

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: POSSIBILIDADES PARA O
ASSISTENTE SOCIAL**

GRACIELA SCHWEITZER LOPES

DEFINIDO EM
FPOLIS 09/05/02


Prof.^a Krystyna Malys Costa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

Florianópolis,
Abril de 2002

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: POSSIBILIDADES PARA O
ASSISTENTE SOCIAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Assistente Social orientado pela professora Vera Maria Nogueira.

GRACIELA SCHWEITZER LOPES

Florianópolis,
Abril de 2002

GRACIELA SCHWEITZER LOPES

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: POSSIBILIDADES PARA O
ASSISTENTE SOCIAL**

Monografia apresentada como requisito para obtenção do título de Assistente Social da
Universidade Federal de Santa Catarina, pela comissão examinadora integrada pelos
membros:

Vera Maria Nogueira
Professora orientadora

Moisés Antônio Geraldo
Membro da Banca

Márcia Sell
Membro da Banca

Florianópolis, abril de 2002.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me conceder a vida.

Aos meus pais, Idyone Terezinha Schweitzer e Hilário Geraldo Braga Lopes e irmãos, Gustavo e Guilherme, por me darem todo o apoio que precisei e acreditarem em mim, meu muito obrigada!

À toda minha família, por me dar força nos momentos difíceis.

Ao meu namorado Gustavo Sell, por me ajudar a superar os obstáculos e pelo carinho que demonstra por mim.

Aos meus amigos Kátia, Gerusa, Andréa, Beto, Luciane, Lucilene, Gilson e Julieta. Obrigada pela força!

À professora e orientadora Vera Maria Nogueira, que além dos ensinamentos repassados foi muito amiga.

Aos assistentes sociais do Inca, Márcia, Cristina, Vivian, Lílian e em especial o supervisor de campo, Moisés Antônio Geraldo.

Finalmente, a todos que me ajudaram a concretizar este sonho, meus agradecimentos.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	04
Cap I – SAÚDE E DOENÇA – O CAMINHO DA CURA	10
1.1 A PESSOA CARDIOPATA	10
1.2 AS EMOÇÕES E A CURA	14
1.3 PROMOÇÃO DE SAÚDE	17
Cap II - A EDUCAÇÃO EM SAÚDE	19
2.1 A EDUCAÇÃO E AS PRATICAS EDUCATIVAS	19
2.2 OS AGENTES E A PRATICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	23
2.3 REFLETINDO SOBRE OS PAPÉIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	27
Cap III – EDUCAÇÃO E SERVIÇOS SOCIAIS	29
3.1 UMA VISÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO SERVIÇO SOCIAL	29
3.2 O PROCESSO EDUCATIVO EM SAÚDE NA DIMENSÃO GRUPAL	33
3.3 A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO INSTITUTO DE CARDIOLOGIA	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	50

INTRODUÇÃO

O pensamento sobre o processo saúde-doença, hoje, incorpora as distintas dimensões do ser humano, considerando-o como um todo e sendo influenciado por fatores emocionais, físicos, sociais e ambientais. Em moléstias crônicas, especialmente as de maior gravidade e com maior risco de vida, tais dimensões são como que potencializadas, respondendo muitas vezes pelo êxito ou fracasso de um tratamento ou de uma intervenção cirúrgica.

As cardiopatias estão entre as doenças que vem acometendo cada vez mais as pessoas, submetidas que estão a constantes fatores estressantes, próprios da vida moderna.

Sabe-se que o número de reinternações devido às descompensações do estado geral do cardiopata é bastante alto e tem um custo excessivo para o sistema de saúde, além dos danos emocionais que causa ao paciente e seus familiares.

Observa-se que a doença coronariana está relacionada com a crise sócio-econômica do país, gerando tensão e ansiedade nas pessoas pela falta de condições para o atendimento das suas necessidades de subsistência e de sua família.

Segundo dados do Ministério da Saúde (1993), a mortalidade decorrente de doenças cardiovasculares representava 40% dos óbitos de indivíduos com idade acima de 45 anos e 15% na faixa etária de 15 a 44 anos, o que evidencia uma mortalidade precoce e perda de anos produtivos de vida. Os grandes avanços na prevenção do problema, controle dos fatores e risco, diagnóstico precoce e tratamento das cardiopatias colaboram para amenizar este problema.

De acordo com YOSHIOCA (1998), “a Sociedade Brasileira de Cardiologia estima que cerca de 300 mil pessoas morrem ao ano no Brasil, por doenças cardiovasculares, o que representa 820 óbitos por dia, 34 por hora e 1 evento fatal a cada dois minutos”.

Não é somente a espantosa mortalidade que faz da doença coronariana um problema de enormes proporções, mas também o fato de que ela invalida milhões de

pessoas em todas as fases da vida. Além dos problemas econômicos, registram-se inúmeros transtornos de ordem emocional e social para a pessoa e sua família.

O tratamento, quando exige internação hospitalar tende a agravar o estado emocional dos cardiopatas, o que é compreensível devido ao grau de expectativa com a cura ou o seu oposto, a cronificação da doença quando não a morte. O paciente ao ser admitido na instituição hospitalar traz consigo sentimentos e percepções de mundo que foram desenvolvidas em seu ambiente cultural. Defronta-se com uma nova situação, que é a de ser submetido a uma série de análises clínicas e às rotinas hospitalares.

Esses aspectos mostram a importância de estudos sobre a situação da pessoa acometida de uma moléstia cardíaca, sendo necessário reconhecê-la em suas várias dimensões, que vão além da biológica envolvendo a esfera dos sentimentos, crenças, princípios, valores, expectativas e objetivos.

Na sociedade contemporânea, as pessoas têm sua saúde atribuída a um bem-estar físico, psíquico e social que, na maioria das vezes, não condiz com a qualidade de vida contemplada em suas aspirações. Os atributos incluídos no conceito de saúde das pessoas são também qualitativos e subjetivos, refletidos na organização de suas vivências cotidianas e na história pessoal de cada um, numa abrangência sócio-cultural, psicobiológica, individual e coletiva.

O processo de adoecer tem acometido pessoas de ambos os sexos, nos diversos contextos culturais, determinando em algum momento, a interrupção das atividades exercidas e apontando para a necessidade de reorganização pessoal e profissional.

Nesse processo de reorganização, os pacientes se apoiam na rede social, em crenças, valores, e significados para incorporar o novo e redefinir os seus papéis. A rede social de um indivíduo tem grande influência em sua vida, dando-lhe suporte frente às dificuldades que lhes apresentam através da ajuda, simbólica, material, emocional, incluindo afeto e admiração, percepções e valores expressos por amigos, filhos, esposo, esposa, sacerdotes, entre outros.

A abordagem quase que exclusivamente física da doença, a estrutura administrativa, hierarquizada, rígida e autoritária das instituições hospitalares e o

retalhamento do cuidado, leva o profissional da saúde a desenvolver uma prática fragmentada, visualizando o ser humano em partes e fora do seu contexto sócio-cultural. SINNO (1987, p. 123) afirma que “não se admite mais o tratamento do doente como mero objeto. Este deve assumir uma conotação humana, de troca de experiências, gestos, propiciando uma comunicação mais efetiva”.

Por isso, os profissionais, especialmente os assistentes sociais, devem buscar a valorização dos conhecimentos do paciente, pois não há conhecimento absoluto, mas sim uma troca de saberes num contexto cultural por meio das relações dialógicas, segundo FREIRE (1983) “Não podemos nos colocar na posição de ser superior que ensina um grupo de ignorantes, mas sim na posição humilde daquele que comunica um saber relativo a outros que possuem outro saber relativo”.

Qualquer enfoque que seja adotado precisa considerar o homem como sujeito de sua educação, não anulando o saber técnico nem subestimando o saber popular. Os valores não são afrontados nem confrontados com o certo e o errado, mas discutidos e analisados.

MONTICELLI (1994, p. 4), diz que se deve:

“Buscar compreender a cultura popular em todos os seus meandros para que, ao compreendê-la os profissionais de saúde possam respeitá-la em toda sua plenitude, pois, sem uma análise mais aprofundada do significado das ações, valores e crenças populares, o processo educativo se torna acritico e incongruente”.

Complementando, REZENDE (1986, p.98), ao analisar a dialética do pensar e do fazer em saúde, realça que a educação é um instrumento de transformação social. Neste sentido, a autora enfatiza que “o processo educativo é utilizado em saúde visando mudanças de comportamento. Mas o que é aprendizagem? Ela é o resultado do processo educativo. Aprender significa mudar comportamentos, através de informações e experiências”.

Para que as ações educativas de saúde sejam direcionadas para a aprendizagem ou mudança de comportamento é imprescindível a participação dos seres humanos na

busca de suas necessidades de saúde e de suas soluções. Isso só acontecerá quando estes estiverem conscientes de seus direitos e responsabilidades. Entendo que através da educação em saúde as pessoas envolvidas participam de todo o processo educativo, colaborando assim, para a melhoria da qualidade de vida na condição de verdadeiros cidadãos.

REZENDE (1986, p. 96), ressalta que:

“ensinar há muito tempo deixou de ser simplesmente transmitir informações”. A aprendizagem precisa passar por um processo educativo mais amplo, respeitando-se os valores, crenças, experiências individuais, e familiares de cada indivíduo. Nesse processo de aprendizagem”.

A realização do estágio curricular junto ao Instituto de Cardiologia nos possibilitou acompanhar e sentir de forma muito intensa as colocações acima indicadas, o que nos levou a escolher como objeto de estudo resgatar a importância da ação educativa para reabilitação pós-cirúrgica e o papel do assistente social nesse processo.

As informações que subsidiaram o trabalho foram obtidas através de observações sistemáticas sobre o estágio realizado, sobre a intervenção dos assistentes sociais, além de resgate documental nos relatórios de estágio e trabalhos de conclusão de curso que abordavam o tema estudado.

A partir do que foi observado, levantamos algumas categorias relevantes para analisar a prática profissional. Buscamos analisar o que é educação em saúde e qual a sua importância para o Serviço Social, o que é a doença coronariana, como vivem as pessoas acometidas por ela e como nos utilizarmos cada vez mais dessa proposta educativa tão importante para a conscientização, para uma melhor qualidade de vida e para a construção da cidadania.

O Instituto de Cardiologia (Inca)¹ é um hospital público de referência no Estado de Santa Catarina, atendendo a pacientes cardiopatas. Foi inaugurado em 17 de Abril de 1963, pelo então governador Celso Ramos. Foi criado pela lei nº 3.555 de Novembro de

¹ As informações referentes ao INCA foram obtidas à partir do trabalho de Karen Domingues de 2000.

1964 e integrado à Fundação Hospitalar de Santa Catarina pela lei nº 4.547 de 31 de Dezembro de 1970.

Funciona na mesma estrutura física do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes e seus usuários são, em grande maioria, atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mantendo um setor de atendimento para pacientes que possuem planos de saúde privados.

O Inca é mantido por dotações orçamentárias atribuídas pela Secretaria de Estado da Saúde, por auxílio e subvenções que venham a ser conferidas pelo Estado, União ou Entidades de direito privado, por receita própria, decorrente de serviços prestados a terceiros e por donativos particulares.

O Inca tem por missão atender os indivíduos acometidos por doenças cardiovasculares e orientar a população em geral, utilizando recursos humanos e tecnológicos desenvolvidos através de ações curativas, preventivas e de reabilitação que integrem atividades de pesquisa e ensino. No início desse ano, iniciaram-se as cirurgias de transplantes cardíacos em pacientes que já estavam esperando por esse serviço. É a esperança de salvar a vida nos casos em que só a cirurgia não adianta mais, é necessário um novo órgão para substituir o coração cansado.

Para desenvolver sua missão, conta com 71 leitos de enfermaria e 12 de unidade coronariana-UTI ativados, além de serviços de cirurgia cardíaca, hemodinâmica, medicina nuclear, ambulatório e farmácia.

A equipe de trabalho é formada por 357 funcionários divididos entre cargos de agentes de atividades de saúde, agentes de serviços gerais, médicos, técnicos em atividades administrativas, enfermagem, motoristas, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, artífices para manutenção e outros. Atualmente trabalham quatro assistentes sociais no Inca.

O número quantitativo de usuários é elevado, levando em consideração a estrutura que o hospital apresenta e o número de funcionários que trabalham no Inca. A natureza e o conteúdo das solicitações dos pacientes tornam mais delicado o reduzido número de funcionários para atender a demanda.

Com relação aos usuários do Inca, segundo levantamento sócio-econômico, feito recentemente pelo Serviço Social, constatou-se que a maioria dos pacientes internados é do sexo masculino. A idade prevaleceu entre 35 e 60 anos, sendo o estado civil, casados. A procedência das famílias se estende desde os municípios vizinhos aos mais distantes de Santa Catarina. Sobressai São José, grande Florianópolis e Palhoça. Quanto a profissão, a grande maioria é de aposentado, ou recebendo auxílio previdenciário por motivo de saúde. Constatou-se, também, a existência de pedreiros, pescadores, agricultores, e os que trabalham em serviços gerais, além de pessoas desempregadas, tendo em comum ocupações de baixa renda.

Os pacientes apresentam, em alguns casos, situação sócio-econômica difícil, favorecendo, por essa razão, um retorno ao hospital, pois muitos voltam ao trabalho sem condições de estarem aptos para tanto, em busca de melhores condições de vida, piorando seu estado de saúde.

Destacamos, ainda, que o tabagismo, um grande fator de risco, está presente entre um elevado número de pacientes. Além disso, outros fatores predisponentes as doenças coronarianas são encontrados com frequência, como a hereditariedade, triglicerídeos elevados, hipertensão arterial, obesidade, estresse, diabetes, alimentação inadequada, sedentarismo, entre outros.

1 SAÚDE E DOENÇA – O CAMINHO DA CURA

1.1 A PESSOA CARDIOPATA

As doenças cardiovasculares atingem um contingente populacional cada vez maior, e nos últimos anos, figura como principal causa de morte no Brasil.

“A insuficiência cardíaca, ocorrência observada nas cardiopatias em estágios mais avançados, tem uma prevalência de 1 a 2% na população mundial e é a maior causa de internação dentre os cardiológicos no Sistema Único de Saúde – SUS” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993).

De acordo com dados do MINISTÉRIO DA SAÚDE (1993), as causas mais comuns de insuficiência cardíaca são a hipertensão arterial e a doença isquêmica. No Brasil, acredita-se que a doença de Chagas seja uma causa frequente, entretanto, não há dados disponíveis que possam comprovar esta suspeita. Um estudo realizado no Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da USP em São Paulo mostrou que a Doença de Chagas foi responsável por 24% dos casos de miocardiopatias dilatadas daquele hospital, uma frequência considerada expressiva, uma vez que São Paulo não é zona endêmica da doença. Esse número pode ser ainda maior, se levarmos em conta que somente os casos mais graves são internados (BARRETTO et al., 1998).

Estes dados revelam um perfil de morbi-mortalidade no Brasil relacionado a situações previsíveis, se acompanhadas de uma política social mais efetiva. A Doença de Chagas não existiria se as campanhas de informação e orientação da população fossem mais eficazes, assim como o combate ao agente transmissor. Do mesmo modo, os programas de acompanhamento aos hipertensos parecem não ser satisfatórios, já que estes indivíduos acabam evoluindo para um quadro de miocardiopatia, situação extrema da falta de controle da causa básica.

Outras causas também têm contribuído para o aumento das doenças e complicações cardiocirculatórias, entre elas, a mudança no perfil das pessoas que moram

nos grandes centros. Essas causas foram analisadas em uma reportagem da Folha de Londrina (BARONI, 2000), que “classifica Curitiba como a 3ª cidade do país com índice de pessoas com complicações cardiocirculatórias. O rápido processo de industrialização, a competição no mercado de trabalho, entre outras situações típicas de uma cidade grande, levam ao aumento das preocupações diárias e, apesar dos avanços tecnológicos que a medicina e, particularmente, a cardiologia vêm alcançando, o número de mortes devido a problemas cardiocirculatórios vêm aumentando, como consequência do estresse gerado pelo estilo de vida. A mulher também ganhou seu espaço nesta triste estatística, o que se deve, em grande parte, ao seu ingresso no mercado de trabalho e as consequências desgastantes desse fato. São duplamente penalizadas pois cumprem duas jornadas de trabalho. Se há alguns anos atrás as mulheres em idade fértil eram poupadas dos problemas cardíacos que só se manifestavam na menopausa, hoje esta situação mudou. As cardiopatias em mulheres estão relacionadas ao uso do anticoncepcional associado ao tabagismo, além do aumento das preocupações e do estresse.

“Os jovens também começam a fazer parte desta população, como consequência dos hábitos de vida sedentária, alimentação “fast-food” e o cigarro. As doenças do coração, em especial o infarto do miocárdio, estão atingindo cada vez mais os jovens e hoje já ocorre em pessoas aos 30 anos e até aos 19 anos”. (CASADO, 2000).

As pessoas com cardiopatia são consideradas como portadoras de doença crônico-degenerativa, e um número cada vez maior desses indivíduos tende a compor a clientela dos serviços de saúde. No Brasil, apesar da magnitude do problema, não há dados epidemiológicos suficientes.

É inquestionável que este processo traz também uma modificação da qualidade de vida. MARTINS; FRANÇA; & KIMURA (1996), em estudo sobre a qualidade de vida dos portadores de doença crônica, identificaram o significado de qualidade de vida para os mesmos, como: bem-estar material, bem-estar físico, bem-estar emocional, recreação, lazer, relacionamento familiar e social, desenvolvimento pessoal, entre outros.

“A pessoa acometida por um problema crônico de saúde, passa por um processo de redefinição de identidade. As alterações no estilo de vida, na maioria das vezes, não são aceitas tão facilmente, assim como o processo de enfrentamento varia de pessoa para pessoa. Apesar de conhecedores do seu problema e da associação com fatores de risco presentes no seu estilo de vida para o controle da doença”. (MORAES et al., 1999).

Neste processo o indivíduo e a família, muitas vezes, não são devidamente acompanhados pelos profissionais de saúde. A falta de informações quanto a como cuidar-se restringe o tratamento à terapia medicamentosa e a pessoa passa a crer que está “condenada” a uma situação de “estar doente” para o resto da vida. O conviver saudável com a doença não é explorado, mas sim, as restrições e as limitações que a nova situação requer. O estresse decorrente desta fase de adaptação acaba por agravar ainda mais o quadro geral.

“A doença cria a ansiedade e o medo. É um choque para qual a pessoa não está preparada. Significa a quebra da harmonia orgânica que, muitas vezes, transcende a pessoa do doente, interferindo na vida familiar e comunitária. Apresenta-se como uma ameaça ao equilíbrio social e por isso o homem luta contra ela” (REZENDE, 1989).

Faz-se necessário, então, que as atenções se voltem para o contexto do indivíduo enquanto um ser que possui necessidades específicas que vão muito além do aspecto biológico. Esta visão permitirá que a atenção dispensada à pessoa com doença crônica adquira sua real relevância, baseada em terapias alternativas e também eficazes.

“É essencial capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência e também para o enfrentamento das doenças crônicas, o que deve ser realizado nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. Tais ações não são somente responsabilidade governamental, mas também de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias”. (CARTA DE OTAWA, 1986).

Em estudo sobre pessoas portadoras de doenças crônicas, verifica-se que o cardiopata que apresenta frequente processos de descompensação do seu estado geral. Este indivíduo, devido à sua doença, experimenta profundas mudanças no seu estilo de vida, sendo necessária a adaptação de condições externas para o desempenho de todas as suas funções.

“A partir do diagnóstico da doença, os indivíduos acometidos passam a ter novas incumbências como fazer regime, conhecer a doença e lidar com incômodos físicos, perdas nas relações sociais, financeiras, nas atividades como locomoção, trabalho e lazer; ameaças à aparência individual, à vida, e à preservação da esperança” (TRENTINI et al., 1990).

Em decorrência dessa situação necessita de orientações e troca de informações com os profissionais de saúde, incluindo o assistente social e outros que compartilham a mesma situação, para melhor compreender o seu processo de saúde-doença e assim desenvolver mecanismos de controle do mesmo visando a promoção e a educação em saúde.

Entende-se por processo saúde-doença a situação de ser cardiopata com todas as implicações decorrentes desta condição, dentre elas, a mudança no seu modo de vida com as frequentes agudizações e descompensações e a conseqüente alteração no desempenho do seu papel social. Para POLAK (1997 a, p.65) “é um processo subjetivo que traz refletida a visão de mundo de cada um: ... a compreensão da doença depende da ótica do observador: os familiares, o corpo doente, e seus amigos, cada um percebe a doença de diferente forma”.

Portanto, definir o processo saúde doença neste contexto, mais especificamente para o cardiopata, é muito mais que restringi-la à sua condição biológica. “A observação da doença no corpo é ponto de ligação da história desse sofrer e dessa dor com o olhar do outro corpo que está percebendo” (POLAK 1997 a, p. 69). Este processo está inserido nas questões referentes à educação, à alimentação, ao desamor, à solidão, às condições ambientais, ao estilo de vida e no contexto do trabalho e da família.

1.2. AS EMOÇÕES E A CURA

Nesse milênio a ciência começa a comprovar que as emoções e os sentimentos estão diretamente ligados à saúde e que o estado de espírito do paciente é fundamental na sua recuperação.

A teoria dos pesquisadores é de que sentimentos negativos como tristeza, ódio e ansiedade têm efeitos cumulativos no organismo podendo causar com o passar dos anos, problemas sérios de saúde. As pesquisas afirmam que pessoas que têm emoções negativas muitas vezes ao dia estão prejudicando a si mesmas e ficando mais propensas a terem problemas cardíacos.

Há evidências que o otimismo é fundamental para amenizar os males do corpo, pois foi constatado que ter pensamentos positivos e a crença na cura esteve relacionada com recuperação mais rápida, redução de remédios analgésicos após cirurgias, controle febril, melhor recuperação do peso, e volta mais rápida ao trabalho.

A medicina chinesa já faz a associação entre emoções e saúde há cerca de cinco mil anos, mostrando que os órgãos podem ser afetados pelo excesso ou ausência das emoções.

Na psicologia, a relação entre as emoções e a saúde também já é abordada. Por causa dela surgiu o termo: psicossomático. Para a psicologia, todas as doenças têm uma ligação com o psicológico, mas as pessoas não estão preparadas para lidar com esse lado subjetivo.

Segundo a psicóloga DENISE RAMOS (2001, p.72)

“A hora do descanso é aquela em que a pessoa se depara com os conflitos. Como o indivíduo não sabe direito como lidar com eles, acaba preferindo não relaxar para não ter que enfrentá-los. Isso é um desgaste grande que pode se transformar em enfermidades. Não é a toa que muitos infartos acontecem nos finais de semana, nas férias e na aposentadoria. Nesses momentos, em que a pessoa está mais relaxada, os problemas ficam mais perceptíveis. E a angústia pode surgir o que faz subir a pressão, um risco para quem tem problemas cardíacos”.

A falta de pesquisas científicas que comprovassem a interação corpo e as emoções, provocou um ceticismo quanto aos efeitos dos sentimentos no corpo. Fortes emoções podem ser um agravante perigoso para quem sofre do coração.

Atualmente, reconhece-se também que a falta de descanso e lazer ocasionam ou favorecem a emergência de problemas relacionados a saúde, incluindo os cardíacos.

Segundo pesquisa realizada no Hospital das Clínicas de São Paulo com pacientes que sofrem de doenças coronarianas, constatou-se que o grupo que teve infarto passou por mais situações estressantes como: dívidas, perda de emprego e morte na família do que os que não tiveram tantas variações emocionais. “A irritabilidade também foi bem maior no grupo que infartou. Durante um episódio de raiva, o risco de ocorrer um ataque cardíaco é de duas à nove vezes maior” salienta o psiquiatra Renério Fraga Júnior (2001, p.72) do Hospital das Clínicas de São Paulo.

Recentemente, cientistas constataram que pacientes cardíacos que fizeram tratamento psicológico à base de medicamentos para depressão e ansiedade viveram mais tempo. Apenas 1% dos que se beneficiaram da medicação morreram. Esse índice foi de 5% entre os pacientes que não apresentaram melhora com os remédios e os que não fizeram o tratamento. Ou seja, viveu mais quem cuidou mais do corpo e da cabeça.

Esses trabalhos mostram que é preciso esforçar-se para controlar os conflitos emocionais e psicológicos. Todos devem prestar atenção no modo como lidam com os sentimentos. Sendo importante aprender a tranquilizar-se ou descontraír-se. Pela dificuldade em relaxar notada em muitas pessoas, alguns médicos receitam a manutenção de uma atividade prazerosa como forma de prevenção.

Segundo a psiquiatra ALEXANDRINA MELEIRO (2001,p. 73):

“ qualquer ato que dê prazer ajuda as células do sistema imunológico a liberar endorfina, substância que combate a dor e que é semelhante a morfina. Desse modo, a qualidade funcional desse sistema, melhora, aumentando a resistência do corpo às doenças. Por essa razão, é melhor adotar um esporte como atividade regular”.

Sem a ajuda de componentes prazerosos ou mesmo de pensamentos otimistas, o sistema imunológico fica prejudicado. Por isso, é importante que o paciente esteja motivado durante tratamentos longos.

De acordo com a psicanalista SILVANA RABELO (2001, p. 73):“Para a pessoa poder manter o lado emocional em equilíbrio é fundamental que ela seja amada e sinta que tem um papel no mundo”.

O infectologista OLAVO HENRIQUE (2001, p. 73), defende que é necessário dispor de um time multidisciplinar no tratamento de doenças crônicas. “O bom serviço não é apenas aquele que tem os melhores médicos, mas sim o que tem uma equipe que apoie, escute, dê amparo social e psicológico. Isso é levar o emocional à sério” assegura.

É um modo de dar espaço para o paciente mostrar se a dor está no corpo ou na alma.

Vai longe o tempo em que o médico ficava horas à cabeceira da cama do doente, observando-o e ouvindo sua história. Hoje, ninguém mais tem tempo à perder. Nem o médico nem o paciente. A psicanalista GLÓRIA LEAL (2001, p. 74) está convencida de que o bom atendimento inclui muita conversa. Para ela, o corpo é a lixeira da mente. Ela afirma que tudo que a consciência rejeita como material culposos, vergonhoso ou sofrido pode se materializar como enfermidade.

A Depressão também é um problema sério, ela pode dobrar o risco de ataque cardíaco em pessoas hipertensas, enfraquecer o sistema imunológico e favorecer o surgimento de enfermidades oportunistas. Além do sofrimento psíquico, a doença causa desconforto físico. Ela é muito confundida com a tristeza e a irritabilidade. Por causa do preconceito as pessoas preferem procurar ajuda de um clínico geral do que de um psiquiatra.

1.3. PROMOÇÃO DE SAÚDE

É difícil conceituar promoção de saúde pela falta de consenso sobre o que se entende por saúde. A CARTA DE OTAWA (1986), considerada um marco de referência no estudo da promoção à saúde no mundo, a conceitua como:

“... processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, [...] a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas”.

O mesmo documento ressalta ainda que a promoção de saúde não é responsabilidade exclusiva do setor de saúde, pois vai além de um estilo de vida saudável, para a direção de um bem-estar global, incluindo-se para tanto, condições e recursos fundamentais como: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

Pode-se observar a partir da concepção de saúde acima relacionada que a noção de saúde se move para uma visão ecológica e de interação entre o indivíduo e o seu meio físico e social, constituindo-se em uma estratégia mediadora entre as pessoas e seu meio, combinando assim, a preferência pessoal com a responsabilidade social.

É necessário que o indivíduo cardiopata receba orientações sobre como proceder em relação aos vários aspectos de seu cotidiano como: nutrição, hidratação, medicação, atividades físicas, relacionamentos sociais e afetivos, entre outros.

Segundo NASCIMENTO & REZENDE (1988),

“a educação para a saúde sempre foi desenvolvida como um conjunto de medidas para induzir as pessoas a adotarem atitudes tidas como desejáveis para a promoção da saúde e a prevenção da doença embora utilize metodologias tais como: orientações, aulas e demonstrações, geralmente com conteúdos estritamente teóricos e desvinculados da realidade e das necessidades da população.”

Dentre os profissionais da saúde, o mais indicado para orientar os pacientes é o assistente social. A orientação faz parte do cuidado, uma vez que dá oportunidade ao indivíduo de refletir criticamente sobre sua saúde e como agir em relação à ela.

Não se concebe mais a idéia de investir recursos e tecnologias somente em cura e tratamento, mas almeja-se uma política de saúde pautada no paradigma da promoção da saúde para que realmente todos tenham acesso e direitos iguais em conhecer-se e auto-cuidar-se.

A educação em saúde é uma das estratégias para a promoção da saúde e FIGUEROA (1997), discorrendo sobre o papel de educador em saúde, afirma que:

“este deve estar não somente preparado na área específica do seu desempenho profissional como também possuir conhecimento da educação, ética e postura filosófica, que lhe permitirá responder às necessidades de aprendizagem dos usuários e respeitar a livre vontade dos mesmos em relação a aceitar o que lhe é apresentado”.

As práticas de Serviço Social, a nível individual, junto a grupos ou junto a comunidade, devem sempre convergir para uma perspectiva de promoção da saúde e promoção do ser humano, buscando soluções alternativas para as questões sociais que envolvem o contexto da saúde em nosso país.

2. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

2.1. EDUCAÇÃO E PRÁTICAS EDUCATIVAS²

Considerando a educação como um processo historicamente determinado, é necessário que a análise deste processo acompanhe os momentos históricos e o contexto em que se situam os problemas daí advindos. Da mesma maneira, a reflexão sobre educação em saúde deve acompanhar essa referência histórica.

“A educação para a saúde é, sem dúvida, o processo mais eficiente das ações profiláticas, um instrumento básico para a veiculação de informações e experiências sobre saúde. Educar para a saúde é atividade das mais relevantes para um país em desenvolvimento” (REZENDE, 1989).

O que se tem observado, porém, é que as práticas educativas de um modo geral, sejam em grupos ou individuais, na maioria das vezes não alcançam seus objetivos, ou seja, não se traduzem em comportamentos adquiridos, em mudanças de atitudes.

Deve-se considerar os dois agentes fundamentais neste processo: o profissional da saúde e o usuário a que se destina essas práticas educativas. Podemos dizer que nem um nem o outro está preparado para participar com o outro dessa caminhada, pois não reconhecem o seu verdadeiro papel: de agente de transformação. O “educador”, ingenuamente se coloca na disposição de transferir conhecimentos, e exige a assimilação da “educando” em forma de mudanças de comportamento e, quando isso não ocorre, critica-se somente a conduta do usuário, taxado de acomodado. Para FREIRE (1988, p. 21) esse profissional considera-se:

“... um proprietário do saber que deve ser doado aos “ignorantes e incapazes”. Habitante de um gueto, de onde sai messianicamente para salvar os ‘perdidos’, que estão fora. Procedendo assim, não se compromete verdadeiramente como profissional nem como homem. Simplesmente se aliena.”

² A construção desse item foi baseado nas idéias de Andréa Benidine Gastaldi. Considerei pertinente as posições adotadas pelos autores mencionados, estando as mesmas bastante oportunas e condizentes com o encadeamento do trabalho.

O paciente por sua vez não entende que é capaz de decidir livremente e que suas decisões devem estar influenciadas pelo desejo de conhecer e de querer, como uma conduta deliberada que lhe permite direcionar seus atos e reafirmar sua liberdade, liberdade esta, segundo TUGENDHAT apud FIGUEROA (1997), que “corresponde a um fenômeno gradual: somos tanto mais livres quanto mais conhecemos os fatores que determinam nosso ser e nosso atuar, nosso querer e nosso sentir”.

A educação em saúde deve considerar, portanto, que o homem é o sujeito da sua própria educação e por isso as práticas educativas devem promover um clima informal, colaborativo, de apoio e respeito e que busque o consenso através do diálogo. Deve buscar ampliar a consciência tanto social como em relação ao seu próprio problema de saúde.

Essa conscientização é definida por FREIRE (1995, p. 112) como “o aprofundamento da tomada de consciência, pois a simples tomada de consciência sem a reflexão crítica, fica no nível do senso comum”.

Em relação à sua saúde o conhecer-se, o educar-se, liberta-o para decidir sobre si próprio. FREIRE (1987), vê a educação como uma prática de libertação do indivíduo para “ser mais”, de também fazer parte do processo de construção da sua realidade.

O cuidado que envolve as questões de saúde e de promoção humana é um dos maiores desafios a serem enfrentado pelos profissionais da área da saúde. Além do investimento em recursos e tecnologia para obter a cura, deve-se investir muito na recuperação, o que constitui uma importante função para a qual os assistentes sociais devem estar preparados.

Quando se fala em educação em saúde, em geral, a maioria das pessoas pensa em cuidados pessoais que evitam doenças, parecendo que a saúde é um problema individual e que pode ser resolvido pela educação das pessoas. Visto desta forma, a educação em saúde seria uma maneira de se obter mudanças de algumas características individuais, tais como a falta de higiene, a ignorância e a não obediência a determinados preceitos da prática médica, considerados como cuidados preventivos importantes e necessários para a promoção da saúde.

Outra idéia freqüente é de que a educação em saúde é uma responsabilidade apenas dos profissionais de saúde, aos quais cabe informar corretamente os indivíduos para que estes alterem seus estilos de vida para serem mais saudáveis. Na atualidade, é uma área temática que integra as ciências sociais e as ciências da saúde e que envolve profissionais com formações distintas, num trabalho *interdisciplinar, complementar e cooperativo*.

“Esta mudança de perspectiva vincula a educação em saúde a um novo paradigma, surgido na década de 70, quando alguns educadores de tendências transformadoras adotaram o conceito de *saúde como resultado das condições de vida e trabalho* e começaram a atuar de formas diferentes junto a grupos populares, numa prática educativa, discutindo com as pessoas sobre a saúde e os condicionantes histórico-estruturais de suas condições de vida”. (Westphal; Pelicione, 1991).

Segundo Valla e Stotz (1994, p. 13) a educação em saúde é

“um campo de conhecimentos que pode facultar à sociedade uma melhor compreensão sobre as relações entre as condições de vida e trabalho e a saúde e a doença, e do ponto de vista da ação social, apontar os meios para pressionar os governos a aplicar os recursos públicos mais de acordo com as necessidades da população trabalhadora”.

Para esses autores, as condições de vida e de trabalho da população brasileira deve ser considerada *para explicar grande parte dos problemas de saúde*, introduzindo a discussão sobre a cidadania vinculada ao entendimento do processo saúde-doença.

O desafio que se coloca, então, é o de transformar os profissionais de saúde em educadores, preocupados com a participação dos indivíduos na luta política pela saúde, fazendo parte da construção da cidadania. A questão da cidadania tem sido discutida por vários autores, dentre os quais destacamos, na literatura brasileira, Teixeira (1986), Boldstein(1992).

Para Boldstein (1992), cidadania pressupõe a consolidação dos direitos sociais, políticos e civis, atrelada à discussão sobre políticas sociais do Estado.

" (...) implica possuir os mesmos direitos na esfera civil, do político, do social. Implica portanto, que todos tenham iguais condições de acesso ao mínimo que a

sociedade no estado de desenvolvimento que estiver, aceita como tolerável", segundo Marshall (apud Boldstein, 1992, p.62).

Com base nesses autores, entendo cidadania como parte de um processo social, como algo a ser conquistado e construído, buscando ampliar os direitos sociais, políticos e civis, tanto individuais como coletivos, de forma a diminuir as diferenças e desigualdades sociais.

O conceito de saúde contém dimensões estruturais e políticas, assim como os aspectos histórico-culturais. A saúde é uma questão clínica e sociológica, que envolve todos os segmentos sociais, mas há que se considerar que

"(...) as condições de vida e de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela. Isso implica que, para todos os grupos, ainda de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados" (Minayo, 1994, p.15).

Para Silva, Gonzaga e Penna (1992, p.85)

" a educação em saúde tem se apresentado como uma das dimensões da assistência que concretamente instrumentaliza o processo de redefinição da cidadania. Uma educação para a saúde que busque, além de informar, conscientizar, capacitar e organizar os indivíduos em sua emancipação, respeitando sua autonomia. Uma educação que tenha como essência a construção do homem e da sociedade enquanto sujeitos de sua própria história".

A educação em saúde deve basear-se na a natureza do processo de aprendizagem. Ausubel (1980), "considera que assim como os fatores intrapessoais e situacionais interagem em seus efeitos, sobre a aprendizagem, as variáveis cognitiva e afetivo-social também influenciam concomitantemente esse processo".

Os seres humanos estão num mundo onde o indivíduo interage com pessoas num contexto social, respeitando seus significados, promove condições para que elas participem ativamente de seu processo de ensino-aprendizagem e passem a contribuir de modo consciente para as necessidades sociais que passam a perceber.

A educação em saúde ajudará as pessoas a formarem a sua percepção sobre a doença de forma a desenvolverem uma consciência a esse respeito, contribuindo para um viver saudável e conseqüentemente a melhoria da qualidade de vida.

As práticas de Serviço Social, em uma abordagem individual, grupal ou na comunidade, devem sempre convergir para uma perspectiva de promoção de saúde e promoção do ser humano, buscando soluções alternativas para as questões sociais que envolvem o contexto da saúde em nosso país.

2.2. OS AGENTES E A PRÁTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde conforme Stotz (1993), "é como uma área temática na qual há um entrelaçamento de disciplinas das ciências sociais da saúde". Entretanto, o papel da educação em saúde ainda é fortemente influenciado pelas bases filosóficas da prática médica, que tem uma visão mecanicista do homem e que enfatiza o papel das ciências naturais no estudo das doenças, muitas vezes constituindo-se em práticas autoritárias para normalizar e disciplinar condutas. É um modelo influenciado pela visão mecanicista e biológica das práticas médicas, reforçando o modelo clínico de assistência à saúde, cuja finalidade é o diagnóstico e a terapêutica, privilegiado a atenção hospitalocêntrica.

Campos (1994) "aponta a existência de um distanciamento entre os profissionais e os pacientes, nos serviços públicos e privados, nos quais os indivíduos não são considerados na sua condição de sujeitos sociais". O autor propõe uma reconstrução das práticas de saúde coletiva, com novas relações entre as instituições de saúde e a sociedade. Para isso, considera a necessidade de ampliar o coeficiente de autonomia do paciente, como meta do produção de serviços de saúde. Nesta proposta, o processo de trabalho em saúde, deveria propiciar, além da terapêutica, ações que melhorassem o atendimento do usuário acerca "do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o

meio social e, em conseqüência, da capacidade de cada um instituir normas que ampliem as possibilidades de sobrevivência e a qualidade de vida" Campos (1994 p.50).

L'Abbate et al. (1992), "apontam as situações cotidianas dos agentes de saúde como um dos problemas nas experiências de implantação da Reforma Sanitária no Brasil e na reorganização dos serviços de saúde, pois a reformulação administrativa e reorientação de recursos financeiros não são suficientes para a consolidação do Sistema Único de Saúde". As relações entre os trabalhadores de saúde e os usuários, tendo por referência o desenvolvimento da cidadania social e política, são consideradas relevantes para criar condições para a transformação das práticas de saúde, entendendo a clientela não como carente, mas como sujeito portador do direito à saúde.

É fundamental que o trabalho em saúde seja interdisciplinar e considere também o saber popular, bem como as representações sociais sobre saúde-doença. Portanto, precisamos entender valores, comportamentos, aspectos culturais da comunidade com a qual se está trabalhando, pois não basta transmitir o conhecimento ou a informação sobre o corpo e a reprodução nos aspectos fisiológicos, por exemplo, é preciso considerar a lógica das representações sociais a respeito do corpo e da reprodução para as pessoas.

Os relatos encontrados na literatura sobre as experiências da educação em saúde são, na maioria, envolvendo quatro enfoques diferentes. Stotz (1993), "discute essas abordagens consideradas como as mais recentes, segundo proposta de Tones, identificando as vertentes filosóficas que as fundamentam e a partir das quais se diferenciam suas características educativas objetivos".

As quatro abordagens são denominadas por esses autores como educativa, preventiva, radical e desenvolvimento pessoal, sendo que em todas elas é possível identificar restrições ou críticas ao modelo médico, a partir da consideração de que as condições de saúde de uma população envolvem questões sócio-econômicas, comportamentais e ambientais.

O enfoque educativo privilegia, como objetivo, a compreensão da situação pelo indivíduo e a ação com base no princípio da eleição informada sobre os riscos a saúde. Dessa forma, o sujeito da ação é o educador, tomando como âmbito a sociedade e os

indivíduos nos serviços de saúde, pressupondo uma igualdade nas possibilidades de acesso às informações. Sua eficácia está vinculada a uma estratégia de compartilhar e explorar crenças e valores das pessoas envolvidas.

O enfoque que parece ser o predominante na prática dos serviços de saúde tem sido o curativo, embora já se tenha conhecimento de várias experiências que privilegiam o enfoque radical, inclusive utilizando metodologias de pesquisa-ação e pesquisa participante como forma de viabilizar a discussão sobre problemas ligados às condições de vida e saúde e a conscientização dos sujeitos, fortalecendo o movimento popular.

Já em relação ao enfoque preventivo toma como pressuposto o comportamento dos indivíduos, visto como fator de risco tem implicação na etiologia das doenças modernas, como as crônicas degenerativas, que têm aumentado consideravelmente no perfil epidemiológico da população brasileira. Diante disso, são elaborados vários programas destinados a persuadir os indivíduos a evitar determinados hábitos, tais como não ingerir alimentos que contenham colesterol, não fumar, realizar atividades físicas, com a finalidade de adotar estilos de vidas sadios que expressariam, então, a eficácia da educação.

A abordagem radical tem como princípio orientador a aliança do educador com os cidadãos, a criação dos sujeitos sociais coletivos, engajados na luta política pela saúde orientada para transformar as condições geradoras de doenças, envolvendo portanto a responsabilidade do Estado nessas questões e a necessidade de mudanças estruturais na sociedade.

A abordagem voltada para o desenvolvimento pessoal tem sido pouco utilizada nos serviços de saúde, mas o correto é que seja, justamente, uma preocupação na gestão e planejamento dos mesmos, para que haja uma potenciação do valor do indivíduo enquanto trabalhador da área da saúde. Esse enfoque não tem finalidade exclusiva de desenvolvimento pessoal das agentes de saúde, mas também dos usuários. Embora adote algumas das proposições do enfoque educativo, aprofunda-as para facilitar a eleição informada e o desenvolvimento de destrezas para a vida, tendo como pressuposto de eficácia a crença nas capacidades dos sujeitos de controlarem suas vidas.

É preciso perceber que esses quatro enfoques, com diferentes fundamentações teóricas têm diferenças significativas e que, ao optar por um deles, alguns aspectos são mais privilegiados que outros. Por isso, é importante que, ao se pensar na educação em saúde, essas abordagens não sejam consideradas como modelos estáticos de e fixos que, dessa forma, seriam incompatíveis com a dinâmica social e com a natureza do objeto de trabalho dos educadores em saúde.

Acreditamos que a educação em saúde é um instrumento importante para a construção da cidadania tomando os indivíduos como sujeitos históricos e ampliando sua consciência acerca das questões que dizem respeito a sua saúde.

Para Freire (1980), a “conscientização é o conceito central sobre a ‘educação libertadora humanista’ porque esta, como prática de liberdade, é ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade, com o compromisso e ação necessária para transformá-la. A conscientização, que se apresenta como um processo contínuo, permanente, infinito, que passa, antes de mais nada, pela prática diária, de nosso cotidiano e nosso trabalho profissional, assim como na práxis do ser, está baseado na relação consciência mundo e implica em traçar passos para sua compreensão”.

Freire (1980), destaca que na “prática da conscientização, o homem, inicialmente, faz uma aproximação espontânea (posição ingênua) da situação concreta (realidade)”. Ao ultrapassar isto, chega a experimentar, aprender e desvelar essa realidade, através de um desenvolvimento crítico da tomada de consciência, penetrando no fenômeno e analisando-o. A conscientização está implícita no desvelamento da realidade através do ato de educar; esta não pode existir através da práxis do ser, sem ato de ação-reflexão e de compromisso com a transformação social. É preciso possibilitar a libertação, tanto de oprimidos quanto de opressores, assim como uma atitude crítica na qual se esclarecerão os mitos que enganam, para dar lugar a uma nova realidade. “Quanto mais conscientizados nos tornamos, mais capacitados estamos para sermos anunciadores e denunciadores, graças ao compromisso de transformação que assumimos.” Freire (1980, p.28).

Gadotti (1989), destaca que:

“a conscientização é uma palavra utilizada por Freire, apesar de Ter seu sentido já adulterado por muita gente, enfatizando que uma pessoa ou um grupo de pessoas que se conscientizam são capazes de descobrir a razão de ser das coisas, a relação que deve existir entre o pensar e o atuar (ação-reflexão); essa descoberta deve ser acompanhada de uma ação transformadora”.

A conscientização é possível, como um processo no qual, assistente social - paciente- educador- educando no compromisso histórico, conscientizam-se através do movimento dialético e na reflexão crítica sobre a contradição dos homens no antidiálogo, na adaptação, na possibilidade, na situação de objetos assim como da concepção mecânica da consciência sobre a sua problemática.

O profissional de serviço social, através da implementação de um processo de educar-assistir, numa proposta de educação libertadora-conscientizadora, poderá facilitar e favorecer ao paciente cardíaco o tomar de consciência de sua realidade, um melhor (re/conhecimento) de sua doença, do seu tratamento, do seu contexto e vida social, para, assim, enfrentar, integrar e superar situações da vida cotidiana.

2.3. REFLETINDO SOBRE OS PAPÉIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Tradicionalmente, os profissionais de saúde, em especial os de nível superior, são oriundos de um extrato social diferente da população a quem eles prestam atendimento, sua formação cultural provém das classes dominantes, resultando em uma não identificação com as demandas das classes populares. FOUCAULT (1979, p.71), coloca que “existe um poder que, além de se encontrar ‘nas instâncias superiores da censura’”, também existe de uma forma não revelada na sociedade que penetra insidiosamente na trama da sociedade e que os intelectuais fazem parte desse “sistema de poder” no seu papel de “agentes da consciência e do discurso”.

“Uma das formas pelas quais os profissionais atuam nesse papel de agentes da consciência e do discurso é intensificando práticas de trabalho relacionadas às mudanças de comportamento dos usuários para que eles tenham uma vida

saudável. Esse entendimento reducionista, sobre como educar para a saúde, impede a reflexão e a busca da compreensão dos problemas e de suas soluções". (VASCONCELOS, 1997.)

Por outro lado, convivendo no dia-a-dia com as dificuldades da população e com precárias condições de trabalho, o profissional da saúde se depara com uma realidade que está distante das teorias relacionadas a formação, pautadas em um modelo biomédico, centrado no indivíduo e na doença, desconsiderando os aspectos sócio-econômicos e culturais. Um modelo de atenção unicamente biologicista não tem respondido às reais necessidades da população que sofre com o sistema de saúde que funciona precariamente, associado às questões de exclusão social.

Diante dessa prática diária, sofrendo pressões, muitos profissionais de saúde começam a entender como suas as reivindicações da população, a partir disso, resulta um movimento para educar em saúde de uma forma mais democrática e participativa, onde existe troca entre o conhecimento científico e o saber popular.

Segundo Kantorski (1996), "cidadania é a garantia da qualidade de vida. É importante repensar a cidadania em sua plenitude, vislumbrando as questões de liberdade, igualdade, democracia, participação e a organização da sociedade como um todo".

O profissional de saúde, tanto como ator e como agente, no uso desse espaço legitimado pelo serviço de saúde e pela ação popular, supera a ambigüidade decorrente desse duplo papel a partir do aprendizado que essa participação lhe oferece. Seguindo essa trajetória, ora como ator, ora como agente, vai trilhando os seus caminhos e deixando rastros que permitirão aos que vem depois partilhar dos frutos dessa caminhada que não tem fim, mas tem direção e que conduzirá a um objetivo: a construção da cidadania .

3. EDUCAÇÃO E SERVIÇO SOCIAL

3.1. UMA VISÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social atua no âmbito da produção e reprodução social, sendo historicamente vinculado a políticas e programas sociais destinados ao segmento social,

econômico e culturalmente excluído. A partir de uma concepção mais contemporânea, podemos afirmar que o produto do trabalho do Serviço Social é a conquista da cidadania social, ou em outras palavras, o favorecimento ou a viabilização de serviços e ações necessários a sobrevivência, tanto no aspecto material como emocional.

Consideramos importante salientar que o profissional de Serviço Social possui uma certa especificidade profissional, visto que as práticas são concretas, ou seja, sua especificidade está relacionada ao fato de que o profissional de Serviço Social intervém na realidade, fato este, que o diferencia das demais ciências sociais particulares.

O Serviço Social trabalha no âmbito da reprodução das relações sociais e sua prática, sob certa perspectiva, possui um caráter político.

Segundo Yamamoto (1991,p.21):

“... a prática profissional não tem o poder miraculoso de revelar-se a si própria. Adquire seu sentido, descobre suas alternativas na história da sociedade da qual é parte. Assim sendo é lançado o olhar para mais longe, para o horizonte do movimento das classes sociais e de suas relações no quadro do Estado e da sociedade nacional, que se torna possível desvelar a prática do Serviço Social, apreender os fios que a articulam às estratégias políticas das classes, desvendar a sua necessidade, os seus efeitos na vida social, assim como os seus limites e a suas possibilidades”.

De modo geral, o Serviço Social, mesmo atuando no âmbito da superestrutura, pode ser caracterizado como um processo de trabalho que resgata valores, cultura, alienação, senso comum, direitos sociais, cidadania, etc., ou seja, trata-se de um processo de trabalho que, das mais diversas formas, está conectado às questões anteriormente explicitadas.

Mas, na "prática", como podemos resgatar valores, cultura, alienação, senso comum, direitos sociais e cidadania? Como estes resgates podem ser observados no que se refere à prática do Serviço Social no Instituto de Cardiologia, instituição a qual estivemos vinculados? E quais as alternativas que podem ser apontadas para que estes se tornem possíveis?

Procurando responder a estes questionamentos, iniciamos evidenciando que o Serviço Social não é o único ator que deverá trabalhar conseguir estas conquistas, mas sim um dos atores. Estado, sociedade civil e os profissionais de saúde, de modo geral, igualmente devem assumir sua parcela de responsabilidade nesse processo de trabalho.

Retornamos ao raciocínio central, podemos novamente afirmar que o Serviço Social resgata uma série de questões através de práticas concretas. Na medida em que tomamos os valores, a cultura, a alienação e censo comum como ponto de partida para práticas a serem efetivadas, buscando fazer com que estes adquiram maior "consciência", evidencia-se o caráter político e educador da profissão.

No Instituto de Cardiologia, no que se refere aos pacientes internados que necessitam de intervenção cirúrgica, o caráter assistencial do Serviço Social é o que se faz presente aos olhos dos outros profissionais. Assistencial no sentido de viabilização e concessão de auxílio-doença, laudo de tratamento médico fora do domicílio, ambulância, pernoites, alimentação, etc. parece-nos difícil conceber de que forma cidadania, direitos sociais e outras questões possam ser resgatadas dentro de uma prática tão paliativa, mas mesmo que de forma muito limitada, era buscado, no decorrer da prática de estágio resgatar tais questões enquanto direitos. Se partirmos do raciocínio da saúde enquanto direito, o mesmo dando-se no que se refere aos serviços sociais "oferecidos", à população, buscássemos romper com a visão paternalista de "benesse", de beneficência, de que o Assistente Social é "bonzinho" e, por si só, "conseguiria", diversos benefícios para os "pacientes". Era buscado mostrar que não havia nada que fosse feito por nós que não fosse um direito conquistado, e que os Assistentes Sociais enquanto profissionais contratados pelo Estado estavam somente desempenhando o trabalho que lhes era conferido.

Estes procedimentos tinham como objetivo conferir aos pacientes seu caráter de sujeitos de direitos, embora, no que se refere a um trabalho mais amplo de educação em saúde relativo a prevenção de doenças cardíacas, pouco fosse feito, em função dos próprios limites institucionais.

Se o hospital desenvolver práticas educativas e preventivas mais efetivas, estas devem dar-se a partir justamente das consultas médicas em nível ambulatorial, onde o

profissional de medicina assumisse está postura. Mais amplamente acreditamos na necessidade de que tais posturas educativas e preventivas extrapolem os muros institucionais e sejam inseridas no nível primário de atendimento saúde, ou seja, nos postos de saúde comunitários -privilegiando o trabalho com a demanda jovem, pautados num programa educativo mais amplo.

No que se refere ao Serviço Social, porém, trabalhar o indivíduo enquanto ser social, contribuindo para o enfrentamento do processo saúde-doença como um todo, requer práticas mais amplas, que requisitam o caráter educador da profissão, assim como a necessidade da mesma situar-se num contexto político mais amplo.

Se concebermos o Serviço Social como fomentador da cidadania, parece-nos que esta pressupõe o desenvolvimento da capacidade crítica, de reivindicação e fortalecimento dos direitos sociais conquistados (aqui mais particularmente a saúde), evidenciando-se, mais uma vez, o caráter político do Serviço Social.

Construir cidadania, garantir direitos sociais, na "prática", sem sombra de dúvida, requer trilhar caminhos muito mais amplos que estes explicitados, mas essa amplitude não descaracteriza a importância desta construção e garantia em ações cotidianas "pequenas" e, muitas vezes, "elementares". Garantir que a condição de sujeitos (e não meramente pacientes) seja efetivada, que os direitos dos mesmos sejam conquistados e vistos como tais, "lançar sementes" para a compreensão da necessidade da "utilização" da rede básica, igualmente é construir cidadania.

Por outro lado, não podemos permitir que esta constatação nos conduza a pensar que a prática profissional de Serviço Social esteja limitada às questões expostas. Todos nós conhecemos os limites que o cotidiano impõe. Poucos, porém, percebem as inúmeras possibilidades que constantemente nos são apresentadas.

Como nos traz Yamamoto (1991, p. 104),

“O espaço profissional não pode ser visto apenas da ótica da demanda profissional já consolidada socialmente: trata-se de, tendo por base um distanciamento crítico do panorama ocupacional, apropriar-se das possibilidades teórico-práticas abertas pela própria dinâmica da realidade. Em

outros termo: é preciso apreender as demandas potenciais gestadas historicamente, contribuindo,, assim, para recriar o perfil profissional do Assistente Social, indicando e antecipando perspectivas capazes de responder às exigências de um projeto profissional, coletivamente construído e historicamente situado”.

Como afirmamos, no decorrer do trabalho, entendemos a necessidade de educação em saúde de forma ampla, para além dos muros institucionais. Isto vem requerer ações nos mais diversos níveis: profissionais qualificados na rede básica, mais investimentos, programas educativos mais amplos, etc.

Diante disso, arriscamo-nos a pontuar algumas questões que possam ser pensadas e implementadas, tanto no que diz respeito ao Serviço Social, quanto no que diz respeito ao trabalho com saúde, de modo geral. Acreditamos em algumas propostas para que nossos objetivos sejam alcançados como, por exemplo:

- *Necessidade de reivindicações*, junto ao poder público, de programas mais amplos de educação em saúde;
- Ter uma maior vinculação de, tanto do Serviço Social quanto dos demais profissionais de saúde, junto à fóruns, núcleos de estudos, e demais instâncias representativas, fazendo uso do caráter político da profissão, objetivando que a proposta do SUS avance;
- realização de discussões mais amplas acerca da saúde e da postura profissional adotada frente a demanda, assim como necessidade de reavaliação constante quanto à postura, eficácia e efetividade profissional;
- *maior inserção* de diversos profissionais na rede básica, privilegiando trabalhos educativos com a demanda jovem, pautados em programas educativos mais amplos, conquistados via reivindicações; lutas políticas;

Uma vez feito esse resgate geral, cabe-nos pontuar que, em hipótese alguma, o presente trabalho tem a pretensão de esgotar-se por si só. Afirmamos que, justamente por ser a cultura uma esfera relevante que, por outro lado, vem sendo pouco discutida, tanto no que se refere a profissão de Serviço Social quanto no que se refere às demais profissões, esta merece um destaque maior.

Contudo, não podemos igualmente desconsiderar que, se partirmos do conceito amplo de saúde, explicitado a priori, esta educação em saúde, para a prevenção, em favor de um modelo de atenção à saúde mais efetivo, deve estar vinculada a uma luta política mais ampla: por uma melhor distribuição de renda, pelo fortalecimento dos centros de saúde, pelo aumento da destinação de recursos financeiros ao SUS, por uma remuneração mais digna aos profissionais de saúde. Somente assim, a "contra hegemonia" que almejamos poderá ser viabilizada.

3.2. O PROCESSO EDUCATIVO EM SAÚDE - NA DIMENSÃO GRUPAL

A história nos mostra que o agrupamento social é uma tendência natural do ser humano, seja nos limites do mundo privado, no reduto dos grupos familiares, ou fora dele, no âmbito comunitário, nos encontros profissionais, recreativos, religiosos, científicos, políticos, educativos ou terapêuticos.

Especificamente na área da saúde, encontramos relatos sobre a origem da "terapia de grupo" em 1905, como uma técnica para ajudar pacientes tuberculosos para aprenderem sobre a sua doença e receberem apoio emocional uns dos outros; modalidade que hoje poderíamos chamar de "educação em saúde grupal". Durante a Segunda Guerra Mundial, um grande número de civis e também militares necessitavam de auxílio psiquiátrico; o atendimento em grupo visava, naquela oportunidade, a maximização do uso do pessoal com preparo psiquiátrico para atender a imensa demanda de clientes. Assim, as pessoas foram encorajadas a falarem sobre os seus problemas em grupos, a compartilharem a dor, as angústias e também os caminhos percorridos e encontrados para as possíveis soluções, ao mesmo tempo que recebiam, uns dos outros, apoio emocional que buscavam. O plano obteve tanto sucesso que, logo após, foi implantado em diferentes clínicas.

Taylor (1992, p. 382), lembra que "... os seres humanos passam a maior parte do seu tempo em situações de grupo. Vivem, trabalham, brincam, aprendem e oram em grupo".

Acreditamos que o processo educativo desenvolvido em grupo valoriza esta aproximação natural das pessoas, ao mesmo tempo em que favorece o fortalecimento das possibilidades individuais e também grupais, na valorização da saúde.

Na modalidade grupal o indivíduo tem a oportunidade de perceber como as pessoas vivenciam situações de saúde-doença com manifestações clínicas, angústias e preocupações parecidas e, nestas situações, o processo educativo tem um forte aliado, que é o ato de compartilhar os mais variados saberes e experiências relacionadas aos cuidados para com a saúde, trazidos da vivência cotidiana das pessoas, com base no saber popular, na cultura, nas informações obtidas através da mídia, de experiências educativas formais anteriores e também na criatividade e na arte de viver.

Como em qualquer trabalho educativo, seja ele de natureza individual ou familiar, quando se pensa em educação em saúde em grupo, o primeiro grande passo é buscar uma clareza conceitual de: saúde, educação e, neste caso, é importante conhecer também alguns preceitos teóricos sobre "grupo", incluindo aqui a sua gênese, as fases de seu desenvolvimento ao longo de sua convivência educativa, buscando a compreensão dos papéis de seus membros os seus conflitos, as possíveis formas de comunicação, o papel do líder, entre outros aspectos.

A concepção teórico filosófica que o profissional tem a respeito do educando, do educador e do processo educativo em si, serão os norteadores do rumo e da forma do seu projeto pedagógico.

Muitas vezes a ausência do conhecimento preliminar destes aspectos frustra as tentativas de levar adiante um trabalho educativo em grupo, levando os profissionais ao descrédito desta modalidade educativa, alegando geralmente a falta de interesse ou motivação dos participantes neste tipo de atividade, quando, na verdade, estes podem estar vivendo uma etapa inicial no desenvolvimento grupal, que se caracteriza tipicamente pela individualidade e retraimento de seus componentes.

Afinal, então, como pode ser definido um grupo?

Um simples agrupamento de pessoas? ...ou aglomerado popular? ...ou o coletivo de pessoas?

A configuração de grupo requer a associação (no sentido de união, sociedade) de três ou mais pessoas, em torno de um objetivo comum. Assim, é preciso que estas pessoas conciliem interesse, disponibilizem energias e recursos individuais apontando para o alcance das metas do grupo. Podemos dizer, então, que um grupo é um sistema identificável, com propósitos específicos, com diferentes papéis a serem assumidos por seus membros, que se comunicam e interagem dinamicamente.

Taylor (1982), caracteriza muito bem esta visão de grupo, quando o compara a uma orquestra, em que a melodia é percebida através da sintonia e do soar conjunto dos instrumentos; e dificilmente reconhecida na execução isolada de um deles.

De uma forma geral, podemos classificar os grupos em duas grandes categorias: os grupos primários, que são constituídos pela família e os grupos secundários, que englobam os grupos de trabalho, estudos, lazer, etc.

Então surge a questão: - o que diferencia especificamente, os grupos uns dos outros?

O que caracteriza os grupos de "auto-ajuda", os "grupos terapêuticos", os "grupos beneficentes", os grupos associativos", os "grupos de diabéticos" ou aqueles denominados "educativos" ?

Cada um destes grupos, composto de determinada clientela, persegue um objetivo específico, e para tanto, desenvolve determinadas tarefas; assim, o que os diferencia é justamente a natureza deste objetivo, e também a maneira como buscam alcançá-lo, ou seja, o método que desenvolvem para isto.

Da mesma forma que um indivíduo galga, progressivamente as etapas de seu desenvolvimento em seu processo de amadurecimento, por entre esforços, sucessos e conflitos, também um grupo vivencia, passo a passo, a escalada da sua evolução. Nesta trajetória, o grupo precisa ser auxiliado e incentivado a alcançar o nível de intimidade de seus participantes, para favorecer pleno desempenho de seus papéis, o fortalecimento da identidade grupal e para que as ações educativas efetivamente ocorram.

Com exceção das fases de início e término, as outras etapas não obedecem necessariamente a uma seqüência rígida e nem todas elas ocorrem em toda sua plenitude.

A maioria dos autores pensa, no entanto, que podemos determinar com precisão, duas fases no processo de desenvolvimento grupal: o seu início e o seu término. Apesar de sempre ocorrerem, outras fases intermediárias são variáveis e indefinidas de um grupo para outro.

Esta evolução no desenvolvimento de um grupo depende do seu funcionamento interno, das interações de seus membros, pelas formas de comunicação que ocorrem intra grupo, pelos padrões de atividades que são desenvolvidas, pelos comportamentos e papéis que são assumidos durante os encontros.

Para uma convivência produtiva dos momentos educativos em grupo é imprescindível que o profissional que coordena este tipo de atividade compreenda certos aspectos norteadores, que favorecerão a dinâmica interacional de seus membros, ou sejam:

- A iniciativa de construir um trabalho educativo em saúde em grupo pode ser do profissional; no entanto a vontade e o envolvimento no trabalho deve ser de todos os integrantes deste grupo.
- Em um grupo educativo, geralmente há interesses individuais, quando cada membro traz consigo suas dúvidas e suas vivências relacionadas à área em questão; no entanto, existem também interesses coletivos, quando o grupo, utiliza a sua identidade grupal e mobiliza a ação de todos os seus membros para alcançar interesses comuns a todos os integrantes.
- Os papéis dos componentes de um grupo precisam ficar claramente definidos e necessitam ser discutidos, compreendidos e assumidos pelas pessoas; isto vale tanto para o profissional como também para os demais membros; somente assim, poderão ter a capacidade de desempenhar as tarefas e se desenvolver no sentido grupal.
- Se faz necessário o estabelecimento de determinados acordos e normas de funcionamento do trabalho. Esta normatização deve emergir, preferencialmente, do próprio grupo. Neste particular, o acordo ético é muito importante e deve ser compreendido pelos membros desde os primeiros encontros, para que no momento de compartilhar as experiências, viver os conflitos e a intimidade, todos se sintam confortáveis e respeitados nos seus depoimentos, atitudes e sentimentos.

- O término, desengajamento ou separação de um grupo deve ser previsto desde o início e trabalhado também no decorrer da experiência, pois esta fase é, geralmente, difícil para as pessoas e, portanto devem ser preparadas para vivenciá-la com maior tranquilidade.
- O ambiente de trabalho de um grupo educativo deve ser cuidadosamente escolhido, pois pode interferir significativamente na sua produtividade. Existem locais que tendem a estimular e aproximar ou então afastar e inibir as pessoas. Assim, a eleição do local deve ser feita em conjunto com os membros do grupo; preferencialmente no local mais próximo ao "habitat natural" destas pessoas.

Além do ambiente, existem determinados rituais que facilitam a integração das pessoas em um grupo. Neste particular, Madalena Freire (1993, p. 65-66), nos oferece um exemplo muito apropriado e bastante familiar em nossos meios grupais, que é o ritual de "comer juntos" quando trabalhamos em grupo. Ela considera este ato como um "ingrediente altamente socializador, porque significa a vivência de um ritual de ofertas, um exercício de generosidade. Espaço onde cada um recebe e oferece ao outro o seu gosto, seu cheiro, sua textura, seu sabor. É um momento de cuidado e atenção".

- Cada componente é uma parte essencial dentro de um grupo; o processo educativo ocorre justamente quando estas partes contribuem para formar o conjunto, ou seja; quando no ato de compartilhar os saberes e experiências, cada um traz a sua contribuição e seus questionamentos na construção de um novo conhecimento, na transformação dos saberes e das atitudes.
- As metas, em torno das quais os indivíduos interagem e trabalham juntos se mostram fundamentais para facilitar a estabilidade do grupo, avaliar o seu processo de evolução e delimitar a conclusão do trabalho.
- A tomada de decisões, num processo grupal, varia segundo a sua dinâmica e a fase do desenvolvimento em que se encontra. Geralmente nas fases iniciais dos trabalhos esta é uma tarefa mais complexa, porque exige consenso, clareza dos objetivos e dos papéis, e certa intimidade para que sejam declarados posicionamentos, desejos e questionamentos.
- Um indivíduo pode assumir diferentes papéis em grupos diferentes e também pode assumir diferentes papéis dentro de um mesmo grupo. Estes papéis, no entanto, precisam

ser discutidos e declarados por todos os participantes, a fim de serem assumidos e respeitados.

Com relação a coordenação de um grupo educativo em saúde, acredita-se que esta posição requer que o profissional tenha muita clareza a respeito do seu papel neste processo, bem como das relações interpessoais que se estabelecem a cada novo encontro do grupo.

O assistente social enquanto coordenador de um grupo, deve procurar conhecer cada um dos participante, comprometer-se com uma aprendizagem significativa e democrática dos indivíduos e/ ou grupo de trabalho e também de si mesmo enquanto educador-educando.

O profissional deve procurar instrumentalizar os indivíduos e/ ou grupo para que percebam criticamente a sua realidade e as suas necessidades individuais e grupais, desenvolvam as suas potencialidades e busquem, num trabalho conjunto, os caminhos e os meios para um enfrentamento eficaz dos seus desafios cotidianos.

Na coordenação de um grupo educativo, o assistente social necessita desenvolver, com profundidade, seu auto-conhecimento, adquirir habilidades para agir com discernimento, eficácia e ética junto aos indivíduos e grupo. Para isto, necessita uma sólida base técnico-científica e filosófico-política, e um profundo respeito ao ser humano, com o propósito de que acima do método educativo, estará sempre o verdadeiro comprometimento com o crescimento dos indivíduos e do grupo. Isto se traduz em relações interpessoais autênticas e éticas, buscando compreender as reais necessidades de saúde e o exercício de cidadania das pessoas.

As relações educativas são complexas, pois enquanto educadores-educandos somos todos pessoas: com sonhos, desejos, desgostos, sucessos, dúvidas, temores, emoções, frutos de diferentes raízes culturais, inserções sociais e políticas. Não somos os mesmos a cada dia, a cada hora, a cada minuto. Nos transformamos constantemente, enquanto indivíduos e grupos. Vivemos diferentes papéis, desempenhamos múltiplas funções, a cada minuto de um mesmo dia. E é justamente nesta teia de ações, posições e

reflexões que se encontra a grande riqueza do relacionamento humano, o que por outro lado o torna bastante complexo.

“Quando trabalhamos o processo educativo em grupo, lidamos com este conjunto de relações humanas face a face. Esta rede de emoções e sentimentos exige das pessoas um constante exercício de diferenciação, onde muitas vezes os indivíduos tropeçam e atropelam os limites do *outro* e seus *próprios*, onde o silêncio tem a sua própria linguagem, onde a fantasia pode gerar temores ou deslumbrar fantásticos caminhos, onde o risco maior pode ser o conhecimento do outro como um espelho de si mesmo, onde errar é aprender, construindo a competência com a incompetência”. (Freire, 1993).

O fato de lidar com este processo interacional, requer do assistente social o refinamento do censo de percepção, para captar as mais tênues manifestações verbais das pessoas, relacionadas a sentimentos de afeto, pudor, temor, alegria, discordância, esperança, mágoa e tantos outros. A captação e o processamento destas tonalidades ou nuances interacionais, geralmente pouco explícitas, é que vão lhe dar o suporte para mediar as situações de conflitos e impasses, estimular, incentivar e perceber o grupo; bem como catalizar esforços, iniciativas, energias e ações no intuito de integrar os participantes. Nesse processo, o coordenador divide responsabilidades, propõe arbitragens, prepara reconciliações, firma compromissos, desafia e encoraja pessoas, dentro da dinâmica de seu desenvolvimento grupal.

Isto nos leva a crer que no processo educativo em grupo, há habilidade da comunicação do coordenador é fundamental, uma vez que as relações educativas ocorrem, por excelência, num campo interacional.

Neste particular, Stefanelli (1993, p. 30-31), nos diz que:

" É dentro deste campo interacional que as pessoas se percebem, partilham o significado de idéias, pensamentos e propósitos, modificando-os neste processo de interação com os outros; o ser humano não pode existir sem se comunicar e atribui significado às coisas ou altera em função desta comunicação com seus semelhantes, o que lhes permite alcançar seus objetivos de vida. O partilhar de idéias, o torná-las comum, ou seja, comunicar-se, pode ser realizado por meio de formas verbal e não verbal, havendo neste processo inúmeros elementos que precisam ser estudados e avaliados. Há no processo de comunicação um fluxo

contínuo e circular de energia por ser ele um processo dinâmico, no qual os elementos interagem e, continuamente, há influência de uns sobre os outros".

Neste campo interativo, em que afloram as relações sociais, acreditamos que a autenticidade e o sentimento de confiança mútua entre as pessoas é fundamental. Para facilitar um mergulho na cultura e no viver cotidiano dos membros de um grupo, buscando uma aproximação com as suas crenças, saberes e práticas populares com respeito à saúde, o relacionamento muito formal deve ser evitado. Este nível de intimidade, porém deve ser suficiente para possibilitar um relacionamento interpessoal humano. Existe um limiar muito sensível entre a intimidade pessoal e particular da pessoa do assistente social que deve ser reservado ao seu mundo privado e do profissional que se abre para um relacionamento humano, franco e dialógico. Isto se faz necessário para tornar possível o olhar crítico do profissional sobre a realidade do grupo; quer no seu aspecto evolutivo, bem como para monitorar a dinâmica das suas relações.

O coordenador de um grupo tem, também, a importante função de estabelecer a ponte entre o grupo, e os recursos e programas de saúde da instituição e da comunidade. Para isto, o grupo deve ser auxiliado e incentivado, de forma que os indivíduos identifiquem suas necessidades e aspirações a respeito de sua saúde; depois, visualizem criticamente a realidade, criem, em conjunto, mecanismos de busca e acesso aos recursos institucionais e dos programas de saúde que atendam estas necessidades e aspirações.

O trabalho com grupo educativo deve ser estruturado e sistematizado como qualquer outro processo assistencial em Serviço Social. Necessita ser planejado e replanejado, implantado e avaliado continuamente. Da mesma maneira, deve ser uma forma prática e eficiente de registrar os acontecimentos que ocorrem a cada encontro do grupo e das percepções do assistente social, para que se torne possível avaliar, compreender a evolução e replanejar este processo. Para sistematização se aprime continuamente num rumo, é imprescindível que se tenha clareza da luz teórico-filosófica que ilumina este percurso educativo em saúde.

Finalmente, após esta reflexão, podemos afirmar que o trabalho em grupo favorece a participação dos indivíduos no processo educativo em saúde, através do compartilhamento das experiências vivenciadas no seu cotidiano.

A prática habitual das pessoas de trocar informações, saberes e práticas a respeito dos cuidados de saúde, com seus vizinhos, amigos e familiares, seja nas soleiras das portas de suas casas, ou então defronte a escadaria da igreja após a missa de Domingo, ou mesmo com a vizinhança, nos fundos das casas à beira dos tanques lavando roupa da família, pode ser trazida para dentro de um grupo educativo em saúde. O engajamento do profissional nesta prática cotidiana das pessoas, preferencialmente no meio em que habitualmente ocorrem, favorece o seu acolhimento e a abertura dos educandos para a aprendizagem de novos saberes e práticas.

O compartilhamento de suas próprias experiências, capacita os indivíduos a enfrentarem seus desafios com estratégias mais eficazes.

Em meio à todos estes enunciados, Freire (1993, p. 59-65), nos remete a uma reflexão sobre as relações educativas que permeiam o viver dinâmico, interativo, disciplinado, responsável, prazeroso e científico de um grupo, ao dizer que:

" Um grupo se constrói no trabalho árduo da reflexão de cada participante e do educador. no exercício disciplinado de instrumentos metodológicos, educa-se o prazer de se estar vivendo, conhecendo, sonhando, brigando, gostando, comendo, bebendo, imaginando, criando e aprendendo juntos num grupo. Um grupo se constrói no espaço heterogêneo das diferenças entre cada participante: - da timidez de um, do afobamento do outro; da serenidade de um, da explosão do outro; da mudez de um, da tagarelice do outro; do riso fechado de um, dos olhos esbugalhados do outro; da lividez de um, do encarnado do rosto do outro.

Um grupo se constrói na cumplicidade do riso, da raiva, do choro, do medo, do ódio, da felicidade, do prazer".

3.3. ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO INSTITUTO DE CARDIOLOGIA

Em 1977, a Fundação Hospitalar de Santa Catarina, órgão extinto da atual Secretaria de Estado da Saúde, através da coordenadoria de Serviço Social, aprovou algumas diretrizes básicas e políticas de ação aos assistentes sociais.

O Serviço Social definia como política de ação as seguintes diretrizes básicas:

- atuar na possibilidade de identificar os problemas psicossociais dos pacientes que interferem no tratamento médico, com a participação ativa de seus familiares;
- participar no processo de desenvolvimento da prevenção da doença a nível comunitário;
- motivar a integração e a participação da equipe inter-profissional no processo de reabilitação do paciente;
- proporcionar a participação e o aperfeiçoamento do pessoal de Serviço Social na área hospitalar;
- intensificar os trabalhos de pesquisa e estudo no campo da saúde.

Era uma das funções atribuídas ao Serviço Social no Hospital, entender e esclarecer os problemas psicossociais que estavam prejudicando o desenvolvimento do tratamento médico ou que pudessem auxiliar no processo de recuperação do paciente. Por isso considerava o paciente em sua unidade biopsicossocial, englobando função preventiva e curativa.

Executavam técnicas do Serviço Social com grupos para tratamento, abordagem e orientação referente às perspectivas dos pacientes, fazendo trabalhos com grupos, reuniões de orientação e tratamento.

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano de 1986, é formulado um novo conceito, onde Saúde passou a ser:

“ ... resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso à serviços de saúde. É assim antes de tudo, o resultado de formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (MINISTÉRIO DA SAUDE, 198, P)

Com a Constituição de 1988, esse conceito se legitima e a saúde passa a ser um direito universal com normas a se fazer cumprir.

Com a resolução n.º 38 de 04 de fevereiro de 1993, do Conselho Nacional de Saúde, observou-se a necessidade de um profissional especializado, voltado às questões sociais que se apresentavam na saúde para então atender a demanda de usuários existente.

Atualmente, o Serviço Social tem as seguintes competências no hospital:

- proporcionar condições para o paciente utilizar os recursos do hospital;
- participar de pesquisas sociais;
- auxiliar o paciente e a família a identificarem soluções à nova situação sócio-econômica e familiar decorrente da internação;
- participar de programas multidisciplinares para atendimento aos pacientes;
- criar programas sociais e de saúde comunitária, entre outros;
- Supervisionar estagiários;
- Também, nos casos de óbitos, é ao assistente social que compete tratar das orientações e encaminhamentos junto à família ou responsável para liberação do corpo, traslado e sepultamento.

A entrevista é a técnica mais utilizada na educação individual, estabelece-se no diálogo, possibilitando a integração entre as pessoas. Através dela, o paciente e/ou familiar fala o que lhe trouxe ao Serviço Social e a partir do que nos foi repassado procuramos intervir na busca de soluções e esclarecimentos. Segundo COSTA (2000 p.40):

“No caso dos serviços de saúde, o usuário não é apenas consumidor dos efeitos úteis do trabalho e/ou de insumos, medicamentos, etc., mas é co-participante do processo de trabalho, na medida em que dele dependem o fornecimento de informações sobre seu estado de saúde e o cumprimento das recomendações terapêuticas”.

Tem como objetivos a troca de informações, a coleta de dados e motivação do entrevistado para assumir novos comportamentos e hábitos saudáveis.

No hospital, vamos aos quartos e entrevistamos os pacientes várias vezes enquanto estão internados, procurando obter informações cada vez mais próximas da realidade dele, fazendo posteriormente um levantamento sócio econômico. O objetivo dessa atividade é o conhecimento maior da situação de vida do paciente, visando

reorganizar suas rotinas de forma a reduzir a influência de fatores desgastantes e prejudiciais ao tratamento.

O assistente social também trabalha com grupos no Instituto de Cardiologia, contribuindo para o crescimento e aprendizado de indivíduos em situações de saúde doença.

A educação em saúde com grupos também tem sido utilizada como um instrumento a fim de contribuir para a tomada de consciência crítica de seus membros frente aos seus problemas, tanto individualmente quanto coletivamente, permitindo reflexões conjuntas entre os indivíduos e fazendo com que as contribuições de cada participante partam das suas realidades, das suas vivências.

A educação em saúde é importante para a:

- integração social;
- troca de experiências e conhecimentos;
- facilita o encontro de soluções conjuntas para os problemas particulares e coletivos.

Em todos os tipos e fases do atendimento e acompanhamento (individual ou coletivo), e em todas as unidades de saúde, o assistente social realiza ações voltadas para a "educação em saúde", por meio de orientações e encaminhamentos individuais ou coletivos.

De acordo com a Constituição de 1988, a saúde tem algumas diretrizes a serem seguidas, dentre elas destacamos algumas do art.7º, que dizem respeito à universalidade de acesso aos serviços de saúde, igualdade de assistência à saúde, direito à informação participação da comunidade, entre outros. Analisando isso, COSTA (2000, p.42) coloca que:

"A atual organização do sistema de saúde, ao tempo em que atende algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, de que são exemplos a universalização, a descentralização e a incorporação de alguns mecanismos de "participação" da comunidade, não supera as contradições existentes, dentre as quais constam a exclusão, a precariedade de recursos, a qualidade e a quantidade quanto ao atendimento, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa."

Ou seja, pode-se dizer que o conjunto das mudanças não têm superado o modelo médico-hegemônico, uma vez que, para tanto, o sistema de saúde deveria articular suas ações com as demais políticas sociais que intervêm nas condições de vida da população, como é o caso da habitação, do saneamento, das condições de trabalho, da educação, etc.

Ao reconhecer a saúde como resultante das condições de vida, a obtenção de dados sobre as condições econômicas, políticas, sociais e culturais passa a fazer parte do conjunto dos procedimentos necessários à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde/doença.

Assim, ao mesmo tempo que o sistema de saúde no Brasil é capaz de incorporar tecnologias avançadas, constata-se que ainda se faz necessário realizar trabalhos que habilitem a população a conviver com as regras básicas de funcionamento dos serviços. Nesse sentido, a natureza dessa atividade transita entre o controle, o disciplinamento e a ação educativa, revelando-se igualmente como uma atividade "supridora" da inflexibilidade das normas diante da realidade da população, ou ainda como uma ação cujo conteúdo é trabalhar a cultura do usuário e da instituição.

Esses objetivos se concretizam através das ações profissionais junto às famílias dos pacientes internados que farão cirurgias cardíacas.

Se reconhece que a ação profissional na saúde ocorre em um espaço bastante definido e demarcado, com a intercessão de saberes e práticas que sempre giram em torno de um objetivo comum, que é o paciente cardíaco.

São transmitidas informações através de reuniões que esclarecem assuntos sobre como prevenir as doenças cardíacas nos membros das famílias, educando os familiares para uma possível mudança do seu estilo de vida e buscando apoio dos familiares para ajudar o paciente nesse momento difícil em sua vida. Tem por finalidade também conhecer a dinâmica familiar e explicar o tipo de cirurgia que será realizada em cada paciente.

O instrumento privilegiado é a reunião, que acontece uma vez por semana devido ao elevado número de pacientes internados aguardando cirurgia. Nelas, o assistente social volta-se para a orientação sobre os cuidados a serem tomados durante a visita,

prevenindo comportamentos que possam comprometer o estado de saúde do paciente, bem como condutas pós-alta, para auxiliar o cumprimento das recomendações terapêuticas, como é o caso do uso dos medicamentos, da higiene e das preocupações necessárias para evitar o contágio ou reincidência da doença. Objetiva-se, ainda, orientações sobre prazos, a importância do retorno para avaliação e esclarecimentos sobre as unidades de referência que devem ser procuradas como recurso para continuar o tratamento.

No decorrer da reunião são feitos alguns encaminhamentos, sendo que os mais frequentes são: providências sobre auxílio-doença, junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); doação de sangue, junto ao Hemocentro de Santa Catarina (HEMOSC), e damos encaminhamentos a outros profissionais se necessário.

Segundo COSTA (2000,p. 44),

" para encaminhar e operacionalizar seu trabalho, o assistente social, numa perspectiva mais coletiva, além de dispor de normas e portarias, necessita tomar conhecimento da legislação social existente, de que é exemplo a LOAS, ECA, Código de Defesa do Consumidor, CLT, Legislação Previdenciária, etc., e estar atento às mudanças na dinâmica do atendimento, seja em nível da unidade em que trabalha e/ou da rede de saúde, seja nas demais instituições para as quais rotineiramente, faz encaminhamentos, com o objetivo de facilitar/assegurar o atendimento ao usuário."

Além disso, são esclarecidos todos os procedimentos sobre a cirurgia, desde o dia que a antecede até o seu pós operatório. Também explicamos superficialmente como as cirurgias são feitas, como as de Ponte de Safena e Troca de Válvula, CIA, etc.

Os familiares recebem orientação sobre as causas e as consequências das doenças cardíacas, prevenção da infecção hospitalar e seu risco e os cuidados que a família deve ter para não deixar o paciente dependente após a cirurgia.

No espaço coletivo os familiares compartilham seus medos, angústias e ansiedades, colocando-se uns no lugar dos outros observam que não são os únicos a passar por isso, que existem pessoas em situações mais complicadas do que a do seu familiar e que têm pessoas com quem ele pode desabafar.

No primeiro momento da reunião, as pessoas têm um espaço para falar de suas angústias e ansiedades e, posteriormente são repassadas as etapas da mesma, onde os

familiares podem esclarecer suas dúvidas em relação ao conteúdo explanado a qualquer momento que desejarem.

A reunião é um espaço para reflexão, aprendizado e troca de experiências, fazendo com que as pessoas se utilizem do conhecimento e conseqüentemente repassem as orientações recebidas.

Outra forma de abordagem utilizada pelos assistentes sociais do Inca é o atendimento ambulatorial que ocorre através de entrevistas realizadas individualmente com pacientes e/ou com os familiares, e quando necessário à comunidade em geral.

Após a consulta e terem recebido orientações da enfermagem, os pacientes chegam ao Serviço Social. Geralmente ainda vêm com muitas dúvidas em relação à rotina hospitalar e a própria cirurgia, pois a linguagem utilizada por alguns profissionais de saúde é muito técnica, continuando o paciente sem saber o que realmente irá fazer.

Os esclarecimentos mais solicitados por pacientes e/ou familiares se referem à doação sangüínea, doação de medicamentos, o que devem trazer ao hospital quando internarem, encaminhamentos a postos de saúde ou Prefeitura de sua cidade, já que a maioria dos pacientes são de outras cidades do estado de Santa Catarina, entre outros.

O Serviço Social é a última instância que o pacientes e familiares têm para esclarecerem suas dúvidas. Nesse momento, o assistente social deve proporcionar espaço para que o paciente se sinta à vontade para expressar seus anseios, medos e expectativas em relação à cirurgia e antes da internação hospitalar. O profissional deve ouvir e incentivar e confortar ambos nessa fase decisiva de suas vidas.

A inserção dos assistentes sociais nos serviços de saúde e o conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário salientar, que este trabalho oportunizou-nos perceber que o assistente social, inserido na área da saúde poderá desenvolver ações de forma educativa junto aos usuários, pois atuando nesta perspectiva ele terá mais chances de construir um trabalho que viabilize esses indivíduos a se conscientizarem de que são capazes de refletirem, agirem e transformarem a sua realidade, e, por conseguinte, de se organizarem e lutarem por melhores condições de vida e de saúde.

A educação para a saúde é a forma mais eficiente de agilizar as ações preventivas, pois veicula informações e educa a população, proporcionando-lhes mudanças de hábitos e valores, caminhando para a transformação social.

O resultado desta transformação social faria com que a população não adoecesse com tanta freqüência e facilidade, pois sabemos que a saúde é o resultado do acesso às condições básicas e sadias de vida, como: boa moradia, alimentação básica, renda satisfatória, acesso à saúde, à educação, entre outros.

Com um trabalho mais intenso em grupo, cresce a importância do paciente em conhecer sua enfermidade e a participar do processo terapêutico por meio do autocontrole. É real sua necessidade de informação, de querer entender o seu processo de saúde-doença, de descobrir no outro semelhanças concretas, de não sentir-se sozinho, único. O grupo possibilita a vontade de poder organizar seu cotidiano em busca de um viver melhor.

A educação para a saúde deve ser um instrumento de libertação do indivíduo para assumir sua cidadania.

Finalizando, acreditamos que seja possível atuar de forma educativa no espaço hospitalar e, esperamos que outros profissionais remetam suas ações neste sentido e comprovem estas possibilidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALONSO, Ilca L. Keller. **Texto, Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 8, n° 1, p. 122-132, jan./abril 1999.
- BARONI, Mireilli. Curitiba já é a 3° em doenças cardíacas. **Folha de Londrina**, 18 de março de 2000. Folha Cidades, p.2.
- BARRETO, Antônio C. P. et al. **Insuficiência Cardíaca em Grande Hospital terciário de São Paulo**. Arq. Brasileiro de Cardiologia, v. 71, n 1, p. 15-20, jul./dez.1998.
- BOLDSTEIN, R. C. **Políticas de saúde e cidadania: uma contribuição para a discussão sobre serviços de saúde**. In: SPÍNDOLA, A. W. de P. ; SÁ, E.N. de C.; WESTPHAL, M.M. (Coord.) **Pesquisa Social em Saúde**. São Paulo, Cortez, 1992. p. 58-66.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. Sistema Único de saúde. **Doenças Cardiovasculares no Brasil- SUS: dados epidemiológicos, assistência médica**. Brasília, 1993.
- BRASIL, Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Senado federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 1999.
- CAMPOS, G. W. de S. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde**. In: CECÍLIO, L. C. de O. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo, Hucitec, 1994, cap. 1, p. 29-87.
- CARTA DE OTAWA. In: **Conferência internacional sobre Promoção da Saúde**, 1, 1986. Ottawa. Washington: OMS, 1986.
- CASADO, Vânia. Jovens são novas vítimas do coração. **Folha de Londrina**, 21 maio. 2000, p. 14.
- COSTA, M.D.H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: **Serviço Social e Sociedade**, n° 62. São Paulo, Cortez, 2000, p.40.

DOMINGUES, Karen. **Influência familiar no processo de tratamento do paciente pré-operatório de troca valvular no instituto de cardiologia.** Monografia defendida em dezembro de 2000. Florianópolis.

FIGUEIROA, Alejandria A. Livre vontade do usuário frente à educação em saúde. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.6, n.3, p.131-147, set/dez.1997.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade.** 8 ed., São Paulo, Paz na Terra, 1978.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação – uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.** 3 ed. São Paulo: Moraes, 1980.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido.** 17 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança.** 14 ed., São Paulo: Paz e Terra, 1988.

FREIRE, Paulo. **A educação na cidade.** São Paulo: Cortez, 1995.

FREIRE, Madalena. **O que é um grupo.** In: GROSSI, Esther Pillar e BORDIN, Jussara. **Paixão de Aprender.** Petrópolis, Ed. Vozes, 1993, p.59-68.

GADOTTI, Moacir. **Educação e Poder: Introdução a Pedagogia do Conflito.** 6º ed., São Paulo, Cortez: Autores Associados, 1985.

GASTALDI, Andréa Bendine. **Grupos de Convivência: do Mito à Realidade no Cuidado do Cardiopata.** Curitiba, julho, 2000.

HENRIQUE, Olavo. **Revista Isto É**, nº 1667 de 12/09/2001, p. 72-74.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico - metodológica.** 8ª ed. São Paulo: Cortez. Lima (PE): Celatas, 1991, 383 p.

- KANTORSKI, L. P. A luta pela saúde no movimento social de Aratiba. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.17, n° 1, p. 33-42, jan. 1996.
- L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n° 4, v.10, p. 481-490, out/dez. 1994.
- L'ABBATE, S.; SMEKE, E. de L.M.; OSHIRO, J.H. A educação em saúde como um exercício de cidadania. **Saúde em Debate**, n° 37, p. 81-85, dez. 1992.
- LEAL, Glória. **Revista Isto É**, n° 1667, de 12/09/2001, p. 72-74.
- LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**; Porto Alegre, v.17, n°2, p. 87-91, jul. 1996.
- MARTINS, Luciana M. FRANÇA, Ana P.D.; KIMURA, Miako. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n.3, p 5-18, dez. 1996.
- MELEIRO, Alexandrina. **Revista Isto É**, n° 1667 de 12/09/2001, p. 72-74.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3° ed. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1994.
- MORAES, Patrícia A. et al. Percepção de pacientes coronariopatas sobre sua doença. **Revista Soc. Cardiologia do Estado de São Paulo**, v 9, n 4 (Supl.A), p. 1-11, jul/ago.1999.
- MONTICELLI, Marisa. **O nascimento como rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos**. Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- NASCIMENTO, Estelina S. do; REZENDE, Ana L. M. de. **Criando histórias, aprendendo saúde**. São Paulo: Cortez, 1998.
- POLAK, Ymiracy N. de S. **A corporeidade como resgate do humano na enfermagem**. Pelotas: Universitária/ UFP el, 1997.
- RABELO, Silvana. **Revista Isto É**, n° 1667 de 12/09/2001, p. 72-74.

RAMOS, Denise. **Revista Isto É**, nº 1667 de 12/09/2001, p. 72 - 74.

REZENDE, Ana Lúcia Magela de. **Saúde: a dialética do pensar e do fazer**. São Paulo: Cortez, 1986.

SAUPE, Rosita; BRITO, Valdete H.; GIORGI, Maria D. M. As concepções do educador Paulo Freire: como vem sendo utilizadas pela enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v 2, n 1, p. 70-75, jan/jul. 1997.

SINNO, M.A. A Comunicação enfermeiro cliente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.40, nº 213, p. 123-125, abr/set. 1987.

STEFANELLI, Maguida C. **Comunicação com o paciente: teoria e ensino**. 2º ed. São Paulo: Robe, 1993.

STOTZ, E. N. Enfoques sobre a educação e saúde. In.: VALLA, V.V.; STOTZ, E. N. (org). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro : Relume-Dumará, 1993. Cap. 1, p. 12-22.

TAYLOR, Cecília Monat. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**. 13º ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1992, p. 382-395.

TEIXEIRA, S.M.F. **Cidadania, direitos sociais e estado**. In.: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8; Brasília, 1986. *Anais*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 91-112.

TRENTINI, Mercedes et al. Qualidade de vida dos indivíduos com doenças cardiovasculares crônicas e diabetes mellitus. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v 11, n2, p.20-7, jul.1990.

VALLA, V. V..; STOTZ, E. N.(org) **Educação, Saúde e cidadania**. Petrópolis; Rio de Janeiro: Vozes, 1994, p. 13.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

WESTPHAL, M. F.; PELICIONE, M.C.F. Contribuição da Educação em Saúde para a reforma sanitária. **Saúde em Debate**, nº 33, p.68-73, dez. 1991.

YOSCHIOCA, **Doenças Cardiovasculares na Mulher: o que há de novo.** In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE CARDIOLOGIA, 13, Rio de Janeiro, 1998.