



EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Planejando as Ações Educativas

TEORIA E PRÁTICA



GOVERNO DO ESTADO DE
SÃO PAULO

**MANUAL PARA OPERACIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES
EDUCATIVAS NO SUS - SÃO PAULO**

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa - CIP

Centro de Vigilância Epidemiológica
"Prof. Alexandre Vranjac" - CVE

Núcleo de Educação em Saúde - NES

Programa Estadual de Controle de Hanseníase

Fomento de Educação Sanitária e Imunização em
Massa contra Doenças Transmissíveis - FESIMA

Educação em Saúde

Planejando as Ações Educativas

Teoria e Prática

**Manual para a operacionalização das
ações educativas no SUS - São Paulo**

São Paulo - 1997

Revisto em - 2001

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Mário Covas

Governador

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

José da Silva Guedes

Secretário

COORDENADORIA DOS INSTITUTOS DE PESQUISA

Ricardo Oliva

Coordenador

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

"PROF. ALEXANDRE VRANJAC" - CVE

Julio Cesar de Magalhães Alves

Diretor Técnico

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Zenaide Lázara Lessa

Coordenadora

PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DE HANSENÍASE

Wagner Nogueira

Coordenador

*VERSÃO IMPRESSA - PRODUZIDO COM RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS
DO FOMENTO DE EDUCAÇÃO SANITÁRIA E IMUNIZAÇÃO EM
MASSA CONTRA DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS - FESIMA*

AGRADECIMENTOS

Aos profissionais do Sistema Único da Saúde de São Paulo, de Secretarias Municipais de Saúde e de outras instituições governamentais e não-governamentais e de lideranças comunitárias, participantes das oficinas pedagógicas de educação em saúde e o planejamento local, realizadas de 1991 até a presente data e que, com suas idéias, contribuições e sugestões, viabilizaram a construção de um caminho alternativo para a inserção do componente educativo nas ações de saúde coletiva.

Às instituições que acreditaram na proposta pedagógica e, por solicitação e parceria, somaram esforços para a viabilização de "oficinas" e da avaliação do processo pedagógico.

- ❁ Fundação Nacional de Saúde Diretorias Regionais de Alagoas, Rio de Janeiro e São Paulo.**
- ❁ Fundação Nacional do Índio - São Paulo.**
- ❁ Secretaria de Estado da Saúde da Bahia Coordenação do Programa de Controle da Hanseníase - Vigilância Epidemiológica.**
- ❁ Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso do Sul Divisão de Educação em Saúde Divisão de Vigilância Epidemiológica.**
- ❁ Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de Barretos, Campinas, I tu, Jacareí, Limeira, Marília e São José dos Campos.**
- ❁ Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo - COAS - Assessoria de Educação em Saúde.**
- ❁ Superintendência de Controle de Endemias de São Paulo - SUCEN - Área de Educação em Saúde.**

A GRADECIMENTO E ESPECIAL

A

construção deste manual somente foi possível porque o processo de trabalho necessário para a sua elaboração contou com financiamento da American Leprosy Mission (ALM).

Esta entidade, sem fins lucrativos que vem apoiando a luta contra a hanseníase em muitos países endêmicos, é representada no Brasil pela Sociedade Cristã de Apoio e Integração Social - Palavra e Ação, com sede no Rio de Janeiro.

A Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária, com esses recursos financeiros, incluídos no Projeto Nacional, aprovou o conjunto de atividades que resultaram neste manual.

Assim, agradecemos especialmente ao Dr. W. Felton Ross, da ALM, ao Sr. Antônio Lopes, da Palavra e Ação, e ao Dr. Gerson Fernando Mendes Pereira, Coordenador Nacional de Dermatologia Sanitária pelo apoio dado no período de realização das Oficinas pedagógicas e de avaliação de conteúdo deste material didático.

FICHA TÉCNICA

Pesquisa, Organização e Elaboração de Textos Avaliação de Conteúdo e do Processo Pedagógico *

Ana Cândida H. M. Prado Moreira
Educatória de Saúde Pública - DIR Piracicaba

Ana Maria B. Silva
Educatória de Saúde Pública - DIR Campinas

Angelina Lopes
Assistente Social - Complexo Hospitalar “Padre Bento”

Carmem Luisa M. Paes Guisard
Assistente Social - DIR Taubaté

Elza Berro
Educatória de Saúde Pública - Núcleo de Educação em Saúde - CVE

Heleida Nobrega Metello
Assistente Social - Programa de Controle de Hanseníase - CVE

Lídia Batista Colombani
Educatória de Saúde Pública - DIR São José dos Campos

Maria Aparecida P. Sanches
Educatória de Saúde Pública - Núcleo de Educação em Saúde - CVE

Maria de Lourdes Batista Diniz
Educatória de Saúde Pública - Núcleo de Educação em Saúde - CVE

Maria Pia Cutolo Conceição
Educatória de Saúde Pública - DIR Capital

Maria Sebastiana Felix Bizetto
Assistente Social - DIR São José dos Campos

Miriam de Oliveira
Assistente Social - Prefeitura Municipal de Jacareí

Otília Simões Janeiro Gonçalves
Pesquisadora Científica - Programa de Controle de Hanseníase - CVE

Rute Pereira M. Coutinho
Educatória de Saúde Pública - DIR Marília

Wagner Nogueira
Médico Sanitarista - Programa de Controle de Hanseníase - CVE

Zenaide Lázara Lessa
Pesquisadora Científica - Núcleo de Educação em Saúde - CVE

** Equipe de trabalho, coordenada pelo Núcleo de Educação em Saúde, responsável pela organização e avaliação deste manual didático, no período de dezembro de 1993 a setembro de 1995.*

Profissionais que, em diferentes momentos, participaram da construção deste instrumento pedagógico.

Angela Maria Marra Serenotti
Educatora de Saúde Pública - DIR Piracicaba

Ana Angela Alcântara Castilho Cardoso
Assistente Social - DIR Barretos

Arlinda de Araujo Pereira
“Palavra e Ação” - Rio de Janeiro

Carmem Silvia de Campos A. Vieira
Enfermeira - DIR Taubaté

Cleonice Marquete de Souza
Educatora de Saúde Pública - DIR São José dos Campos

Célia Padilha
Odontóloga - DIR São José dos Campos

Cirlene Aparecida da Silva
Assistente Social - DIR Franca

Cristina Maria Torres Vieira
Assistente Social - DIR Taubaté

Cristina Sabbo da Costa
Educatora de Saúde Pública - SUCEN

Catlin Cristiane Peres Baptista
Educatora de Saúde Pública - SUCEN

Cesar Antunes Rocha
Médico - *In memoriam*

Danaé Terezinha Nogueira Conversani
Pesquisadora Científica - SUCEN

Denilréa Pérola A.P. Macário
Psicóloga- Instituto “Lauro de Souza Lima”

Dejanira de Abreu Martines
Educatora de Saúde Pública - DIR Araçatuba

Eda Cecchi Moyses
Educatora de Saúde Pública - DIR Campinas

Edercy Pereira de Oliveira Gomes
Assistente Social - DIR Taubaté

Eliana Maria Tofollo
Enfermeira - DIR Piracicaba

Elisabeth Maria E. de Souza
Educatora de Saúde Pública - DIR Capital

Guerino Ninin
Educador de Saúde Pública - Instituto “Lauro de Souza Lima”

Heleni Lucia Zaina
Assistente Social - Prefeitura Municipal de Taubaté

Irani Lourenço Cruz
Assistente Social - Pref. Municipal de São Bernardo do Campo

Jupira de Castro Cardoso
Educadora de Saúde Pública - Prefeitura Municipal de Leme

Lucia de Fátima Ferreira
Educadora de Saúde Pública - Prefeitura Municipal de Taubaté

Magda Trizzino de Carvalho
Educadora de Saúde Pública- Prefeitura Municipal de São Paulo

Marcia Heck Verri
Assistente Social -DIR Ribeirão Preto

Marcia Regina Buzzar
Médica - Prefeitura Municipal de Taboão da Serra

Maria Bernadete Arantes
Educadora de Saúde Pública - DIR Capital

Maria Aparecida de Moura Leal
Educadora de Saúde Pública - *In memorian*

Maria Elena Cescato Pelegrini
Assistente Social - Instituto “Lauro de Souza Lima”

Maria Iracema G. L. Menendez
Educadora de Saúde Pública - DIR Capital

Maria Luiza Simões Ribeiro
Pedagoga - Prefeitura Municipal de Santos

Maria da Penha de Freitas
Assistente Social - DIR Campinas

Milton Sallas Augusto
Psicólogo - Prefeitura Municipal de São Paulo

Miriam Lucia Maximiano Leite
Assistente Social - DIR Piracicaba

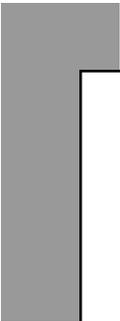
Regina D’Alva Vianna
Educadora de Saúde Pública - Prefeitura Municipal de São Paulo

Silvia Maria Tolomei Teixeira
Médica - Faculdade de Saúde Pública da USP - São Paulo

Sirlei Bruno Toneto
Educadora de Saúde Pública - SUCEN

Shirley Alonso Mendes
Educadora de Saúde Pública - DIR Bauru

Sonia Maria Olhas Gouvea
Educadora de Saúde Pública - DIR São José do Rio Preto



Revisão do Texto

Léa Cunha
Elza Berro
Zenaide L. Lessa
Oswaldo Moura Ferreira

Ilustrações

Magali de Araújo

VERSÃO PARA INTERNET
Capa, Projeto Gráfico e Diagramação

Marcos Rosado

ÍNDICE

Nossa proposta	11
Educação em saúde.	
Planejando as ações educativas	14
O começo da caminhada	15
1. Educação e saúde.	
Onde estamos e para onde vamos?	16
Repensando a nossa prática.....	17
Nossa prática: os problemas e desafios	20
E para nós! O que é educação?	22
O que esperamos da educação?	26
Saber técnico e saber popular? Qual a diferença?	27
A comunicação nossa de cada dia	33
A participação que temos e a que queremos	43
O ensinar e o aprender: podemos optar?	50
Qual é a educação que queremos?	62
2. A educação em saúde: planejando nossa ação	64
Planejar ou improvisar? A decisão é sua!	65
A educação para a participação e o planejamento participativo	67
Mas... o que entendemos por diagnóstico?	70
Diagnóstico de uma situação e a ação educativa	89
Função educativa do profissional de saúde: o papel de cada um	93
Qual o diagnóstico da situação problema?	99
Elaboração do projeto educativo	100
O projeto educativo: passo a passo	102
O recomeço da caminhada.	111
Referências bibliográficas	112

NOSSA PROPOSTA

Este texto é dirigido a vocês, profissionais de saúde, educação, conselheiros de saúde ou membros de grupos comunitários, envolvidos com a saúde, a doença e a educação. Esperamos que, durante a vivência do conhecer e praticar que estamos lhes propondo, vocês encontrem respostas para suas dúvidas e perguntas sobre a educação que pretendem praticar no seu dia-a-dia, construindo o saber de todos sobre: o viver, trabalhar e morar; o direito à saúde; e o dever em relação à saúde coletiva.

Propomos juntar os conhecimentos e experiências de todos e assim tentar compreender a saúde/doença, conhecer suas verdadeiras causas e conseqüências, e como encontrar os caminhos para resolução dos problemas identificados.

Estamos seguros de que, trabalhando juntos, vamos encontrar caminhos alternativos para intervir e modificar, enfrentar novas situações, novas formas de entender, de nos ver e ver nossa realidade concreta.

Este é um manual didático que aponta um caminho de como operacionalizar um planejamento participativo, em especial, das ações educativas do Sistema Único de Saúde em nível municipal. Outros existem, e este é um deles.

A metodologia empregada se propõe a desenvolver as suas potencialidades para que, na condição de sujeitos dinâmicos, vocês busquem as melhores formas de conhecer a sua própria realidade sociocultural, e as formas de enfrentar sua problemática de saúde/doença, como cidadãos interessados na educação e na saúde.

Os textos, exemplos e idéias surgiram das vivências nas “Oficinas de Educação em Saúde e a Mobilização Comunitária”.

promovidas pelo “Núcleo de Educação em Saúde”, a partir de 1990, bem como do trabalho prático com equipes multiprofissionais, especialmente na área conceitual pedagógica. A proposta de organizar um manual, abordando o tema planejamento e diagnóstico educativo, surgiu da experiência de formação de recursos humanos para o Programa de Controle de Hanseníase, por meio da prática oferecida aos profissionais, na operacionalização das ações de diagnóstico e planejamento educativo, nos “Cursos de Educação em Saúde e o Programa de Controle de Hanseníase”, a partir de 1991.

Estruturalmente, este documento consta de três unidades interdependentes e complementares, baseadas na comunicação dialógica, na participação e na problematização, baseando-se nas experiências dos participantes, crescendo e construindo um referencial e planejando ações educativas componentes das propostas do Sistema Único de Saúde.

A primeira unidade : “A Educação e a Saúde. Onde estamos e para onde vamos?” leva-nos a recuperar e rever nossa posição em relação à educação, à comunicação e à participação que temos e a que queremos praticar, a partir de uma visão dialética da construção do conhecimento.

A segunda unidade: “A Educação em Saúde: planejando nossa ação” coloca-nos em confronto com as diferentes formas de conhecer a realidade e o papel de cada um e da equipe, responsáveis pela planejamento de ações educativas. O tema em questão será: qual o diagnóstico e planejamento que podemos e pretendemos praticar?

A terceira unidade: “A prática educativa: a saúde e a doença” é a operacionalização dos conceitos teóricos aceitos e pretendidos. A partir de uma temática de saúde, que corresponda à necessidade identificada pelo grupo, serão elaborados instrumentos e escolhidas as técnicas apropriadas para o conhecimento da realidade concreta de um município/localidade com análise, diagnóstico situacional e educativo, planejamento de ações, envolvendo profissionais de saúde, instituições e grupos populares.

Esperamos que todos nós, durante e ao final desta vivência, alcancemos nossas expectativas quanto ao nosso próprio desempenho futuro.

A implantação ou implementação das ações educativas, inerentes aos planos de ação de saúde, no entanto, irá depender do interesse e motivação pessoal, da assessoria pedagógica que julgarmos necessária, e da realidade municipal de cada um de nós.

Usem este manual com espírito crítico, dispostos a inovar para melhorar sua prática. Ele não é um livro de receitas de “como educar para uma melhor saúde no controle de doenças ou como participar do controle social do SUS”, mas é um caminho que pode ajudá-los.

Considerem as idéias e conceitos aqui colocados, e após a sua vivência, decidam se vão usá-los no seu dia-a-dia, como profissionais de saúde ou membros de grupos comunitários comprometidos com a Educação e a Saúde.

A efetivação desta proposta pedagógica depende de todos nós.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

PLANEJANDO AS AÇÕES EDUCATIVAS

OBJETIVO GERAL

Instrumentalizar os profissionais da Saúde, Educação, líderes comunitários e outros para o desenvolvimento do processo educativo problematizador, em especial, na inclusão do componente educativo, no planejamento das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde no Sistema Único de Saúde.

“O fim da ação educativa é desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar criticamente a sua realidade; de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações; de organizar e realizar a ação, e de avaliá-la com espírito crítico”.³

O COMEÇO DA CAMINHADA*

Este é o começo da nossa caminhada, que assumiremos com responsabilidade compartilhada.

Convidamos todos a iniciar um movimento, navegar, percorrer um caminho, eretos, com cabeça para o alto.

Avançaremos passo-a-passo, caminhando para a frente, para os lados e para trás, se necessário, vencendo nossos próprios obstáculos e juntos, construindo, crescendo e descobrindo a melhor forma de vivenciar o planejamento das ações educativas, no contexto da saúde coletiva.

Vamos descobrir nossas expectativas, o que estamos trazendo, e o que esperamos levar deste nosso encontro.

Vamos nos conhecer, integrar, discutir, avaliar, produzir idéias, planejar, participar das ações e assumir compromissos. Cabe a nós decidir o rumo a seguir e o espaço a avançar.

** O grupo e/ou monitores responsáveis pela “Oficina pedagógica” devem escolher a (s) técnica (s) ludopedagógica (s) que facilitem o levantamento de expectativas, o conhecimento e a integração do grupo, preparando-os para as atividades a serem desenvolvidas, especialmente na Unidade 1. Sugere-se a consulta ao Manual “Educação em Saúde: coletânea de técnicas”³¹, não somente para a escolha de técnicas de sensibilização e integração, mas também para as de introdução de conteúdos temáticos, reflexão e sistematização de conceitos. No item “Sugestão de cronograma” são referidas diversas técnicas pedagógicas e ludopedagógicas³¹, indicando-se os momentos de sua vivência, inclusive para a sistematização das unidades.*

1

EDUCAÇÃO E SAÚDE

ONDE ESTAMOS E PARA ONDE VAMOS?

OBJETIVOS

- Relacionar a teoria da educação com a prática vivenciada
- Relacionar os conceitos de comunicação e participação à prática educativa
- Refletir sobre onde estamos e o que esperamos da ação educativa
- Decidir qual é a educação que pretendemos praticar

CONTEÚDOS

- Repensando a nossa prática
- Nossa prática, os problemas e desafios
- E, para nós! O que é Educação?
- Saber técnico e saber popular? Qual a diferença?
- A comunicação nossa de cada dia
- A participação que temos e a que queremos
- O ensinar e o aprender: podemos optar?
- Qual é a educação que queremos?

REPENSANDO A NOSSA PRÁTICA*

Existem várias maneiras de entender e fazer educação



E NÓS...COMO ACONTECE A NOSSA PRÁTICA?

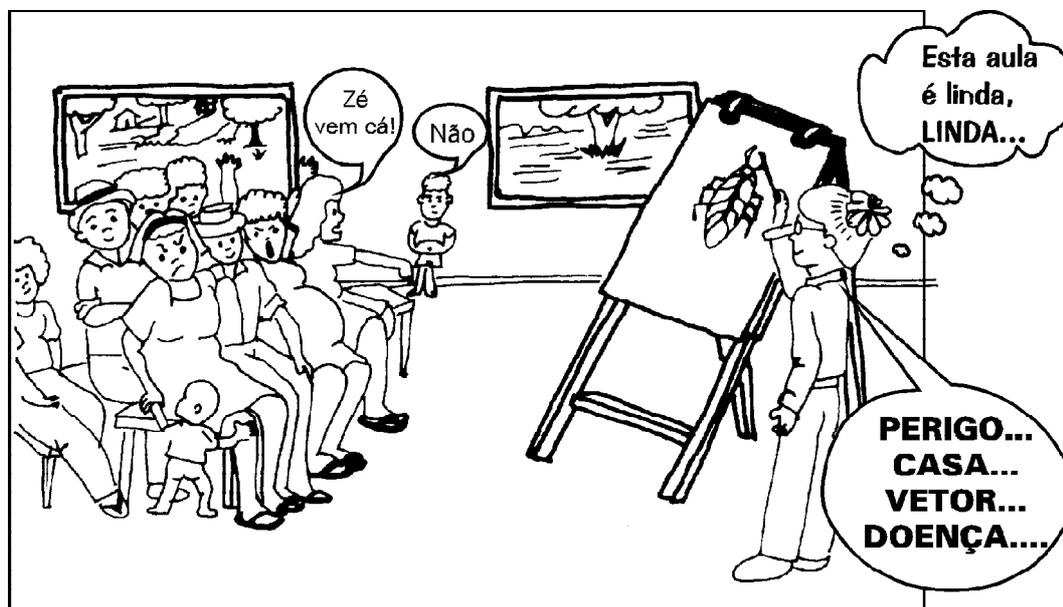
O QUE ESTÁ POR TRÁS DELA?

* Unidade organizada, originalmente, por Conversani, Lessa e Carmo ¹¹ para o Manual de Educação em Saúde e a Mobilização Comunitária da SUCAM, MS, 1990. Adaptada ao contexto deste instrumento didático com autorização das autoras.

Muitas vezes, na prática, a educação tem sido considerada apenas como divulgação, transmissão de conhecimentos e informações, de forma fragmentada e, muitas vezes, distante da realidade de vida da população ou indivíduo.



VOCÊ JÁ PENSOU SOBRE ISSO? *



“É sempre bom lembrar que a atividade educativa não é um processo de condicionamento para que as pessoas aceitem, sem perguntar, as orientações que lhes são passadas. A simples informação ou divulgação ou transmissão de conhecimento, de como ter saúde ou evitar uma doença, por si só, não vai contribuir para que uma população seja mais sadia e nem é fator que possa contribuir para mudanças desejáveis para melhoria da qualidade de vida da população”.³⁰

“As mudanças no sentido de ter, manter e reivindicar por saúde ocorrem quando o indivíduo, os grupos populares e a equipe de saúde participam. A discussão, a reflexão crítica, a partir de um dado conhecimento sobre saúde/doença, suas causas e conseqüências, permitem que se chegue a uma concepção mais elaborada acerca do que determina a existência de uma doença e como resolver os problemas para modificar aquela realidade”.³⁰

* Figuras e texto adaptados de “Trabalhando com Gestantes. Manual para profissionais de Saúde”. FESIMA. São Paulo, 1988.³⁰

NOSSA PRÁTICA: OS PROBLEMAS E DESAFIOS ¹¹

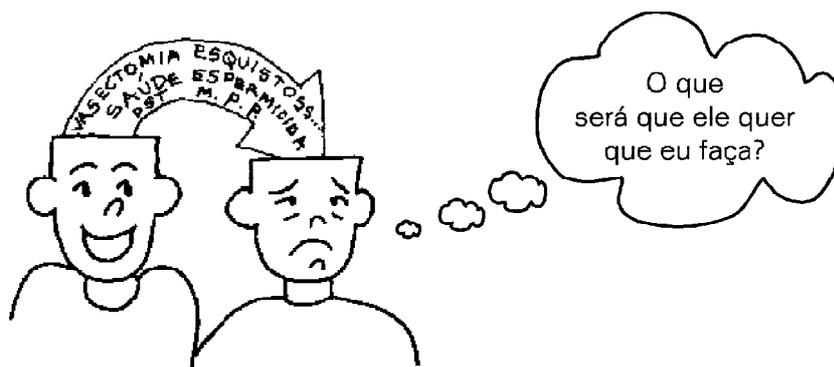
Muitos daqueles que trabalham na área da Educação encontram dificuldades no seu dia-a-dia, como:



- Recomendação de práticas diferentes por instituições diferentes e relacionadas a uma mesma ação que se espera da população.



- Recomendação de práticas com barreiras sócio-econômicas ou culturais que dificultam e/ou restringem a sua execução.



- Despreocupação com o universo conceitual da população, achando que tudo depende da transmissão do conhecimento técnico.



Preocupação em vender a imagem da instituição

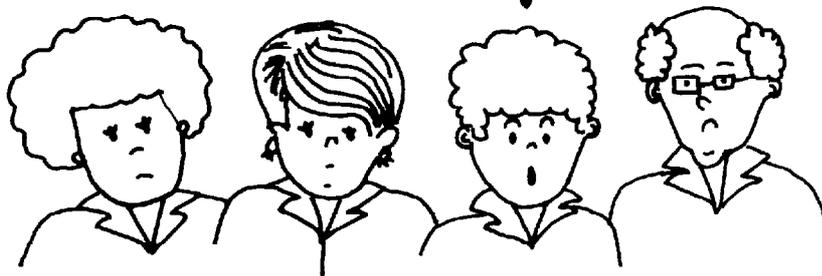
Área técnica quer resultados concretos e rápidos

- Em sua vivência, existem problemas para desenvolver a ação educativa?
- Quais são os fatores de natureza administrativa ou de organização de serviços? Qual a solução viável?
- Quais são os fatores de natureza educativa? Como contribuir para mudar a situação encontrada?

Cabe a nós propiciar condições para que o processo educativo aconteça e, para isso, devemos ter muito claro o que entendemos por educação.

E PARA NÓS! O QUE É EDUCAÇÃO?

E PARA NÓS! O QUE É EDUCAÇÃO?



Vamos discutir a questão, lendo e analisando a história do Caio e do Marcelo, que moram em Mirante do Sul e estudam em escolas diferentes. *



Marcelo



Caio

* Texto adaptado de VEREDA.³⁵ Exercitação. Centro de Estudos em Educação, pelo Núcleo de Educação em Saúde. CADAIS. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 1989.

- O que elas lembram a você?
- O que cada professora pretende ao dar esse tipo de lição de casa?



Nome: nº:

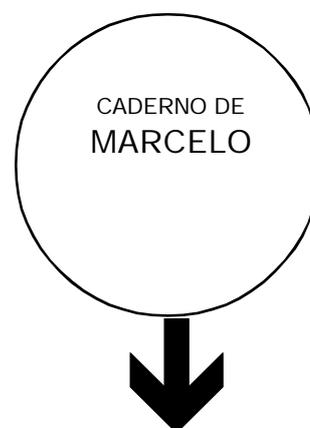
1) Copie 3 vezes cada palavra:

- bacilo:
- vírus:
- doença:

2) Complete com a palavra que falta:

- Devo cuidar da saúde
- Devo da saúde
- Devo cuidar da

3) Escreva o nome e desenha as frutas que contêm vitamina B



e.e. série:

nome: nº:

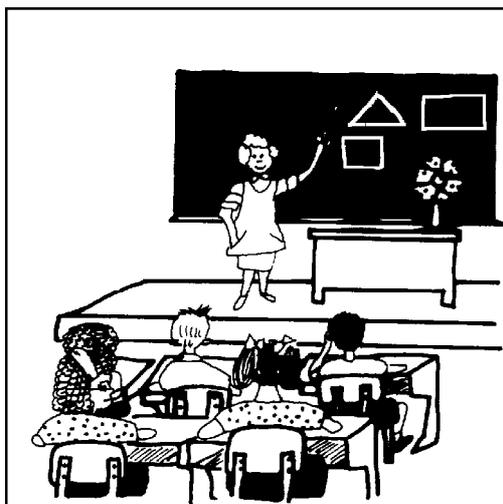
1) Descubra palavras com estes pedacos

(B) (A) (V) (L) (O) (D) (O) (R) (U) (C) (I) (E) (N) (C) (A) (S)

2) Conte como é sua casa

3) Converse com seus vizinhos e amigos sobre o que é ter saúde e escreva o que você achou mais importante.

Vamos adiante!



Para dona Teresa, a professora de Caio, o exercício é a continuação do que foi feito na sala de aula.

Ela acredita que o exercício deve ser a repetição das palavras e idéias do professor.

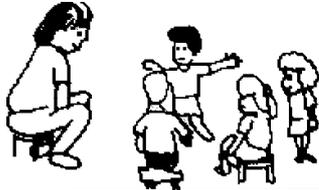
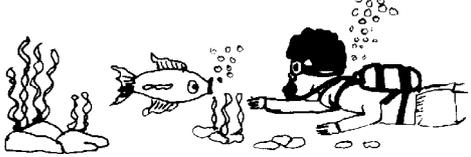


Para Maria da Graça, professora de Marcelo, o exercício é um trabalho de relacionamento, de conscientização e de criação.

E AGORA?

- **Comentem as frases e observem os desenhos.**
- **A que conclusão podemos chegar?**

Isto acontece porque as duas professoras entendem o conhecimento, a aprendizagem e a educação de forma diferente.

 <p style="text-align: center;">Tereza</p>	<p style="text-align: center;">Maria da Graça</p> 
<p>Pensa que o professor sabe e só ele pode ensinar. O Caio não sabe nada e está ali para aprender.</p> 	<p>Pensa que o professor sabe e os alunos também sabem.</p> <p>O professor e os alunos sabem coisas diferentes e podem saber mais quando trabalham juntos.</p> 
<p>O Caio só vai aprender quando gravar todas as informações por ela dadas para usá-las quando necessário.</p> 	 <p>Aprender é descobrir coisas novas sobre aquilo que se está interessado.</p>
 <p>Para o Caio aprender ele tem que escutar e prestar muita atenção.</p> <p>Para aprender é preciso repetir o que já foi falado ou feito por alguém.</p>	<p>O caminho para aprender passa pela observação, reflexão e ação.</p>  <p>Para aprender é necessário refazer e recriar o que já foi falado ou feito.</p>

- Com quais destas afirmações vocês concordam ou discordam? Por quê?
- Como a educação acontece no seu local de trabalho?
- Como ela acontece nos serviços de saúde?
- Conte fatos de sua experiência familiar e profissional que ajudem a refletir sobre o que pensamos que é educar.

O QUE ESPERAMOS DA EDUCAÇÃO?³⁵



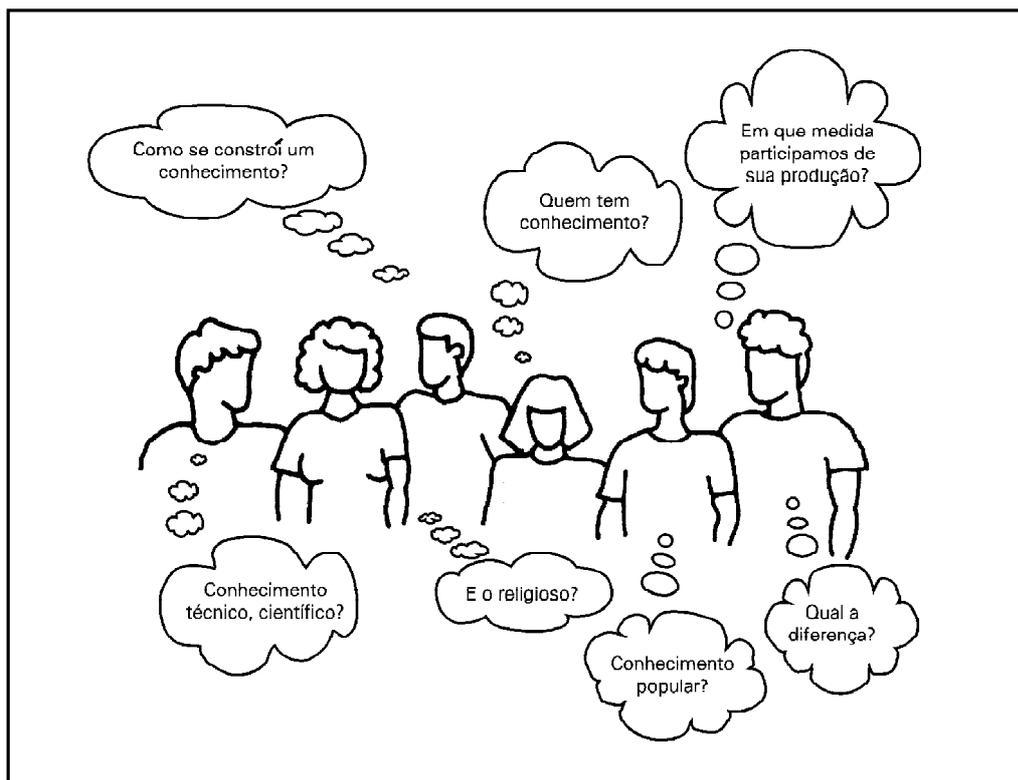
Uma maneira de perceber se uma atividade educativa está de acordo com uma proposta de educação transformadora é descobrir para que ela serve.

Vamos analisar as atividades de Educação em Saúde desenvolvidas nos serviços de saúde, na escola, na comunidade.



**Quanto mais respostas SIM,
melhor será nossa forma de participar das soluções
de problemas de saúde, bem como enxergar nosso
papel na solução dos mesmos.³⁵**

SABER TÉCNICO E SABER POPULAR? QUAL A DIFERENÇA?



**"O conhecimento é socialmente
construído e a sua reconstrução é uma**

ação coletiva que contém o individual." 23,24

▪ E AGORA?

O que o grupo acha da afirmação sobre o

- **conhecimento ser socialmente construído?**
- **Em que medida participamos de sua produção?**
- **Como utilizar o conhecimento acumulado?**

**Como este processo de aprendizagem acontece no seu
trabalho e na comunidade?**

“Ao analisarmos aqui algumas das características do processo de educação, partimos da admissão de que existem dois saberes: o saber técnico e o saber popular, distintos mas não essencialmente opostos, e que a educação, como processo social, exigirá o confronto e a superação desses dois saberes”²⁸.

“Em seu dia-a-dia, a população desenvolve um saber popular que chega a ser considerável. Embora a este saber falte uma sistematização coletiva, nem por isso é destituído de validade e importância. Não pode, pois, ser confundido com ignorância e desprezado como mera superstição. Ele é o ponto de partida e sua transformação, mediante o apoio do saber técnico-científico, pode constituir-se num processo educativo sobre o qual se assentará uma organização eficaz da população, para a defesa dos seus interesses.”²⁸

“O saber técnico, ao se confrontar com o saber popular, não pode dominá-lo, impor-se a ele. A relação entre estes dois saberes não poderá ser a transmissão unidirecional, vertical, autoritária, mas deverá ser uma relação de diálogo, relação horizontal, bidirecional, democrática. Diálogo entendido não como um simples falar sobre a realidade, mas como um transformar-se conjunto dos dois saberes, na medida em que a própria transformação da realidade é buscada.”²⁸

“O conteúdo educativo deste processo de encontro e confronto não será, portanto, predeterminado pelo pólo técnico. O confronto dar-se-á num processo de produção em que o conteúdo é o próprio saber popular que se transforma com a ajuda do saber técnico, enquanto instrumento do próprio processo.”²⁸

“A ação educativa não implica somente na transformação do saber, mas também na transformação dos sujeitos do processo, tanto dos técnicos quanto da população. O saber de transformação só pode produzir-se quando ambos os pólos da relação dialógica também se transformam no processo.”²⁸

Cumpre, finalmente, lembrar que um processo educativo como o que se esboça acima supõe, também, por parte dos técnicos que dele participam, competência técnica, no mais amplo sentido da palavra, o que significa conhecimento não apenas dos aspectos meramente tecnológicos, mas também conhecimento das estruturas e processos econômicos e políticos da sociedade na qual se insere a sua prática social. Portanto, boa vontade só não basta.”²⁸

**Conversando sobre hanseníase,
assim se expressaram os clientes em tratamento em
uma Unidade Básica de Saúde da capital de São Paulo²⁵.**

Como você acha que pegou essa doença?²⁵

“É de família, vem do sangue, é hereditária.”

“É através do vento, do ar e da água, de capim, da sujeira, de comida remosa, de pó de andaime, de bicho de obra em construção, de mordida de cobra, de formiga, de picada de insetos, de friagem do tempo, de imundícies do lixo, de água verde parada, de mau cheiro de porão, de dormir molhada, de tomar chuva com corpo suado, de trabalhar na roça.”

“Através de relação sexual, da sífilis, do calor do assento da pessoa doente, de uso de toalha, sabonete, cama, roupa da pessoa doente, de beijo, de bafo, de objetos do doente contaminado.”

“Falta de cuidado com puerpério e menopausa, organismo fraco, predisposição da pessoa para pegar muita doença, ser cobaia de remédio.”

“Apanhou de familiares com hanseníase.”

“Tem dúvidas. Objeto contaminado?
Relação sexual? Sujeira? Herança religiosa?
Hereditária? Dormir com o doente?”

“Não sabe, não tem idéia, é um mistério, ninguém na família tem.”

* A critério do monitor e do grupo, esses exemplos podem ser substituídos por outros retirados da vivência pessoal dos participantes.

Qual o melhor remédio?²⁵

Um paciente explica: “Eu escuto todos os dias, no rádio, a oração do Gregório. Todos os dias, ele fala na lepra. Ele lê oração muito bonita. Jesus sofreu tanto! Por que vamos desanimar? Por isso eu vou em frente. Tenho bastante fé.”

Um deles conta: “Sou crente da Assembléia de Deus. Quando não tem povo nessa, eu corro para a 'Deus é Amor, a Divina cura'. Ele cura mesmo. É o Espírito Santo. Lá eles curam mesmo. Eu fui lá com reação e saí bom.”

Um dos entrevistados disse: “O que funciona mesmo é a novena. Eu coloco uma vela todo domingo, atrás da porta, para Jesus e a Virgem Maria me ajudarem a ter forças para agüentar essa droga de doença.”

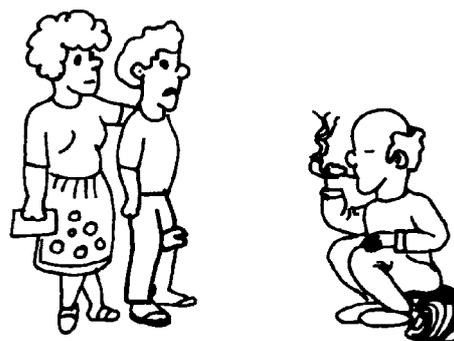
Outro cliente afirma: “O que é bom mesmo é benzimento em centro espírita. Eu estava mal, o remédio piorou a minha doença. Aí, eu procurei o 'médico espírita', ele me operou e eu sarei. Hoje não tenho mais nada, não sei porque tenho sempre que vir aqui. O médico nem olha para mim.”

Uma senhora diz: “Promessa é o melhor remédio. Estava mal, com um monte de caroços. Aí, fiz uma novena para São Francisco de Canindé e sarei. Agora estou cumprindo a promessa, vou ficar um ano sem comer abacaxi.”

A população da região da Fazenda Pindobeiras, no município de Cachoeira, Bahia, durante uma investigação epidemiológica e de hábitos, costumes e crenças sobre a leishmaniose tegumentar americana, assim se expressou (Diagnóstico educativo realizado por educadores e técnicos da SUCAM/1988).^{5*}

“Meu marido tinha duas perebas; uma na perna e outra nas costas. A da perna foi comendo e chegou até o osso...Essas perebas aparecem com um pé de cabelo. Fumo no médico doutor e ele não deu jeito. Aí nós foi numa entendida curandeira que recebe o caboclo Rei dos Índios e ele disse que tinha que rezar muito, tomar banho de folha e mandou passa pomada Josalém”.

(depoimento de uma moradora)



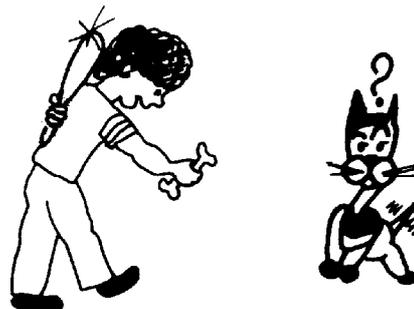
“Conheço a doença leishmaniose, já tratei muita gente com feridas abertas e bordas salientes. Quando aparece por aqui eu trato logo. Corto a carne podre, limpo bem a ferida com soro fisiológico e passo pomada penicilina e fibrase. Faço curativo. Aqui, a maioria das pessoas não acreditam nos médicos, preferem usar o óleo da Igreja do Reino de Deus”.

(depoimento da atendente de saúde)

“O médico falou que a doença é de cachorro e que era prá matar o meu e todos que aparecesse no meu terreno. Não matei ainda por que tenho dó, mas já tô arranjando alguém prá matá o daqui (...). Tomei setenta e seis injeções e gastei muito dinheiro. Se não tivesse recursos, tinha rancado a perna fora (...) Tive que ficá nove dias no hospital.

Quase que morri, porque não como nada do hospital.”

(depoimento de caso de LTA)



** A critério do monitor e do grupo, esses exemplos podem ser substituídos por outros retirados da vivência pessoal dos participantes.*

No município de Maragogipe, na Bahia, a população entrevistada deu sua opinião sobre “como se pega a xistosa.”

(Diagnóstico educativo realizado por educadores da SUCAM/1988)⁵.

Alguns depoimentos:



- **Conhecimento técnico/científico, popular/empírico e religioso. Qual a diferença?**
- **Como construir um conhecimento respeitando essas diferenças?**
- **Como isso acontece nos serviços de saúde?**
- **Lembrem fatos de suas experiência pessoal, que esclareçam o grupo sobre esta questão.**

A COMUNICAÇÃO NOSSA DE CADA DIA



O Dr. Mário é ótimo. Tem uma admirável facilidade de expor suas idéias. Fala tão claro que entendemos tudo. Não precisamos nem perguntar nada. Ele é um "grande comunicador".



Existem duas formas de entender o termo comunicação:

“Ato de informar, de transmitir, de emitir”, do verbo **COMUNICAR**.

“Diálogo, intercâmbio, relação de compartilhar, de se achar em correspondência, em reciprocidade”, do verbo **COMUNICAR-SE**.^{22,15}

Sabemos que toda nossa vivência no dia-a-dia constitui-se num permanente esforço de comunicação verbal e não-verbal. Somos seres sociais, trocamos idéias e experiências, e também aprendemos. O viver em sociedade, seja na família, no trabalho, no lazer, nos grupos e na comunidade, levanta a necessidade de se estabelecer o “comum”.¹⁵

Comunicação significa “colocar em comum algo com o outro”. É algo que se compartilha. No ato de comunicar, a pessoa ou o grupo que inicia o processo o faz com uma intenção ou objetivo. Apela ao mesmo tempo para seu repertório de idéias, conhecimentos, experiências e emoções que deseja tornar “em comum”. Identifica os sinais e/ou códigos, para com eles representar o que deseja compartilhar. Escolhe uma forma que julga efetiva para elaborar uma mensagem que tenha significado para quem recebe.^{22,15}

A comunicação é um processo dinâmico, o que significa que, embora seus elementos sejam colocados em diferentes “modelos” como partes separadas, na realidade todos eles agem de maneira simultânea e interativa, em constante fluxo, movimento e dinamismo em um determinado contexto social.²²

Com este enfoque de totalidade, consideraremos, inicialmente, os seguintes elementos no processo de comunicação:

OS EMISSORES, que podem ser uma pessoa ou grupo de pessoas com um objetivo, com uma razão para empenhar-se em comunicar algo. São a **FONTE** da informação.²²

A MENSAGEM, que são sinais ou conjunto de sinais que, a partir de códigos conhecidos por todos os envolvidos, levam às pessoas e/ou grupos uma determinada informação, vivência, emoção ou ação.²²

BAGAGEM DE EXPERIÊNCIA, constitui-se num conhecimento, numa experiência e, fundamentalmente, numa avaliação geral e imediata da realidade concreta. É o conhecido, o vivido, o avaliado pelos sujeitos envolvidos no processo²².

O RECEPTOR é alguém, pessoa ou grupo, a quem se destina a comunicação²². Ele só recebe, passivamente a informação.

O RECEPTOR se converte em **PERCEPTOR** quando ele se torna ativo, percebendo e analisando a situação. Ele pode ser um indivíduo ou grupo inserido numa determinada situação social e com uma bagagem de experiência própria, a partir da qual avaliam a **FONTE** da **MENSAGEM**, a própria **MENSAGEM**, e auto-definem sua ação, dando uma resposta interna e invisível, ou externa e visível. Neste último caso, a resposta pode servir de retroalimentação para a **FONTE** sobre o efeito da mensagem.²² Exemplo: o agente de saúde chama a atenção do adolescente e este reage com um palavrão. O palavrão fornece ao agente de saúde a resposta sobre o efeito da mensagem.

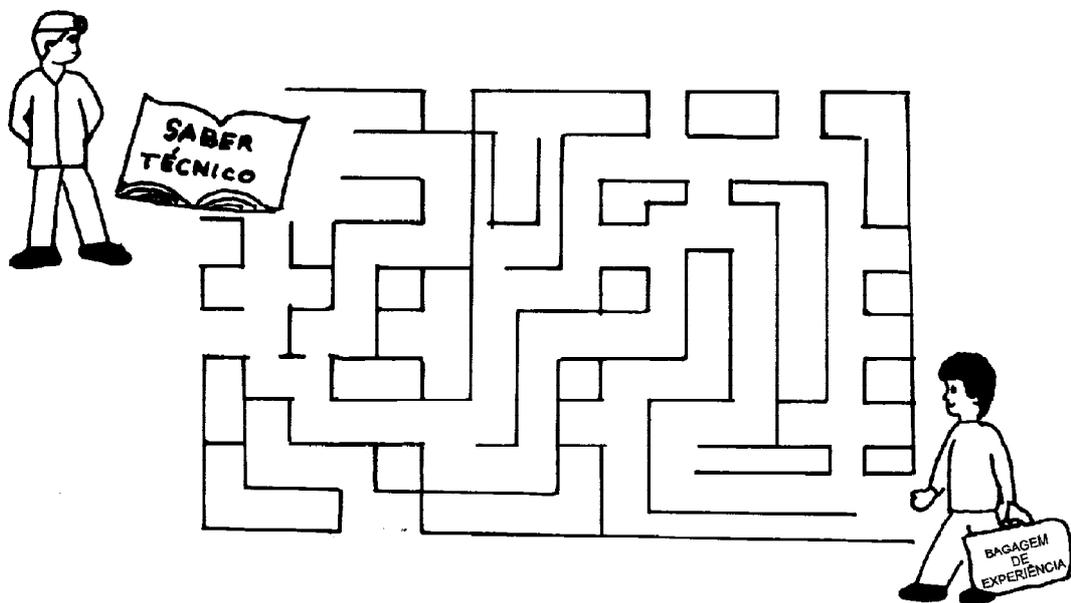
Agora que já discutimos e analisamos algumas palavras-chave sobre o que acontece quando nos comunicamos, vamos descobrir algo mais sobre OS MODELOS DE COMUNICAÇÃO do nosso dia-a-dia.

Muitas vezes, é sentida a necessidade de transmitir um conhecimento determinado, porém a população tem outras preocupações.



**A troca de informações
é importante para que a população tome
decisões.**

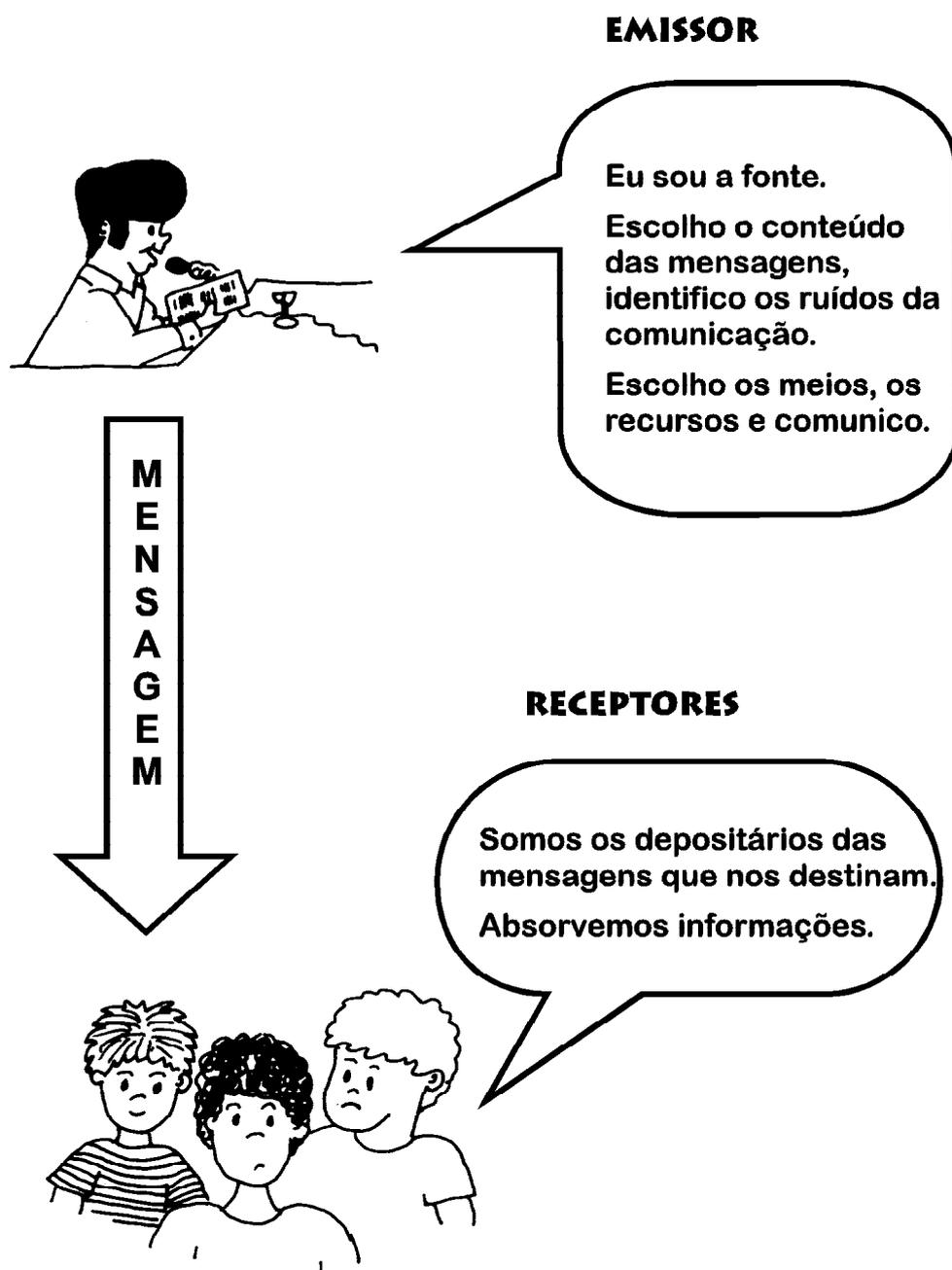
Qual caminho utilizar?



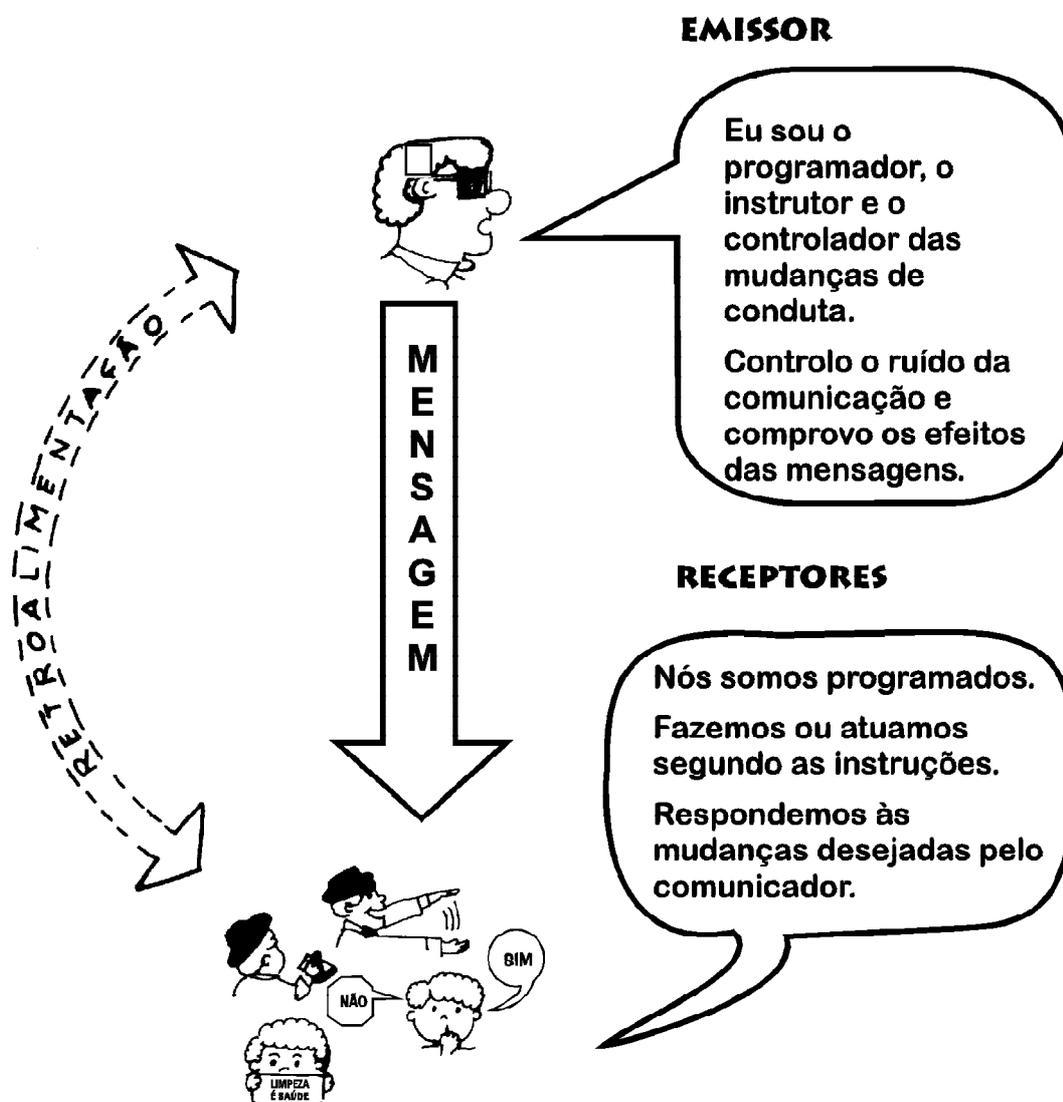
Cada um de nós vai escolher
e marcar um caminho, na figura abaixo.

- **Vamos comparar os caminhos escolhidos.**
- **Qual o ponto de partida de cada um?**
- **São diferentes?**
- **Por que isto aconteceu?**
- **Qual o melhor caminho?**
- **Qual a melhor forma de comunicação?**

COMUNICAÇÃO: MODELO PATERNALISTA OU DIRETIVO²²



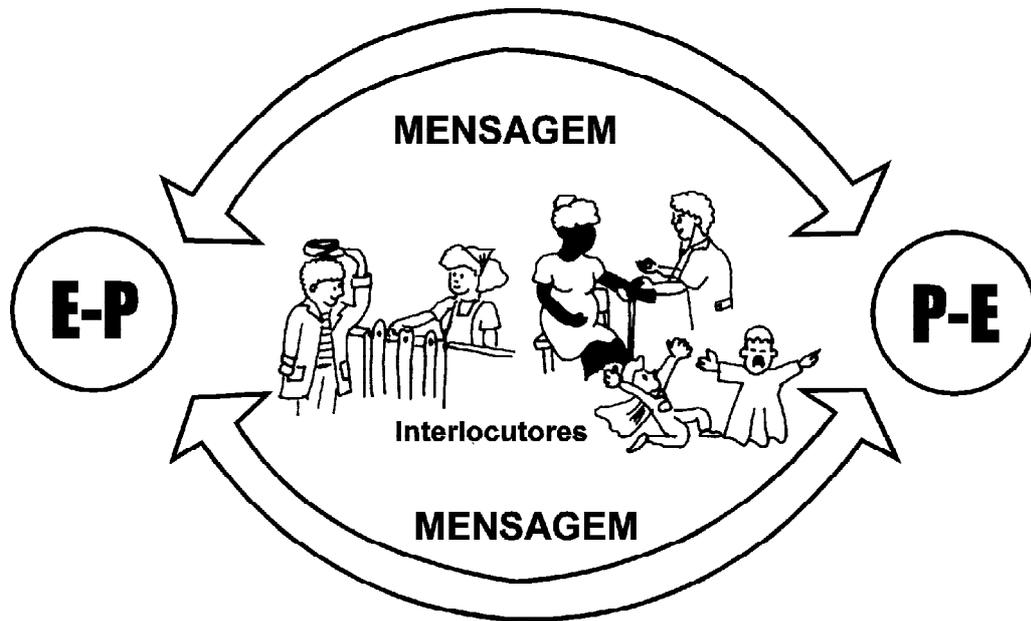
- Observem as figuras, palavras e frases.
- O que elas lembram a você?
- Qual a ênfase deste modelo de comunicação?
- É a comunicação que queremos?



E AGORA...

- O que as figuras, palavras e frases nos dizem?
- Qual a ênfase deste modelo de comunicação?
- A que conclusão podemos chegar?

COMUNICAÇÃO: MODELO PARTICIPATIVO OU "CIRCULAR" ²²



Perceptores/Emissores

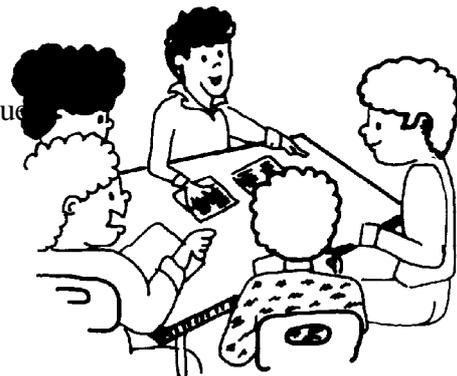
Percebemos, estabelecemos o diálogo.

CODIFICAMOS E DECODIFICAMOS.

Escolhemos os meios e os recursos.

Conhecemos e aprendemos.

Colocamos em "comum" o que sentimos e o que queremos.



- O que esta frase e as figuras sugerem?
- O que é diferente?
- Qual a ênfase deste modelo de comunicação?
- Ela é viável no nosso dia-a-dia?

O modelo paternalista ou diretivo dá ênfase à MENSAGEM.

É caracterizado pela verticalidade.

Dá maior ênfase à FONTE e ao CONTEÚDO da mensagem, considerando o outro pólo da comunicação como receptor ou depositário das mensagens.

O modelo mecanicista enfatiza os RESULTADOS. Aos elementos FONTE e RECEPTOR, acrescenta um caminho de regresso ou retorno - RETROALIMENTAÇÃO - cujas funções são o controle e a comprovação, mecanismos destinados a assegurar o ajuste dos envolvidos às metas e comportamentos previstos, controlando, assim, os efeitos das mensagens.²²

O modelo participativo corresponde ao enfoque de comunicação dialógica, na qual EMISSOR e PERCEPTOR são interlocutores de um processo horizontal, o que significa que ambos são, simultaneamente, emissores/perceptores.²²

Adotar esse modelo requer criatividade, aprendizagem, pois a participação (co-participação) é um processo que “não se dá por geração espontânea”.

Para que esse modelo participativo se viabilize, um princípio muito importante é: partir das pessoas, ir até elas, até sua realidade. A participação direta nem sempre é possível desde o início, por isso geralmente se começa “coletando”, conhecendo e estudando.

Por isso, o primeiro requisito para que a comunidade comece a envolver-se como interlocutora, é que “as mensagens não lhe sejam alheias ou estranhas, mas que as sinta suas, que se reconheça nelas”.²²

Outro requisito é “saber comunicar”. Um especialista afirmou que: “todos podemos nos comunicar com os outros, mas nem sempre sabemos fazê-lo. É necessário que se tenha aptidão, mas o fundamental é a atitude. A atitude de se comunicar requer estar disposto a comunicar, a cultivar em nós mesmos a vontade de entrar em comunicação com nossos interlocutores”.²²

E AGORA...

- **Para que serve a comunicação na sociedade?**

“A sociedade existe na comunicação e por meio da comunicação, porque é através do uso de símbolos significativos que nos apropriamos das atitudes de outros, assim como eles, por sua vez, se apropriam de nossas atitudes”¹⁵. Assim a comunicação constrói a pessoa.

A comunicação tem também a função expressiva. O ser humano precisa participar e expressar suas emoções, idéias, temores, expectativas, bem como vincular-se a grupos mediante relações afetivas.

A comunicação possui ainda uma função socializadora do conhecimento do mundo objetivo, bem como do acesso ao diálogo, cooperação e participação.²²

**Vamos rever a nossa dúvida, a pergunta inicial:
Um grande comunicador é um grande educador?**

Muitos “educadores” acham que é seu dever comunicar o máximo do que sabem. Entretanto, ensinar não é somente comunicar. É fazer pensar, é estimular para a identificação e resolução de problemas. Significa, sim, que a estrutura de qualquer mensagem deve conduzir à problematização e ao raciocínio. O **educador** deve ser um comunicador dialogal e não um transmissor unilateral de informações. Ser um bom **educador** não é agir como um “showman” e, menos ainda, como um persuasivo doutrinador. Significa desenvolver “empatia”, colocar-se no lugar do outro e, com ele, problematizar o viver, a saúde e a doença para que, ao mesmo tempo em que aprende novos conteúdos, desenvolva ao máximo sua habilidade de pensar, decidir e agir.

A PARTICIPAÇÃO QUE TEMOS E A QUE QUEREMOS

A Constituição de 1988 trouxe inúmeras conquistas ao setor Saúde. Alguns princípios gerais, explicitados nas Leis 8080 e 8142^{7,8}, são essenciais e representam um avanço para a saúde pública.

Entre outros, citamos:

- saúde como direito de todos e dever do Estado, sem descartar o papel e a responsabilidade do indivíduo e dos grupos;
- fim da divisão entre promoção, prevenção, assistência e reabilitação, com ênfase na promoção da saúde;
- descentralização com gestor único em cada esfera de governo;
- ênfase nas áreas de ações de saúde, educação, nutrição, vigilâncias, saúde do trabalhador e de portadores de deficiência, entre outros;
- participação comunitária e controle social efetivo no Sistema Único de Saúde.

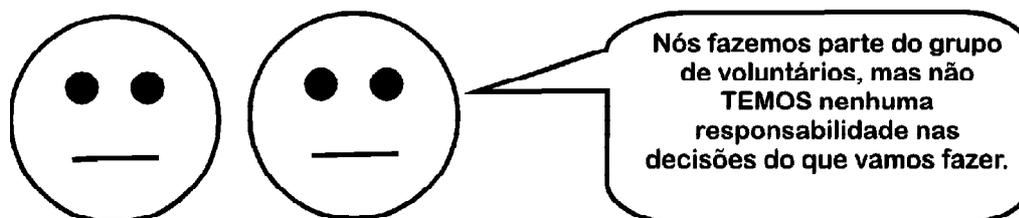
Atualmente, questões como financiamento, modelo de assistência, o controle social e conselhos de saúde, ausculta à comunidade fazem parte do cotidiano de quem trabalha na área de saúde. O que se ouve é que: “Os novos tempos do SUS necessitam de uma maior e mais profunda participação popular”. “Os canais de participação institucional constituem-se em espaços onde, a partir da apropriação das informações e do conhecimento, a população possa efetivamente participar das decisões, definir seus caminhos, desenvolvendo o exercício da cidadania.”²⁹

MAS... O QUE É PARTICIPAÇÃO?

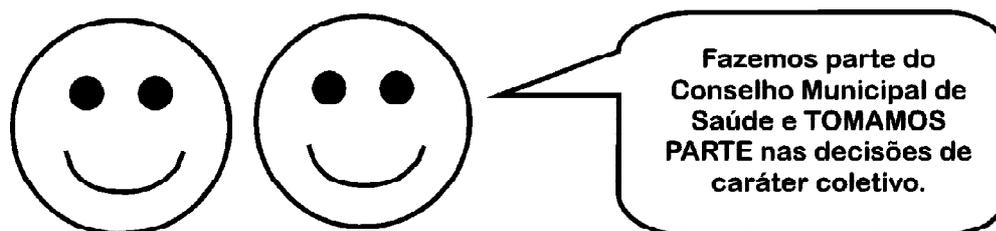
O conceito de participação pode ter vários significados, como “fazer parte”, “ter parte de algo”, “tomar parte de algo”.^{1,17, 28}



É o sentimento que as pessoas têm de pertencer a um grupo, organização, nação, causa, religião. É uma situação adquirida, às vezes, involuntariamente.^{1, 17, 28}



Significa, muitas vezes, que executamos uma ação específica como parte de uma atividade de saúde. Ação essa quase sempre descomprometida e decidida por outros. É uma contribuição individual ou grupal em benefício de algo às vezes não esclarecido.^{1, 17, 28}



Implica na ação de construir algo, decidir caminhos, estar presente nos momentos importantes na vida do grupo, organização ou nação. É um direito adquirido ou conquistado, é um compromisso.^{1, 17, 28}

Existem outras formas de entender a participação. Segundo J.B. PINTO,²⁸ têm surgido na área institucional, com várias conotações, dentre as quais citamos:

Participação simbólica: quando a população é convocada, às vezes involuntariamente, a **ser parte** de associações, cooperativas ou outras formas de organização legitimadas pelo Estado. Chamamos a esta forma de **participação simbólica** porque ela se dá simplesmente como inclusão, sem que o sujeito tome qualquer parte ativa ou receptiva, na associação ou organização.²⁸

Participação receptiva: refere-se ao fato de alguém ou grupo social receber um serviço do Estado, como quando um certo número de pessoas vai regularmente ao posto de saúde para receber atenção médica.²⁸

Participação ativa: quando a população toma parte em uma ação ou conjunto de atividades **decididas e propostas pelo Estado**. Por exemplo, quando se diz que a população, por meio de um mutirão, construiu um posto de saúde.²⁸

Participação real: a que se identifica com as reivindicações de grupos específicos da população para assumir parte das decisões sociais.²⁸

☞ **FAZER PARTE?**

☞ **TER PARTE?**

☞ **TOMAR PARTE?**

- **Qual destes conceitos exprime uma participação mais genuína?**
- **O que é mais importante: a quantidade ou a qualidade da participação?**
- **No seu local de trabalho, qual a participação que é praticada? Simbólica? Receptiva? Ativa? Real?**

Canais de Participação

Segundo PEDRO DEMO,¹² a participação é viabilizada por diferentes canais:

Organização da sociedade civil como formas conscientes e políticas de organização com um eixo:

- . socioeconômico, representado pela organização sindical;
- . político-social, incluindo a organização partidária;
- . comunitário, identificado com os movimentos populares.

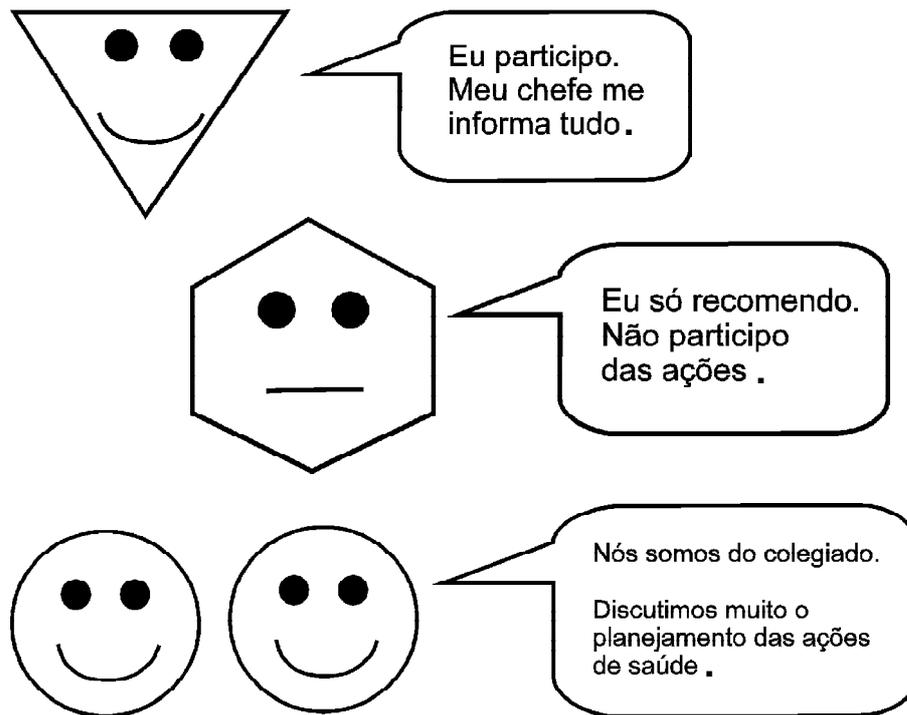
Planejamento participativo, envolvendo:

- . ação, reflexão - ação dentro de um contexto;
- . capacidade de organização, com competência técnica e desafio para fazer acontecer.

Educação e formação da cidadania como condição e intervenção necessária para desenvolver a noção:

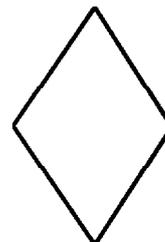
- . de sujeito social e não de objeto, paciente ou cliente;
- . de direitos e deveres de cada um e de todos;
- . do direito ao acesso a informação e ao saber técnico/científico.

A comunicação dialógica como canal de intervenção.



Pensando em nossas relações de trabalho e nas oportunidades e possibilidades que temos em participar ou não da tomada de decisões, como o proposto nas diretrizes do SUS, e utilizando o modelo elaborado por BORDENAVE¹⁷, vamos descobrir qual o nosso grau de participação. Onde nos colocamos como dirigentes e/ou membros da equipe e/ou profissionais da saúde e/ou conselheiros e/ou voluntários?

Como **DIRIGENTES**, temos grande poder na tomada de decisões?



ou pequeno 

Como **MEMBROS DA EQUIPE DE SAÚDE, PROFISSIONAL CONSELHEIRO, e/ou VOLUNTÁRIO,**

participamos muito

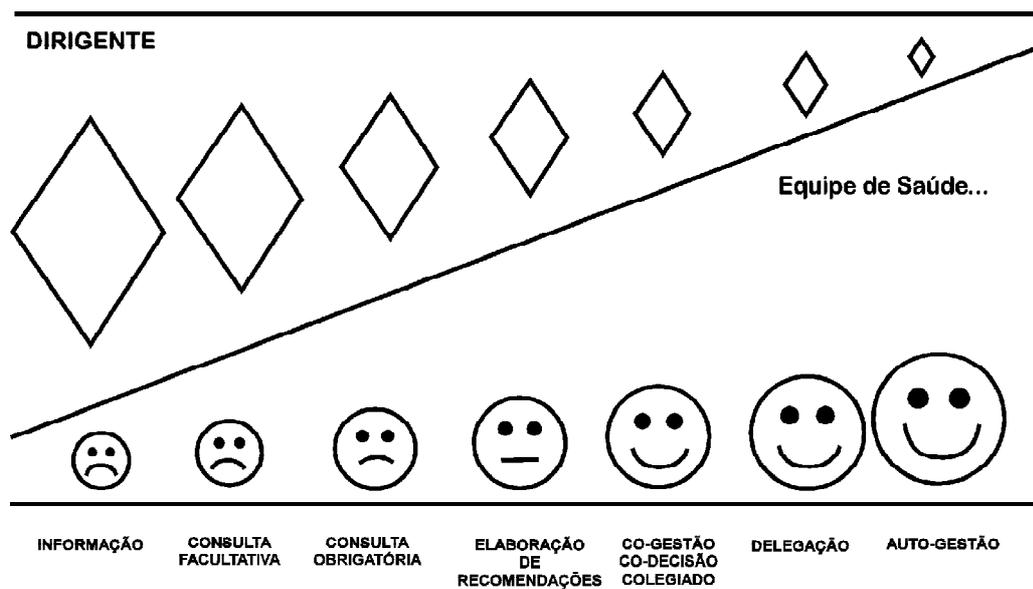


ou pouco



na tomada de decisão?

Vamos Marcar Na
Figura Abaixo Qual é o Nosso Lugar



Qual o possível significado
do grau de participação que assinalamos?



A direção nos DIZ o que fazer e agimos.

INFORMAÇÃO



A direção CONSULTA, solicita a opinião da equipe se quiser. Ela é facultativa.

CONSULTA
FACULTATIVA



A consulta é OBRIGATÓRIA mas a decisão ainda é da direção.

CONSULTA
OBRIGATÓRIA



Como membro da equipe elaboramos RECOMENDAÇÕES que a chefia pode ou não levar em conta.

ELABORAÇÃO
DE
RECOMENDAÇÕES



As decisões são tomadas em conjunto na forma de CO-GESTÃO e/ou COLEGIADO (grupo formado por representantes dos funcionários e a direção).

CO-GESTÃO
CO-DECISÃO
COLEGIADO



É DELEGADA à equipe, pelo dirigente, a tomada de decisão com responsabilidade assumida.

DELEGAÇÃO



Todos nós participamos, tomamos decisões e agimos de acordo com o preestabelecido coletivamente, com responsabilidades assumidas no nível da nossa competência. É a AUTO-GESTÃO.

AUTO-GESTÃO

O controle social como exercício de cidadania

A participação popular real, com a conotação de tomar parte nas decisões sobre a nossa saúde, teve seus avanços legais explicitados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e na Lei Orgânica de Saúde, em 1990.^{33, 34}

Apesar destes ganhos, também sofreu um recuo conjuntural devido à crise no setor público da saúde. Entretanto, o processo participativo é uma força social imprescindível para impulsionar mudanças, passando-se da teoria discursiva para as ações práticas e concretas.^{33, 34}

Através da participação:

- . busca-se a viabilização do SUS;
- . a criação de uma identidade recíproca entre o SUS e a população;
- . viabiliza-se a mútua transparência. As pessoas são sujeito e não objeto dos serviços da saúde;³³
- . busca-se a identificação entre o SUS e a população, permitindo a abordagem epidemiológica e o controle social dos serviços;
- . permite-se a interferência, no nível decisório, por meio dos Conselhos de Saúde, e uma relação mais orgânica entre serviços e população, viabilizando: o diagnóstico e planejamento participativo das ações de saúde, de confronto, consenso, abertura de espaço e um redirecionamento das ações educativas, presentes nas relações entre profissionais de saúde e população.³³

Aprendemos a participar, participando. Acreditamos que é o que estamos vivenciando neste momento, respondendo.

- **Qual a participação que queremos praticar como cidadãos e profissionais de saúde?**
- **Qual o significado da educação para a participação na saúde?**

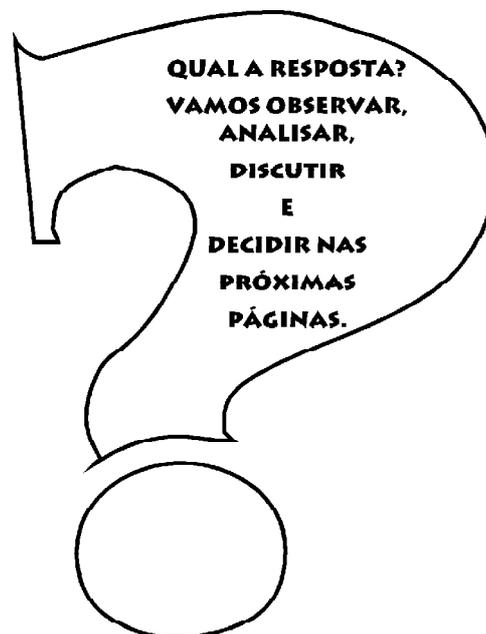
O ENSINAR E O APRENDER:PODEMOS OPTAR?

Assim como o problema da saúde pública é conseguir que o indivíduo, grupo ou população estejam protegidos ou curados de uma doença, o problema dos profissionais de saúde também é que esta mesma pessoa, grupo ou população aprendam a cuidar da sua saúde, reconhecer seus deveres e reivindicar seus direitos.

Mas... em que consiste a aprendizagem?

O que tem a ver com o ensinar e com a educação?

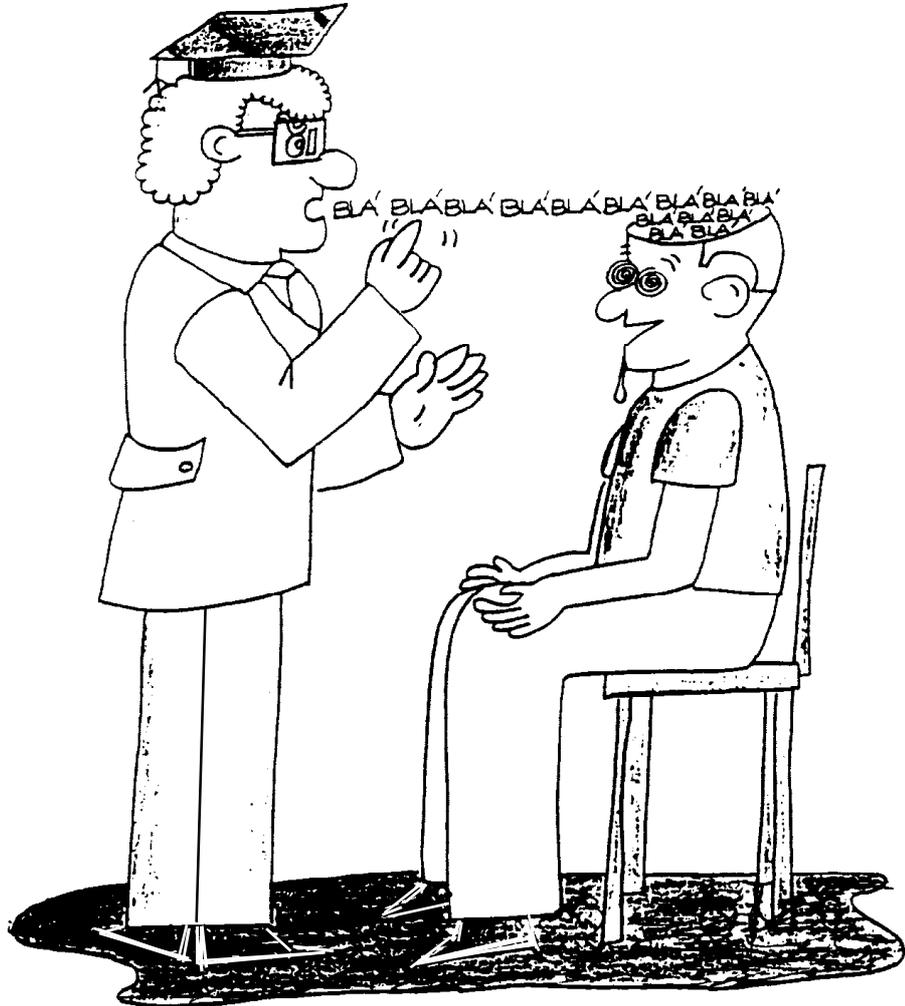
Segundo BORDENAVE^{14,16}, todos os processos educativos, assim como as técnicas educativas que são instrumentos de ensino - aprendizagem, se baseiam em uma determinada concepção de “como conseguir que as pessoas aprendam e modifiquem sua prática” - no nosso caso, para ter melhor saúde. Estas concepções, por sua vez, fundamentam-se em um determinado modelo ou enfoque do que seja educar. O que é mais valorizado? O conteúdo? O conhecimento adquirido? O resultado esperado, ou a capacidade da pessoa ou grupo para tomar decisões e agir?



MODELO TRADICIONAL

ÊNFASE NOS CONTEÚDOS TEMÁTICOS²²

Objetivos: ensinar; transmitir



Qual a sua opinião sobre a situação representada acima?

Qual o papel do “professor” e do “aluno”?

Quais as maneiras de agir, que são reforçadas neste “aluno”, frente:

à participação?.....

à criatividade?

à criticidade?

aos conflitos?

ao erro?

Esta opção pedagógica valoriza sobretudo os CONTEÚDOS educativos, isto é, os conhecimentos e valores a serem transmitidos, e pode ser chamada de educação tradicional, “bancária”, ou pedagogia de transmissão. Esta pedagogia parte do princípio de que as idéias e os conhecimentos são os principais fatores da educação, e, portanto, as experiências de ensino-aprendizagem que a população deve vivenciar é a de receber informações.

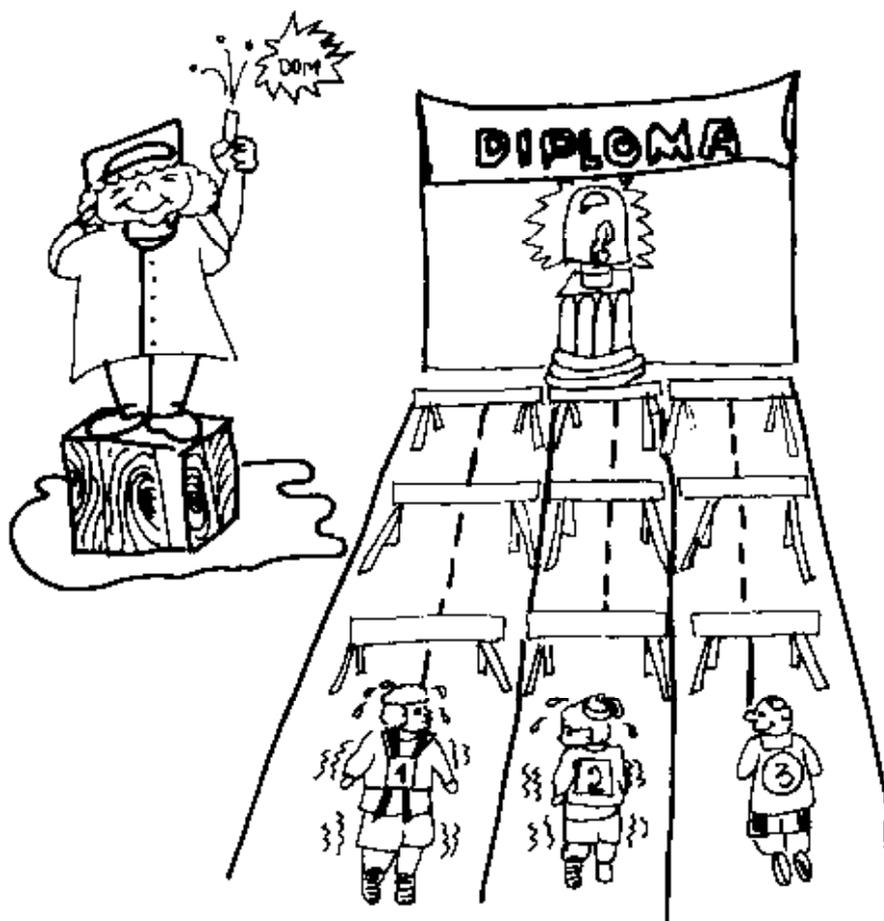
A relação com o “educador” é autoritária ou paternalista. Aos aprendizes, objeto da educação, cabe receber e repetir e, assim, aprender.^{19, 20, 21}

As pessoas, grupos e a população habitam-se à recepção passiva, sem crítica dos conteúdos, idéias e práticas, tornando-se cidadãos que nem sempre conseguem observar, analisar, questionar a sua própria realidade. A obediência às normas, sem análise e discussão, leva ao não-desenvolvimento da criatividade, à dificuldade em participar, em resolver conflitos presentes na nossa vida de cada dia.¹⁶

MODELO CONDUTOR

ÊNFASE NOS EFEITOS²²

Objetivo: treinar, fazer, transmitir técnicas e condutas



E agora...o que esta situação lhes lembra?

Qual o papel do “professor” e dos “alunos”?

O que se espera dos “alunos” frente:

à participação?.....

à criatividade?.....

à criticidade?.....

aos conflitos?.....

ao erro?.....

Quando o “educador” tem como postura valorizar o EFEITO ou o RESULTADO obtido pela educação —quer dizer, as mudanças de comportamento ou habilidades conseguidas pelo indivíduo—, isto define o tipo de opção pedagógica que chamamos de condutora ou condicionadora de pessoas ou grupos.^{14, 16}

O ensino-aprendizagem nesta forma de pensar não considera a transmissão de idéias e conhecimentos como o fator mais importante do processo educativo. Sua ênfase recai nos resultados concretos de mudanças de habilidades e atitudes.^{14, 16}

O “educador” é o programador, o instrutor.

A sua relação com os aprendizes é autoritária, mas persuasiva.

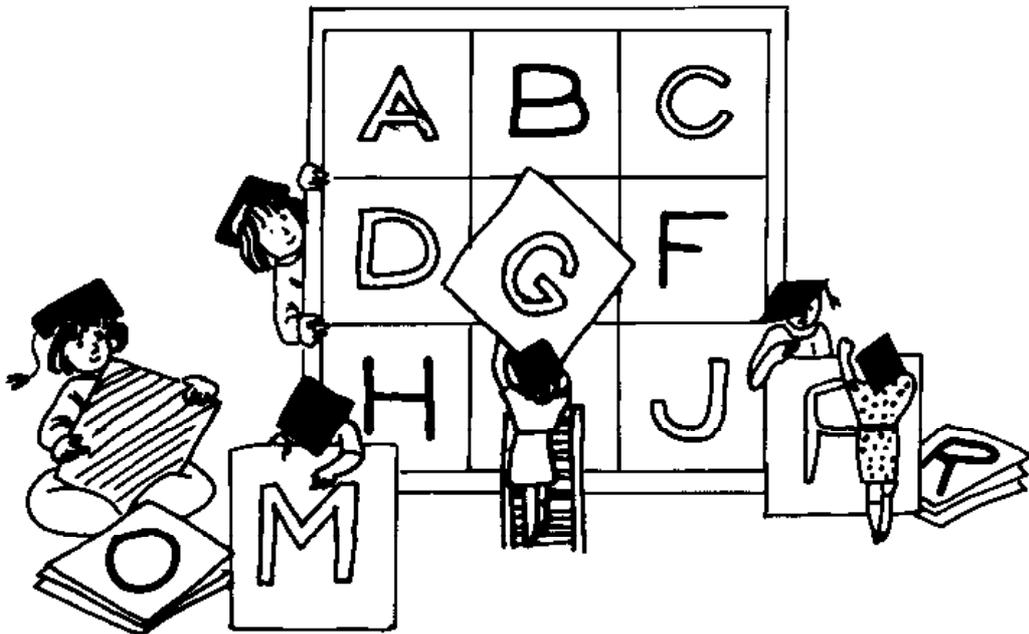
Sua concepção de educação também é a da transmissão de conteúdos e habilidades que se aprendem fazendo.^{14, 16}

As pessoas ou grupos aprendem através de uma seqüência de passos predeterminados pelo chefe, professor, instrutor, tornando-se muito ativos e competitivamente individualistas, porém sempre dependendo do controle de alguém. Não analisam sua própria realidade e nem são encorajados a serem criativos e críticos. Na sociedade são altamente eficientes para trabalhar com objetivos e métodos preestabelecidos. Sua participação pode ser muito ativa no executar, e menos no pensar.^{14, 16}

MODELO PARTICIPATIVO

ÊNFASE NO PROCESSO²²

Objetivos: pensar, refletir, transformar-se, transformar



Observem e comentem esta cena, identificando os detalhes.

Neste modelo, como seus participantes reagem frente:

à participação?.....

à criatividade?.....

à criticidade?.....

aos conflitos?.....

ao erro?.....

A opção pedagógica, com ênfase no próprio PROCESSO, destaca a transformação das pessoas, grupos e comunidade.

Interessa-se mais pela interação entre as pessoas e sua realidade, pelo desenvolvimento de sua capacidade intelectual e de sua consciência social. Preocupa-se menos com os conteúdos e com os efeitos ou condutas preestabelecidas, e mais em desenvolver nas pessoas a capacidade de observar, analisar, questionar a sua realidade, os seus problemas e procurar soluções ou respostas adequadas para mudá-las. Em resumo, que “não sejam homens espectadores mas sim criadores do mundo”.²²

Esta pedagogia, chamada por Paulo Freire de problematizadora, libertadora, parte do princípio de que, num mundo de mudanças rápidas e profundas, o importante não são os conhecimentos ou idéias, nem os comportamentos corretos e fiéis ao esperado, senão o aumento da capacidade das pessoas/grupos para detectar os problemas reais e buscar-lhes solução original e criativa. A experiência que deve ser valorizada é a observação grupal da própria realidade, o diálogo e a participação na ação transformadora das condições de vida.^{20, 21}

O “educador/técnico” é um facilitador, um co-gestor cuja intervenção é a de propor situações de ensino-aprendizagem (ações educativas) que viabilizem a participação real e o diálogo, estimulando a criatividade e a crítica, a tomada de decisões e a própria ação de todos os envolvidos.

Os participantes, incluindo o “educador/técnico”, habitam-se ao trabalho grupal, partindo de problemas concretos e objetivos, desenvolvendo sua consciência crítica e sua responsabilidade baseada na participação.

O conhecimento é socializado e desmitificado, a cultura não é reflexa, mas criativa e autônoma.

Educação Problematizadora.*



* Figura adaptada de "O Método do Arco" de Chaves Magüeres, citado por Bordenave.¹⁴

O Esquema do Arco e a Educação Problematicadora

Conforme o representado na figura “Educação Problematicadora”, o processo ensino-aprendizagem deve iniciar-se a partir da observação da realidade, permitindo às pessoas expressarem suas idéias e opiniões, fazendo, assim, uma primeira leitura da situação concreta.

Em um segundo momento, as pessoas/grupos selecionam as informações e identificam os pontos-chave do(s) problema(s), levantando suas relações/variáveis que determinam a situação concreta.¹⁴

A etapa seguinte consiste no levantamento de questões sobre as causas do problema observado. Aqui é necessário recorrer aos conhecimentos científicos que auxiliem o raciocínio das pessoas na compreensão do problema, não somente em suas manifestações empíricas, mas nos princípios teóricos que o explicam, isto é, em suas causas e conseqüências.¹⁴

Confrontada a realidade com os conhecimentos existentes e que podem ajudar na resolução do problema, os indivíduos se vêem naturalmente movidos a pensar em alternativas de solução, para o(s) problema(s) encontrado(s). Esta etapa deve permitir ainda a análise da viabilidade das ações propostas. É dada aos mesmos a oportunidade de decidir, priorizar e planejar ações.¹⁴

Na última fase, os participantes compreendem e praticam as soluções que o grupo considerou viáveis e aplicáveis à realidade, preocupando-se em mudar sua forma de agir, individual e/ou coletiva, contribuindo para a solução do(s) problema(s).¹⁴

Podemos Optar?

“A pedagogia da problematização tem uma vantagem importante sobre as demais opções pedagógicas apresentadas. Ela permite utilizar as contribuições positivas das demais. Entretanto, a opção transmissora e a comportamentalista ou condutivista rejeitam a contribuição da forma de pensar da educação problematicadora”.¹⁶

Dentro de uma proposta global problematicadora, nada impede a utilização de atividades educativas que contemplem

a transmissão de conhecimentos ou a aprendizagem de habilidades técnicas baseadas em atos normatizados preestabelecidos.¹⁶

Assim, o grupo comunitário, que optou pela educação problematizadora, com participação real e comunicação dialógica e que estão lutando para transformar sua realidade, para obter melhor qualidade de vida, pode perfeitamente necessitar de informações técnico-científicas e, para tanto, convidar um profissional de saúde para ajudá-lo. Este poderá, por meio de aulas ou palestras, informar sobre agravos à saúde, suas causas, conseqüências e medidas preventivas. Pode também habilitá-los pelo treinamento teórico-prático para alguma operação concreta indispensável ao seu desempenho.¹⁶

Estas aprendizagens, não-problematizadoras quanto às suas técnicas, integram-se ao processo educativo problematizador, sem afetar sua essência, desde que correspondam à necessidade sentida pelo grupo e decidida pelo mesmo.

A nossa opção pedagógica e a nossa postura, como educadores, sempre é única.

As atividades educativas que planejamos, executamos e avaliamos sempre refletem se a nossa opção é “bancária”, “condutivista” ou “problematizadora”. Nas duas primeiras, nós vemos o usuário ou a população como “objeto”, e a nossa relação com a mesma é paternalista, autoritária ou persuasiva. Na opção problematizadora o usuário ou a população são vistos como “sujeito”, e a nossa relação é de diálogo, divisão de responsabilidades. É uma relação de iguais.

Concluindo

“Os técnicos/educadores não são responsáveis pelo destino de seus 'alunos' e da sociedade”.¹⁶

Todavia, dependendo da opção pedagógica que adotem e pratiquem, podem fortalecer ou debilitar o desenvolvimento da consciência crítica de pessoas, grupos ou população, bem como fortalecer, ou não, valores e hábitos de saúde, a criatividade, a solidariedade e a participação real que constituem componentes importantes para uma melhor qualidade de vida.

O QUE ESTA HISTORIA NOS CONTA?

O Menininho - Helen E. Bukley⁹

Era uma vez um Menininho. Ele era muito pequeno. E era uma grande escola. Mas, quando o menininho descobriu que podia ir à sua sala caminhando através da porta da rua, ele ficou feliz e a escola não parecia tão grande quanto antes.

Uma manhã, quando o menininho estava na escola, a professora disse:

- Hoje nós iremos fazer um desenho.

- Que bom! pensou o menininho. Ele gostava de fazer desenhos.

Ele podia fazê-los de todos os tipos: leões, tigres, galinhas, vacas, trens e barcos. Ele pegou a sua caixa de lápis e começou a desenhar.

Mas a professora disse:

- Esperem um pouco! Ainda não é hora de começar!

E ela esperou que todos estivessem prontos.

- Agora! disse a professora. Nós iremos desenhar flores.

Que bom! pensou o menininho. Ele gostava de desenhar flores e começou a desenhar flores com lápis rosa, laranja e azul. Mas a professora disse:

- Esperem! Vou mostrar como fazer. E a flor era vermelha com caule verde.

- Assim! disse a professora. Agora vocês podem começar.

Então ele olhou para a sua flor. Ele gostava mais de sua flor, mas não podia dizer isso. Ele virou o papel e desenhou uma flor igual à da professora. Uma flor vermelha com caule verde.

Num outro dia, quando o menininho estava em aula, ao ar livre, a professora disse:

- Hoje iremos fazer alguma coisa com barro.

Que bom! pensou o menininho. Ele gostava de barro. Ele pensou que podia fazer todos os tipos de coisas com o barro: elefantes, camundongos, carros, caminhões. Ele começou a amassar a sua bola de barro. Mas a professora disse:

- Esperem! Não é hora de começar. E ela esperou que todos estivessem prontos.

- Agora, disse a professora, nós iremos fazer um prato.

Que bom! pensou o menininho. Ele gostava de fazer pratos de todas as formas e tamanhos.

A professora disse:

- Esperem! Vou mostrar como se faz. E ela mostrou a todos como fazer um prato fundo.

- Assim! disse a professora. Agora vocês podem começar.

O menininho olhou para o seu próprio prato. Ele gostava mais do seu prato do que o da professora, mas ele não podia fazer isso. Ele amassou o seu barro numa grande bola novamente e fez um prato igual ao da professora. Era um prato fundo.

E muito cedo o menininho aprendeu a esperar e a olhar e a fazer as coisas exatamente como a professora.

E muito cedo ele não fazia mais coisas por si próprio.

Então aconteceu que o menininho e sua família se mudaram para outra casa, em outra cidade, e o menininho tinha que ir para outra escola.

Esta escola era ainda maior que a primeira. E não havia porta da rua para a sua sala. Ele tinha que subir grandes degraus até sua sala.

E, no primeiro dia, ele estava lá, e a professora disse:

- Hoje, nós vamos fazer um desenho.

Que bom! pensou o menininho, e ele esperou que a professora dissesse o que fazer.

Mas a professora não disse nada. Ela apenas andava na sala. Veio até o menininho e disse:

- Você não quer desenhar?

- Sim, disse o menininho, mas o quê vamos desenhar?

- Eu não sei, até que você faça, disse a professora.

- Como eu posso fazê-lo? perguntou o menininho.

- De maneira que você gostar, disse a professora.

- E de que côr? perguntou o menininho.

- Se todo mundo fizer o mesmo desenho e usar as mesmas cores, como eu posso saber quem fez o quê? E qual o desenho de cada um?

- Eu não sei, disse o menininho.

E começou a desenhar uma flor vermelha com o caule verde.

QUAL É A EDUCAÇÃO QUE QUEREMOS? *

As ações de educação não podem ser elaboradas fora de uma situação real de vida, de uma visão desveladora das relações do processo saúde-doença com as condições de trabalho, de alimentação, de lazer, da relação do homem com o meio ambiente que o cerca, de educação e de participação social.

Dentro deste quadro, e associando suas ações com os modos de ver, de sentir e de responder às situações de vida dos homens envolvidos nessa realidade, é que surgirão condições para as mudanças desejáveis.

A proposta é a de considerar a educação como um processo de indagação e reflexão articulado às atividades básicas de saúde. O que significa a criação de um espaço a ser partilhado por técnicos e grupos populares. Uma das formas para a busca de caminhos alternativos e para a transformação das situações que conduzam à melhor qualidade de vida é o levantamento das causas e conseqüências da saúde-doença e seus determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais, num determinado momento histórico.

A educação, como um processo de diálogo, indagação, reflexão, questionamento e ação partilhada, propõe, como objetivo principal, tornar as pessoas cada vez mais capazes de pensar — consciência crítica —, e de encontrar formas alternativas de resolver seus problemas, entre eles o de saúde-doença, e não apenas de “seguir normas recomendadas de como ter mais saúde ou evitar doenças”.

Sua metodologia, baseada na participação real e problematização, busca a aprendizagem a partir do confronto com as situações reais no contexto de vida grupal. Na busca do conhecimento de sua situação de vida e no encontro de soluções viáveis, os técnicos e a população estarão aprendendo como sobreviver em sociedade e com melhor saúde.

* A utilização deste texto para sistematização geral da “Unidade” é opcional. O monitor deve avaliar a necessidade ou não da leitura e discussão.

Unidade organizada, originalmente, por Conversani, Lessa e Carmo¹¹ para o Manual de Educação em Saúde e a Mobilização Comunitária da Sucam. MS, 1990. Adaptada ao contexto deste instrumento didático com autorização das autoras.

Para sistematização da Unidade I, respondendo à questão “Qual a educação que queremos?”, sugere-se a vivência coletiva da técnica “Os murais” e/ou “A linha da vida da educação”.³¹.

A educação é uma prática que está sujeita à organização de uma dada sociedade, e deve ter condições de criar um espaço de intervenção nessa realidade, com o objetivo de mudá-la, transformá-la.

A instituição saúde, entre outras, é um espaço limitado, mas importante para o desenvolvimento de ações educativas no dia-a-dia.

Por meio dela, o profissional de saúde tem o compromisso de compartilhar seu conhecimento técnico específico, reconhecendo que a população, por sua vez, tem experiências e um saber que devem ser levados em conta.

A educação como tarefa teórico/prática se caracteriza por uma relação de aprendizagem em que não existem o “educador que ensina” e a “população que aprende”, mas sim um grupo que, por meio do trabalho e da reflexão, vai produzindo seu próprio conhecimento, e vai aprendendo a conhecer, a partir da realidade objetiva sentida.

É um processo de construção de um saber coletivo, apontando as possibilidades de intervenção e de transformação dessa realidade.

O comportamento do homem depende de suas crenças, isto é, daquilo que ele supõe seja a verdade. O que comanda a ação é a sua percepção do mundo, pouco importando que para o outro seja verdadeira, parcial ou completamente falsa.

Quando a nossa percepção da realidade está muito longe da realidade concreta, a nossa ação estará longe de produzir os resultados esperados, por melhor que sejam nossas intenções. Repensar a nossa prática educativa é o começo da mudança. Não adianta termos um discurso participativo e uma prática não correspondente.

Antes de nos propormos a mudar o outro, temos que pensar se também não devemos começar a mudança por nós mesmos. Examinemos se estamos, ou não, comprometidos com uma atitude diante da vida e de nossa comunidade, e com as propostas de trabalho.

É importante estar consciente de que não se trata só de estar consciente. É preciso que nossa prática educativa seja coerente com nossas convicções. Temos que converter o saber e o pensar, em ações de diálogo, de “estar com”. De rever nossa prática pessoal e a coletiva institucional, com autocrítica. Somente assim, a caminhada será no sentido de ajudar a construir uma melhor qualidade de vida.

2

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE:

PLANEJANDO NOSSA AÇÃO

OBJETIVOS

- Discutir e analisar o conceito de planejamento, com ênfase no planejamento participativo.
- Identificar a relação existente entre o processo educativo, a participação e o planejamento participativo.
- Identificar as principais etapas do planejamento.
- Identificar as fases do diagnóstico para a operacionalização das ações educativas.
- Refletir e decidir qual o papel da equipe e de cada profissional no desempenho de sua função educativa.

CONTEÚDOS

- Planejar ou improvisar? A decisão é sua!
- A educação para a participação e o planejamento participativo.
- Etapas do planejamento.
- Mas... o que entendemos por “diagnóstico”?
- Diagnóstico de uma situação e a ação educativa.
- Função educativa do profissional de saúde: o papel de cada um.

PLANEJAR OU IMPROVISAR? A DECISÃO É SUA!



Fazer planos é uma atividade conhecida do homem desde que ele se descobriu com capacidade de pensar antes de agir. Mas foi com o desenvolvimento comercial e industrial, ocorrido com o capitalismo, que surgiu a preocupação de planejar as ações antes que elas ocorressem.

Hoje, em todos os setores da atividade humana, fala-se muito em planejamento, com maior ênfase na área governamental. Atualmente ele é uma necessidade em todas as áreas de atuação. Quanto maior a complexidade dos problemas, maior é a necessidade de planejar as ações para garantir melhores resultados.

Planejar, definindo de forma simples e comum, é não improvisar. É compatibilizar um conjunto diversificado de ações, de maneira que sua operacionalização possibilite o alcance de um objetivo comum.²⁷

É o processo de decidir o que fazer. É a escolha organizada dos melhores meios e maneiras de se alcançar os objetivos propostos.⁶

Planejar é preparar e organizar bem uma ação, decidir o que fazer e acompanhar a sua execução, reformular as decisões tomadas, redirecionar a sua execução, se necessário, e avaliar os resultados ao seu término.²⁷ Acompanhar a execução das ações é importante para verificar se os objetivos pretendidos estão sendo alcançados ou não.

O processo de planejamento contempla pelo menos três momentos em permanente interação: preparação, acompanhamento e revisão crítica dos resultados, buscando-se sempre caminhos que facilitem a realização do que foi previsto.⁶

Se em todos os setores da atividade humana o planejamento se reveste da maior importância para prever melhor as ações e seus efeitos, a área da Educação em Saúde não pode fugir a esta premissa

A EDUCAÇÃO PARA A PARTICIPAÇÃO E O PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO

Existem várias formas de fazer planejamento.

“Quando apenas as equipes de saúde pensam e decidem o que deve ser feito, isto é um planejamento centralizado. Ele é mais rápido e permite o controle pelo gestor de saúde, e atende às necessidades de natureza epidemiológica, mas, freqüentemente não reflete as necessidades mais sentidas da população, e nem sempre permite a participação social no controle e fiscalização das ações.”⁶

Outra forma é a do planejamento participativo, onde a população, junto com a equipe de saúde, discute seus problemas e encontra as soluções para as suas reais necessidades. Esta forma de planejar aproxima-se mais da proposta da educação para a participação nas ações de saúde.

Uma ação educativa problematizadora e participativa, numa perspectiva mudança, pressupõe que a população compartilhe de forma real de todos os passos da ação: planejamento, execução e avaliação. A população deverá participar “tomando parte” nas decisões, assumindo as responsabilidades que lhe cabem, compreendendo as ações de caráter técnico realizadas ou indicadas.¹

14, 28

Neste processo, as respostas aos problemas não são preparadas e decididas pelos técnicos, mas são buscadas, a partir da análise e reflexão, entre técnicos e população sobre a realidade concreta, seus problemas, suas necessidades e interesses na área da saúde. Esta ação conjunta pressupõe um processo dialógico, bidirecional e democrático, que favorecerá não só a transformação da realidade, mas também dos próprios técnicos e da população.



Etapas do Planejamento

O planejamento, sendo um processo ordenado, pressupõe certos passos, momentos ou etapas básicas, estabelecidos em uma ordem lógica.

Para o planejamento do componente educativo das ações de saúde, regra geral, seguem-se as seguintes etapas:

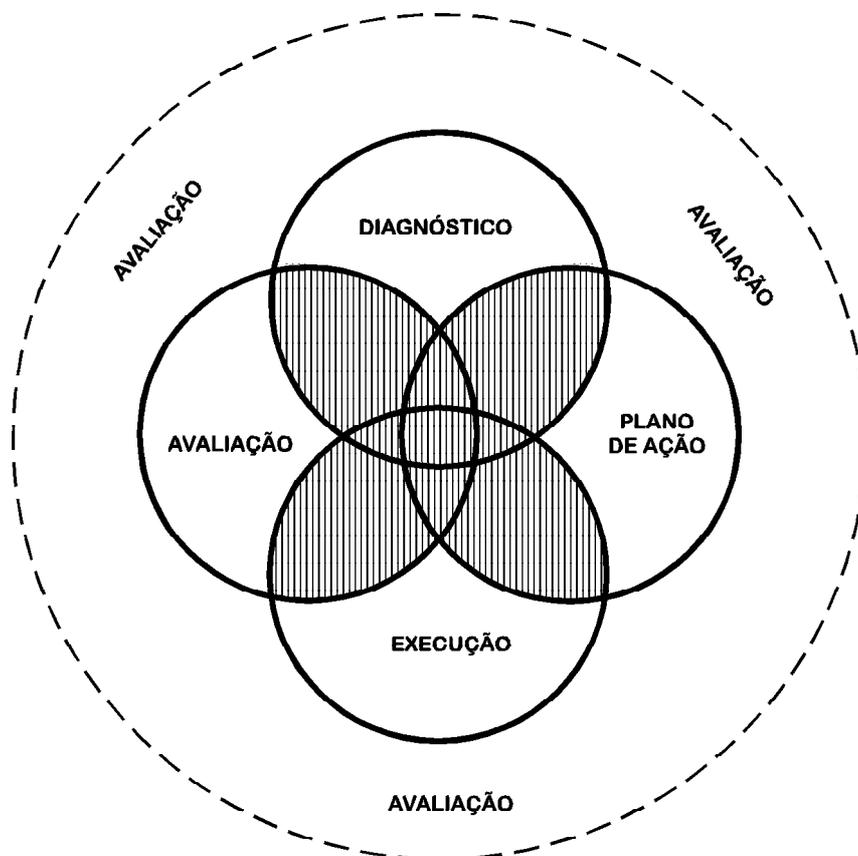
- 1 - Diagnóstico**, compreendendo a coleta de dados, a discussão, análise e interpretação dos dados, e o estabelecimento de prioridades.
- 2 - Plano de Ação**, incluindo a determinação de objetivos, população-alvo, metodologia, recursos e cronograma de atividades.
- 3 - Execução**, implicando na operacionalização do plano de ação.
- 4 - Avaliação**, incluindo a verificação de que os objetivos propostos foram ou não alcançados.

Um dos princípios do planejamento participativo é a **flexibilidade**, que permite a reformulação das ações planejadas durante sua execução. A avaliação, nesta perspectiva, deve iniciar-se na etapa

de diagnóstico e acompanhar todas as fases do planejamento. A avaliação realizada após a execução, além de identificar os resultados alcançados, também fornece subsídios para a reprogramação das ações, bem como indica a necessidade de novas ações de diagnóstico.

A figura 1 identifica a interdependência destas quatro etapas no planejamento participativo.

Figura 1
ETAPAS DO PLANEJAMENTO



MAS... O QUE ENTENDEMOS POR DIAGNÓSTICO”?

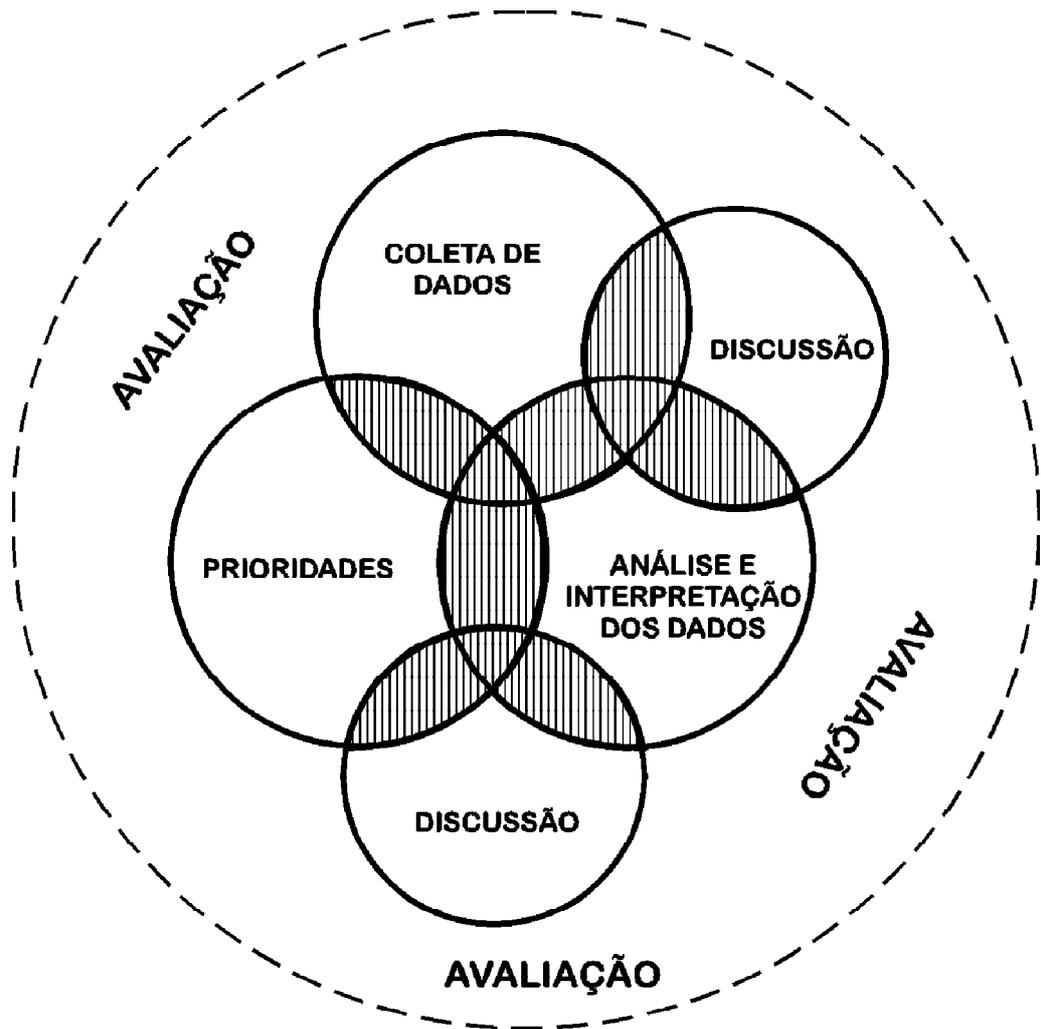
É uma leitura da realidade, que se aproxima o mais possível da “verdadeira realidade”, permitindo a compreensão e a sistematização dos problemas e necessidades de saúde de uma população, bem como o conhecimento de suas características socioeconômicas e culturais. Deve permitir também o conhecimento das causas (variáveis) e conseqüências de seus agravos de saúde, e como estes influenciam e são influenciados por fatores econômicos, políticos e de organização dos serviços de saúde e da sociedade. ²⁸

Ao pensar em uma ação educativa problematizadora, participativa e dialógica, com o propósito de intervenção para mudanças, pressupõe-se o desencadeamento de ações para o diagnóstico da situação.

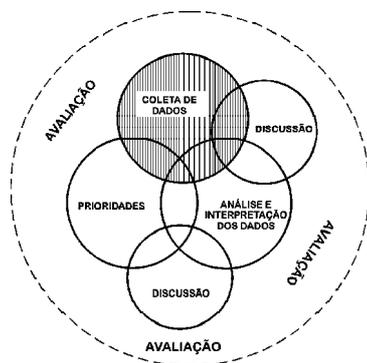
“Como agir sobre uma realidade, para transformá-la, sem conhecê-la? E como conhecê-la sem estudá-la? A ação participativa, portanto, se inicia e se fundamenta na investigação da realidade feita pelos sujeitos dessa realidade. É, pois, uma atividade coletiva, feita não pelos técnicos sobre a população, mas pelos técnicos e a população sobre a realidade compartilhada.”²⁸

O diagnóstico é o momento da identificação dos problemas, suas causas e conseqüências, e principais características. É o momento em que também se buscam explicações para os problemas identificados. O diagnóstico implica em algumas fases, conforme é representado na figura 2.

Figura 2
FASES DO DIAGNÓSTICO



Vamos detalhar cada fase?



A - Coleta de Dados

A coleta de dados deve propiciar a leitura da realidade concreta, a sua compreensão, a identificação dos problemas e necessidades de saúde de determinados grupos e/ou população. Deve também obter dados para o conhecimento de suas características sócioeconômicas, culturais e epidemiológicas, entre outras. Direta ou indiretamente, fornece subsídios sobre as principais causas dos agravos de saúde e sua inter-relação com os fatores relacionados à organização de serviços de saúde e outros, mostrando, também, como todos os envolvidos agem e reagem frente aos problemas identificados.

As fontes de dados podem ser boletins epidemiológicos, relatórios, planilhas, fichas, prontuários, artigos científicos, livros de atas, e outros à disposição. Neste caso, podemos utilizá-los selecionando os dados que sejam úteis para o diagnóstico pretendido. A este tipo de dados damos o nome de **"SECUNDÁRIOS"**.

Os dados chamados **"PRIMÁRIOS"** são aqueles que necessitam ser coletados, no momento do diagnóstico, junto ao grupo ou população. Podem ser recolhidos por meio de diferentes instrumentos e/ou técnicas (questionário, formulário, ficha de observação, entrevista, observação participante, dramatização e outros). A sua adequação deverá ser constantemente avaliada, permitindo que os dados colhidos se aproximem o mais possível da realidade concreta.

É comum, num diagnóstico, utilizarmos dados primários e secundários para o conhecimento mais global da problemática da saúde/doença de uma determinada população-alvo.

Existem formas diferentes de se colher dados para o diagnóstico de uma situação. Vamos tentar identificá-las, conhecendo **"O caso dos barrancos no fundo do quintal"**.

Os barrancos no fundo do quintal: *

Um caso real, para ler e analisar

Tendo em vista a execução de um curso, para mães usuárias, sobre o risco de acidentes domésticos para crianças, o grupo multiprofissional de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) resolveu conhecer melhor a comunidade, além das condições socioeconômicas e culturais das participantes do curso.

Faziam isso porque entendiam "que o aprendizado é um processo dinâmico e que necessita da participação efetiva de cada um". Desta forma, tornava-se muito importante conhecer as condições de vida da comunidade na qual vivem os usuários, em especial, nos aspectos relacionados mais diretamente com a prevenção de riscos de acidentes, os valores, práticas e o grau de conhecimento do que é acidente e como evitá-lo.

Para desencadear a pesquisa, o grupo de técnicos decidiu aplicar um questionário para os usuários residentes na área de abrangência da UBS e, com um número de moradores em torno de 10.000, resolveu estabelecer uma amostra de 10% (1.000 pessoas).

O questionário perguntava a respeito do tipo de casa (alvenaria ou madeira), os tipos de objetos (botijão de gás, espiriteira, etc.) que há na casa, além de questões a respeito de hábitos dos pais e das crianças (onde e com o quê as crianças brincam, hábitos das mães, quando cozinham, etc.). Dos 1.000 questionários enviados, apenas 97 retornaram e, mesmo assim, várias respostas haviam sido preenchidas incorretamente.

Diante desse quadro, a equipe concluiu que, embora o questionário tivesse sido bem elaborado, talvez faltasse um preparo prévio para o seu emprego, ou teria que ser preenchido com a participação do técnico.

Mesmo com essa dúvida, optaram por um trabalho em grupo, para dar alguma resposta frente à gravidade do problema. Embora os questionários que retornaram não estivessem total e claramente preenchidos, os técnicos "sabiam que a população desconhecia o assunto".

* Estudo de caso original apresentado por Augusto e Vianna² no documento "O continente perdido de Mú, os doentes de Lázaro e os barrancos no fundo do quintal: histórias e perguntas sobre diagnóstico situacional".

Desta forma, resolveram formar um grupo de mães, para o qual dariam uma série de informações sobre os acidentes (tipos, locais de risco, incidência).

A proposta foi divulgada amplamente na região. No primeiro dia do curso, apareceram 15 mães. Avaliando a aula inicial, os técnicos chegaram à conclusão de que as mães aparentaram desmotivação, por nem sequer perceberem a importância do assunto para elas.

Decidiram, então, apresentar as estatísticas de morbi-mortalidade na região, como estratégia para sensibilizá-las.

Ao final da terceira reunião, o grupo contava com seis mães. Os técnicos chegaram à conclusão de que o horário e periodicidade das aulas estavam prejudicando o andamento do trabalho e esvaziando o grupo. Modificaram o horário e espaçaram mais as reuniões.

À quinta reunião (a primeira no novo horário), compareceram apenas duas mães. Diante deste fato, os técnicos que optaram por prosseguir o trabalho (alguns desistiram) cancelaram o curso e resolveram avaliar o diagnóstico inicial. Colocaram a questão: “por quê, embora nós saibamos que as mães desconhecem o assunto, elas não estão motivadas?”

A abordagem metodológica (trabalho informativo com características de curso) foi descartada como causa do fracasso, de não-comparecimento das mães, pois os técnicos “sabiam que esta é uma boa forma de ensino”.

Usaram também uma série de recursos didáticos (“slides”, transparências, álbum seriado, etc.), que por si só deveriam motivar o grupo. Além disso, foi com esta abordagem metodológica que os próprios técnicos haviam sido formados e, por vivência própria, “eles sabiam que era adequada”.

Na mesma época, uma enfermeira da UBS estava fazendo um curso sobre prevenção de riscos de acidentes na infância. Uma das tarefas do curso era a realização de um trabalho de levantamento junto à população. Como a enfermeira sabia da experiência do grupo de técnicos, optou por fazer seu trabalho na região da UBS e com o tema “A PERCEPÇÃO DAS MÃES SOBRE OS FATORES DE RISCO NO AMBIENTE FAMILIAR”.

Saiu a campo, pedindo que as mães desenhassem sua casa e assinalassem os locais de risco de acidentes que conheciam.

Ao final do trabalho, a enfermeira constatou que as mães identificavam todos os locais de risco que provocavam os acidentes mais frequentes na região. Verificou, ainda, que elas apontaram outros riscos que a própria enfermeira desconhecia: por exemplo, devido à topografia irregular do local, os fundos de quintal tinham pequenos barrancos de terra que, além de provocar um grande número de quedas, escondiam insetos e pequenos animais que picavam as crianças. Por provocarem pequenos ferimentos, que eram tratados em casa ou pelo farmacêutico, tais casos sequer chegavam à UBS (embora a médio ou longo prazo pudessem gerar agravos mais sérios).

Concluiu, então, que as mães conheciam os riscos, porém não identificavam as mudanças que deveriam ser introduzidas para eliminá-los ou diminuí-los.

Continuando com o barrancos no fundo de quintal...

Durante a semana seguinte, enquanto a equipe avaliava a proposta de diagnóstico, foi atendido na UBS um caso de fratura de braço de uma criança de nove anos, que caíra da laje de sua casa.

Como o caso demandava um tratamento mais especializado, a criança foi encaminhada a um hospital da região.

Nesta situação, os técnicos da equipe resolveram mudar o enfoque do diagnóstico. Visitaram a família do garoto e descobriram que ele brincava na laje porque era o único local espaçoso da casa onde morava, além de precisar subir na laje porque era lá que sua mãe pendurava roupa para secar e, às vezes, ele ajudava.

Na visita feita, colheram mais informações, conversando com vizinhos, e perceberam que o problema era comum a diversas famílias.

Ainda no mês anterior, uma criança caíra de uma laje, só que o fato não havia sido classificado como acidente pela mãe, porque a menina sofrera apenas algumas escoriações.

Foi a partir desse primeiro encontro informal que os técnicos planejaram um diagnóstico participativo, formando um grupo com pessoas da vizinhança, para discutirem formas de lidar com um ambiente com muitos riscos.

Os encontros aconteciam num galpão de uma marcenaria, cedido pelo dono, aos finais de tarde e fins-de-semana.

Foram realizados seis encontros. Nos dois primeiros as mães, população mais constante nas reuniões, foram levadas a expor um pouco de seus hábitos e condições de vida e, apesar do espaço ter sido usado algumas vezes para desabafos e lamentações, o técnico lidou com essa situação e, nos outros encontros, o grupo conseguiu identificar situações de riscos: locais perigosos na casa e hábitos que favoreciam a ocorrência de acidentes.

O grupo conseguiu, também, propor encaminhamentos, distinguindo coisas que podiam ser feitas a curto, médio e longo prazo, e também os níveis de responsabilidade das próprias pessoas, de outras pessoas, das autoridades e outras formas de pressão.

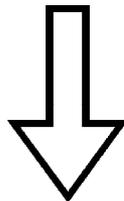
Com esse exemplo, queremos ilustrar a importância de adaptar as técnicas e os instrumentos de diagnóstico à população com a qual interagimos, ainda que esta não seja a única variável a ser considerada.

O QUE DIFERENCIOU

OS DOIS MOMENTOS DA HISTÓRIA?

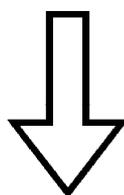
Primeiro momento da história

Forma de diagnóstico utilizada?



Analítico-Descritiva

Instrumento de coleta de dados?



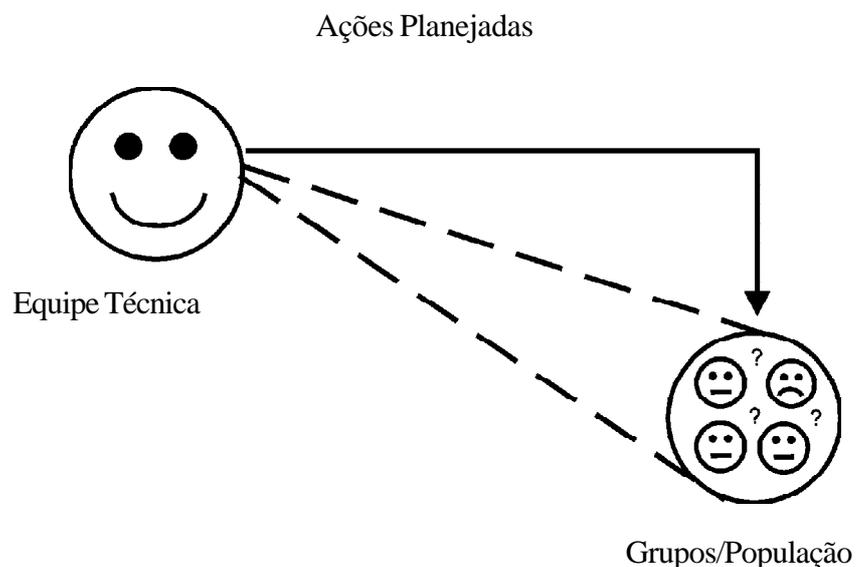
Questionário

No modelo analítico-descritivo, a rigor, a coleta de dados deve acontecer de forma análoga a um instantâneo fotográfico, retratando uma situação num determinado momento.² Não há diálogo, na relação profissional de saúde e população, na tentativa de já nesse momento, contribuir para mudanças da realidade encontrada.

Ao técnico caberá a coleta e a análise dos dados de forma descritiva, com sugestões para o planejamento de ações de saúde. Dos grupos ou da população espera-se que forneçam informações fidedignas e após, se necessário, executem ações para a promoção, prevenção e/ou cura de seus agravos de saúde, de acordo com as normas previstas.

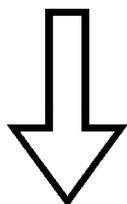
² O questionário, instrumento utilizado nesse momento da história, não foi adequado à população e não identificou as necessidades e problemas realmente existentes.

Essa forma de conhecer a realidade e de planejar as ações pode assim ser representada:



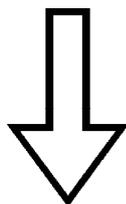
Segundo Momento da História

Forma de Diagnóstico Vivenciada?



Participativa

Técnicas Utilizadas?



Observação Participante Reuniões
Comunitárias

No diagnóstico participativo, utilizado num segundo momento, população e técnicos interagiram, num trabalho conjunto, buscando e identificando os problemas e suas causas, e discutindo soluções alternativas.

É um trabalho eminentemente educativo, com troca de experiências, valorização do conhecimento técnico como também do científico/popular. A vivência de cada participante é levada em conta, e todos, num trabalho conjunto, contribuem para mudanças na situação, visando à saúde coletiva

Não existe, nessa forma de diagnóstico, dissociação entre coleta de dados e intervenção para tentar minimizar os problemas encontrados. A pesquisa e a ação são fases interligadas e mediatas.

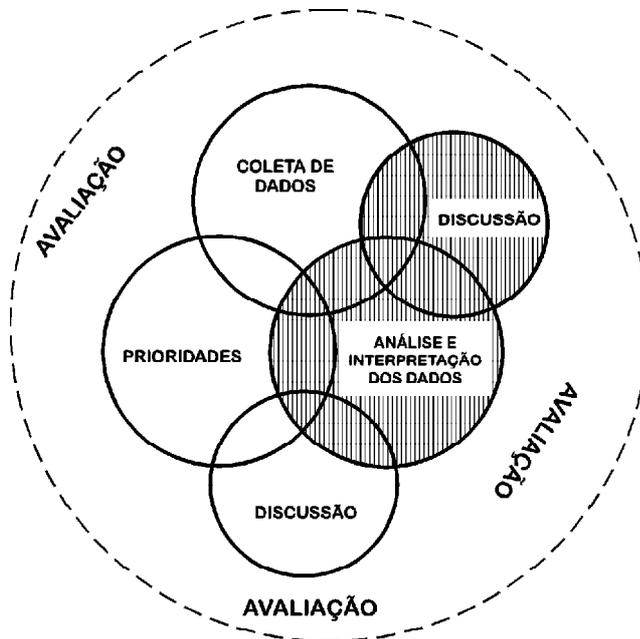
Os instrumentos e as técnicas utilizadas permitem o questionamento, o diálogo, o confronto do conhecimento científico atual e o popular, e a participação real dos profissionais de saúde e da população.

Cabe ao profissional e à equipe de saúde, no diagnóstico participativo, sensibilizar e estimular o trabalho do grupo, assumindo a posição de facilitadores da análise e discussões, sistematizando os pontos levantados, inserindo-os numa problemática mais ampla e gerando questões para um novo momento de problematização.

Cabe aos grupos, clientela, população, situar-se como participantes de um grupo de trabalho, identificando sua parcela de responsabilidade pela configuração geral de sua situação, conhecendo e analisando seu contexto, e propondo ações para modificá-lo.

Essa forma de planejamento das ações, a partir de um diagnóstico participativo, pode ser assim representada.





B - Discussão, Análise e Interpretação dos Dados

Vários fatores influenciam a definição da forma de coletar dados, assim como os instrumentos e técnicas a serem utilizados. Esta definição também influi na análise e interpretação de dados ou fatos, nas relações de causa-e-efeito, assim como nas propostas de intervenção.

Entre outros, temos:

- a postura e visão daqueles que são os responsáveis pelo desencadeamento das ações de diagnóstico de uma dada situação-problema;
- o tipo de dados a serem coletados;
- a situação-problema ser ou não emergencial;
- a postura e visão da população a ser envolvida;
- o compromisso com a participação real.

Esses fatores direcionam para um diagnóstico descritivo/analítico e/ou participativo.



Para respondermos, vamos antes conhecer a história da Patrícia

O grupo deve:

- identificar as variáveis (causas) que contribuíram para o desfecho da história;
- discutir e relacionar aquelas que julgar relevantes;
- montar um CARTAZ/MURAL, para apresentar suas conclusões sobre o caso.

Dona Nicota é viúva, tem 30 anos e mora num cômodo e cozinha, em Mirante do Sul, no bairro de Pindobinha. Tem quatro filhos: Patrícia (4 anos), Paulinho (6 anos), Zeca (9 anos) e Fabiana (11 anos), e trabalha como faxineira diarista para sustentar a família.

Dona Nicota, o Zeca e a Patrícia são diabéticos, e estão matriculados no Posto de Saúde de Pindobinha. A ida de todos ao Posto para consulta e outros exames é muito dificultada, por causa do horário de atendimento. Caso Dona Nicota falte ao trabalho, não receberá a remuneração do dia.

Por causa dessa dificuldade, não conseguiu marcar consulta para a Patrícia, que vinha se queixando de dor de dente há algum tempo. Como era “dente-de-leite” não se preocupou muito.

Na sua ausência, quem cuida da casa e dos irmãos mais novos é a Fabiana.

Há quinze dias Fabiana estava em casa com Paulinho e a Patrícia, enquanto o Zeca estava na escola. A menina mais uma vez começou a chorar com dor de dente. Fabiana, aflita, resolveu perguntar para a vizinha o que fazer. Esta disse: “dê um copo de água com bastante açúcar para acalmar a pequena Patrícia.”

Assim foi feito e quando Dona Nicota chegou, Patrícia estava ainda com o dente doendo, mas passando muito mal. Os irmãos muito aflitos diziam “que não sabiam o que tinha acontecido, que não tinham feito nada de mal para a menina”.

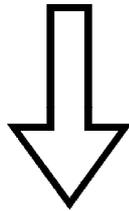
O Posto de Saúde não tinha médico e Dona Nicota procurou o Pronto-Socorro, onde Patrícia foi medicada.

Um funcionário chamou sua atenção por “não cuidar do controle de diabetes de sua filha”.

Dona Nicota, sem entender o porquê do comentário e cheia de dúvidas, voltou para casa levando a Patrícia ainda se queixando de dor de dente.

**A critério do monitor, de acordo com os interesses e necessidades do grupo participante, outro “estudo de caso” pode ser escolhido. O mesmo pode ser didaticamente elaborado ou retirado da vivência de elementos do grupo, desde que subsidie a análise e discussão do tema “Diagnóstico: causa/efeito e variáveis.”*

O que os murais revelam? *



Revelam que a visão do técnico, sua postura e forma de pensar definem a amplitude/profundidade na interpretação dos fatos e suas causas e efeitos, bem como as intervenções propostas.

Uma interpretação que a equipe de saúde poderá fazer sobre o caso da Patrícia é de que “a ingestão de açúcar” foi a causa da ida ao Pronto Socorro (efeito).

Pode concluir que “os diabéticos têm que saber em quais momentos podem ou não consumir açúcar, pois este lhes traz perigo de vida”.

Com essa interpretação, a proposta de intervenção educativa poderá ser:

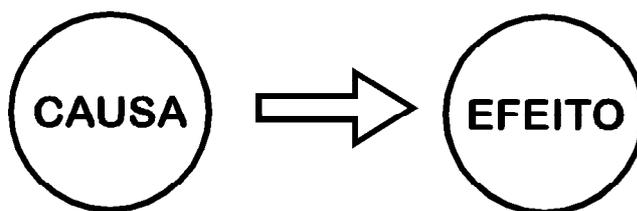
Informar aos diabéticos quando devem ou não consumir açúcar, pois a falta de informação poderá lhes acarretar perigo de vida.

Esta maneira de analisar e interpretar um fato concreto define:

- UMA CAUSA: ingestão de açúcar; e
- UM EFEITO: ida ao Pronto-Socorro, “coma diabético”.

* A sistematização dos conceitos sobre os modelos de diagnósticos, a critério do monitor, pode ser em plenária, seguida de exposição oral ou a leitura, em grupo, dos conteúdos descritos a seguir.

Esta é a Interpretação “Unicausal”²



Quando definimos qual será nossa prática a partir de um modelo de pensamento uniaxial, além de podermos incorrer no equívoco de colocar em execução um plano de ação baseado em prioridades e objetivos que dificilmente terão como produto final a resolução do problema, ainda corremos o risco de dirigir recursos, profissionais e ações para áreas que extrapolam o nosso poder de decisão.²

Essa forma de diagnóstico pode também levar o profissional de saúde a uma falsa percepção de suas possibilidades de ação. Pode também, ingenuamente, achar que somente com ações educativas irá resolver os problemas relacionados à saúde coletiva.

Outra Forma de Interpretação

A equipe poderá pressupor que existiriam múltiplas causas de diferentes naturezas, agindo ao mesmo tempo, gerando o mesmo efeito.²

Assim, conclui que a Patrícia foi parar no Pronto-Socorro (efeito) por várias causas, a saber: mãe trabalha fora e deixa as crianças em casa sem a presença de um adulto que possa prevenir este acidente; como não vai ao posto de saúde, devido ao horário inadequado em relação ao seu trabalho, não recebe orientação sobre o perigo do açúcar; e assim por diante.

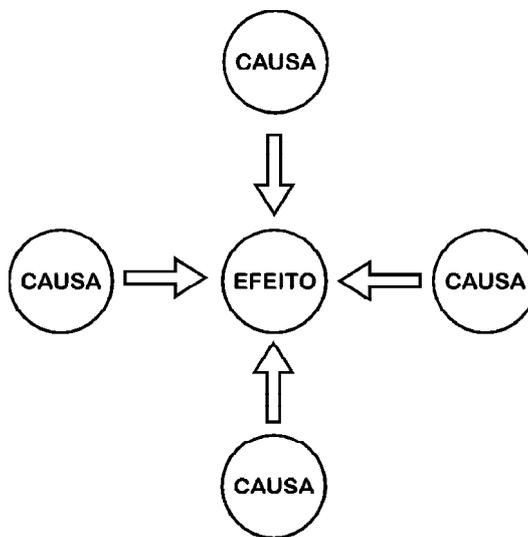
Considera todas as causas com o mesmo peso de importância, mesmo de diferentes naturezas, algumas extrapolando a resolutividade da área da saúde.

Esta maneira de interpretar uma realidade poderá levar ao imobilismo e à decisão de que “não podendo resolver todos os problemas, nada poderemos fazer”.

Este modelo ou forma de análise e interpretação dos dados coletados define:

- **MÚLTIPLAS CAUSAS:** de diferentes naturezas, mas com pesos iguais, e
- **UM EFEITO:** ida ao Pronto-Socorro

É a interpretação "Multicausal"²



Uma Nova Forma de Interpretação e Análise dos Dados

“Neste modelo, o pressuposto é de um conjunto de variáveis, que se relacionam e determinam entre si, produzindo um efeito. Há variáveis que têm um peso maior na produção do efeito, assim como há outras que atuam mais ou menos diretamente sobre ele.”²

A equipe de saúde, neste caso, analisa todas as possíveis causas/variáveis que interferiram para que a Patrícia fosse ao Pronto-Socorro (efeito). Procura saber “o quê influi em quê”, e descobre que as prioridades para a solução do problema envolvem ações educativas, de reorganização do Posto de Saúde, de treinamento dos profissionais de saúde, além da dificuldade econômica da família, das condições de trabalho de Dona Nicota, da falta de creche, pré-escola e outras.

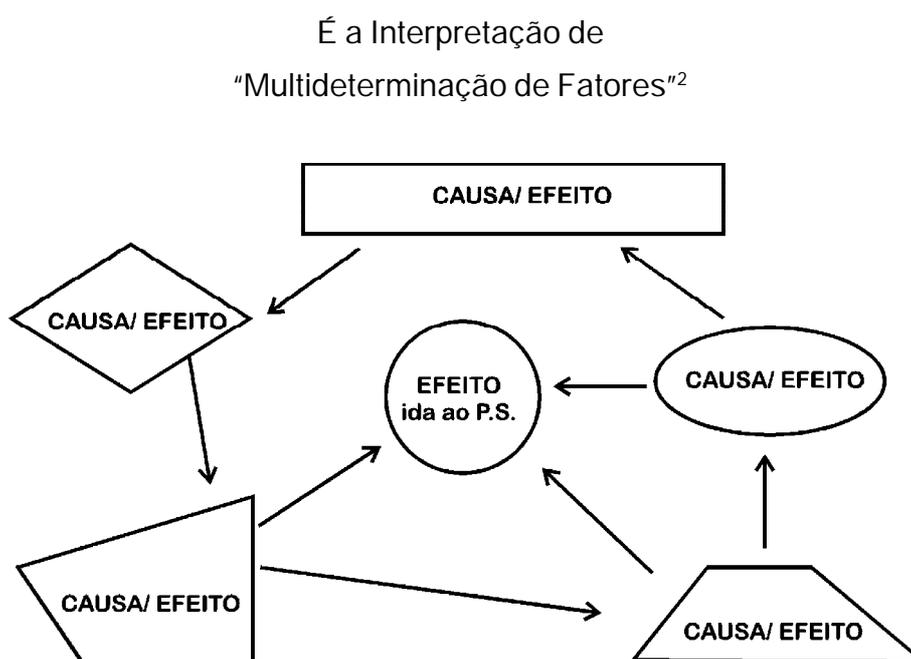
A partir dessa análise e interpretação, a equipe e demais envolvidos podem estabelecer prioridades, no seu nível de resolutividade, para atenuar o problema da família de Patrícia e de outras com problemas semelhantes e, assim, contribuir para uma melhoria nas condições de saúde.

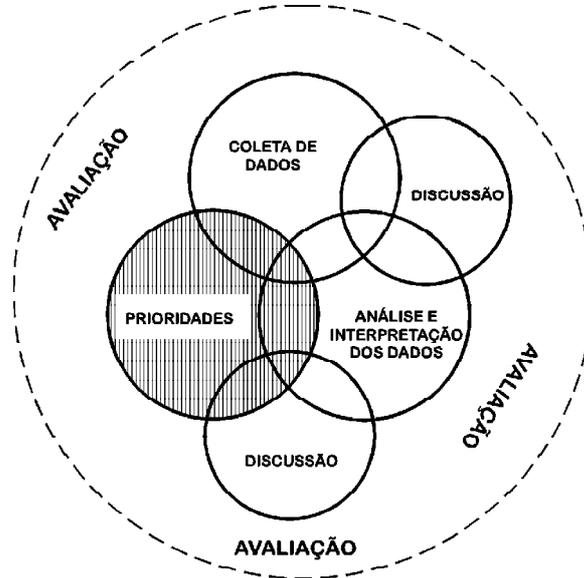
Neste caso, o grupo responsável pela intervenção consegue identificar os pontos-chave do problema, encontrar estratégias de ação que viabilizam intervenções sucessivas e complementares, ao mesmo tempo que permite um trabalho interinstitucional, com a participação dos profissionais de saúde, usuários e grupos interessados. Neste caso, pode haver confronto, conflito, pessimismo, otimismo, consenso, mas não imobilismo.

As ações educativas previstas são partes do processo de AÇÃO - ANÁLISE - REFLEXÃO - DECISÃO - AÇÃO.

Esta forma de interpretação define:

- **MÚLTIPLAS CAUSAS:** de diferentes naturezas e com diferentes pesos, e
- **VÁRIOS EFEITOS:** interdependentes.



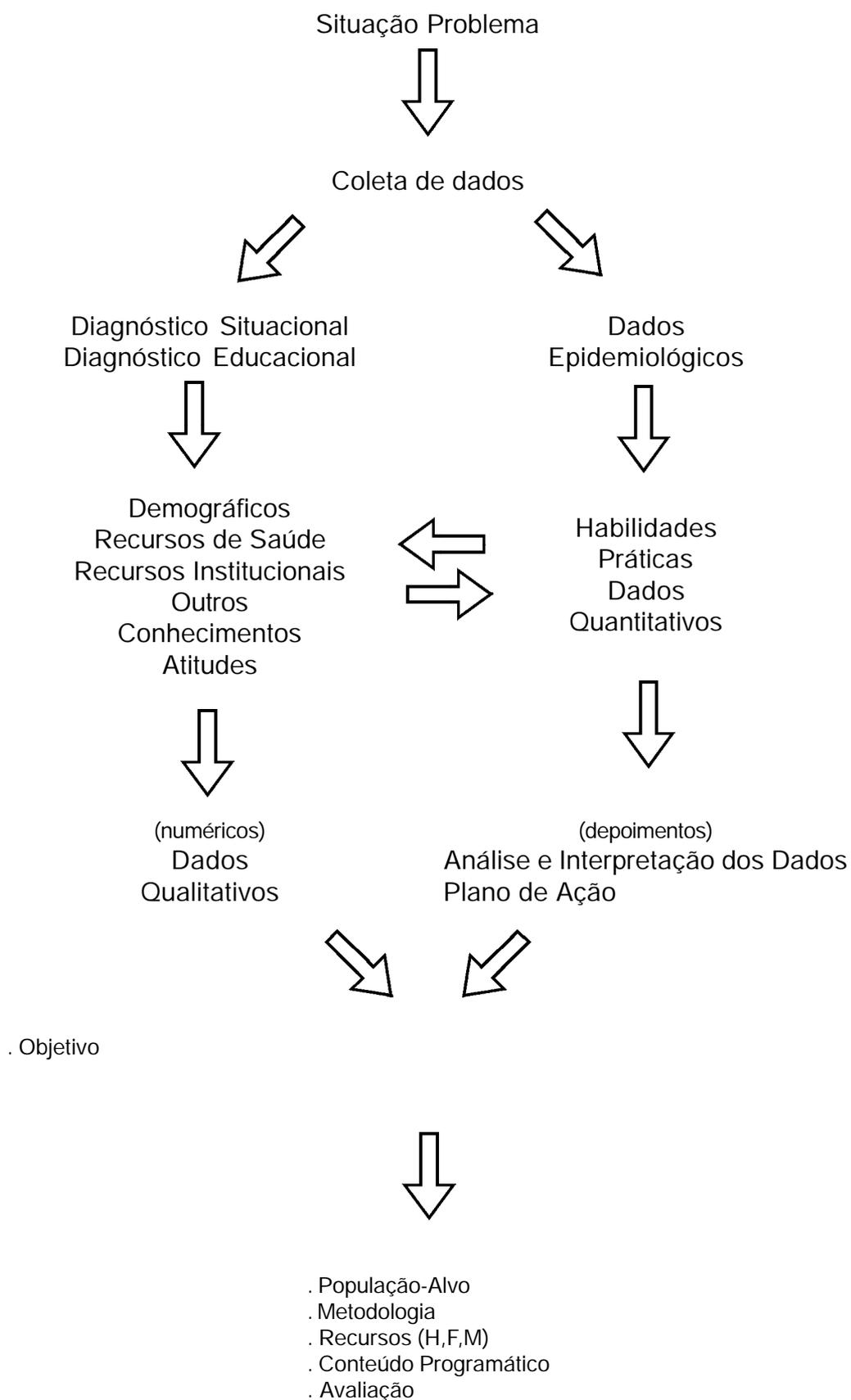


C - Estabelecimento de Prioridades

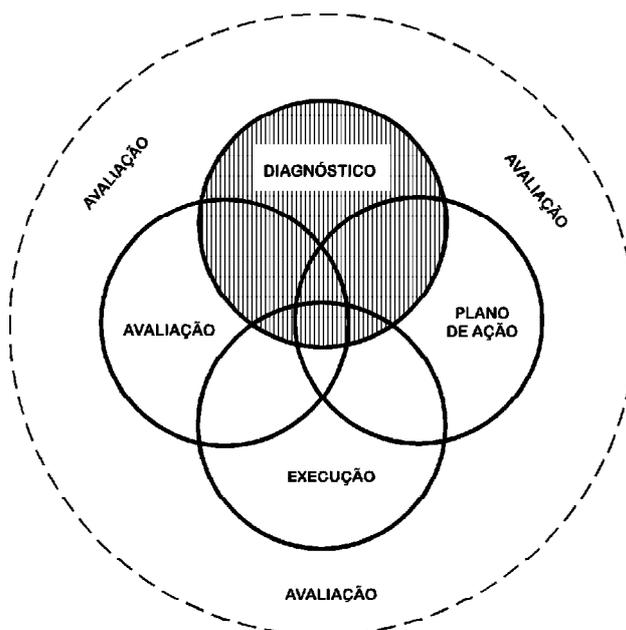
É a última fase do diagnóstico.

Neste momento, equipe de saúde, grupos e população interessada definem, entre os problemas identificados, aqueles que são passíveis de intervenção, no nível da organização de serviços, de socialização do conhecimento científico atual, da participação da população, em nível individual e/ou coletivo, que contribuirão para a melhoria da saúde da comunidade.

A partir dessa decisão, o próximo passo é a elaboração do **PLANO DE AÇÃO**, detalhando as atividades que deverão ser desenvolvidas, definindo: objetivos, população-alvo, recursos humanos, materiais e financeiros necessários, estratégias de execução e critérios de avaliação.



DIAGNÓSTICO DE UMA SITUAÇÃO E A AÇÃO EDUCATIVA*

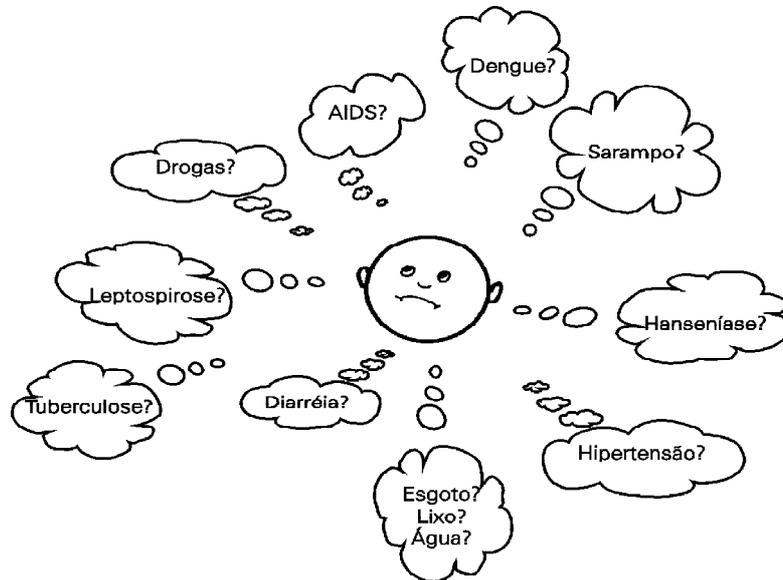


O diagnóstico de uma situação, na área da saúde, implica no conhecimento dos fatores de caráter demográfico, epidemiológico, de organização dos serviços de saúde, das instituições da comunidade, bem como de aspectos socioeconômicos e de infra-estrutura da localidade/município. Estes dados permitem a identificação do(s) problema(s) de saúde, dentro de um contexto de saúde coletiva. Sua identificação e análise crítica irão sugerir caminhos para o planejamento das ações de saúde.

Entretanto...

**A sistematização dos conceitos sobre diagnóstico educativo e a interpretação dos itens relacionados ao conhecimento, opiniões e a ação, a critério do Monitor e dependendo das características dos participantes, poderão ser feitas utilizando outros recursos didáticos. O texto a seguir poderá ou não ser utilizado, a partir das necessidades identificadas e de sua adequação ao grupo em questão.*

O que os usuários dos serviços de saúde e a população
conhecem, pensam e fazem, em
relação aos problemas de saúde?



Pensando em intervenções de caráter educativo que dependam de práticas/ações, dos profissionais de saúde, dos usuários e da população em geral, necessitamos identificar a maneira como esses grupos percebem, tomam decisões, agem ou reagem perante uma situação problema de saúde-doença. É essencial, para o planejamento de ações/atividades educativas, a identificação de como esses grupos interpretam e agem frente à situação de promoção, prevenção, tratamento, reivindicação, direito à saúde, participação, direito à cidadania e outras questões. **ESSES DADOS DE NATUREZA DE RELAÇÕES INTERPESSOAIS, DE PRÁTICAS, DO PENSAR E DO AGIR DOS ENVOLVIDOS, SÃO IDENTIFICADOS PELO DIAGNÓSTICO EDUCATIVO.**

Mas... O que é diagnóstico educativo?

O diagnóstico educativo nos permite identificar as práticas das pessoas, grupos ou comunidades, relacionadas à saúde e à doença, enquanto parte de seu contexto de vida. Através do diagnóstico educativo, temos condições de obter informações sobre o conhecimento (C), as opiniões, as atitudes (A), as habilidades (H) e a própria prática/ação (P) dos indivíduos e grupos em relação aos problemas. Assim, pelo diagnóstico educativo, iremos

identificar o “CAHP” da população em relação a uma situação problema; estes dados complementam o diagnóstico da situação. Ambos são interdependentes e a inter-relação entre eles facilita a análise, e a escolha de estratégias para o planejamento do componente educativo das ações de saúde.

MAS... SERÁ QUE?

- **A informação e/ou divulgação do conhecimento científico atual, e**
- **Uma atitude e/ou opinião favorável para o enfrentamento de um dado problema garantirão uma prática/ação favorável à melhoria das condições de saúde?**

Existem variáveis de diferentes naturezas, que interferem na decisão das pessoas, dos grupos e da população no momento de passarem da intenção para a ação, e que podem estar relacionadas:¹⁰

- **ao próprio indivíduo**, como ter medo, prazer, repulsa, etc.

- **à instituição Saúde:**

- distância a percorrer de sua casa até a Unidade de Saúde;
- horários de atendimento não-compatíveis com as necessidades da população;
- interação conflituosa entre usuário/funcionário;
- outras variáveis.

- **a fatores econômicos e sociais:**

- pressão de grupos para a manutenção de uma prática: “coerção social”;
- condições financeiras precárias, dificultando, por exemplo, a compra de medicamentos, transporte para a Unidade de Saúde, etc.;
- horário de trabalho, impedindo o comparecimento à Unidade de Saúde.

- **a fatores ligados ao grupo familiar**, por exemplo: o apoio da família em problemas como diabetes, senilidade, alcoolismo, obesidade e outros.

Esses dados são qualitativos e a sua identificação será mais abrangente, se realizada por um diagnóstico participativo, utilizando instrumentos e técnicas pedagógicas.

Um Exemplo

Uma gestante pode ter conhecimentos científicos, atuais e sistematizados em relação ao pré-natal, apresentar uma atitude favorável ao acompanhamento da gravidez, e entretanto, ter uma atitude desfavorável à situação que envolve o controle pré-natal, em consequência de fatores como:

- Unidade Básica de Saúde distante de sua residência;
- tempo de espera de atendimento muito longo;
- relação conflituosa com os profissionais de saúde;
- medo do exame ginecológico;
- horário de atendimento incompatível com seu horário de trabalho;
- outros.

Neste contexto é provável que ela não faça o pré-natal, apesar de conhecer suas vantagens e considerá-lo importante para o seu bem-estar e do seu futuro filho.

O diagnóstico educativo fornece-nos, assim, caminhos alternativos para a definição de intervenções educativas, enxergando a pessoa/grupo como parte integrante de um contexto social global.

As ações que envolvam mais um ou outro componente do “CAHP”, de acordo com as necessidades identificadas, devem ser planejadas, levando em conta todos os outros componentes.

As intervenções educativas, como experiências de ensino-aprendizagem, abrangem o Homem, como ser pensante, com conhecimentos vividos, um sentir que lhe é próprio, e agindo de acordo com sua visão de mundo e do contexto social, econômico, cultural do qual é parte.

FUNÇÃO EDUCATIVA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE: O PAPEL DE CADA UM.

“EDUCAÇÃO É TAREFA DE TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: INSERE-SE EM TODAS AS ATIVIDADES. DEVE OCORRER EM TODO E QUALQUER CONTATO ENTRE O PROFISSIONAL DE SAÚDE E A POPULAÇÃO, DENTRO E FORA DA UNIDADE DE SAÚDE”.⁴

“A ação educativa, como um processo de capacitação de indivíduos e de grupos para assumirem a solução dos problemas de saúde, é um processo que inclui também o crescimento dos profissionais de saúde, através da reflexão conjunta sobre o trabalho que desenvolvem e suas relações com a melhoria das condições de saúde da população. O técnico em saúde (de qualquer nível) tem que se preparar para um método educativo que se baseie na participação social, através da sua própria prática profissional. Os profissionais da unidade de saúde devem desenvolver entre si um espírito de equipe onde realmente reflitam, decidam e trabalhem juntos, estabelecendo um verdadeiro relacionamento horizontal, com uma postura profissional que se estenda às relações com a população”.⁴

Os técnicos e a ação institucional

“Os técnicos, como funcionários da instituição pública, têm o seu papel definido pelo próprio papel que cabe à instituição pública desempenhar em relação à população. A função do técnico é, pois, uma função intermediadora entre a instituição e a população”.²⁸

"Uma ação educativa, como a que acima se tentou conceituar, referindo-se a ambos os sujeitos da prática pedagógica, exige uma reeducação do técnico, compreendendo-se que ele é funcionário e também cidadão, membro, portanto, da sociedade e das classes que a constituem".²⁸

"Neste sentido, a prática profissional junto à população deixará de dar ênfase exclusiva às propostas institucionais para ser também uma participação do técnico na vida, nos problemas e nos interesses da população.

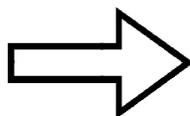
Somente um tipo de prática assim comprometida com os interesses e problemas da população, permitirá a reeducação do técnico. Sendo, portanto, a ação educativa a própria prática profissional, não há como separar a ação profissional exercida na instituição da ação educativa junto à população. Não há dois momentos, um em que se é técnico da instituição e outro em que se é educador-educando. A ação educativa é a prática profissional: todo momento e todo lugar é momento e lugar para se realizar a ação educativa". ²⁸

Chegamos ao momento de decidir o nosso caminho

PLANEJAR AS AÇÕES EDUCATIVAS,
INSERIDAS NO PLANEJAMENTO GLOBAL,
PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE,
PREVENÇÃO, TRATAMENTO E CURA
DOS AGRAVOS DE SAÚDE,
NO NOSSO NÍVEL DE ATUAÇÃO.

QUE FORMA DE PLANEJAMENTO ESCOLHER?
QUAL PROCESSO DE DIAGNÓSTICO PRETENDEMOS
PRATICAR?

VAMOS PARA A AÇÃO.



3

A PRÁTICA EDUCATIVA: A SAÚDE E A DOENÇA

OBJETIVOS

- Identificar formas alternativas para o conhecimento de uma dada realidade.
- Identificar e construir instrumentos para coleta de dados.
- Vivenciar o conhecimento de uma dada realidade efetuando um diagnóstico da situação educativa.
- Selecionar os problemas de organização de serviços e outros, e apresentar sugestões para encaminhamentos.
- Identificar situações que justifiquem a intervenção educativa.
- Elaborar propostas de intervenção educativa para resolução dos problemas de natureza pedagógica.

CONTEÚDO

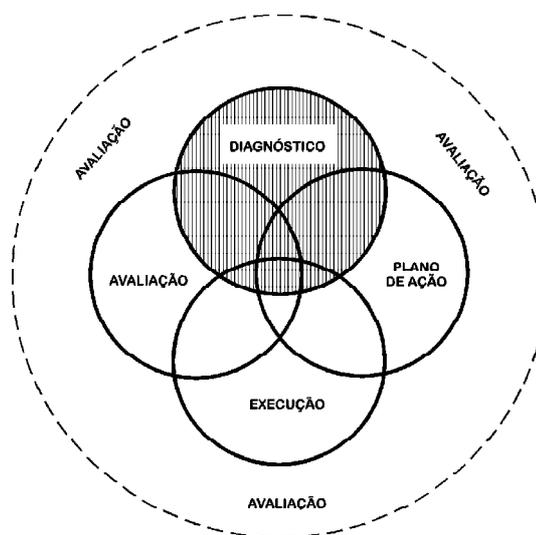
Vivência prática, incluindo:

- ações para o diagnóstico educativo de uma situação-problema;
- indicação de proposta de intervenção, para os problemas de natureza pedagógica, e
- planejamento das ações educativas.

JÁ TEMOS A TEORIA.

AGORA...

VAMOS À PRÁTICA?



Diagnóstico de uma situação problema*

Já tomamos a decisão sobre qual proposta educativa pretendemos praticar. A partir de agora, vamos para a ação.

Caso surjam dúvidas ou perguntas para as quais não encontramos uma resposta, vamos novamente recorrer à teoria, por meio dos textos já conhecidos e de outros presentes no final desta unidade.

Em pequenos grupos, teremos a oportunidade de:

- planejar e executar uma intervenção para o diagnóstico de uma situação/problema de saúde, a ser definida de acordo com as necessidades, interesses e recursos disponíveis no município/localidade;
- caracterizar nosso universo de ação (instituição e/ou população), conhecendo suas principais características demográficas, econômico-sociais, epidemiológicas e outras, dependendo da situação-problema definida;
- vivenciar o processo para o diagnóstico educativo da situação-problema, identificando os conhecimentos, as atitudes/opiniões e as práticas dos profissionais de saúde, usuários, professores, conselheiros, jovens, escolares, idosos, mães e outros, sobre a problemática da _____;
- sistematizar o diagnóstico situacional e educativo, com propostas para a implementação do componente educativo nas ações de saúde.

* O grupo/monitores, responsáveis pela “Oficina”, devem propiciar o apoio e a assessoria pedagógica, de acordo com as características e necessidades dos participantes. É recomendável o acompanhamento personalizado do processo vivenciado por cada pequeno grupo.

Questões a serem respondidas e atividades anteriores à coleta de dados.

1. Qual a nossa temática?

Qual a situação ou agravo de saúde que, no momento, mais preocupa os técnicos e a população? É problema de Saúde Pública? Por quê?

2. Qual a nossa população-alvo?

Profissionais de saúde, grupos populacionais específicos, população em geral?

3. Qual o nosso propósito ao desencadear as ações de diagnóstico?

4- Qual a nossa proposta metodológica para fazer o diagnóstico:

. descritiva, analítica ou participativa?

. diagnóstico situacional e educativo em etapas ou concomitantes?

5- Quais dados secundários já possuímos?

6- Quais dados primários necessitamos levantar?

7- Qual o nosso tempo disponível para a coleta organização e análise dos dados?

8- Qual(is) técnica(s) utilizaremos para a coleta de dados?

9- Qual(is) instrumento(s) para coleta dos dados deverá(ão) ser preparado(s)?

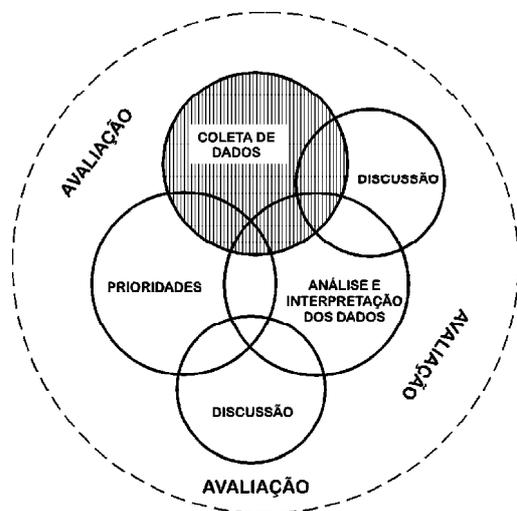
10- Onde buscar os materiais e equipamentos necessários para o preparo das técnicas e dos instrumentos escolhidos?

11- Quais as responsabilidades de cada elemento do grupo?

12- Que providências administrativas devem ser executadas antes da coleta dos dados (prática de campo)?

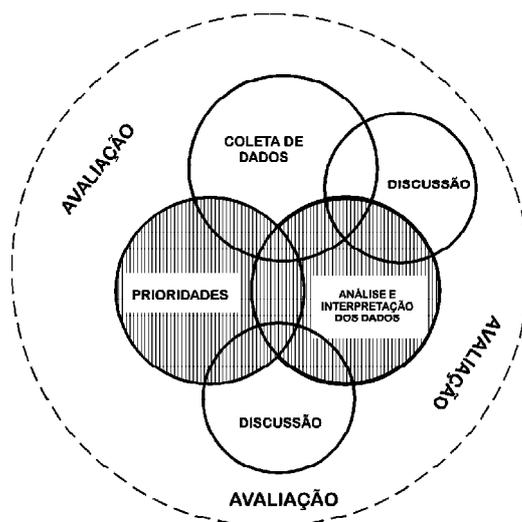
Quem assume essa responsabilidade?

Tudo pronto?
Vamos para a ação.



Retornando da prática.

Próximos passos.



Análise, interpretação dos dados
e estabelecimento de prioridades.

QUAL O DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA?

Para responder a essa questão o grupo realizará:

- tabulação dos dados coletados, se necessário;
- elaboração de tabelas, quadros e gráficos, se for o caso;
- descrição das atividades qualitativas, identificando os resultados. Incluir depoimentos, se for o caso;
- análise dos dados levantados;
- priorização dos problemas identificados;
- levantamento de hipótese de solução;
- identificação e sugestões de encaminhamento dos problemas de natureza administrativa e/ou de organização de serviços e outros;
- identificação e propostas de intervenção educativa para resolução dos problemas de natureza pedagógica.

Completando a fase de diagnóstico, o grupo terá subsídios para

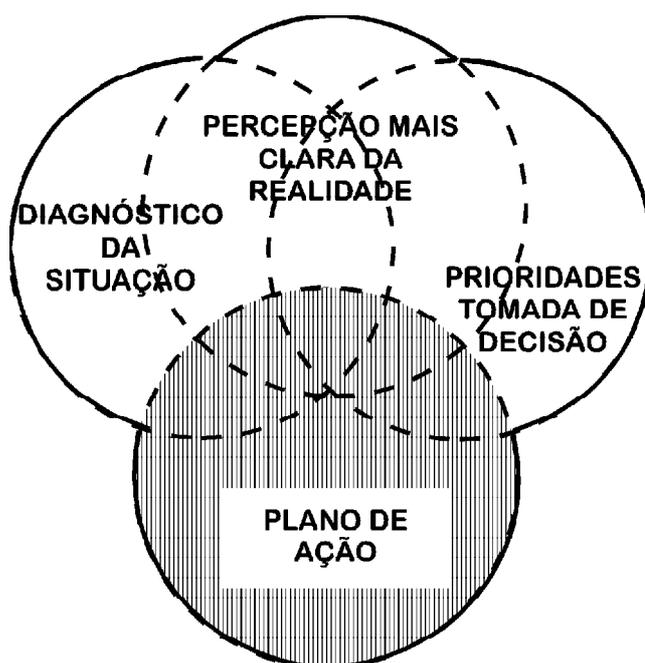
- descrever o problema;
- caracterizar a população alvo e/ou a instituição estudada, se for o caso;
- descrever os dados levantados, com análise dos resultados ou situações identificadas;
- apresentar propostas ou sugestões para resolução dos problemas de natureza pedagógica.

ELABORAÇÃO DO PROJETO EDUCATIVO

O planejamento das ações educativas, como parte das ações de saúde, quer de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, cura e reabilitação, deve contar com a participação da equipe de saúde, de usuários, e de representantes de diferentes segmentos da população, na busca de intervenção mais adequada à realidade local.

Já temos o diagnóstico da situação e uma percepção mais clara da realidade. Estabelecemos prioridades e concluímos “que ações necessitamos desenvolver”.

O PRÓXIMO PASSO É A ELABORAÇÃO DO NOSSO PLANO DE AÇÃO.



PLANO DE AÇÃO

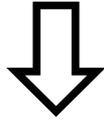
O trabalho do grupo agora é o de elaborar uma proposta educativa. É hora de estruturar um documento. Como sugestão, o grupo pode seguir o roteiro abaixo:

Roteiro*

- **TÍTULO DO TRABALHO**
- **DESCRIÇÃO DO PROBLEMA**
- **CARACTERÍSTICA GERAL DO MUNICÍPIO, INSTITUIÇÃO E DA POPULAÇÃO-ALVO**
- **DIAGNÓSTICO EDUCATIVO**
 - . Apresentação e análise dos dados
- **PROJETO EDUCATIVO**
 - . Justificativa
 - . Objetivos
 - . Geral
 - . Específicos
 - . Conteúdo programático
 - . População-alvo
 - . Metodologia
 - . Avaliação
 - . Recursos
 - . Humanos
 - . Materiais
 - . Financeiros
 - . Cronograma/quadro de atividades

* A leitura/consulta do texto “Projeto educativo: passo a passo” facilitará na estruturação e redação do documento/projeto educativo.

Diagnóstico educativo



Esta etapa corresponde à organização, análise e apresentação dos dados coletados para identificação dos problemas de natureza pedagógica, incluindo propostas e/ou sugestões para a sua resolução. Ainda pode indicar sugestões para encaminhamento dos problemas de organização de serviços, e outros que possam interferir na operacionalização das ações educativas.

Projeto educativo



Por quê?

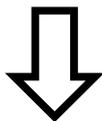


Justificativa

O primeiro passo é justificar o porquê da necessidade de ações educativas estruturadas, reportando ou repetindo as conclusões e outros aspectos identificados no diagnóstico situacional e educativo. É importante explicitar que as ações de saúde nem sempre alcançam o objetivo pretendido sem essa intervenção. A proposta pedagógica é a de desenvolver nas pessoas, grupos e/ou população, a consciência das causas e conseqüências dos problemas de saúde e, ao mesmo tempo, criar condições para atuar no sentido da mudança.

** Documento elaborado pelo grupo de trabalho como subsídio para elaboração do projeto educativo. Contém informações sobre os conceitos desse assunto.*

O QUE ESPERAMOS ALCANÇAR?



OBJETIVOS

Temos dois tipos de objetivos: o geral e os específicos. O **OBJETIVO GERAL** expressa a decisão, ação pretendida com a intervenção educativa, envolvendo equipe de saúde, usuários, grupos comunitários e/ou população em geral.

Os **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** são passos para alcançarmos o objetivo geral. Eles indicam o que precisamos fazer para alcançá-lo.

Exemplos de objetivos geral e específicos.

PROBLEMA

Numa unidade básica de saúde foram atendidos, num espaço de tempo relativamente pequeno, vários casos de queimadura em crianças. Os profissionais de saúde, em conjunto com a comunidade, planejaram um programa educativo com os seguintes objetivos:

OBJETIVO GERAL

As mães e/ou responsáveis por crianças deverão adotar práticas para eliminar as situações que oferecem risco de queimaduras no ambiente domiciliar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

As mães e/ou responsáveis por crianças deverão:

- identificar os diversos tipos de acidentes;
- identificar o número de casos e a gravidade dos acidentes por fogo e chama;
- relacionar formas para prevenir, no domicílio, situações favoráveis aos acidentes por fogo e chama;
- observar o ambiente doméstico, descobrindo locais, situações e hábitos familiares que possam ser causa de acidentes por fogo e chama, tomando as medidas necessárias para mudá-los e/ou eliminá-los.

COMO REDIGIR OBJETIVOS?

Redação operacional de objetivos

A redação de objetivos de maneira operacional pode ser facilitada seguindo alguns critérios.

- Devem ser redigidos em termos da população-alvo, e não em termos de quem pretende intervir para mudar algo.

Em termos da população-alvo. Exemplo:

- . As gestantes deverão enumerar. . .

Em termos de quem pretende intervir. Exemplo:

- . Levar as gestantes a enumerar. . .

- Deve incluir sempre uma ação que é expressa por um verbo.
Exemplo:

- . Citar
- . Ingerir
- . Mencionar
- . Identificar

- A ação deve sempre se referir a algum objeto ou conteúdo.
Exemplo:

- . Citar. . . (o quê?)
- . Ingerir. . . (o quê?)
- . Mencionar. . . (o quê?)
- . Identificar. . . (o quê?)

Os dois elementos básicos da redação de objetivos de maneira operacional são, portanto, ação e conteúdo. Exemplo:

- . As gestantes deverão enumerar (ação) cinco causas de anemia (conteúdo).

Os verbos utilizados na redação dos objetivos, para indicar a ação esperada, podem ser mais ou menos precisos. Não há critério rígido para se estabelecer quais verbos são precisos ou imprecisos. Na redação de objetivos, principalmente os específicos, devemos utilizar os verbos que indicam com maior precisão a ação esperada. Um ou outro objetivo poderão utilizar verbos menos precisos, porém isso não invalida a ação pretendida. O importante é o conjunto das ações.³²

O seguinte rol de verbos permite uma comparação entre verbos com maior e menor precisão.³²

**Verbos menos precisos
(várias interpretações)**

Aprender
Conhecer
Compreender
Apreciar
Pensar
Entender
Valorizar
Tolerar
Respeitar
Familiarizar
Desejar
Acreditar
Saber
Avaliar
Desfrutar
Temer
Interessar
Motivar
Captar
Orientar
Aumentar
Melhorar
Conscientizar
Estimular
Reconhecer
Acertar
Refletir

**Verbos mais precisos
(sentido único)**

Discutir
Identificar
Relacionar
Construir
Comparar
Traduzir
Integrar
Selecionar
Ilustrar
Interpretar
Distinguir
Resumir
Classificar
Ordenar
Aplicar
Enumerar
Resolver
Decidir
Localizar
Assinalar
Confeccionar
Escrever
Indicar
Descrever
Elaborar
Encaminhar
Instrumentalizar
Capacitar
Formular
Propor
Intervir
Participar
Socializar

O que fazer?



CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Para cada objetivo específico deve ser previsto pelo menos um conteúdo programático. Este, ao ser desenvolvido, deverá proporcionar o alcance do objetivo específico inicialmente previsto.

Exemplo: Os pais ou responsáveis pelas crianças matriculadas na UBS... deverão identificar as vacinas que compõem o esquema básico de vacinação.

Conteúdo programático

- O que é vacina?
- Vacina BCG;
- Vacina Sabin;
- Vacina tríplice;
- Vacina anti-sarampo;
- Vias de administração, idade, doenças que previnem.

Com quem?



POPULAÇÃO-ALVO

Caracterização do grupo que participará das atividades, em termos de idade, escolaridade, sexo e outros atributos considerados.

Exemplos:

- Mães e/ou responsáveis por crianças;
- Professores e alunos da escola de primeiro grau;
- Usuários da UBS...

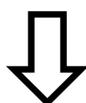
Como?



METODOLOGIA

Explicitar a opção pedagógica que deverá direcionar a intervenção educativa, justificando-a. O importante é que ela seja identificada com clareza, bem como a escolha das técnicas pedagógicas e ludopedagógicas previstas em todas as ações de intervenção. A opção é única; as técnicas poderão ser diversificadas.

O que preciso?



RECURSOS

▪ **Recursos humanos**

Citar os profissionais que estarão envolvidos na intervenção educativa.

▪ **Recursos didáticos**

Apostilas, manuais, normas técnicas, etc.

▪ **Recursos materiais**

Listar todo material necessário: pincel atômico, giz, cartolina, cola, tesoura, papel sulfite, fita crepe, papel pardo, pintura a dedo, etc.

▪ **Recursos audiovisuais**

Fita de vídeo, transparências, "slides", álbum seriado, pranchas e outros instrumentos didáticos artesanais.

▪ **Equipamentos**

Retroprojektor, videocassete, projetor de "slides", cavalete para álbum seriado, etc.

▪ **Recursos financeiros**

Caso seja necessário a compra de materiais, detalhar preço unitário e o total de material a ser adquirido, tanto de consumo como permanente. Não havendo necessidade de compra, citar quem oferecerá o material a ser utilizado. Se necessário, solicitar recursos para pagamento de serviço de terceiros (destinado, por exemplo, à hora/aula para monitores convidados).

Organizar este item de acordo com as normas da rotina do seu local de trabalho.

Em quanto tempo?

Em que local?



CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

- O programa educativo será executado:
 - . diariamente?
 - . 1 vez por semana?
 - . 2 vezes por semana?
- Qual a carga horária?
- Em que local?

Resolvemos ou atenuamos

o

problema?



AVALIAÇÃO

Descrever os critérios estabelecidos e as técnicas e instrumentos que serão utilizados na avaliação dos objetivos específicos (questionário, formulário, demonstração, roteiro de observação, reuniões, entrevistas, relatórios, etc.).

Selecionar, entre as ações executadas, aquelas que servirão de instrumento de avaliação para verificação dos resultados gerais ou mesmo o reconhecimento das alternativas que o grupo/população encontrou para resolver total ou parcialmente o seu problema.

Exemplo: a população se reuniu em uma cooperativa para comprar alimentos por menor custo, no CEASA, e assim diminuir o grau de desnutrição das famílias.

A seguir, como sugestão, apresentamos um modelo para melhor visualização da proposta de intervenção. Ela poderá ser aproveitada na íntegra ou modificada, a partir de cada realidade.

PROJETO EDUCATIVO

OBJETIVO GERAL:					
POPULAÇÃO-ALVO					
Objetivos Específicos	Conteúdo Programático	Técnicas	Recursos Materiais	Recursos Humanos	Avaliação

O RECOMEÇO DA CAMINHADA.

Existe um tempo de refletir, aprender e decidir, e um tempo para agir.

Após esta nossa caminhada, chegou o momento de apresentarmos propostas para a implementação do componente educativo das ações da saúde coletiva, em nosso nível de atuação.

Vamos pensar:

- nas ações educativas a serem inseridas no nível de promoção e prevenção da saúde individual e coletiva;
- nas atividades pedagógicas componentes das ações de assistência curativa e de pronto-atendimento;
- nas atividades referentes à instrumentalização de todos aqueles responsáveis por ações ligadas à saúde, especialmente à educação popular;
- nas ações junto aos Conselhos de Saúde, movimentos populares e à população em geral, que envolvam a produção/construção do conhecimento.

A caminhada recomeça de acordo com nosso próprio espaço e com a parceria que estabelecermos, envolvendo outros profissionais da saúde, educação, conselheiros de saúde, grupos populares e demais interessados na saúde de todos nós.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 - AMMANN, S. B. *Participação social*. São Paulo: Cortez & Moraes, 1977.
- 02 - AUGUSTO, M. S. & VIANNA, R. D. *O continente perdido de MÚ, os doentes de Lázaro e os barrancos no fundo do quintal: histórias e perguntas sobre diagnóstico situacional*. São Paulo: CADAIS, Núcleo de Educação, 1991. [Mimeografado].
- 03 - BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. “*Ação educativa: diretrizes*”. In: Encontro de Experiências de Educação e Saúde, 1, Brasília, 1981. Anais ... Brasília, Divisão Nacional de Educação em Saúde, 1981. p. 16 - 33. [Educação e Saúde, 1].
- 04 - BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. Encontro de Experiências de Educação e Saúde da Região Centro-Oeste e Minas Gerais, Belo Horizonte, 1982. *Ação Participativa: avaliação de experiências*. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 21 - 24. [Série F: Educação e Saúde, 5].
- 05 - BRASIL. Ministério da Saúde. SUCAM. *Relatórios sobre diagnósticos educativos realizados no curso de capacitação sobre educação e pesquisa participante para o PCDEN*. Cachoeira, BA: SUCAM, 1988. [Mimeografado].
- 06 - BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. “*Informações epidemiológicas como instrumento de planejamento e gerência dos serviços de saúde*”. In: *Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde*. Brasília: IEC, 1994.
- 07 - BRASIL. (Leis e Decretos) *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá providências. Brasília 1990.

- 08 - BRASIL. (Leis e Decretos) *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. Brasília, 1990.
- 09 - BURKLEY, H. E. *O menino*. São Paulo: [s.n., s.d.]
- 10 - CANDEIAS, N. M. F. & MARCONDES, R. S. *Diagnóstico em educação em saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área da saúde pública*. São Paulo: Rev. Saúde Públ., 13: 63 - 8, 1979.
- 11 - CONVERSANI, D. T. N.; LESSA, Z. L.; CARMO, E. M. “Repensando a nossa prática”. In: *Educação em Saúde e a mobilização comunitária*. Brasília. SUCAM, 1990. [Mimeografado].
- 12 - DEMO, P. *Participação é conquista*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1993.
- 13 - DIAZ BORDENAVE, J. & PEREIRA, A. M. *Estratégias de ensino-aprendizagem*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1985.
- 14 - DIAZ BORDENAVE, J. “Opções pedagógicas”. In: Encontro de Experiências de Educação e Saúde da Região Norte, Belém, 1982. *Ação Participativa: capacitação de pessoal*. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982. p. 13 - 18. [Série F: Educação e Saúde, 3].
- 15 - _____. *Além dos meios e mensagens: introdução à comunicação como processo, tecnologia, sistema e ciência*. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 1987.
- 16 - _____. A opção pedagógica pode ter consequências individuais e sociais importantes. In: *Planejamento e participação*. Rev. Educ. AEC do Brasil. Ano 13, nº 54, 1984.
- 17 - _____. *O que é participação?* 5 ed. São Paulo: Brasiliense, 1987. [Coleção Primeiros Passos, nº 95]
- 18 - FALKEMBACH, E. M. F. & BELATO, N. O. *Planejamento participativo*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- 19 - FLEURY, R. M. *Educar para que?: Contra o autoritarismo da relação pedagógica na escola*. Goiânia: Ed. UCG; Uberlândia: Ed. UFU, 1986.
- 20 - FREIRE, P. *Educação e mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- 21 - _____. *Educação como prática de liberdade*. Rio

de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

- 22 - IPEA, IPLAN. *Subsídios metodológicos para a prática da educação e participação em saneamento rural*. Brasília: Ipea, 1989.
- 23 - JARA, O. *Concepção dialética da educação popular*. São Paulo: Cepis, 1985. (Texto de apoio, 2). [Mimeografado].
- 24 - _____ . *Como conhecer a realidade para transformá-la?* São Paulo: Cepis, 1986. (Texto de apoio, 10) [Mimeografado].
- 25 - LESSA, Z. L. *Hanseníase e educação em saúde: o confronto entre o conhecimento científico, empírico e teológico*. São Paulo: FSP - USP, 1986. [Tese de mestrado].
- 26 - MENDONÇA, G. F. Educação em saúde: um processo participativo. In: Encontro de Experiências de Educação e Saúde da região Centro-Oeste e Minas Gerais, Belo Horizonte, 1982. *Ação participativa: avaliação de experiências*. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 11 - 19. [Série F: Educação e Saúde, 5].
- 27 - PELETTI, C. *Didática geral* 11ª ed. São Paulo: Ática, 1990.
- 28 - PINTO, J. B. Ação educativa através de um método participativo no setor saúde. In: Encontro de Experiências de Educação e Saúde da região Nordeste, Natal, 1982. *Ação Participativa: metodologia*. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 15 - 19. [Série F: Educação e Saúde,4].
- 29 - PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. *Participação e controle social no Sistema Único de Saúde*. São Paulo: ARS 1, 1991. [Mimeografado].
- 30 - SÃO PAULO (Estado) Secretaria de Estado da Saúde. *Trabalhando com gestantes: manual para profissionais de saúde*. São Paulo: FESIMA, 1988.
- 31 - SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. CADAIS. Núcleo de Educação em Saúde. *Educação em Saúde: coletânea de técnicas*. São Paulo: FESIMA, 1993.

- 32 - SOSSAI, J. A. *Determinação de objetivos educativos*. São Paulo: Rev. Saúde Públ., 8: 437 - 42, 1974.
- 33 - VALLA, V. V; CARVALHO, M.; ASSIS, M. *Participação popular e os serviços de saúde: o controle social como exercício de cidadania*. Rio de Janeiro: Pares. Fundação Oswaldo Cruz, 1993.
- 34 - VALLA, V. V. & STOTZ, E. N. *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.
- 35 - VEREDA. Centro de Estudos em Educação. *Exercitação*. São Paulo: [s.n., s.d.].