criação dos Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) nos municípios.

Os Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (NURESC) são partes integrantes da estratégia de descentralização da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS) nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde. Foram criados a partir da Portaria SES/RS nº 39, de 1º/12/2000, que atribui às Coordenadorias Regionais de Saúde a viabilização das articulações regionais com os órgãos formadores, coordenando assim a educação continuada, a extensão educativa e a ação social direta na Educação em Saúde Coletiva. Além disso, a Portaria determina a elas a aproximação de ações educativas

em saúde aos municípios e a consolidação do conceito de educação permanente em saúde coletiva para o Sistema Único de Saúde. (RIO GRANDE DO SUL- 2003)

O NURESC tem, entre suas finalidades, a atuação como articulador dos processos de educação em saúde nas Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (CRS). Silva descreve este trabalho como uma ação de articulação junto aos gestores e trabalhadores em saúde nos níveis estadual e municipal. Em sua experiência na 8ª CRS, em Cachoeira do Sul-RS, estes setores foram representados: pela Comissão Intergestores Bipartite Regional; pelos trabalhadores das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) que coordenam os Programas da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) e pelos coordenadores municipais e o regional do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família (PACS/PSF), (SILVA, 2005)

O objetivo geral do NURESC é: “Implementar uma política descentralizada de formação e de educação continuada junto aos municípios e Coordenadorias Regionais de Saúde firmando a consolidação das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde”.

O NURESC, propondo-se a desenvolver os marcos referenciais da saúde coletiva, de acordo com as diretrizes do SUS, tem papel efetivo no ensino e pesquisa. O desenvolvimento do processo de trabalho NURESC deverá respeitar as peculiaridades de cada região, sendo importante o diagnóstico inicial de problemas e necessidades junto às coordenadorias, para a elaboração conjunta do planejamento estratégico. (RIO GRANDE DO SUL, 2003).

O NURESC (Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva) é a estrutura da regional de saúde responsável pela implementação da estratégia de descentralização da formação e capacitação dos trabalhadores do SUS em Saúde Coletiva, através da educação continuada, junto aos Municípios e CRS, firmando a consolidação das diretrizes e princípios do SUS. (RIO GRANDE DO SUL, s/d)

Na mesma referência são listadas as missões do NURESC: viabilizar as articulações regionais com os órgãos formadores; coordenar a educação continuada e a

extensão educativa; aproximar ações educativas em saúde dos municípios; consolidar o conceito de educação permanente em saúde coletiva e promover ação social direta na Educação em Saúde Coletiva para o Sistema Único de Saúde (SUS).

E como justificativa temos: desenvolver os marcos referenciais da saúde coletiva, de acordo com as diretrizes do SUS, e desempenhar papel efetivo no ensino e pesquisa. O desenvolvimento do processo de trabalho NURESC deverá respeitar as peculiaridades de cada região, sendo importante o diagnóstico inicial de problemas e necessidades junto às coordenadorias para a elaboração conjunta do planejamento estratégico.

Um processo de educação continuada deve ter como objetivo primordial “a transformação do processo de trabalho, orientando-o para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde. O planejamento de um processo de educação permanente precisa estar adequado às necessidades loco-regionais, utilizando todos os recursos potenciais, especialmente o aparelho formador de recursos humanos.”

A sustentação do NURESC está na construção de um processo em articulação e em rede, utilizando diferentes dispositivos para produções coletivas (dos simples encontros até os cursos, por exemplo). Trata-se de constituir uma prática de escuta, desenvolver estratégias de democratização das informações e capacidade de discutir desde conceitos até rotinas de trabalho. (CECCIM e ARMANI, 2001, p. 42)

Para Campos (1997 apud CECCIM e ARMANI 2001, p. 30-56), todo trabalho em saúde é um trabalho em Equipe de Saúde. E não apenas dentro da instituição, mas formando redes com outras instituições, buscando a interação entre diversidades e parcerias descentralizadas e transversais.

Um processo de educação permanente deve ter como objetivo primordial a transformação do processo de trabalho, orientando-o para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde. O planejamento de um processo de educação permanente precisa estar adequado às necessidades loco-regionais, utilizando todos os recursos potenciais, especialmente o aparelho formador de recursos humanos (BRASIL, 2000).

Em educação e saúde deve haver a valorização das ações locais, o que CAMPOS (apud CECCIN, 2001) chama de ações desenvolvidas em microespaços. Afirma que o trabalho em um centro de saúde, hospital ou qualquer outra instituição pública pode ser um espaço para a realização profissional, para o exercício da criatividade, um lugar onde o sentir-se útil contribua para despertar o sentido de pertinência à coletividade, perpassando o papel tradicional do trabalho que é o de, quando muito, assegurar a sobrevivência e um determinado nível de consumo. Uma via para transcender a alienação social.

Assim, ao fazer o levantamento dos problemas de saúde da região, a participação dos gestores no planejamento das ações educativas é indispensável para que o resultado seja otimizado e efetivo. Propiciará, inclusive, a articulação e a integração entre os níveis municipal e regional de gestão. E, uma vez envolvidos no processo, é mais fácil que enxerguem os benefícios para os serviços de saúde e autorizem os funcionários a participarem das atividades.

O contato continuado dos profissionais de saúde com os usuários do SUS, atuando em equipes com trabalho coletivo e co-responsável, permite o cruzamento de saberes técnico-científicos e o desenvolvimento de novos perfis profissionais, mais adequados à exigência ética de atender a cada cidadão conforme sua necessidade e levando em conta as necessidades epidemiológicas e sociais da população. (CECCIM e ARMANI, 2001, p. 47)

Ao mesmo tempo em que o trabalho do NURESC precisa ser feito em grupo ou equipe, interno e externo à Coordenadoria, este grupo não pode ser grande demais. Um grupo muito grande não é resolutivo. E o grupo não tem que discutir tudo, mas selecionar as discussões, sob pena de tornar muito lentas as decisões, caso decida sempre em conjunto. (SILVA, 2005)

No documento eletrônico: “Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva (NURESC)” vamos ver referência ao NUMESC entre os objetivos específicos do NURESC:

- Desencadear uma política de formação e de educação continuada junto aos municípios em cada

Coordenadoria Regional de Saúde através do NURESC e do NUMESC (Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva);

- Articular os órgãos formadores, ONG e movimentos sociais - no âmbito regional - nas áreas de interesse do SUS voltados para os serviços de saúde, para o debate das políticas públicas em saúde e para a construção dos sistemas municipal e regional de saúde;
- Estimular o debate sobre a necessidade de INTERSETORIALIDADE das Políticas Públicas através do NURESC e do NUMESC;
- Articular o desenvolvimento científico e tecnológico regional em saúde coletiva (RIO GRANDE DO SUL, s/d).

Como atribuições e competências do NURESCs das encontramos atribuições de apoio técnico aos NUMESC:

- Participar dos cursos e oficinas de formação coordenados pelo NURESC/ESP para qualificação do trabalho dos NURESC/CRS;
- Organizar matérias/fotos para o Boletim Informativo NURESC;
- Promover a produção de pesquisas de conhecimentos nas áreas temáticas da saúde coletiva sobre a força de trabalho em saúde e resgate de memória do trabalho de saúde pública no Estado, entre outras demandas;
- Prestar Assessoria Técnica ao NUMESC;
- Planejar atividades internas de sensibilização, integração, grupos de estudo e oficinas, entre outras, voltadas aos servidores das CRS em parceria com a equipe de recursos humanos, voltados aos servidores das CRS;
- Acolher e sensibilizar os trabalhadores da saúde que ingressarem na rede do Sistema Único de Saúde;
- Criar em rede intra-setorial um banco de dados sobre recursos humanos das CRS, visando ao acompanhamento, valorização e otimização dos recursos humanos existentes, qualificando os processos de trabalho da Secretaria Estadual de Saúde;
- Implantar e manter atualizado um banco de dados em rede intra-setorial com informações dos trabalhadores que atuam no SUS e os egressos de graduações e pós-graduações das formações ligadas à área da saúde;
- Implantar e manter atualizado um banco de dados em rede intra-setorial com informações sobre docentes, orientadores, capacitadores e instrutores da área de saúde coletiva para diversas capacitações e cursos promovidos via NURESC (RIO GRANDE DO SUL, sd).

Recentemente a ESP-RS divulgou um documento intitulado “Documento sobre o NUMESC” (ESP, sd) onde dá as diretrizes e as orientações para a implantação do

NUMESCs nos municípios. Este documento foi estudado e trabalhado durante as reuniões na 12ª CRS, em Santo Ângelo-RS, que tinham como finalidade promover a implantação dos núcleos nos municípios no âmbito da coordenadoria.

No referido documento encontramos a definição do MUNESC: “É a estrutura da Secretaria Municipal de saúde, gestor municipal de saúde, responsável pela implementação da estratégia de descentralização da formação e capacitação dos trabalhadores do SUS em Saúde Coletiva, através da Educação Permanente, junto ao Município, firmando a consolidação das diretrizes e princípios do SUS”.

E ainda: “é de responsabilidade técnica da Secretaria Municipal de Saúde, que desenvolve seu trabalho de assessorias e cooperação técnica de caráter interdisciplinar, através da coordenação e equipe de trabalho NUMESC, junto aos trabalhadores da saúde na rede SUS municipal e a rede interinstitucional e intersetorial, promovendo a construção coletiva da integralidade das ações em saúde, através da descentralização da proposta do NURESC - Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva da CRS - Coordenadoria Regional de Saúde e Educação em Saúde Coletiva/ESP/SES (ESP-RS, sd).

A justificativa apresentada para a sua implantação baseia-se no planejamento estratégico das ações educativas interdisciplinares, visando a construção da integralidade da política pública da saúde em sua trajetória de consolidação do SUS, dando apoio à elaboração de políticas de educação em saúde, a construção de modelos assistenciais, a produção de explicações para os processos de saúde-doença e práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Há a expectativa de que a descentralização do modelo de trabalho do NURESC para o MUNESC promoverá um impacto positivo junto à população e uma melhora da qualidade do atendimento por parte dos trabalhadores do SUS, respeitando as particularidades de cada município. (ESP-RS, sd).

Como objetivo geral visa implementar uma política descentralizada de formação e educação continuada junto ao município, através do NUMESC, firmando a consolidação das diretrizes e princípios do SUS. E possui como objetivos específicos:

- Desencadear uma política de formação e de educação continuada junto aos trabalhadores da saúde do município.

- Articular os órgãos formadores, ONGs e movimentos sociais, CRS – no âmbito municipal e regional – nas áreas de interesse do SUS voltados para os serviços de saúde, para o debate das políticas públicas em saúde e para a construção dos sistemas municipal e regional de saúde.
- Ampliação e qualificação através de capacitação das equipes de PSF, para alcançar a meta de 70% de cobertura da população.
- Estimular o debate sobre a necessidade de INTERSETORIALIDADE das Políticas Públicas através do NUMUSC.
- Articular o desenvolvimento científico e tecnológico municipal em saúde coletiva.

Segundo a ESP-RS (sd) são essas as suas atribuições e competências:

- Realizar planejamento estratégico com a equipe ampliada NUMESC e a operacionalização das capacitações, cursos, seminários, oficinas, conferências, encontros, relacionados ao SUS, viabilizando a interface com todas as áreas técnicas da secretaria municipal de saúde e sua rede intersetorial.
- Priorizar as capacitações para as equipes de PSF.
- Articular e desenvolver a formação de Recursos Humanos em saúde, através da educação continuada com sua rede de interfaces.
- Organizar e coordenar encontros quadrimensais dos trabalhadores do SUS.
- Participar nos encontros realizados pela Equipe NURESC/ESP/CRS relacionados à educação em saúde coletiva.
- Participar nos cursos e oficinas de formação coordenados pelo NURESC/ESP/CRS para a qualificação do trabalho do NUMESC.
- Organizar matérias/ fotos para o boletim informativo do NUMESC.
- Promover a produção de pesquisas e produção de conhecimentos nas áreas temáticas da saúde coletiva sobre a força de trabalho em saúde, resgate de memória do trabalho de saúde pública no município, entre outras demandas.
- Prestar assessoria técnica ao conjunto de trabalhadores do SUS referente a questão da saúde coletiva e a rede de parcerias estabelecidas no município.
- Planejar atividades internas de sensibilização, integração, grupos de estudo e oficinas, entre outras atividades, na SMS (Secretaria Municipal de Saúde) em parceria com a equipe de recursos humanos, voltados aos servidores da SMS.
- Acolher e sensibilizar os trabalhadores que ingressarem na rede do SUS.
- Criar em rede intra-setorial um banco de dados, sobre recursos humanos da SMS, visando acompanhamento, valorização e otimização dos recursos humanos existentes, qualificando os processos de trabalho da SMS.
- Implantar e manter atualizado um banco de dados em rede intra-setorial com informações que atuam no SUS e egressos de graduações e egressos de graduações e pós-graduações, das formações ligadas as áreas da saúde, interligada com a CRS e ESP-RS.
- Implantar e manter atualizado um banco de dados em rede intra-setorial com informações sobre docentes, orientadores, capacitadores e instrutores da área

de saúde coletiva, para diversas capacitações e cursos promovidos via NUMESC, interligando com a CRS e ESP-RS.

- Assessorar e acompanhar a implantação do banco de dados do NUMESC.
- Promover e organizar com diferentes parcerias, cursos e oficinas anuais para a coordenação e equipe ampliada do NUMESC e/ou servidores municipais.
- Criar critérios de seleção dos servidores do SUS municipal para participação e posterior socialização dos conhecimentos adquiridos nos cursos, capacitações e outros eventos relacionados ao SUS.

A Composição do NUMESC se dá por uma coordenação somado a Equipe Ampliada. A coordenação é formada por três (3) técnicos com nível superior e que sejam servidores concursados. Já a Equipe Ampliada é formada pela coordenação, um auxiliar administrativo, um representante de cada Unidade Básica de Saúde (UBS) e de Centros Especializados de Saúde, dois (2) representantes do nível central da SMS. Esta composição deverá respeitar a realidade de cada município. O mesmo no que se refere a carga horária de cada servidor.

As atividades de rotina são de responsabilidade dos coordenadores. Dentro do organograma da SMS a coordenação do NUMESC deverá estar ligada ao gabinete do Secretário Municipal de Saúde. A operacionalização da equipe ampliada se dará mediante reunião quinzenal.

O Núcleo trabalha com dois eixos temáticos: “Saúde Coletiva” – produção de saúde, formação e capacitação de recursos humanos e atividades de ensino e pesquisa - e “Ética nas Relações de Trabalho”. Estes dois eixos devem ser contemplados nas ações municipais (ESP-RS, sd).

### **3-OBJETIVOS**

#### ***3.1 Objetivo Geral:***

- Descrever o processo de implantação do Numesc no Município de Bossoroca-RS e analisar o seu impacto/contribuição para a gestão local.

#### ***3.2 Objetivos Específicos:***

- Caracterizar o processo de implantação do NUMESC.
- Definir os programas a serem criados para ações educação em saúde no município dentro dos dois eixos temáticos do programa: Saúde Coletiva e Ética nas Relações de Trabalho.
- Criar programas municipais que possibilitem a implementação de ações educativas.
- Construir uma identidade visual para o NUMESC: logotipo para o programa e para outras ações que sejam criadas pelo NUMESC.
- Fortalecer o processo de territorialização das ações de saúde.

#### 4-MÉTODOS

A finalidade deste trabalho é relatar processo de implantação do NUMESC no município de Bossoroca-RS, pela ótica deste pesquisador. O processo de implantação vai começar em novembro de 2011 sendo que somente em dezembro a coordenação foi formada na sua composição atual. A narrativa vai até março de 2012 onde foi apresentada e discutida a proposta contida neste trabalho com a equipe ampliada.

A metodologia deste trabalho se confunde com a própria metodologia do NUMESC. Segundo GADOTTI (apud ESP-RS, sd, p.14): “A palavra essencial da Educação Permanente nos diz que o homem jamais termina de tornar-se homem”. Essa assertiva reforça a idéia que o homem tem necessidade de uma educação contínua “uma vez que está sempre sendo homem”. E para “tornar-se homem” é necessário acontecer o encontro, o diálogo, a alteridade.

O projeto de educação continuada deve possibilitar a consolidação do processo de descentralização e regionalização do SUS e para tanto exige uma metodologia que veja o educando como alguém que já tem uma experiência, uma história, um saber, e que reconheça a autonomia deste educando ao longo do processo ensino/aprendizagem, rompendo com práticas tuteladoras.

Acreditamos que a concepção metodológica da pesquisa-intervenção é a que melhor se adéqua a proposta deste trabalho. Segundo SANTOS (apud ROCHA, 2003) ela atua dentro da ótica de que o pesquisador é também um agente modificador da realidade e não um observador passivo, o que rompe com enfoques tradicionais de pesquisa enquanto proposta de transformação da realidade sócio-política.

O método adotado para este trabalho é o quali-quantitativo. O contato com o objeto de estudo será direto e interativo por parte do pesquisador que também é um participante do NUMESC, onde é fundamental a percepção do autor e dos demais participantes do grupo. No entanto dados quantitativos na forma de percentuais poderão ser usados para um melhor desenho da amostra e de uma descrição mais fidedigna do contexto.

O objeto da pesquisa é o próprio NUMESC de Bossoroca e a amostra da pesquisa são os três coordenadores do núcleo, incluindo este pesquisador, e os dez membros da equipe ampliada do NUMESC.

Como principal instrumento para a análise da realidade este estudo conta com o olhar e a opinião do pesquisador que narra o processo de implantação do núcleo ao mesmo tempo em que é também uma parte atuante deste processo.

## **5 - RESULTADOS:**

### ***5.1-O NUMESC em Bossoroca – Cronologia e o “O Ato Legal” .***

Na segunda metade de 2011 começaram a ser realizadas, nas dependências da 12ª CRS, em Santo Ângelo-RS, uma série de reuniões com a finalidade de promover a criação de NUMESCs nos municípios de sua abrangência. Foram várias reuniões dirigidas pela responsável técnica da 12ª coordenadoria. Nas primeiras reuniões foi explicado para os representantes dos municípios o que era o NUMESC, seus objetivos e sua importância. Posteriormente foi abordado que, como núcleos municipais, a sua criação estava sujeita a vontade e a iniciativa do município. Para tanto era necessário um “ato legal” de criação do NUMESC nas cidades. Este “ato legal” poderia ser efetuado mediante um decreto ou uma portaria. Também foi solicitado que junto com a portaria ou decreto de criação fosse efetuado também a elaboração de um regimento interno.

Nas primeiras reuniões, realizadas na segunda metade de 2011, compareceram, representando o município de Bossoroca-RS, o Secretário Municipal de Saúde e duas enfermeiras da Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social. Em setembro foram definidos os três gestores do NUMESC, um cirurgião-dentista passaria a formar a tríade de gestores do programa no município juntamente com uma fisioterapeuta e uma psicóloga.

Definido os gestores a equipe passou a se dedicar as metas propostas nas reuniões anteriores. O “ato legal” foi cumprido no dia 12 de setembro de 2011 mediante a criação de uma portaria (anexo 1) e um decreto municipal (anexo 2). Em 21 de janeiro de 2012 foi elaborado o regimento interno (anexo 3). Este regimento interno teve como referência o regimento do NUMESC do município de Uruguaiana, que até então era uma das referências do programa no Estado.

Importante salientar que no regimento interno buscou-se contemplar a intersetorialidade e o aspecto multidisciplinar do programa. É importante salientar que não há no núcleo de Bossoroca a figura de um coordenador e sim um colegiado com três gestores com poderes iguais o que, no entendimento da equipe, colabora para o caráter multidisciplinar e dialético do programa além de combater excessos de

personalismos. Também buscou contemplar amplos setores da administração e da sociedade na equipe ampliada particularmente a educação e a ação social.

Embora nomeados no dia 12 de setembro de 2011 somente no dia 8 de dezembro houve reunião com a responsável técnica da 12ª CRS para uma capacitação formal e um contato direto com a Coordenadoria de Saúde. Essa data foi o marco inicial das atividades do Grupo Gestor.

Após o dia 8 de dezembro a coordenação do NUMESC se reuniu semanalmente, para traçar os objetivos do trabalho. Em aproximadamente quatro meses foram definidas as linhas de atuação e projetos expostos neste trabalho.

As dificuldades encontradas no processo inicial compreenderam o período de férias, que afastou muitos coordenadores e demais atores importantes para o NUMESC e também aconteceram substituições de nomes em cargos importantes da administração pública. Até a redação final deste trabalho o cargo de maior autoridade da educação municipal ainda não havia sido preenchido. Estes episódios comprometeram o cronograma de implantação e desenvolvimento de propostas do NUMESC.

A reunião com a equipe ampliada se deu no dia 9 de março de 2012 onde foram apresentadas noções sobre o NUMESC, os documentos que compõem o “ato legal”, as propostas de trabalho, os respectivos programas para debate e a identidade visual destes programas para apreciação do grupo.



Figura 1 - Componentes da equipe ampliada do NUMESC.



Figura 2 - Este pesquisador fazendo uma breve exposição sobre o NUMESC para a equipe ampliada.



Figura 3 – Os Coordenadores do NUMESC.

Decidimos de comum acordo não nos focaríamos em criar ferramentas de avaliação neste momento. Concordamos que o momento adequado seria em maio de 2012 quando se retomaria as reuniões a respeito do NUMESC na 12ª CRS. Neste momento, então, de forma conjunta com os técnicos da coordenação e demais representantes de outros municípios, poderíamos criar métodos comuns de avaliação que garantam uma uniformidade desta avaliação na região e uma comparação de resultados.

## ***5.2 – Definindo Linhas de Atuação.***

Criada a portaria de criação do NUMESC e elaborado o seu regimento interno o foco de atenção da equipe passou a ser a linhas de atuação que seria adotada. No documento que serviu de base para o estudo do NUMESC: “Documento sobre o NUMESC”, (RIO GRANDE DO SUL, 2011), é recomendado a atuação em dois eixos temáticos: **Educação em Saúde Coletiva e Ética nas Relações de Trabalho.**

A equipe de trabalho decidiu ser fiel a esta proposta temática. Partindo da segunda proposta: Ética e Relações de Trabalho foi criado o programa “**SUS Solidário**”. Após pesquisa na internet para verificação da existência de nome similar e resultado negativo, adotamos este como nome do nosso programa. Este deverá centralizar todas as ações de humanização, ética, motivação e relações de trabalho dentro do SUS de Bossoroca. Passará a abranger programas que já acontecem no município como: as Rodas de Terapia, Grupo de Apoio a Pacientes Oncológicos, Programa de Abordagem e Tratamento do Fumante, as ações do programa de Humanização em Saúde e da sua versão no estado do Rio Grande do Sul o Humaniza Pampa.

Mais do que centralizar ações que já vem acontecendo no município, dentro do “SUS Solidário” estão planejadas ações de capacitação dos técnicos de todos os níveis do município a respeito dos serviços que o SUS oferece na esfera municipal, com isso se quer fortalecer a rede e melhorar o encaminhamento e a informação à população. Também foi idealizada uma ação de motivação e de boas práticas de relacionamento no trabalho.

Já para o eixo temático “Educação em Saúde Coletiva” a equipe, em consenso com os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF), achou por bem trabalhar com a capacitação dos multiplicadores em saúde.

Observamos continuamente o uso do termo “multiplicadores” na saúde pública, no entanto, não encontramos na literatura uma definição clara do termo. Em virtude disto, para este trabalho, resolvemos adotar a seguinte definição: “definimos multiplicador como aquele ator social, formal ou informal, que serve de elemento de ligação entre os serviços oficiais de saúde e a população de determinada área ou região. Esse ator leva saberes de educação em saúde à população e ao mesmo tempo capta os saberes e o senso comum da comunidade, possibilitando importante troca de informações e conhecimento entre os serviços de saúde e a coletividade.”

Dentro desta definição que adotamos entendemos que são multiplicadores em saúde: os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), visitantes do Programa Primeira Infância Melhor (PIM), professores, agentes da Pastoral da Saúde, militantes de Organizações Não-Governamentais (ONG), e por sua vez o próprio cidadão que quando se empodera de um novo saber em saúde e compartilha com a comunidade torna-se também um multiplicador informal em saúde.

Com a finalidade de trabalhar a Educação em Saúde coletiva optou-se por trabalhar a capacitação de multiplicadores formais como ACSs, Visitadores do PIM e professores do ensino fundamental que são atores que tem a sua atuação já documentada pela literatura científica.

Foi complexa e demorada a escolha dos multiplicadores a serem trabalhados. Escolhemos os ACSs pela prioridade que o NUMESC, por definição estipulada nos documentos que o orientam, deve dar a Estratégia de Saúde da Família. Em paralelo o município trocou recentemente mais de 70% dos seus ACSs por meio de um processo seletivo realizado em 2011. Estes novos agentes não foram ainda adequadamente capacitados na percepção dos gestores municipais e da equipe ampliada.

Já no caso dos visitadores do PIM a questão é outra. Como a modalidade de contratação de visitadores é mediante bolsa- estágio, que tem a durabilidade máxima de dois anos, entendemos ser alta a rotatividade destes profissionais no município. Em virtude disto é importante estar constantemente sendo ofertada capacitações aos visitadores do PIM. De grande importância também é discutir, dentro do espaço criado pelo NUMESC, se este modelo de contratação é realmente o mais adequado para o município.

Já com relação aos professores a literatura científica é bastante rica em exemplos da importância de ações e educativas na escola e do papel do professor com agente de promoção de saúde. No recente período vamos ver ações que buscaram enfatizar esse papel do professor e da escola com relação à saúde, como: Os parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), mais recentemente o Programa Saúde na Escola (PSE), e no estado do Rio Grande do Sul o Programa Sorrindo para o Futuro, em parceria com o SESC, que começou com ações educativo/preventivas em saúde bucal e expandiu para ações nutricionais e fonoaudiológicas com escolares, nestes últimos anos (SESC-RS, s.d.). Bossoroca ainda não tem implantado nas escolas o PSE, no entanto, trata a adesão ao programa como meta a ser alcançada no campo da saúde. Todos estes programas citados remetem a necessidade de capacitação dos professores para transmissão de saberes em saúde aos alunos, dentro do espaço escolar. Devido a este fato entendemos ser importante a capacitação dos professores pelo NUMESC.

Para capacitarmos todos estes multiplicadores criamos o programa **“Multiplicando com quem Multiplica”** como alusão ao trabalho de multiplicar os saberes de quem já atua como um multiplicador, um transmissor de informações junto à

sociedade e que representa uma voz, uma antena que ajuda a captar as crenças e as necessidades da comunidade com relação a saúde.

Dentro desta proposta planejamos capacitações sistematizadas para estes importantes atores sociais com o intuito de qualificar e otimizar as ações destes agentes, respeitando o senso comum, a cultura e os saberes de cada indivíduo na medida que incorporamos o saber científico à prática destes profissionais por meio de programas de capacitação.

### ***5.3 - Uma Imagem visual para o NUMESC***

Definidos os programas de atuação dentro dos eixos temáticos: Programa “SUS Solidário” e o Programa “Multiplicando com quem Multiplica” a equipe achou importante definir uma imagem visual para o NUMESC e os programas, na forma de logotipos que além de identificar as ações transmitissem uma idéia do que é o programa.

Para o NUMESC pensamos em um logotipo baseado em um desenho de uma cabeça, de perfil, com o cérebro visível. Flutuando no ar, por sobre a cabeça, dentro do cérebro e na interface entre a cabeça e o espaço, estão inseridos fragmentos coloridos que lembram as vilosidades e circunvoluções do córtex cerebral. Um dos fragmentos se localiza na base do cérebro e forma um “N”, este origina ao nome “NUMESC – Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva – Bossoroca-RS”, em forma crescente das letras da palavra NUMESC. O esboço abaixo foi idealizado e executado por este pesquisador:



Figura 4: Modelo do logotipo para o NUMESC de Bossoroca. Fonte: Elaborado pelo autor.

O cérebro representa a mente humana onde armazenamos o conhecimento, como os saberes em saúde, os fragmentos coloridos são as diversas idéias, crenças, preconceitos e informações a respeito da saúde. Alguns estão no interior do cérebro e representam informações já assimiladas pelo indivíduo, fazendo parte de seu conhecimento, alguns estão no ar, por sobre a cabeça, são saberes que o indivíduo não assimilou e outros em posição intermediária são valores e conhecimentos que estão em processo de assimilação ou foram compreendidos parcialmente. Um dos fragmentos em forma de “N” origina o nome “NUMESC” que se forma em tamanho crescente simbolizando que esses saberes crescem quando sistematizados, trabalhados, desmistificados e compreendidos racionalmente, respeitando as crenças e aos saberes culturais, e se potencializam e desenvolvem de maneira a serem mais úteis para o indivíduo e a sociedade.

O Esboço mostrado anteriormente foi enviado ao desenhista Sidnei Garcia, artista plástico bastante conhecido na região e ilustrador de importante jornal regional no município de Santiago. Na concepção do desenhista o logotipo ficou assim:



Figura 5: Logotipo final do NUMESC de Bossoroca. Fonte: Arte do desenhista Sidnei Garcia.

O logotipo além de estar presente em todo o material que envolva o NUMESC também foi planejado para servir de ferramenta didática para técnicas e dinâmicas onde o logotipo será utilizado para sensibilização, sondagem e apresentação da identidade visual do programa. Com isso o logotipo deixa de ser somente uma marca e passa a ser também uma ferramenta pedagógica para uso durante as capacitações.

Foi o que aconteceu na reunião com a equipe ampliada realizada em 9 de março de 2011. Foi apresentado um banner contendo somente parte do logotipo – o perfil e o cérebro – e foi distribuído aos participantes papéis coloridos em forma de vilosidades onde cada um escreveria um fator importante da educação em saúde e o posicionaria, colando no banner, no cérebro se já fosse uma coisa assimilada pelos usuários do SUS e pelos trabalhadores, em posição intermediária se parcialmente realizada ou parcialmente depreendida e fora, no espaço sobre a cabeça, se totalmente não executada ou compreendida. Como mostrado abaixo:



**Figura 6 - O Secretário Municipal De Saúde e Ação Social participando da técnica.**

Os participantes escolheram vários saberes que consideravam importantes. Alguns se repetiram durante a técnica. Predominaram os temas educação, acolhimento, relacionamento profissional e capacitação profissional. Um fato interessante observado foi a tendência dos participantes de posicionarem as vilosidades na faixa intermediária, relatando uma posição nem de total ausência e tampouco de emprego pleno destes tópicos.



**Figura 7 - Coordenação do NUMESC- Bossoroça concluindo a técnica durante reunião com a equipe ampliada.**

Após todos os participantes terem colado os papéis no Banner e relatado qual era o saber em saúde e o porquê do seu posicionamento dentro, fora ou intermediário junto ao cérebro desenhado, a coordenação preparou a parte que faltava para compor o logotipo do NUMESC: o nome do programa e a última “vilosidade”, impressos em celulósede transparente.



**Figura 8 - Finalização da técnica e apresentação do logotipo do NUMESC durante a reunião com a equipe ampliada.**

O tema dos fragmentos representando as idéias que circulam nas mentes e no meio serão reproduzidas nas mais variadas ferramentas como banners, blogs, folders e cartazes compondo uma identidade visual para o programa. O modelo de Banner abaixo é um exemplo disto, onde, como pano de fundo, estão os fragmentos simbolizando os saberes e crenças a respeito da saúde.

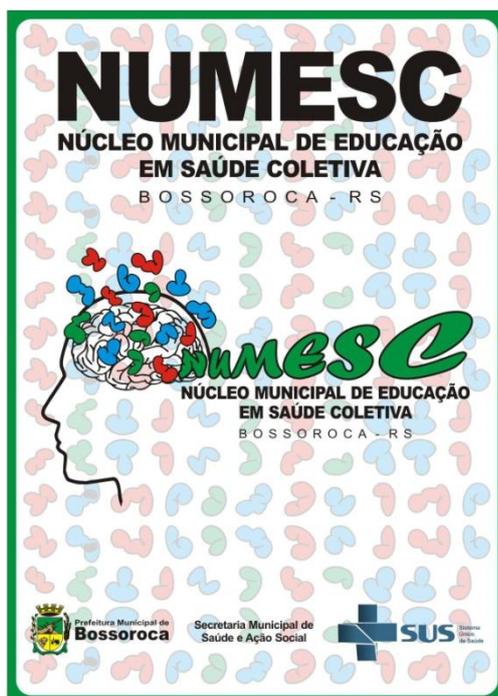


Figura 9: Modelo de Banner para o NUMESC. Fonte: Empresa Nova Design.

Já para o eixo temático: Ética nas Relações de Trabalho e Saúde Coletiva que contempla a abordagem da questão ética nas relações de Trabalho foi criado o programa “SUS Solidário”. Ao ser pensado o logotipo para este programa conceitos como cortesia, gentileza, solidariedade e fraternidade vieram a tona. Muitos dos conflitos éticos e das dificuldades nas relações de trabalho, seja entre colegas ou com os usuários do SUS, passam pela ausência destes princípios.

O Logo foi idealizado começando como nome do programa: “SUS Solidário”, onde um mesmo “S” abraça as palavras “SUS” e “Solidário” dando uma idéia de solidariedade e apoio. Para simbolizar a afetividade necessária a uma boa convivência e a uma conduta ética e fraterna foi pensada na imagem de uma flor que, na opinião da equipe, simboliza esta gentileza, da mesma forma que o aluno que presenteia a professora

com uma flor ou o namorado que leva uma rosa para a amada. Esta flor teria as suas pétalas formadas por pessoas unidas, de mãos dadas, de cores diversas, representando as diversas individualidades, e no seu núcleo, ao centro, uma pessoa não colorida que seria o alvo da nossa ação de acolhimento.

No esboço que fizemos para enviar para a arte, buscamos, de forma singela, descrever a nossa visão do tema:



Figura 10: Modelo do logotipo do “Programa SUS Solidário”. Fonte: Elaborado pelo autor.

O Desenho acima juntamente com a descrição do que queríamos foi enviado para a empresa Nova Design do Município de São Luiz Gonzaga, município este próximo a Bossoroca. Na concepção do departamento de criação da empresa o logotipo ficou assim:



Figura 11: Logotipo na versão final do “Programa SUS Solidário”. Fonte: Nova Design.

Com relação às ações educativas de Saúde Coletiva estas estão concentradas no programa: “Multiplicando com quem Multiplica”. Para este programa foi criado um logotipo mais lúdico, onde um personagem em forma de “X” – aí fazendo uma alusão ao símbolo da multiplicação – que foi batizado de “Multi”. Este boneco seria o “mascote” do programa e representaria a figura do multiplicador.



Figura 12: Modelo do mascote “Multi”. Fonte: Elaborado pelo autor.

No logotipo idealizado o boneco “Multi” aparece em um fundo de folha de caderno e com o nome do programa escrito em letras cursivas. O objetivo disso é nos remeter a ideia de que o programa se refere a ações de educação. Embora se saiba que pela

metodologia do NUMESC não se pode e nem se deve remeter a um processo educativo formal, impositivo e sim, a algo dialético calcado no respeito à cultura e a individualidade do cidadão (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

O esboço que enviamos novamente para a empresa Nova Design ficou assim:



Figura 13: Modelo do logotipo do "Programa Multiplicando com quem Multiplica". Fonte: Elaborado pelo autor.

Após algumas provas e alterações o resultado ficou assim:



Figura 14: Versão final do logotipo do "Programa Multiplicando com quem Multiplica". Fonte: Nova Design

Este modelo de logotipo permite uma série de combinações cujo limite é a nossa criatividade de forma que podemos usar o “Multi” para representar os multiplicadores e diversas ações em saúde com um toque lúdico e de humor, como exemplificamos abaixo:

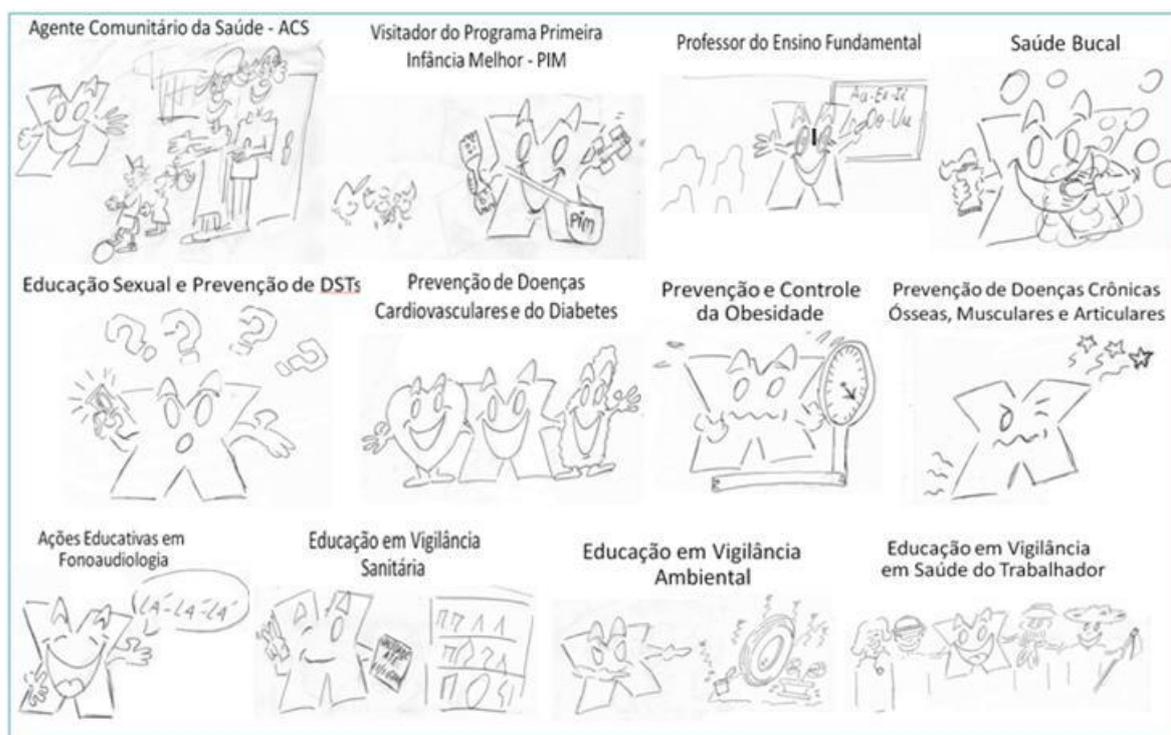


Figura 15: Uso do “Multi” para ilustrar ações educativas em saúde. Fonte: Elaborado pelo autor.

#### 5.4 – Trabalhando com os Multiplicadores

As ações de ética e relações trabalho no âmbito do SUS são importantíssimas. No âmbito municipal devem ser trabalhadas as relações de trabalho de forma a criar um ambiente de trabalho propício a um relacionamento fraterno e cooperativo dentro de uma ação correta que respeita os limites éticos e legais de cada profissão. O programa SUS Solidário deve reproduzir em Bossoroca a tendência nacional de busca de uma relação melhor usuário/servidor e servidor/servidor. Um exemplo claro disto é o programa Nacional de Humanização da Saúde e sua versão estadual o “Humaniza Pampa”.

No entanto também são importantes as ações de educação em saúde coletiva e são fortes as raízes do programa com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), inclusive envolvendo metas de cobertura populacional pelo programa de 70% da população municipal (RIO GRANDE DO SUL, 2011). Em virtude disto o foco no trabalho de educação em saúde coletiva torna-se importantíssimo dentro da teoria do NUMESC.

Para tanto o programa Multiplicando com quem Multiplica tem o objetivo de capacitar os multiplicadores, os educadores populares que atuam dentro da ESF, no caso, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A ESF vem se tornando na última década o modelo hegemônico dentro da atenção básica, sendo direcionado pelo aporte de investimentos do poder público, pactuação de metas de coberturas em indicadores, atenção do meio acadêmico e outros incentivos.

Entretanto o NUMESC não pode ficar preso exclusivamente a ESF. Deve contemplar outros programas de educação em Saúde Coletiva que colaborem para um empoderamento da população de saberes que possam ser adotados para uma melhora na qualidade de vida. Neste sentido é importantíssima a atuação dentro do meio escolar. A literatura é prolífica em relatos de experiências positivas envolvendo ações educativas em saúde dentro do espaço escolar tendo o professor como multiplicador.

Finalmente, no estado do Rio Grande do Sul temos o programa Primeira Infância Melhor (PIM) por meio do qual monitores e visitantes do programa assistem a famílias, prioritariamente em condições de vulnerabilidade, auxiliando na estimulação e no desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida e transmitindo informações aos cuidadores. Dentre essas informações constam muitos conhecimentos a respeito da saúde.

#### 5.4.1 – Trabalhando com os Agentes Comunitários de Saúde.

Como proposta de alternativa ao modelo técnico-biologicista hegemônico, o Ministério da Saúde buscou desenvolver, na década de 90, um programa que tivesse como base uma abordagem familiar e a ênfase a ações de promoção e proteção à saúde. O

marco inicial foi dado em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que tinha como objetivo contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, investindo maciçamente em ações educativas individuais e coletivas, supervisionadas por um enfermeiro e com suporte assistencial de um profissional médico para cada equipe formada (BRASIL, 1996).

O PACS foi efetivamente instituído e regulamentado pela Portaria n.º 1886/GM em 18 de dezembro de 1997 que dentre outras medidas aprovou as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família (BRASIL, 1997).

SANTANA (apud HOLANDA et all, 2009) entende a ESF, na época chamada Programa de Saúde da Família (PSF), como uma ampliação do PACS motivada pelos resultados satisfatórios obtidos pelo programa. Assim, as primeiras equipes multidisciplinares do PSF compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem foram formadas em 1994, incorporando os ACSs e ampliando as suas atuações.

No Brasil os ACSs em zonas rurais e semi-urbanas tiveram grande impulso nos últimos 20 anos e vem sendo vistos como uma alternativa para a consolidação de um novo modelo assistencial que modifique as condições de vida da população. (BARCELLOS et alli, 2006)

A profissão de ACS foi criada pela lei N° 10.507, de 10 de Julho de 2002 que especificava que o ACS deveria residir na área de saúde, possuir o ensino fundamental e realizar a capacitação básica de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2002-b). E foi modificada pela Medida Provisória N° 297, de 9 de Junho de 2006. A medida provisória vinculou o ACS ao regime jurídico estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (BRASIL, 2006).

Com a obrigatoriedade da conclusão do curso de qualificação básica para a formação do ACS o Ministério da saúde, no ano de 2004, lançou o referencial curricular para curso técnico de agentes comunitários de saúde, propondo a preparação de técnicos de nível médio que deverão atuar junto às equipes multiprofissionais desenvolvendo ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e

coletividades. O curso passa a ser estruturado com uma carga horária mínima de 1.200 horas e seu acesso está previsto através de três etapas: etapa formativa I, para todos os ACS inseridos no SUS, independentemente de escolarização e com carga horária de 400 horas; etapa formativa II, para ACS que concluíram a etapa formativa I e que concluíram ou estão cursando o ensino fundamental, com a carga horária de 600 horas; e etapa formativa III, para concluintes das etapas anteriores que estão cursando ou concluíram o ensino médio, com carga horária de 200 horas. A formação deve valorizar a singularidade profissional deste trabalhador, tendo as características do seu perfil social, a promoção da saúde e a prevenção de agravos como eixos estruturantes e integradores do processo formativo (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde lançou duas publicações que foram sendo aperfeiçoadas com o tempo e em 2009 chegaram a sua forma final que, de forma sintética e didática, descreve e orienta o trabalho e as atribuições dos ACSs e vem sendo usadas como referências técnicas para a capacitação e a orientação das atividades práticas, são eles: “O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde” (BRASIL-b, 2009) e o “Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde” (BRASIL, 2009-c) que foram as obras escolhidas como referência para a capacitação dos ACSs em Bossoroca.

O Município de Bossoroca-RS possui 20 ACSs todos recentemente concursados, divididos em três áreas subordinadas cada uma a uma unidade de ESF, e que foram capacitados de forma intensiva. Dois ACSs foram nomeados posteriormente devido a desistências dos primeiros colocados e não cursaram uma capacitação formal. É consenso do gestor e dos enfermeiros dos ESFs do município que há a necessidade de uma capacitação mais abrangente e formal.

#### 5.4.2 – Trabalhando com os Visitadores do PIM

Em abril de 2003 o estado do Rio Grande do Sul concebe o programa “Primeira Infância Melhor” (PIM), baseado no programa cubano “*Educa a Tu Hijo*”, do Centro de Referência Latino-Americano para a Educação Pré-Escolar, CELEP, como uma proposta de atendimento integral às necessidades da criança em seus primeiros anos de vida. Coordenado pela Secretaria de Saúde do Estado em parceria com as secretarias estaduais de

Educação, Cultura, Trabalho, Cidadania e Assistência Social e com apoio do Gabinete da Primeira-Dama. A execução do programa é feita pelas prefeituras por meio de grupos técnicos compostos por membros das secretarias de saúde, educação e assistência social (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

Na página oficial da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul ainda consta:

É nesta etapa que estarão se formando as bases essenciais do desenvolvimento físico, bem como a estrutura psicológica onde estão os alicerces para a formação da personalidade. É voltado à promoção do desenvolvimento infantil integral de crianças na faixa de zero a seis anos de idade.[...] O programa prioriza sua intervenção junto a crianças que não estejam sendo atendidas pelas vias formais, como Escolas de Educação infantil ou Centros Educacionais e Instituições. A família tem papel fundamental na medida em que é trabalhada para assumir uma ação ativa de estimulação e proteção. A comunidade é envolvida no sentido de dar suporte e apoio às ações, oferecendo os recursos disponíveis em sua rede para efetivar as intervenções em relação à saúde, educação, cultura e assistência social. Esta característica configura a Intersetorialidade como um dos pilares que sustenta as ações do Programa (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

Segundo Jane Cristofari (2007):

O PIM é um programa institucional equivalente, de ação sócio-educativa, voltado a famílias com crianças de 0 a 6 anos e gestantes, está fundamentado, cientificamente, na Teoria Histórico-Cultural (Vygotsky), na Psicologia do Desenvolvimento (Piaget) e nos recentes estudos da Neurociência. A teoria sócio-histórica concebe a criança como ser sociocultural e histórico que aprende no convívio com outras pessoas. Segundo Vygotsky, a aprendizagem ocorre no contato sociocultural e pela formação social da mente. Para Piaget, estudioso da Psicologia do Desenvolvimento, a criança é percebida como um ser que interage com o objeto e disso resulta a aprendizagem. A Psicologia do Desenvolvimento e a Neurociência consideram os três primeiros anos da criança como sendo significativos para o processo de desenvolvimento humano. Considerando que as crianças que freqüentam a rede escolar são atendidas por profissionais qualificados, dentro de programas especialmente elaborados para favorecer o seu desenvolvimento, podemos afirmar que a qualidade da atenção à criança, sem atendimento institucional, depende em grande parte do nível de formação da família e de sua maior ou menor preparação para fazê-lo. O PIM, programa alternativo a essas famílias, busca, através da via não formal, prepará-las para que, em melhores condições, possam promover o desenvolvimento integral de suas crianças, a partir de sua cultura, experiências e potencialidades. O Programa prioriza sua intervenção, junto às crianças não atendidas pelas vias formais, como Escolas de Educação Infantil ou Centros Educacionais e Instituições. A família tem papel fundamental, na medida em que é trabalhada para assumir uma ação ativa de estimulação e proteção. A comunidade é envolvida, no sentido de dar suporte e apoio às ações, oferecendo os recursos disponíveis, em sua rede, para efetivar as intervenções, em relação à saúde, educação, cultura e assistência social. O PIM demonstra que, com vontade política, os gestores públicos podem contribuir para a melhoria dos ganhos na primeira infância, a partir de ações concretas, baseadas em estudos científicos e experiências exitosas, alicerçadas na comunidade e na rede de serviços, articulada intersetorialmente [...] (CRISTOFARI, 2007, p. 48).

Estruturalmente o PIM tem como gestor um Grupo Técnico Estadual (GTE) cuja função é capacitar, monitorar e avaliar o Programa nos municípios. As Prefeituras, por sua vez, executam e planejam o PIM, por meio do Grupo Técnico Municipal (GTM), composto por representantes das secretarias Municipais de Saúde, Assistência Social e Educação, o que dá o caráter intersetorial ao projeto. Os GTMs são responsáveis pela coordenação local, seleção e capacitação dos Monitores e Visitadores, bem como pelo mapeamento das famílias beneficiadas (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

Desta maneira os GTMs formam visitadores que vão orientar e esclarecer as famílias socialmente vulnerabilizadas, sobre as necessidades da primeira infância, demonstrando através de atividades específicas, o modo como a família deve executar tais ações acompanhados por monitores que planejam e avaliam estas ações (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

Durante o programa gestantes e crianças de 0 a 3 anos de idade são atendidas em visitas domiciliares semanais. As crianças de 4 a 6 anos são atendidas em espaços comunitários semanalmente. Os visitadores orientam, demonstram e acompanham as famílias averiguando como estão sendo implantadas as medidas sugeridas; os Monitores acompanham, planejam, capacitam e avaliam o trabalho dos Visitadores junto às famílias; os cuidadores —pais, mães e outros responsáveis — têm participação ativa e integradora no processo (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

As orientações que as visitadoras devem transmitir às famílias estão em um manual denominado “Guia da Família”. Nele constam noções sobre os aspectos psicológicos, físicos e sociais que norteiam esta fase de desenvolvimento da criança, que devem ser trabalhados junto às famílias separados por faixa etária: 0 a 3 meses; 3 a 6 meses; 6 a 9 meses; 9 a 12 meses; 1 a 2 anos; 2 a 3 anos; 3 a 4 anos; 4 a 5 anos; e 5 a 6 anos (RIO GRANDE DO SUL, 2004).

Em 2007 o estado do RIO GRANDE DO SUL (p. 9, 2007) lançou a segunda edição do Guia da Família onde os textos deixaram de ser meramente uma tradução adaptada do manual de apoio do programa cubano “Educa a tu Hijo” para conter também textos que melhor traduzem melhor a realidade gaúcha.

Já em 2010 foi lançada a 4ª edição do Guia da Gestante obra complementar ao Guia da Família com nova roupagem e novas ilustrações colaborando para uma melhor didática (RIO GRANDE DO SUL, 2010).

O Município de Bossoroca aderiu ao PIM em 2005 e possui hoje uma monitora concursada e 7 visitantes, contratados mediante bolsa de estágio remunerado com duração de dois anos. Esta peculiaridade é reconhecida por alguns setores como uma das vulnerabilidades do programa no município. A necessidade de capacitação formal se faz presente pelas constantes trocas de visitantes.

#### 5.4.3 – Trabalhando com os Professores do Ensino Fundamental.

O papel fundamental da educação, no que tange a formação das pessoas e da sociedade, amplia-se após a virada do milênio e aponta para uma escola voltada para a formação de cidadãos, como afirma Paulo Renato de Souza, ex-ministro da educação (BRASIL, 1998 p. 17).

O compromisso com a construção da cidadania pede, necessariamente, uma prática educacional voltada para a compreensão da realidade social, dos direitos e das responsabilidades em relação à vida pessoal e coletiva, bem como para a afirmação do princípio da participação política (BRASIL, 1998 p. 17).

Segundo FREIRE: *“Outro saber de que não posso duvidar um momento sequer na minha prática educativo crítica é de que, como experiência especificamente humana, a educação é uma forma de intervenção no mundo”*(1996, p. 110).

Segundo DELORS (2001, p.82), um dos principais papéis reservados a educação consiste, antes de mais, em dotar a humanidade da capacidade de dominar o seu próprio desenvolvimento. A educação deve proporcionar que cada um tome o seu destino nas mãos e contribua para o progresso da sociedade em que vive, baseando o desenvolvimento na participação responsável dos indivíduos e das comunidades.

Em seu artigo, FREI BETO (apud Kruppa 1994, p. 36) afirma que *“o processo educacional abarca, numa concepção totalizante, quatro dimensões: transmissão do patrimônio cultural, despertar das potencialidades espirituais, reflexão do que se vive e capacidade de modificar a realidade. Hoje a escola restringe-se a primeira dimensão”* (apud Kruppa 1994, p. 36 ).

FREI BETO ainda confirma que questões fundamentais são ignoradas pela escola, como a relação do educando com doenças, fracassos, frustrações, medos e morte. Diante das situações limites da vida reina o silêncio *“educa-se para a competitividade e o sucesso e não para tecer laços de solidariedade que amenizem situações conflitivas. Em suma falta à escola abordar o sentido da existência.”*( Frei Beto apud Kruppa 1994, p. 37)

FAZENDA (1993, p. 15) refere-se à interdisciplinaridade como um conceito esquecido em décadas passadas que ressurgiu nos anos 90 como palavra de ordem das propostas educacionais, não só no Brasil, mas no mundo. Afirma ainda que se vivencia um momento de transição, marcado pela instabilidade e insegurança onde ainda não se sabe bem como trabalhar a interdisciplinaridade, porém afirma o autor que esta insegurança faz parte do novo paradigma emergente e deve ser assumida e exercida com responsabilidade.

Sabe-se que os currículos organizados pelas disciplinas tradicionais conduzem o aluno apenas a um acúmulo de informações que serão insuficientes para sua vida profissional, principalmente porque o desenvolvimento tecnológico atual é de ordem tão variada que fica impossível processar-se com a velocidade adequada à esperada sistematização que a escola requer (FAZENDA, 1993 p. 16).

Ainda segundo FAZENDA (1993, p. 17), o pensar interdisciplinar parte do princípio que nenhuma forma de conhecimento é, em si mesma, absoluta. Afirma que é importante o diálogo com outras formas de conhecimento deixando-se interpenetrar por elas. Para viabilizar esse diálogo entre as diferentes formas de conhecimento, sugere que o rigor epistemológico do saber científico, comumente distante da realidade, pode servir-se do senso comum para aproximar o saber acadêmico do cotidiano, ao mesmo tempo em que ilumina as práticas empíricas, respeitando as tradições, a herança cultural e vivência do povo.

Dos anos 50 até o início dos anos 2000 muitas foram as iniciativas e abordagens que pretendiam focalizar o espaço escolar, e os estudantes em especial, dentro de uma perspectiva sanitária. Em sua maioria, tais experiências tiveram como centro a transmissão de cuidados de higiene e primeiros socorros, bem como a garantia de assistência médica e/ou odontológica. Assim, centraram-se na apropriação dos corpos dos estudantes, que, sob o paradigma biológico e quaisquer paradigmas, deveriam ser saudáveis. Em outra frente, “a abordagem dos estudantes era realizada sob o marco de uma psicologia “medicalizada”, a qual deveria solucionar os “desvios” e/ou “déficits” ligados ao comportamento/disciplina e/ou a capacidade de aprender e/ou atentar”.

Neste contexto, a temática da saúde, apresentada como um dos temas importantes do cotidiano, foi introduzida formalmente no currículo escolar em 1971 com a Lei nº 5.692 sob a designação genérica de Programas de Saúde e tinha como objetivo: “levar a criança e o adolescente ao desenvolvimento de hábitos saudáveis quanto à higiene pessoal, alimentação, prática desportiva, ao trabalho e ao lazer, permitindo-lhes a sua utilização imediata no sentido de preservar a saúde pessoal e a dos outros”. A lei também estabeleceu que os Programas de Saúde fossem trabalhados não como disciplina, mas sim “de modo pragmático e contínuo por meio de atividades” (BRASIL, 1998 p. 258).

No início dos anos 90, diante das propostas do setor de Educação, da crescente crítica de pouca efetividade da educação em saúde nas escolas e do fortalecimento das políticas de promoção da saúde, o Ministério da Saúde recomendou a criação de espaços e ambientes saudáveis nas escolas, com o objetivo de integrar as ações de saúde na comunidade educativa (BRASIL, 2006a).

O governo no final da década de 90 adotou posições que incentivam o ensino de saúde nas escolas, dentre elas destaca-se a presença do ensino de saúde nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) (BRASIL, 1998 p. 17).

Os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) são referências para o trabalho dos professores das diversas disciplinas e áreas do ensino fundamental e médio, tendo, como objetivo, garantir que todas as crianças e jovens brasileiros possam usufruir dos conhecimentos básicos necessários para o exercício da cidadania.

Os PCNs têm como função subsidiar a elaboração ou a revisão curricular dos Estados e Municípios, dialogando com as propostas e experiências já existentes, incentivando a discussão pedagógica interna das escolas e a elaboração de projetos educativos, assim como servir de material de reflexão para a prática de professores.

Mesmo apontando um conjunto de conteúdos e objetivos para as diversas disciplinas, os PCNs não são uma diretriz obrigatória. Suas propostas devem ser adaptadas à realidade de cada comunidade escolar, servindo como eixo norteador na revisão ou elaboração de propostas curriculares próprias.

Dentre os objetivos do PCN que devem ser atingidos pelos alunos destacam-se:

- Perceber-se integrante, dependente e agente transformador do ambiente, identificando seus elementos e as interações entre eles, contribuindo ativamente para a melhoria do meio ambiente.
- Conhecer o próprio corpo e dele cuidar valorizando e adotando hábitos saudáveis como um dos aspectos básicos da qualidade de vida e agindo com responsabilidade em relação a sua saúde e a saúde coletiva.

No início dos anos 2000, uma reação de educadores e sanitaristas, fez surgir outros modos de entender o estreito vínculo entre a produção do conhecimento e um viver saudável, os quais se centram no conceito ampliado de saúde, na integralidade e na produção de cidadania e autonomia. Com isso buscou-se novas formas de trabalhar o encontro da educação com a saúde: a implementação de políticas públicas e/ou propostas de ações intersetoriais que articulem as unidades de saúde às unidades escolares.

Neste novo contexto a escola deve ser entendida como um espaço de relações, um espaço privilegiado para o desenvolvimento crítico e político, contribuindo na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e interfere diretamente na produção social da saúde.

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos (BRASIL, 2008b).

A escola é espaço de grande relevância para promoção da saúde, principalmente quando exerce papel fundamental na formação do cidadão crítico, estimulando a autonomia, o exercício de direitos e deveres, o controle das condições de saúde e qualidade de vida, com opção por atitudes mais saudáveis (BRASIL, 2009-d).

A respeito do Programa Saúde na Escola o site Portal Saúde do Ministério da Saúde traz a seguinte informação:

O Programa Saúde na Escola (PSE), lançado em setembro de 2008, é resultado de uma parceria entre os ministérios da Saúde e da Educação que tem o objetivo de reforçar a prevenção à saúde dos alunos brasileiros e construir uma cultura de paz nas escolas.

O programa está estruturado em quatro blocos. O primeiro consiste na avaliação das condições de saúde, envolvendo estado nutricional, incidência precoce de hipertensão e diabetes, saúde bucal (controle de cárie), acuidade visual e auditiva e, ainda, avaliação psicológica do estudante. O segundo trata da promoção da saúde e da prevenção, que trabalhará as dimensões da construção de uma cultura de paz e combate às diferentes expressões de violência, consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Também neste bloco há uma abordagem à educação sexual e reprodutiva, além de estímulo à atividade física e práticas corporais.

O terceiro bloco do programa é voltado à educação permanente e capacitação de profissionais e de jovens. Essa etapa está sob a responsabilidade da Universidade Aberta do Brasil, do Ministério da Educação, em interface com os Núcleos de Telessaúde, do Ministério da Saúde, e observa os temas da saúde e constituição das equipes de saúde que atuarão nos territórios do PSE.

O último prevê o monitoramento e a avaliação da saúde dos estudantes por intermédio de duas pesquisas. A primeira é a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense), em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que contempla, além de outros, todos os itens da avaliação das condições de saúde e perfil socio-econômico das escolas públicas e privadas nas 27 capitais brasileiras. O resultado dessa pesquisa servirá para que as escolas e as equipes de saúde tenham parâmetro para a avaliação da comunidade estudantil. A segunda pesquisa será o Encarte Saúde no Censo Escolar (Censo da Educação Básica), elaborado e aplicado no contexto do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) desde 2005. Essa sondagem consiste em cinco questões ligadas mais diretamente ao tema DST/AIDS.

O tempo de execução de cada bloco será planejado pela Equipe de Saúde da Família levando em conta o ano letivo e o projeto político-pedagógico da escola. As ações previstas no PSE serão acompanhadas por uma comissão intersetorial de educação e de saúde, formada por pais, professores e representantes da saúde, que poderão ser os integrantes da equipe de conselheiros locais (BRASIL-PORTAL SAÚDE, sd).

O Programa também prevê uma interessante interfase entre a Estratégia de saúde da Família e a escola:

Todas as ações do programa são possíveis de serem realizadas nos municípios cobertos pelas equipes de Saúde da Família. Na prática, o que ocorrerá será a integração das redes de educação e do Sistema Único de Saúde. Os municípios interessados devem manifestar sua vontade em aderir ao programa. Portaria do Ministério da Saúde definirá os critérios e recursos financeiros pela adesão e orientará também a elaboração dos projetos pelos municípios.

O Ministério da Saúde, além de incentivo financeiro, ficará responsável pela publicação de almanaques para distribuição aos alunos das escolas atendidas pelo PSE. A tiragem da publicação poderá chegar a 300 mil exemplares este ano. O ministério fará ainda cadernos de atenção básica para as 5.500 equipes de Saúde da Família que atuarão nas escolas. (BRASIL-PORTAL SAÚDE, sd)

Quando se pensa nos professores como multiplicadores em saúde e na construção de um espaço escolar promotor de saúde e de cidadania é fundamental o planejamento da capacitação destes atores para a execução desta tarefa. No entanto, a construção de uma interface saúde-escola não é uma tarefa tão simples. Algumas dificuldades são apontadas pela literatura científica para a edificação desta realidade nas escolas brasileiras e, possivelmente, essas dificuldades se reproduzem, também, nas escolas do município de Bossoroca.

Alguns obstáculos são inerentes a própria profissão e a percepção que os professores e a sociedade tem da atividade educativa. Os dados a seguir são de uma pesquisa feita nas escolas públicas de Juiz de Fora-MG. AGUIAR (1991, p.57) constatou que dos 151 professores entrevistados 42% declaram não se sentirem realizados com a profissão, ao serem perguntados com relação à causa desta frustração 92,2% respondeu que eram os baixos salários.

Desgosto com a profissão, baixos salários, perda de prestígio social e uma visão de que a escola esta arcando com as responsabilidades educacionais que deveriam ser responsabilidades da família são uma queixa que constante que nós, profissionais de saúde, escutamos quando vamos efetuar alguma atividade na escola.

Outra questão que constantemente é levantada é a ausência de uma

capacitação em saúde durante a formação dos professores que possibilite e facilite a abordagem da temática na escola. Fato que também observamos na literatura:

Segundo VASCONCELOS (2001 p.46) em estudo sobre a educação em saúde bucal na escola: 56% dos professores nunca estudaram durante o seu processo de formação os temas saúde e higiene bucal. E dos 44% restantes que tiveram contato com o assunto 82% foram durante o 1º grau. A autora aborda também o fato de 64% dos professores não abordarem estes temas em sala de aula. Justificando estes fatos os professores relatam como principais causas: não serem estes conteúdos integrantes da grade curricular, a falta de conhecimento sobre o assunto e a falta de tempo disponível.

A ausência de literatura e material didático de apoio também é relatada e quando presente algumas contém informações controversas:

RIBEIRO et al (1996 p.77) realizaram um estudo descritivo, quando pesquisaram os conteúdos de saúde bucal em livros didáticos da disciplina de Ciências adotados por três escolas localizadas no município de Duque de Caxias –RJ, e observaram que apenas um deles abordava o conteúdo de maneira satisfatória.

A literatura científica tem registrado diversos trabalhos mostrando a ação de educadores na promoção da saúde nas escolas, com resultados favoráveis. Embora a produção científica tenha se atrelado mais à medição da evolução de determinados índices e melhoria de indicadores que na avaliação das atividades educativas desenvolvidas pelos professores os resultados mostram que houve um ganho de conhecimento por parte dos alunos.

O trabalho com os professores em ações de saúde, dentro do espaço escolar, não é um tema estranho ao autor deste trabalho. Além de coordenar programas e ações dentro das escolas de Bossoroca desde o ano de 2005, em 2003 concluiu uma Pos-Graduação em Gestão Educacional onde o tema foi: “A Importância do Professor nas Ações de Saúde Bucal nas Escolas de 1ª à 4ª Séries do Ensino Fundamental”.

A resistência por uma parte dos professores a estes projetos é comum e até certo ponto normal como em toda a mudança de paradigma. Mas algumas dificuldades relatadas merecem atenção especial. A falta de informação a respeito de saúde durante a formação dos professores; a ausência de fontes de consulta ou a incorreção das mesmas; a ausência do assunto da grade curricular; a desmotivação dos professores com a

profissão devido aos baixos salários e a falta de estímulos por parte dos diretores são os mais citados entre os professores (BASTOS, 2003).

É por isso que podemos encontrar resistências a atividades de saúde dentro do espaço escolar que variam de escola para escola de acordo com o perfil dos professores e de suas lideranças que podem ter uma visão mais conservadora e rígida do papel da escola, mais centrada na ênfase dos conteúdos tradicionais. Esta realidade se faz presente em Bossoroca e é percebida pela experiência profissional deste pesquisador.

Contudo, capacitar todos os professores da rede municipal em saúde apresenta alguns problemas operacionais. Não é possível interromper o ano letivo para a capacitação e o período disponível é somente de alguns dias entre o retorno das férias escolares e o início do ano letivo e o recesso ocasionado pelas férias do meio do ano. Para ocupar este espaço é necessário um planejamento com bastante antecedência, pois, concorre com outras capacitações e atividades já programadas anteriormente.

Para minimizar as resistências e promover de forma gradual um maior envolvimento das escolas municipais, bem como planejar a capacitação dos professores de forma gradual, foi idealizado pela equipe gestora do NUMESC um programa que sirva de ponte, intermediando o espaço saúde-escola, e criando um ambiente favorável a ações de saúde no espaço escolar e que também crie uma figura de referência dentro da escola, além do diretor, para os projetos de saúde. Este programa é o “Programa Agente de Saúde Escolar”.

Dentro da estratégia deste programa cada escola escolhe um professor que é capacitado em saúde e serve de elemento de ligação entre a saúde e a escola. Espera-se que a ação do Agente de Saúde Escolar (ASE) promova a preparação do ambiente escolar para a adoção do programa Saúde na Escola nas escolas municipais em um espaço de 2 anos.

Esta capacitação envolverá conhecimentos em educação em saúde, construção do SUS, importância da escola como espaço de educação em saúde, programas realizados nas escolas como o Sorrindo para o Futuro- realizado em parceria com o SESC-RS - e o próprio Programa Saúde na Escola, e demais conteúdos em saúde que a equipe ampliada do NUMESC juntamente com os representantes das escolas entendam ser importante para a população escolar e a comunidade.

Criamos também uma identidade visual para este programa onde idealizamos um logotipo baseado em um “capelo” nome que se dá ao chapéu do traje de formatura: a “beca”, que simboliza a educação e o mestre. No fundo temos uma cruz vermelha remetendo a ideia de saúde. O nome “Programa Agentes de Saúde Escolar” em arco sobre o desenho. Embaixo os dizeres “Saúde Também se Aprende na Escola” em letra cursiva que é associada à educação.



Figura 16: Modelo para o logotipo do "Programa Agentes de Saúde Escolar". Fonte: Elaborado pelo autor.

A arte feita pela empresa Nova Design ficou assim:



Figura 17: Versão final do logotipo do "Programa Agentes de Saúde Escolar". Fonte: Nova Design.

Embora o capelo e a beca estejam bastante associados a formaturas e as suas festas e possam causar uma associação errada em relação à ideia do logotipo optamos por manter a concepção original do programa e achamos o resultado bastante satisfatório.

#### 5.4.4 – Construindo Roteiros para a Capacitação dos Multiplicadores:

Para a capacitação dos ACSs adotamos como referência os manuais: “O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde” (BRASIL-b, 2009) e o “Guia Prático do Agente Comunitário de saúde” (BRASIL, 2009-c):



Figura 18: Manuais de orientação aos ACSs. Fonte: Ministério da Saúde.

O manual “O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde” é referência para o módulo 1 de capacitação onde conceitos básicos de saúde e da história e princípios do SUS são trabalhados juntamente com as ações práticas do dia-a-dia e a documentação pela qual o ACS é responsável. A documentação e o diagnóstico inicial da área são estudadas neste módulo.

Abaixo um quadro com nossa proposta de capacitação dos ACSs:

<b>Curso de Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde</b> <b>Módulo 1: Conceitos Básicos e o Processo de Trabalho do ACS</b>			
<b>Tema</b>	<b>Título</b>	<b>Carga Horária</b>	<b>Expositor</b>
1	<b>De onde vem o SUS?</b>		
2	<b>Atenção Primária à Saúde.</b>		
3	<b>APS/Saúde da Família.</b>		
4	<b>Agente comunitário de saúde: você é “um agente de mudanças”!</b>		
5	<b>O processo de trabalho do ACS e o desafio de trabalhar em equipe.</b>		

6	<b>Planejamento das ações.</b>		
7	<b>Ferramentas de trabalho.</b>		

Tabela 1: Curso de capacitação de ACSs - Módulo 1. Fonte: Equipe NUMESC.

Para o módulo 2 a referência é o manual: “Guia Prático do Agente Comunitário de saúde” onde temos um apanhado dos variados temas envolvendo saúde, ação social e cidadania.

Abaixo o quadro com nossa proposta de capacitação para o segundo módulo:

<b>Curso de Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde</b> <b>Módulo 2: Ações educativas dos ACSs em Saúde, Ação Social e Cidadania.</b>			
<b>Tema</b>	<b>Título</b>	<b>Carga Horária</b>	<b>Expositor</b>
1	<b>A Família e o Trabalho do ACS.</b>		
2	<b>Registro Civil de Nascimento e documentação básica. Programa Bolsa-Família.</b>		
3	<b>APS/Saúde da Família.</b>		
4	<b>Saúde da Criança</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A criança no primeiro mês de vida.</li> <li>• Triagem neonatal.</li> <li>• Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.</li> </ul>		
5	<b>A Caderneta de Saúde da Criança: Informações importantes a serem verificadas.</b>		
6	<b>Orientações alimentares para a criança.</b> Obesidade em criança.		

7	<p><b>Prevenindo acidentes na infância.</b>          Situações em que você deve orientar a família a procurar o serviço de saúde o mais rápido possível.</p>		
8	<p><b>Saúde Bucal: da Criança, do adolescente, do Adulto, do Idoso e da Gestante.</b></p>		
9	<p><b>Saúde do Adolescente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquema vacinal.</li> <li>• Sexualidade.</li> <li>• Transtornos alimentares.</li> </ul>		
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquema vacinal do adulto.</li> <li>• Doenças crônicas: o que o ACS pode e deve fazer.</li> <li>• Doenças sexualmente transmissíveis e Aids.</li> </ul>		
11	<p><b>Saúde do adulto.</b>          Hábitos alimentares saudáveis</p>		
12	<p><b>Saúde do adulto.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividade física.</li> </ul>		
13	<p><b>Saúde do adulto.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saúde do homem.</li> </ul>		
14	<p><b>Saúde do adulto.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saúde da mulher.</li> </ul>		
15	<p><b>Saúde do adulto.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção ao idoso.</li> </ul>		
16	<p><b>Saúde mental.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Introdução.</li> <li>• Ansiedade.</li> <li>• Depressão.</li> <li>• Uso abusivo de álcool e outras drogas.</li> </ul>		
17	<p><b>Atenção à pessoa com deficiência.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• As crianças com deficiência.</li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deficiência visual.</li> <li>• Deficiência intelectual .</li> <li>• As deficiências nos adolescentes e adultos.</li> </ul>		
<b>18</b>	<b>Orientações para famílias com pessoas acamadas.</b>		
<b>19</b>	<b>Violência familiar.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Violência contra a mulher.</li> <li>• Violência contra a criança e o adolescente.</li> <li>• Os sinais de alerta em relação ao agressor .</li> <li>• Violência contra o idoso.</li> <li>• Violência contra pessoas portadoras de deficiência física e mental.</li> <li>• Prevenção da violência familiar.</li> <li>• Atribuições frente à violência familiar.</li> </ul>		
<b>20</b>	<b>Doenças transmitidas por vetores: mosquitos, insetos, moluscos e outros.</b>		

Tabela 2: Curso de capacitação de ACSs - Módulo 2. Fonte: Equipe NUMESC.

Já no caso do PIM não temos um manual com um cronograma de capacitação. Neste caso solicitamos um roteiro para o Grupo Técnico Estadual e para o município de Santiago uma das referências estaduais no programa:

<b>Curso de Capacitação de Visitadores do Programa Primeira Infância Melhor - PIM</b>			
<b>Tema</b>	<b>Título</b>	<b>Carga Horária</b>	<b>Expositor</b>
<b>1</b>	<b>Apresentação do PIM</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrutura e Funcionamento.</li> <li>- Atribuições e Funções.</li> <li>- Perfil do Visitador.</li> </ul>	2 horas	
<b>2</b>	<b>Histórico e Contextualização do PIM em Bossoroca.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A Intersetorialidade.</li> </ul>	1 hora	

	- O Grupo Técnico Municipal – GTM.		
3	<b>Fundamentação Teórica do Programa.</b>	2 horas	
4	<b>Modalidades de Atenção:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestante;</li> <li>- Individual;</li> <li>- Grupal.</li> </ul> <b>Plano de Modalidade.</b> <b>Informe Mensal.</b> <b>Guias de Orientação.</b> <b>Acompanhamento dos Ganhos do Desenvolvimento Infantil.</b> <b>Importância da Ética</b>	4 horas	
5	<b>O Brincar de 0 a 6 anos.</b> <b>Oficina de Confeção de Brinquedos.</b> <b>Relato de Experiências Positivas com o Uso de Brinquedos.</b>	4 horas	
6	<b>Família e Comunidade:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Concepção.</li> <li>- Papel.</li> </ul> <b>Forma de Abordagem da Família:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visita Domiciliar;</li> <li>- Entrevista;</li> <li>- Reunião Comunitária;</li> <li>- Atividade Comunitária.</li> </ul>	4 horas	
7	<b>Dimensões do Desenvolvimento Infantil.</b> <b>Características de Cada faixa Etária:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Motricidade;</li> <li>- Sócio-afetiva;</li> <li>- Linguagem;</li> <li>- Cognitiva.</li> </ul>	4 horas	
8	<b>Oficinas de Modalidade de Atenção.</b> <b>Modalidades de Atenção:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planejamento;</li> <li>- Execução;</li> <li>- Avaliação.</li> </ul>	4 horas	
9	<b>O Cadastro no Banco de Dados.</b>	2 horas	

<b>10</b>	<b>A Saúde da Gestante.</b>	2 horas	
<b>11</b>	<b>A Saúde da Criança.</b>	2 horas	
<b>12</b>	<b>Nutrição da Criança.</b>	2 horas	
<b>13</b>	<b>Saúde Bucal.</b>	2 horas	
<b>14</b>	<b>Psicologia na Família.</b>	2 horas	
<b>15</b>	<b>Trabalho de Campo.</b>	4 horas	

Tabela 3: Curso de capacitação de visitantes do PIM. Fonte: Equipe NUMESC.

### **5.5 – Fortalecendo a Territorialização**

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) está estruturada baseada na Unidade de Saúde da família. É uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que esta vinculada ao programa com equipe multiprofissional que assume a responsabilidade por determinada população, a ela vinculada, e assume a responsabilidade por ações de promoção de saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos (BRASIL-b, 2001).

A adscrição da população potencialmente usuária do serviço é preconizada, segundo os documentos oficiais, como um dos passos primordiais para a implantação da Unidade de Saúde da Família - USF. Implantada a USF, deve-se considerar as características locais para o aprimoramento do primeiro diagnóstico realizado no momento da implantação do programa no município.

O termo território pode ser associado a pelo menos duas origens: a primeira significa “terra pertencente a”, ou seja, *terri* (terra) e *torium* (pertence a), de origem latina; a segunda, associada à primeira, *terreo-territor* (aterrorizar- aquele que aterroriza) designou a concepção política de quem aterroriza para dominar e de quem é aterrorizado pelo domínio de uma determinada porção do espaço. Inicialmente foi utilizado na Grécia para denominar as cidades-estados da Grécia clássica e na Itália reaparece para descrever as jurisdições das cidades medievais italianas. Essas duas origens, ainda que consideradas por

alguns estudiosos como duvidosas, perpassam os conceitos de território utilizados tanto pelo senso comum como pela ciência (MESQUITA apud PEREIRA et al.,2006).

Segundo GONDIN et al (2008) a categoria espaço vem sendo utilizada com ênfase no campo da saúde, como uma abordagem fundamental para dar suporte ao conceito de risco, em função das múltiplas possibilidades que se tem em localizar e visualizar populações, objetos e fluxos, e de se espacializar a situação de saúde através da distribuição de indicadores sócio-econômicos, sanitários e ambientais que revelam as condições de vida das pessoas em seu interior.

As divisões territoriais do SUS, “tais como o município, o distrito sanitário e a área de abrangência de serviços de saúde são áreas de atuação, de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político”. Esse poder existente também é instituído através das redes de relacionamento humano que se constituem no espaço. Os Sistemas de Saúde também se organizam sobre uma base territorial, o que significa que a distribuição dos serviços de saúde segue a uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, que devem ser coerentes com os níveis de complexidade das ações de atenção (PEREIRA et al.,2006).

Ainda segundo PEREIRA (2006) percebe-se, a partir do exposto acima, que o entendimento de território por parte dos grupos de técnicos e usuários do sistema de saúde tende a influenciar a forma como esse território será incorporado à prática de suas ações.

Segundo Lacerda et al (2011):

A territorialização permite a identificação de aspectos demográficos, socioeconômicos, culturais e epidemiológicos de uma determinada população, compreendendo assim um método facilitador para a atuação dos profissionais de saúde na comunidade.

[...]

O processo de territorialização tem como meta delimitar áreas específicas para o desenvolvimento das atividades disponibilizadas pela ESF, bem como reconhecer as principais necessidades da população e os fatores que constituem barreiras de acessibilidade aos serviços da Atenção Primária à Saúde. Partindo-se do pressuposto de que a comunidade atendida pela ESF está em constante transformação, o processo de territorialização deve adquirir um caráter de continuidade para acompanhar a dinâmica social.

[...]

Vale ressaltar que a territorialização permite a criação de maiores vínculos entre os usuários e profissionais do serviço de saúde da ESF para que possam ter uma visão holística do espaço onde atuam e trabalhem em prol da promoção da saúde. Embora a territorialização seja um dos eixos norteadores da ESF, observa-se que não tem sido operacionalizada com toda sua resolubilidade ou tem se realizado de maneira superficial, devido a uma provável desvalorização por parte dos profissionais ou a própria complexidade inerente a sua concretização. A partir dessa análise pode-se concluir que o olhar multiterritorial, a compreensão da problemática local e a efetivação da promoção da saúde, enquanto objetivos primordiais da ESF, podem ser consolidados através do processo de territorialização.

O ESF reafirma os princípios do SUS de: universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade. E atua tendo como bases próprias os seguintes princípios: caráter substitutivo, integralidade, hierarquização, equipe multiprofissional e territorialização e adscrição de clientela. A respeito deste último a ESF trabalha com um território de abrangência definida e é responsável pelo cadastramento e o atendimento da população adscrita a esta área que segundo recomendação técnica não deve ultrapassar 4.500 pessoas (BRASIL-b, 2001).

No entanto, LACERDA et all (2011), fazem uma ressalva que embora a territorialização seja um dos eixos norteadores da ESF, trabalhos publicados constataram que ela não tem sido operacionalizada com toda sua resolubilidade ou tem se realizado de maneira superficial, devido a uma provável desvalorização por parte dos profissionais ou a própria complexidade inerente a sua concretização.

PEREIRA (2006) conclui que as que “a efetivação das ações de atenção, promoção e prevenção buscando melhores condições de vida resulta num olhar multiterritorial, através do qual se considera que existem outras forças atuantes sobre o território, além da lógica dos serviços de saúde. Em outras palavras, as parcerias entre instituições e atores sociais seriam os fundamentos da intersectorialidade capazes de modificar o quadro social e epidemiológico local. Neste sentido, deve-se observar como se dá a relação entre a ESF e a comunidade; as lideranças comunitárias, as ONGs, movimentos sociais, e outras instituições que possam intervir no local.”

No caso do município de Bossoroca onde constatamos a existência de três territórios associados a três UBS de saúde da família. Constatamos que nestes territórios não ocorrem uma efetiva integração entre todos os atores sociais que trabalham saberes em saúde. Visitadores do PIM e professores que desenvolvem conteúdos de saúde junto às

famílias e nas escolas não estão integrados a ESF e não trabalham de forma solidária e complementar com a ESF. Em virtude disto podem ocorrer informações discordantes à população e os esforços realizados isoladamente, pela ação de cada grupo, deixa de ser potencializado por uma ação conjunta.

Como proposta de trabalho, dentro do NUMESC de Bossoroca, sugere-se, por parte da equipe ampliada uma aproximação e uma ação conjunta dentro de cada território de saúde entre o PIM, as escolas e as equipes da ESF. Esta se dará por uma maior proximidade entre o Programa Primeira Infância Melhor (PIM) e seus visitantes da equipe do ESF – identificação destes atores e um convívio maior com a equipe ESF - e pela implementação do programa Agentes de Saúde Escolar (ASE) e posteriormente pela implantação do Programa Saúde na Escola (PSE) que já prevê uma ação conjunta ESF/escola.

Abaixo temos uma ilustração mostrando o nosso projeto de uma ação cooperativa e integrada da ação dos diversos multiplicadores que atuam dentro dos territórios de saúde:

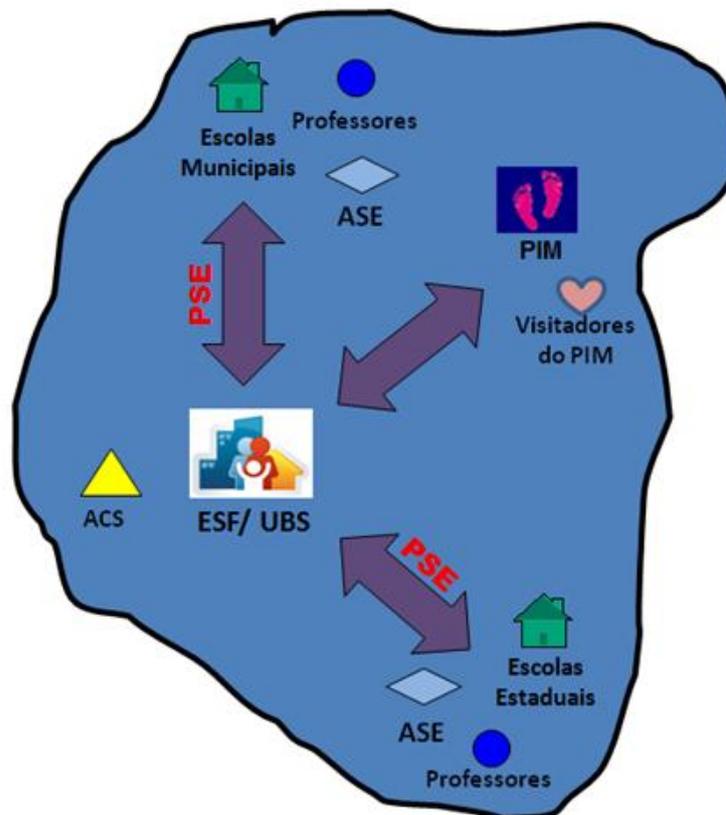


Figura 19: Modelo de ação integrada dos multiplicadores dentro do território. Fonte: Elaborado pelo autor.

### 5.6 - Produzindo Materiais Educativos sob a Égide do NUMESC

De muita importância para o andamento do NUMESC em Bossoroca é a produção de material educativo, seja de apoio aos funcionários, durante as capacitações ou para distribuição à população em ações de educação popular em saúde.

Essas produções são importantes por serem uma decorrência natural do processo de municipalização e descentralização das ações de saúde. É difícil esperar que o Ministério da Saúde produza material educativo adequado a todas as regiões dentro de um país continental e multicultural como o Brasil. Particularidades como o clima frio do inverno gaúcho, nossos hábitos alimentares, influenciados pelos imigrantes europeus, e o costume do chimarrão, absorvido da cultura indígena, são apenas algumas das particularidades do estado do Rio Grande do Sul que não encontram ressonância em outros estados. Neste

caso outras regiões brasileiras possuem hábitos que podem ter consequências na saúde local que não se reproduzem no estado gaúcho.

Mesmo no estado existem particularidades microrregionais que são importantes e significativas para a elaboração de materiais educativos. É importante que a população se identifique como material e “se veja” nas ferramentas educativas, estabelecendo uma identidade e se reconhecendo naquele material para que possa obter um efeito pedagógico mais significativo.

Por outro lado, a tarefa do município, particularmente dos de menor tamanho, não se mostra das mais fáceis. Habitados a receberem da União e do Estado o material educativo de forma centralizada, passam a ser também responsáveis por produzirem esse material dentro do município. Esta tarefa exige uma qualificação que a maioria dos municípios talvez não tenha. Uma equipe multiprofissional formada por pedagogos, publicitários, desenhistas e jornalistas, semelhantes ao setor de recursos humanos, visto nas empresas privadas, seria a formação ideal para dar apoio a ações educativas no município. No entanto essa realidade está bastante distante da maioria das cidades.

No município de Bossoroca esta realidade não é diferente. Não existe uma equipe pedagógica de apoio, entretanto o município vem se aventurando na elaboração de materiais didáticos e educativos em saúde. Com iniciativa dos profissionais de saúde e o apoio de empresas gráficas na elaboração da arte, o município tem se esforçado na produção de folders e outros materiais para ações educação em saúde. Todavia o NUMESC deve provocar essa busca de qualificação e pluralidade na composição da equipe.

O autor deste trabalho já atuou na produção de materiais educativos como uma cartilha para auxiliar nas ações de educação em saúde dentro do PIM do município de Santiago denominada: “Sorria! A Saúde da Boca Bate à Porta”, feita de forma conjunta e dialética com as visitadoras e monitoras do PIM (BASTOS, 2007) e possui uma limitada e pequena capacidade para o desenho que, no entanto, propicia aos ilustradores alguma ideia do que se quer mostrar e como se quer descrever determinado evento.

Já era do interesse deste pesquisador antes do convite para pertencer a equipe de gestores do NUMESC a produção de um material educativo em saúde bucal para o uso de ACSs, visitantes do PIM e professores do ensino fundamental de Bossoroca. O material que já estava sendo esboçado recebeu os logotipos do NUMESC e do programa

Multiplicando com quem Multiplica. Pode ser impresso em tamanho pequeno e modelo frente-verso na forma de folders para distribuição ou em tamanho maior e impresso de um lado somente na forma de cartazes para serem fixados nas escolas e nos locais de reunião grupal do PIM e nas UBSs.

Abaixo seguem dois modelos dos folders/cartazes para serem enviados para a arte final, realizados pelo autor:

# Prevenindo as Cáries



**A Placa Bacteriana**  
É uma película pegajosa e incolor, formada de bactérias e restos de comida que se forma sobre os dentes. É a principal causa de cáries e doenças de gengiva. Se não for removida diariamente, endurece e forma o tártaro.

## A Cárie Dental

É causada por bactérias que se "alimentam" dos restos de comida que ficam dissolvidos na boca (principalmente açúcares). Um dos produtos finais de seu metabolismo são ácidos. Quando esses ácidos entram em contato com os dentes, eles causam uma desmineralização formando cavidades ou buracos.



**DICA:** Didaticamente dizemos que a cárie é provocada pelo "xixi" da bactéria após ela comer o açúcar que fica grudado nos dentes e que não limpamos

## Consequências da Cárie



Dor espontânea ou provocada pelo frio, acidez de alguns alimentos ou açúcares. Também pode causar mau hálito (cheiro ruim na boca), manchamento e buracos nos dentes e em casos mais graves, febre e inchaço do rosto.

## Cáries e Antibióticos



Alguns antibióticos mancham os dentes. Por isso não devem ser ingeridos por crianças e gestantes. Esse é um dos motivos pelo qual não devemos nos automedicar.

No entanto, os dentes manchados não perdem resistência. Alguns xaropes infantis, em particular os caseiros, possuem açúcar.

Nesses casos os dentes da criança devem ser escovados após o uso do medicamento.

## Dieta



Evitar alimentos doces é uma boa dica para a saúde dos dentes.

Não devemos dar para as crianças doces, refrigerantes e salgadinhos entre as refeições.

Prefira frutas. O açúcar das frutas ataca menos os dentes.

Oriento o consumo de açúcar para depois das refeições, assim a criança tem uma maior proteção da saliva.

Escove os dentes após cada refeição.



Figura 20: Modelo de folder/cartaz para o NUMESC. Fonte: Elaborado pelo autor.



Figura 21: Modelo de folder/cartaz para o NUMESC. Fonte: Elaborado pelo autor.

Outros trabalhos devem ser produzidos em formatos diferentes e contemplando outros aspectos da saúde e com isto espera-se um crescimento em experiência e qualidade na produção local de materiais pedagógicos de apoio à educação em saúde.

## **6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

O processo de educação em saúde no Brasil se confunde com a história da própria saúde pública neste país. Incipiente no começo do século, indo para uma ação elitizada e restrita para posteriormente ter uma ênfase em manter uma mão de obra saudável para atender as demandas de trabalho.

Nas últimas décadas, motivada por um conceito mais amplo de saúde focado em um estado de bem estar integral e não somente físico ou orgânico, a saúde passa a ser uma conquista da cidadania associada aos direitos básicos do cidadão que para serem alcançados é necessário conhecimento e informação para que o indivíduo possa optar por escolhas saudáveis quando na tomada de decisão sobre aspectos físicos, sociais e comportamentais da sua vida. Com relação a estes saberes, quando não são naturalmente adquiridos pela população, é dever do Estado ir de encontro às pessoas e oferecer essas informações por meio de programas continuados de saúde.

Na medida em que o modelo de saúde migra do sanitarista-campanhista e do médico-assistencialista para um modelo de promoção de saúde a educação em saúde ganha força como ferramenta de construção de um saber que possibilite opções saudáveis pelos indivíduos e uma melhor qualidade de vida.

Nas últimas décadas do século XX o modelo de saúde no Brasil passou por importantes transformações. Com o Movimento da Reforma Sanitária, a criação do SUS e da Estratégia de Saúde da Família promoveram importantes alterações no âmbito da saúde. Os princípios de universalização, integralidade, equidade, resolutividade, regionalização e hierarquização, descentralização, comando único e participação popular ao mesmo tempo que revolucionaram a saúde brasileira inovaram, modificaram e deram a devida importância à concepção de educação em saúde.

Os processos de valorização da promoção de saúde com ênfase na educação, abordados dentro de um processo de descentralização ganham grande importância em um

país de dimensões continentais como o Brasil. Torna-se muito difícil promover ações educativas e material didático adequado de forma centralizada pelo governo federal em um país tão vasto e com distintas peculiaridades regionais. Para se respeitar a identidade cultural e os hábitos e costumes de cada região é necessário planejar ações pedagógicas a nível local. Em virtude disto as ações de descentralização, regionalização e a consequente municipalização de ações educativas em saúde e capacitação de atores sociais em saúde é um fenômeno natural decorrente de um processo lógico e de longo prazo que naturalmente levam à assunção, por parte dos municípios, das ações educativas.

Embora entendamos ser descentralização de ações de educação em saúde seja um fenômeno natural decorrente do processo de criação e fortalecimento do SUS acreditamos ter sido de grande importância para a construção desta nova realidade no estado do Rio Grande do Sul a criação no estado dos NURESC por intermédio de uma parceria entre a ESP-RS e as Coordenadorias Regionais de Saúde promovendo e descentralizando as ações educativas para o âmbito das coordenadorias. Em uma segunda etapa com a criação dos NUMESC vemos um novo processo de descentralização em direção aos municípios.

A municipalização das ações de educação em saúde embora natural e justa trás para os municípios importantes e novas atribuições. Muitas destas novas atribuições vão exigir um esforço maior por parte dos municípios em especial os de pequeno porte. Com enxutos e mal equipados quadros de pessoal, com poucos recursos financeiros e comandados por gestores dominados por uma visão burocrática, eleitoreira, pragmática e assistencialista a implantação do NUMESC encontra profundas resistências. Para vencer estas resistências é fundamental uma mudança de perspectiva calcada em uma ação voltada para a promoção de saúde implementada por gestores cada vez mais comprometidos com modernos mecanismos de gerenciamento e uma visão integral de saúde.

Mais especificamente no caso do NUMESC, esse gerenciamento passa pela estruturação de uma equipe voltada para a educação dentro do município. Composta por profissionais de saúde com capacitação e interesse na área e por outros que possam compor uma equipe multiprofissional e intersetorial que enriqueça com novas práticas e novos saberes, tais como: pedagogos, publicitários, jornalistas e desenhistas e outros profissionais que possam acrescentar nas práticas pedagógicas.

No município de Bossoroca vemos nascer esta nova realidade. O NUMESC que surge mediante o ato legal. Articula-se por meio da escolha dos seus gestores. Inicia seus trabalhos com a escolha das linhas de atuação. Cria programas e uma identidade visual para estes. Com essas ações se espera fortalecer e melhorar a qualidade de ações de educação em saúde no município e fortalecer a Estratégia de Saúde da Família em Bossoroca particularmente reforçando o processo de territorialização dentro do modelo assistencial proposto.

Com este trabalho não esperamos esgotar todo o assunto referente à implantação do programa no município. Este processo é amplo e vai muito além dos quatro meses abordados neste trabalho. Vários questionamentos ainda encontram-se em aberto e outros trabalhos se encarregarão de descrever estes processos. Como se dará a resposta às ações implementadas? Qual será o apoio dados pelos gestores atuais e futuros? Que modificações serão alcançadas a partir de sua criação? Todos são questionamentos que envolvem um processo de avaliação.

Não temos a intenção de abordar neste projeto o processo de avaliação do NUMESC em Bossoroca. Pensamos em questionários junto aos servidores e usuários para a avaliação de ações e no monitoramento de impacto destas ações em alguns indicadores. No entanto tentar esgotar este tema agora pode soar de forma pretensiosa da nossa parte. Entendemos que as ferramentas de avaliação devem ser construídas de forma conjunta e ampla envolvendo uma troca de experiências entre a 12<sup>a</sup> CRS e outros municípios com maior experiência no NUMESC. Uma concordância maior a respeito do método de avaliação possibilitaria também uma forma de comparar vários municípios.

Realmente muitos são os desafios, no entanto, mesmo neste processo de implantação que este trabalho relata fica a impressão de que o NUMESC veio para ficar e que um novo horizonte se avizinha para os municípios que, de meros consumidores de ações e materiais de educação em saúde do governo central passam a serem os verdadeiros arquitetos e artífices das ações educativas em saúde em seus territórios.

## 7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. AGUIAR, A.A.A. Educação em saúde bucal e professores de 1º grau. Monografia apresentada para a obtenção do grau de mestre. Niterói: UFF, 1991.
2. BARCELLOS, C. dos S. N. ; PANDOLFI, M., MIOTTO M. H. M. de B.. **Perfil do Agente Comunitário de Saúde (ACS) de Vitória- ES.** Revista de Odontologia da UFES. Vitória –ES. 8(1) pags. 21-28, 2006.
3. BASTOS, E. J. **Importância do Professor nas Ações de Saúde Bucal nas Escolas de 1ª à 4ª Séries do Ensino Fundamental.** Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Gestão Educacional como requisito para obtenção do grau de Especialista em Gestão Educacional. Alegrete-RS. URCAMP, 2003.
4. BASTOS, E. J..**Sorria! A Saúde da Boca Bate à Porta.** Santiago: Prefeitura Municipal de Santiago, 2007.
5. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988).** Brasília: Senado Federal, 1988.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
7. BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente, saúde /** Secretaria de Educação Fundamental. – Brasília : 128p..1997.
8. BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Terceiro e quarto ciclos: Apresentação dos temas transversais.** Brasília, MEC/SEF, 1998.

9. BRASIL. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Legislação Federal e Estadual do SUS**. Porto Alegre, 2000. p. 22 e 26.
10. BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de dezembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160,167 e 198 da Constituição Federal acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. In: RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Legislação Federal e Estadual do SUS**. Porto Alegre, 2000. p. 16-19.
11. BRASIL-a. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para a NOB/RS-SUS**. Brasília, 2001. Quarta versão preliminar incorporadas as diretrizes na 11ª Conferência Nacional de Saúde.
12. BRASIL-b. **Programa Saúde da Família**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília, 2001.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed., rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002-a. 112 p.]
14. BRASIL. **Lei Nº 10.507, de 10 de Julho de 2002**. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.2002-b.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agentes comunitários de saúde: área profissional saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006-a. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

17. BRASIL. **Medida Provisória nº 297, de 9 de Junho de 2006.** Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, 2006-b.
18. BRASIL.Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas Promotoras de Saúde: experiências do Brasil.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006-c.
19. BRASIL. **Portaria GM/MS 1996 de 20 de agosto de 2007.** Ministério da Saúde. 2007.
20. BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. *Programa Saúde na Escola.* Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
21. BRASIL. **Portaria 3252 de 22 de dezembro de 2009.** Ministério da Saúde. 2009-b.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2009-b. 260 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009-c. 84 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
24. BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009-d. 96 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 24).
25. BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Revista Ciência & Saúde Coletiva.* São Paulo: Abril, 2000. 5,1:163-177.

26. CAMPOS, G. W. de S. e Resende, S. C.. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n.2, p. 507-515, abr./jun. 2000.
27. CARVALHO M.A.P, Acioli S., Stotz E.N. **O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação do ponto de vista popular**. São Paulo: Editora Hucitec; 2001. p. 101-44.
28. CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde Coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança**. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2002.
29. CATRIB A.M.F., Pordeus A.M.J., Ataíde M.B.C., Albuquerque V.L.M., Vieira N.F.C. **Promoção da Saúde: Saber Fazer em Construção**. In: Barroso MGT, Vieira NFC, Varela MZV. Educação em saúde: no contexto da promoção humana. Fortaleza (CE): Edições Rocha; 2003. p. 31-8.
30. CECCIM, R. B.; Armani, T. B.. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Divulgação em Saúde para Debate nº 23**; Rio de Janeiro, p.30-56, 2001.
31. CRISTOFARI, Jane. **Aspectos Nutricionais das Famílias Assistidas pelo Programa Primeira Infância Melhor em Santiago/RS**. Porto Alegre: 2007. Trabalho não publicado.
32. DELORS, J. **Educação um Tesouro a Descobrir**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.
33. FAZENDA, Ivani. **Práticas Interdisciplinares na Escola**. São Paulo: Cortez 1993.
34. FERNANDES, Marcos Henrique; ROCHA, Vera Maria; SOUZA, Djanira Brasilino de. A concepção sobre saúde do escolar entre professores do ensino fundamental (1ª a 4ª séries). **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12,

n. 2, Aug. 2005 . Available from  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702005000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200004&lng=en&nrm=iso)>. access on 17 Jan. 2012.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702005000200004>.

35. FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários a Prática Educativa**. São Paulo: Paz & Terra, 1996.
36. FREIRE, PAULO. **Pedagogia do Oprimido**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.
37. GONDIN, G. M. de M.; Monken, M.; Iñiguez R., L.; Barcellos, C.; Peiter, P.; Navarro, M. B. M de A; Gracie, R. **O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização**. In: Miranda, Ary Carvalho de; Barcellos, Christovam; Moreira, Josino Costa; Monken, Mauricio. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p.237-255.
38. KRUPPA, S. M. P. **Sociologia da Educação**. São Paulo: Cortez, 1994.
39. KUHN, E. **Promoção da Saúde Bucal em Bebês Participantes de um Programa Educativo-Preventivo na Cidade de Ponta Grossa/PR**. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, junto à FIOCRUZ/RJ, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, 2002.
40. LACERDA, M. K S., Silva, C. R., Lima, C. A., M. S., Danyela, Bandeira, D. S., Pereira, F. A. F.. **O Território da Saúde: A Organização do Sistema de Saúde e a Territorialização**. Anais do 5º Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão – FEPEG.. Obtido em:  
<http://www.fepeg.unimontes.br/index.php/eventos/forum2011/paper/view/2501/1665>  
Acesso em 14/02/2011.
41. MACHADO, M. F. A. S., Monteiro, M. L M., Queiroz, T. Q., Vieira N. F. C., Barroso, M. G. T. **Ciência & Saúde Coletiva v.12 n.2 Rio de**

- Janeiro mar./abr. 2007.** Integralidade, Formação de Saúde, Educação em Saúde e as Propostas do SUS. Rio de Janeiro: 2007.
42. MACIEL, Marjorie E. D. **Revista Cogitare 2009 Out/Dez.** Educação em Saúde: Conceitos e Propósitos. UFPR: 2009.
43. MATTOS R (Org.). **Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003. p.45-59.
44. MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
45. MILIO, N., 1983. **Promoting Health Through Public Policy.** Philadelphia: F.A. Davis Company.
46. OPAS (Organización Panamericana de la Salud),. **Promoción de la Salud: una Antología.** Washington, D.C., 1996.
47. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Documentos básicos. 26.ed. Ginebra: OMS, 1976.
48. PEREIRA, A. C. Organizador. **Odontologia em Saúde Bucal Coletiva: Planejando e Promovendo Saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2003.
49. PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva.** 4. ed. São Paulo: Santos, 2000.
50. RESENDE, A.L.M. **Saúde Dialética do Pensar e do Fazer.** São Paulo: Cortez, 1986, 159p.
51. RIBEIRO; L.P.; ALMEIDA F.K.; VIEIRA A .R.; PRIMO ,I.S.S.G. **\_Conhecimentos e Práticas de Saúde e Higiene Bucal para uso do Professor.** São Paulo: APCD, 199\_.
52. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portaria nº 39, de 1º de dezembro de 2000, que institui os Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva. **Diário Oficial do Estado,** Porto Alegre, 1 dez. 2000.

53. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Escola de Saúde Pública. **Documento oficial sobre o NURESC**. Porto Alegre, 2003.
54. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Escola de Saúde Pública. **Documento sobre o NUMESC**. Porto Alegre, 2011.
55. RIO GRANDE DO SUL. Site da Secretaria da Saúde do Rio Grande do SUL. **Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva (Nuresc)**. **Obtido em:** <http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=42906>. **Acesso em: 27 de dezembro de 2011.**
56. RIO GRANDE DO SUL. **Guia da Família**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Programa Primeira Infância Melhor. 2004.
57. RIO GRANDE DO SUL. **A Nossa Missão**. PIM, Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.pim.saude.rs.gov.br/visualizaConteudos.php?codOntologia=36&codConceito=150> Acesso em: 13/12/2006.
58. RIO GRANDE DO SUL. **A Nossa história**. PIM, Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.pim.saude.rs.gov.br/visualizaConteudos.php?codOntologia=36&codConceito=408> Acesso em: 13/12/2006.
59. RIO GRANDE DO SUL. **Guia da Família**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Programa Primeira Infância Melhor. 2ª edição. 2007.
60. RIO GRANDE DO SUL. **Guia da Gestante**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Programa Primeira Infância Melhor. 4ª edição. 2010.
61. SÃO PAULO. **BIS - Boletim do Instituto de Saúde nº 34 - Dezembro 2004**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2004.

62. SANTOS, apud ROCHA, M. L. da e AGUIAR, K. F. de. **Pesquisa-intervenção e a Produção de Novas Análises.** Psicol. cienc. prof. [online]. dez. 2003, vol.23, no.4 [citado 20 fevereiro 2007], p.64-73. Disponível na World Wide Web: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932003000400010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400010&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 20 de fevereiro de 2012.
63. SESC-RS. **Programa Sorrindo para o Futuro.** Disponível na World Wide Web: <http://www.sesc-rs.com.br/sorrindoparaofuturo/> . Acesso em: 15 de março de 2012.
64. SILVA, M. P. da, **Uma reflexão sobre a ação: o papel do núcleo regional de educação em saúde coletiva como articuladores dos processos de educação em saúde na 8ª Coordenadoria Regional de Saúde (Cachoeira do Sul/RS)**/ Silva, Mônica Porto da / s.n / Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul / Especialista 2005 pags. 65.
65. VASCONCELOS, R.; MATTA, M. L. DA; PORDEUS, I.S., PAIVA I.S. DE. **Escola: um Espaço Importante de Informação em Saúde Bucal para a População Infantil.** São José: Revista da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, 1998.
66. WHO (World Health Organization). **The Ottawa Charter for Health Promotion.** Health Promotion 1, III-v, Geneva: WHO, 1986

## ANEXOS

### Anexo 1



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOSSOROCA  
GABINETE DO PREFEITO

DECRETO Nº 3916 de 12 de setembro de 2011.

DISPÕE SOBRE A INSTITUIÇÃO DO  
NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM  
SAÚDE COLETIVA – NUMESC E DÁ  
OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O PREFEITO MUNICIPAL DE BOSSOROCA, no uso de suas  
atribuições legais:

#### DECRETA:

**Art. 1º** - Fica Instituído o Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva – NUMESC como estratégia local e descentralizada na Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social.

**Parágrafo Único** - A Coordenação NUMESC se fará por servidores concursados da Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social que apresente titulação ou experiência na área da Saúde Pública e/ou Coletiva.

**Art. 2º** - Fica atribuído à Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social, por meio do NUMESC, a viabilização das articulações municipais e regionais com os órgãos formadores, ONG's e instituições das áreas afins, coordenando a educação continuada e a extensão educativa na Educação em Saúde Coletiva.

***“Doe órgãos, doe sangue: salve vidas”***



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOSSOROCA  
GABINETE DO PREFEITO

**Art. 3º** - Fica determinada à Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social, por meio da NUMESC, a ênfase nas ações educativas em saúde no município e a consolidação do conceito de educação permanente em saúde coletiva para o Sistema Único de Saúde.

**Art. 4º** - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

**GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE BOSSOROCA**, em 12 de setembro de 2011.

**ARDIJAEGER,  
PREFEITO MUNICIPAL**

Registre-se e Publique-se

**CARLOS ALBERTO DA COSTA OLIVEIRA  
SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO**

*“Doe órgãos, doe sangue: salve vidas”*

## Anexo 2



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOSSOROCA  
GABINETE DO PREFEITO

PORTARIA Nº 556, DE 12 DE SETEMBRO DE 2011

DESIGNA SERVIDORES PARA COMPOREM A EQUIPE AMPLIADA DO NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – NUMESC E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O PREFEITO MUNICIPAL DE BOSSOROCA, no uso de suas atribuições legais e de acordo com o Decreto nº 3916/2011, DESIGNA os Servidores Municipais abaixo relacionados, para comporem a Equipe ampliada do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva – NUMESC:

**Coordenação:**

- Eduardo Jornada Bastos;
- Talira Dutra Pereira;
- Aline Basso.

**Auxiliar Administrativo:**

- Maria de Fátima Lançanova Machado.

**Representante de cada Unidade Básica de Saúde:**

- Ana Lúcia Meister Meira.
- Fernanda Bohn;
- Núbia Rosana Oliveira Crecêncio
- Rafaeli Alves Barcellos;
- Rodrigo Comassetto de Farias;
- Vandélise Cassol;

**Três (03) representantes do nível Central da SMSAS:**

- Julio Cesar Avila Machado;
- Jani Chaves da Silva;
- Cleiton Bica de Oliveira.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE BOSSOROCA, em 12 de setembro de 2011.

ARDI JAEGER,  
PREFEITO MUNICIPAL.

Registre-se e Publique-se

CARLOS ALBERTO DA COSTA OLIVEIRA  
SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO.

*“Doe órgãos, doe sangue: salve vidas”*

## Anexo 3



### REGIMENTO INTERNO

#### CAPITULO I - DA DEFINIÇÃO

ART. 1º O Núcleo Municipal de Saúde Coletiva (NUMESC) é um espaço coletivo organizado, participativo e democrático instituído como estratégia local e descentralizada, que se destina a planejar e executar ações de Educação Permanente em Saúde articulando os serviços de saúde e os movimentos sociais.

#### CAPÍTULO II - DAS COMPETÊNCIAS

ART. 2º O NUMESC terá os seguintes objetivos:

- Executar ações de Educação Permanente em Saúde articulando as entidades formadoras, os trabalhadores dos serviços de saúde e os movimentos sociais;
- Planejar políticas de Educação Permanente em saúde a partir das demandas levantadas junto aos órgãos integrados do Sistema Único de Saúde - SUS;
- Estimular a realização de pesquisas considerando a necessidade do Sistema Único e Saúde para qualificar a Atenção e a Gestão do Sistema;
- Fomentar o intercâmbio entre os serviços e as instituições de Saúde e Educação;
- Promover a Intersetorialidade e a Interdisciplinaridade em todas as ações encaminhadas pelo núcleo.
- Estabelecer estratégias e mecanismos a fim de qualificar os serviços de saúde da Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social de Bossoroca.
- Traçar o Plano Municipal de Educação Permanente e, avaliar as necessidades de qualificação em saúde.
- Planejar, implementar, e avaliar projetos de Educação Permanente em saúde.
- Promover fluxo de propostas e deliberações.
- Liderar, e divulgar o processo de Educação Permanente na secretaria municipal de saúde.
- Buscar estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores da secretaria de saúde e de lideranças representativas dos profissionais dos vários setores e serviços.

#### CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

ART. 3º O NUMESC será composto por:

- Representações de trabalhadores de diferentes setores da secretaria de saúde e Ação Social do município de Bossoroca.
- Representações do controle social (Conselho Municipal de Saúde e Secretaria de Educação);
- Prestadores de serviços do Sistema Único de Saúde.
- Gestor local.

PARÁGRAFO ÚNICO – O NUMESC deverá ter uma participação equitativa de representantes das diferentes categorias.

#### CAPÍTULO IV – DA ORGANIZAÇÃO

ART. 4º O NUMESC será gerenciado por três coordenadores, por um período máximo de 2 anos, sendo que estes deverão ser servidores públicos concursados que apresentarem titulação ou experiência na área de saúde pública e/ou coletiva, nomeado pelo Secretário de saúde e Ação Social de Bossoroca, será composto por um secretário e membros das comissões.

#### CAPÍTULO V – DA LOCALIZAÇÃO E INFRAESTRUTURA

ART. 5º O NUMESC deverá funcionar em espaço físico próprio, adequado e de fácil acesso e com infraestrutura necessária, para a realização de treinamento, reuniões e guarda de material, bem como biblioteca de livros e biblioteca virtual.

#### SEÇÃO I – DOS COORDENADORES

ART 6º- CABERÁ AOS COORDENADORES:

- a- Coordenar as atividades de Educação Permanente em Saúde.
- b- Convocar as reuniões do NUMESC executando às respectivas deliberações;
- c- Representar oficialmente o NUMESC.
- d- Prestar contas das atividades realizadas pelo NUMESC ao NURESC.
- e- Realizar reuniões quinzenais de planejamento e avaliação do processo de trabalho do numesc com toda a equipe ampliada.
- f- Gestionar com o Secretário Municipal de Saúde e Ação Social de Bossoroca os recursos necessários para o programa.

#### SEÇÃO III – DO SECRETÁRIO

ART 8º - COMPETE AO SECRETÁRIO:

- a- Secretariar as reuniões do NUMESC;

b- Organizar o expediente e a correspondência do NUMESC, assinando com os coordenadores, o que forem de sua competência;

c- Manter sob sua guarda os livros, relatórios, documentos do NUMESC;

#### SEÇÃO IV – DAS COMISSÕES

Art. 9º - O NUMESC SERÁ COMPOSTO PELAS SEGUINTE COMISSÕES:

1- COMISSÃO DE MOBILIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO-, à qual compete:

- Sensibilizar os funcionários da SMS para a importância e os benefícios da educação permanente

- Articular-se com entidades afins, hospitais, conselho municipal de saúde entidades da sociedade civil organizada para participarem das ações promovidas pelo NUMESC.

- Organizar e propor desenvolvimento das atividades.

2- COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

Articular-se com as diferentes formas de divulgação das reuniões e ações de educação permanente em saúde. (todos os veículos de comunicação audio-visuais e impressos, objetivando divulgação ampla das atividades desenvolvidas pela educação permanente).

3- COMISSÃO DE PLANEJAMENTO

Compete à comissão de planejamento:

- Conduzir a elaboração do plano, elaborar textos e selecionar bibliografia que venham subsidiar os operativos; consolidação final dos relatórios; programar os treinamentos dos membros do NUMESC.

- Executar o Plano Municipal de Educação Permanente e, avaliar as necessidades de qualificação em saúde.

- Estabelecer em conjunto com o Secretário de Saúde e Ação Social de Bossoroca espaço físico próprio e de uso permanente com infraestrutura adequada para a realização de treinamento, reuniões e guarda de material assim como equipamentos necessários.

#### CAPÍTULO V – DA REALIZAÇÃO DAS REUNIÕES

ART. 10º - As reuniões ordinárias do NUMESC serão realizadas quinzenalmente e as extraordinárias quando necessárias.

#### CAPÍTULO VI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

ART. 11º- Este regimento entrará em vigor na data de sua publicação