

A Educação em Saúde na Prática do PSF

Anna Maria Chiesa¹

Maria De La Ó Ramallo Veríssimo²

Introdução

A prática educativa em saúde não é uma proposição recente. Na Europa, desde o século XVIII, eram elaborados almanaques populares visando difundir cuidados “higiênicos” a serem praticados por gestantes, incentivo para o cuidado com as crianças e medidas de controle das epidemias. Houve sempre uma tendência em estruturar as ações educativas no sentido de ampliar informações da população em geral sobre as principais doenças, enfatizando inúmeras recomendações sobre comportamentos “certos” ou “errados” relacionados à vivência das doenças e à sua prevenção.

Ao longo do tempo, podemos observar diversas formas de interpretar e explicar a ocorrência das doenças, que influenciam também na forma de se estruturar as intervenções no âmbito da educação em saúde. Apesar disso, a organização das ações educativas, ainda na atualidade, demonstra fragilidade na sua operacionalização aliada à falta de discussão mais aprofundada sobre os referenciais teóricos mais adequados para sua estruturação, nos diferentes modelos assistenciais adotados.

Associado a este aspecto, destaca-se a vigência predominante, nos serviços brasileiros de saúde, de um modelo assistencial que privilegia as ações curativas e centra-se no atendimento médico, segundo uma visão estritamente biológica do processo saúde-doença. Esse modelo condiciona a prática educativa a ações que visam modificar práticas dos indivíduos consideradas inadequadas pelos profissionais, mediante a prescrição de tratamentos, condutas e mudanças de comportamento. Nesse modelo, ainda quando se propõem atividades chamadas participativas, particularmente a formação de grupos, sua organização prevê prioritariamente aulas ou palestras, praticamente inexistindo espaço para outras manifestações que não sejam dúvidas pontuais a serem respondidas pelos profissionais.

Em alguns trabalhos realizados junto à clientela atendida nos serviços públicos de saúde, constatou-se a enorme lacuna de informações da população

atendida, acerca do seu processo patológico, das alternativas terapêuticas que haviam sido colocadas e também sobre as perspectivas futuras em função do agravo vivenciado. Em muitas situações, a falta de conhecimento por parte da clientela dos serviços acarreta inúmeros problemas relacionados ao abandono de tratamento, uso incorreto de medicações e, ainda, a procura excessiva de serviços.

Este panorama revela que a assistência à saúde prestada nas instituições públicas não tem um caráter educativo emancipador incorporado no seu bojo, pois está mais fortemente centrada na atenção curativa e no atendimento chamado “queixa-conduta”. Além disso, nas atividades ditas educativas, como as palestras, está presente a idéia de que a doença se deve, principalmente, à falta de cuidado e ao desleixo da população com a sua saúde, deixando a “vítima” com sentimento de “culpa” pelo problema que apresenta.

Desta maneira, as práticas educativas servem para mediatizar a dominação exercida pelos serviços de saúde, já que se limitam à simples passagem de informação para a população sobre determinados procedimentos, com caráter coercitivo, onde se evidencia um traço autoritário e prescritivo, apesar da intencionalidade expressa de difusão de informações com vistas à melhoria da qualidade de vida.

A interação comunicativa também é prejudicada em decorrência das diferenças social e cultural dos profissionais universitários e alguns segmentos da população, encontrando-se uma prática a partir de ordens, ao invés de conselhos argumentados. Com isso, o distanciamento torna-se ainda mais acentuado e as barreiras parecem intransponíveis.

Como um último aspecto a ser destacado, é comum os profissionais desvalorizarem os momentos educativos no seu processo de trabalho, reconhecendo como intervenção somente a realização de procedimentos complexos, que utilizam equipamentos com algum grau de sofisticação

¹Enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde coletiva da Escola de Enfermagem da USP.

²Enfermeira, Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP.

Temas de Caráter Introdutório

tecnológica.

Como resultado dessa prática, dentre outros problemas, foram identificados os seguintes: baixa vinculação da população aos serviços de saúde, baixa adesão aos programas e tratamentos e frustração dos profissionais de saúde.

No presente texto, não serão discutidas as razões históricas e estruturais da organização dos serviços de saúde, que fazem com que a realidade se apresente desta forma, mas buscadas alternativas para superar os problemas descritos, sobretudo no que diz respeito à interação profissional/cliente e estratégias educativas para o desenvolvimento de grupos.

Importância da Educação em Saúde no PSF

A proposição da mudança do modelo assistencial em saúde, mediante implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), leva à necessidade de discussão sobre os referenciais teóricos e metodológicos mais adequados para a transformação da prática educativa. Tais referenciais devem propiciar a construção de um projeto educativo que responda às novas bases conceituais e objetivos da assistência.

Portanto, para se discutir a organização das ações educativas no PSF, deve-se ressaltar que este se constitui na estratégia de reorganização do modelo assistencial, estruturado a partir do fortalecimento da atenção à saúde, da ênfase na integralidade da assistência, do tratamento do indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade, do aumento da capacidade resolutiva da rede básica de atenção, da vinculação dos profissionais e serviços com a comunidade, e da perspectiva de promover uma ação intersetorial.

Construindo uma prática educativa emancipatória

A Promoção da Saúde incorporou os conceitos de “empowerment”, entendido como ampliação de poder ou fortalecimento, e de **participação comunitária**. O “empowerment” origina-se na psicologia social, no feminismo, na teologia da libertação e no ativismo social e pode ser considerado como um processo de desenvolvimento pessoal, interpessoal ou de ampliação do Poder Político.

Uma dimensão mais abrangente desse conceito na

prática das ações em saúde pressupõe que os indivíduos possam ampliar o controle sobre suas vidas através da participação em grupos, visando transformações das realidades social e política. Com isso, há uma profunda distinção da abordagem tradicional centrada na mudança de comportamento individual. Nesta concepção, a prevenção dos agravos à saúde não é tratada isoladamente, mas sim como uma meta a ser atingida com o desenvolvimento sustentado, a melhoria da qualidade de vida e a justiça social.

Esta concepção tem por base o entendimento de que os perfis epidemiológicos se diferenciam em função das condições de vida da população, assumindo também importância a falta de controle que os indivíduos têm sobre suas vidas. A Promoção da Saúde configura-se como o instrumento para capacitação dos indivíduos para aumentar o controle sobre os determinantes da saúde.

Nesta perspectiva, as ações educativas assumem um novo caráter, mais aderente aos princípios e diretrizes do SUS, destacando-se o Direito à Saúde como eixo norteador e a capacidade de escolha do cliente torna-se uma condição indispensável.

Particularmente no PSF, em que o paciente se mantém vinculado ao seu cotidiano, a complexidade da relação educativa acentua-se, pois é neste âmbito que os pacientes fazem suas próprias escolhas, e se torna mais importante o conhecimento sobre o seu estado de saúde e da relação desta com o seu modo de vida e trabalho.

O processo de comunicação em saúde

A comunicação é indispensável para a assistência à saúde, pois é o principal meio de veiculação do processo educativo. Enquanto atividade de suporte aos programas de saúde, constitui-se em recurso para estabelecer a confiança e a vinculação do usuário ao profissional e ao serviço de saúde.

Então, os conhecimentos técnicos necessários para intervir no processo saúde-doença incluem aqueles relativos à comunicação. A tecnologia das relações é uma das mais complexas, pois abrange não só conhecimentos, habilidades e comportamentos, como também atitudes. O profissional de saúde deve ter uma atitude comunicativa, isto é, disponibilidade interna de se envolver na interação pessoa a pessoa e o compromisso de utilizar a comunicação como

instrumento terapêutico.

A comunicação na atenção à saúde é “algo que se constrói”, uma ação intencional, dirigida e orientada para um interesse concreto. Os processos comunicativos baseiam-se em escutar o outro para compreender quais são as suas crenças, sua situação e suas possibilidades e poder atuar conjuntamente. O conhecimento recíproco entre usuários e trabalhadores de saúde é a base para a comunicação. Mediante a troca de informações, crenças, valores e normas, almeja-se chegar a acordos que orientem, positiva e efetivamente, os fazeres dos profissionais e dos usuários para o atendimento às necessidades de saúde destes últimos e a consolidação das competências profissionais do trabalhador em saúde.

São pressupostos que orientam o processo de comunicação na abordagem dialógica e emancipatória:

- Todas as pessoas, inclusive as crianças, têm direito e são capazes de escolher o caminho mais apropriado para promover, manter e recuperar suas saúde.

- O objetivo da interação entre os profissionais de saúde e a família deve ser manter ou promover a aquisição de um senso de controle sobre a vida nas experiências do processo saúde-doença. A ação do trabalhador deve resultar em oportunidades para que todos os familiares identifiquem suas capacidades atuais e adquiram aquelas que serão necessárias para atender às necessidades dos membros da família, gerando mudanças positivas com aumento da força, e da capacidade para decidir e agir.

- As atitudes e os comportamentos são decorrentes de conhecimentos, experiências, valores, crenças e emoções, além das condições materiais de vida e trabalho. Isto é verdade em relação às famílias e aos trabalhadores de saúde; essas atitudes e comportamentos influem na relação com os demais. Por esse motivo, os profissionais devem exercitar sua capacidade de reflexão sobre si mesmos e suas práticas.

Exemplos para subsidiar as ações educativas no trabalho da(o) enfermeira(o) no PSF

A. O uso da comunicação nas visitas domiciliares e consultas de enfermagem

O entendimento claro a respeito do que fazer para a prevenção de agravos, promoção e tratamento de saúde é uma tarefa vital e de responsabilidade do

pessoal do serviço de saúde. Particularmente nas situações de doença, as pessoas experimentam uma série de dúvidas, medos e preconceitos, que podem gerar insegurança e resistência para a adoção de medidas necessárias.

Portanto, utilizar a comunicação como recurso terapêutico para identificar e lidar com essas inseguranças e resistências depende do desenvolvimento de habilidades de escutar, observar, perguntar e responder, para uma comunicação efetiva que possibilite a identificação e o atendimento das necessidades individuais e do grupo familiar.

O uso terapêutico da comunicação é a utilização de formas facilitadoras de comunicação que ajudam as pessoas a se sentirem melhor compreendidas, com maiores possibilidades de explorar sentimentos e experiências.

Perguntar consiste em explorar a situação, mediante troca de informações, tais como: a história de saúde, ações do usuário para manter ou recuperar a saúde, conhecimentos e sentimentos acerca da situação vivida.

Escutar é captar as mensagens verbais da outra pessoa e reter na memória os pontos mais importantes de seu relato. Para escutar realmente, precisamos suspender julgamentos e evitar distrações, dando o tempo necessário para que a pessoa termine de formular sua idéia.

Observar é ver o outro: sua aparência, gestos, movimentos, expressão facial, ritmo respiratório, postura, como estabelece interações com as outras pessoas.

Responder consiste não só em responder objetivamente a questões diretas, mas também em devolver os pontos mais importantes da fala do usuário, de maneira resumida e organizada, bem como os sentimentos percebidos pelo profissional. Isto permite atender as necessidades explícita e implícita, não manifestada diretamente. Por exemplo, quando uma gestante pergunta “Precisa mesmo tomar essa vacina?”, a resposta “precisa”, responde à mensagem explícita. A resposta “Você parece preocupada em relação a ter que tomar uma vacina”, abre espaço para refletir sobre possíveis dúvidas acerca dos medos, tais como riscos para o bebê (recomenda-se veementemente às gestantes que nunca usem medicamentos por conta própria), sentir dor ou outras questões que ela tenha em relação à vacinação.

Tendo esses pressupostos como pano de fundo,

as ações básicas para melhorar a comunicação e a participação da clientela são: criar um ambiente de confiança; identificar necessidades relativas à saúde; aproveitar todos os contatos para fortalecer a participação; recomendar e priorizar; obter acordos; verificar a compreensão do usuário.

1. Criar um ambiente de confiança

A seleção de ações que favorecem a confiança depende da consideração de fatores culturais, sociais, individuais, experiências anteriores e expectativa da população em relação ao atendimento, da resposta do serviço a tal expectativa, dentre outros. Mas as medidas descritas a seguir favorecem o estabelecimento de um clima de confiança para a interação entre o profissional e o usuário, que é o alicerce para o processo educativo em saúde.

Para externar seu respeito, consideração e personalizar a interação, seja receptivo, amável, respeitoso e cuidadoso: cumprimente-a com um “bom-dia”, “boa-tarde” ou dando-lhe a mão. Apresente-se, dizendo o nome e a função do profissional. Durante toda a conversa, dirija-se às pessoas pelo nome ou por “senhora”, “senhor”. Pergunte sobre o uso de nomes preferidos, por exemplo, apelidos, e, se for do desejo do usuário, utilize-os.

Durante o contato, esteja atento às suas próprias manifestações, verbais e não-verbais, pois o que é dito e as expressões faciais, postura, tom de voz, ritmo da fala transmitem sentimentos e pensamentos e, muitas vezes, bloqueamos a comunicação com essas manifestações.

A ênfase das ações deve dirigir-se à construção do diálogo com o cuidado de utilizar linguagem acessível, clara. O diálogo pode ajudar o trabalhador a conhecer e entender a realidade do usuário, sua compreensão de mundo, chegando até a identificar as razões de ser dessa compreensão. Este é um passo importante para promover o estabelecimento de uma relação de confiança. Ainda mais, o desvelamento da realidade concreta do usuário pode ser o primeiro passo para transformar sua compreensão acerca do mundo.

Durante todo o tempo, o usuário precisa sentir que pode manifestar tudo o que pensa e sente, pois não será criticado ou menosprezado por isso. Não quer dizer que o profissional não possa discordar do usuário, mas que, a despeito de concordar ou não, ele é capaz de compreender como determinada

situação se apresenta para a outra pessoa. Reconhecer e aceitar as diferentes formas de pensar de cada um permite criar um clima emocional de segurança e confiança, condições necessárias para uma relação de comunicação.

2. Identificar necessidades relativas à saúde

Para identificar as necessidades do usuário, é preciso saber perguntar, observar e ouvir. Considere as seguintes recomendações:

- Preste atenção à pessoa e dedique tempo à interação. Muitas vezes, a economia de tempo gera tratamentos incorretos, levando a um maior gasto de tempo posterior, além de outros prejuízos que podem ser bastante graves. À medida que a relação de confiança for aumentando, os encontros tornam-se mais produtivos.

- Faça uma pergunta de cada vez. Utilize perguntas abertas, estimulando a expressão, como por exemplo: “como o senhor lida com essa situação?”. Isto permite respostas mais detalhadas que um simples “sim” ou “não” e ajuda a aliviar sentimentos de insegurança.. Inclua perguntas sobre sentimentos e outras que ajudem a ter uma compreensão global sobre o que a situação significa para o usuário.

- Esteja sempre pronto a resumir o que foi dito. Isso servirá para confirmar se você entendeu corretamente e demonstrar interesse.

- Se não entender algo, pergunte. É melhor dizer “acho que não entendi o que a senhora quis dizer com... pode me explicar?” do que desconsiderar o que foi dito.

- O silêncio, conforme a situação, também é uma forma de estímulo, bem como um espaço para a pessoa organizar o pensamento para continuar. Não responda nem faça nova pergunta até estar certo de que a pessoa acabou de falar.

- Dialogue com o usuário, gerando comunicação em nível cada vez mais profundo. Ao identificar condutas corretas, reforce-as, aprovando-as e elogiando-as verbalmente. Isto ajuda a diminuir seus temores e permite identificar outros fatores de risco ou necessidades de atenção.

3. Aproveitar os contatos para fortalecer a participação no atendimento

Para melhorar a compreensão e participação do

usuário na solução dos problemas, sugere-se que, durante o processo de atenção, o trabalhador de saúde comente e compartilhe o procedimento que está realizando. Por exemplo, durante a pesagem da criança ou a medição da altura uterina de uma gestante, explicar como se realiza o procedimento, por que realizá-lo e o significado dessa informação. Isso ajuda as pessoas a irem adquirindo maior consciência e controle sobre a assistência oferecida e lhes dá elementos para avaliar e propor demandas aos serviços de saúde.

4. Recomendar e priorizar

O cliente sempre faz uma avaliação e escolha frente às orientações que lhe são oferecidas. E, nesse processo, há diversos fatores que interferem: compreensão acerca do problema e das formas de abordá-lo; confiança nas próprias habilidades e capacidades e rede de suporte ou condições objetivas de implementar as orientações. A compreensão acerca do seu problema depende de conhecimentos, incluindo informações e experiências anteriores e atuais, e também do significado desses conhecimentos no contexto de valores da pessoa. O exemplo a seguir, de uma situação real, demonstra que, só ao considerarmos pensamento e sentimento é que é possível compreender e intervir nas ações.

Certa vez, observando o atendimento de uma criança que tivera diagnóstico de refluxo gastroesofágico, ouvi a mãe descrever ao médico todos os cuidados que ela deveria seguir, particularmente quanto a manter seu bebê constantemente em decúbito elevado [informações e experiência atual]. Mais tarde, perguntei-lhe o que pensava sobre tais recomendações. Ela respondeu que achava um exagero, pois todos os bebês regurgitam [informações e experiências anteriores]. Supus que talvez ela não estivesse seguindo a recomendação. Perguntei como se sentia a respeito desse problema. Respondeu que ficara muito chateada, pois não queria ter uma criança diferente [significado]. Continuando a conversa, revelou-me que não seguia as orientações.

Esse exemplo reflete uma realidade muito comum: a despeito de conhecer e reproduzir no discurso as orientações médicas, a mãe não as seguia não só porque tinha dificuldade em aceitar que o filho fosse diferente, como também não compreendia sua real necessidade e o efeito que traziam para a saúde

da criança. Ele nos remete à conclusão de que, se realmente pretendemos contribuir para a melhoria da saúde da população, as tradicionais “orientações de enfermagem” precisam ser utilizadas possibilitando a tomada de decisões compartilhada e englobando o pensamento, o sentimento e a ação. Isto se configura na dimensão qualitativa da assistência integral.

Para que suas recomendações sejam incorporadas pelos usuários:

- Compartilhe a informação técnica, que é difícil e complicada, de forma objetiva e compreensível. Não se restrinja ao que a pessoa terá de fazer. Ao invés disso, exponha o que é o problema, suas causas e medidas de intervenção possíveis.

- Utilize conhecimentos anteriores do usuário para expor conceitos novos, isto é, procure saber primeiro o que ele já sabe ou pensa sobre o problema.

- Estimule que a pessoa identifique o significado e os sentimentos envolvidos na situação e como eles podem interferir no atendimento.

- Transmita um menor número de informações, mas que sejam as mais importantes, enfatizando as prioritárias. Torne-as concreta, utilizando figuras, modelos ou outras imagens.

- Procure sempre atender às questões principais do usuário. Caso detecte outro problema que julgue mais importante, coloque o assunto em discussão, para priorizar conjuntamente o que será feito.

Para que as instruções ou indicações escritas sejam bem compreendidas:

- Verifique se uma pessoa do domicílio sabe ler, cuidando para não afetar a auto-estima dos membros da família.

- Seja claro, objetivo e específico. Ao invés de dizer, por exemplo, “dê à criança um líquido caseiro para a tosse”, recomende algo usual na comunidade.

- Avalie se as instruções poderão ser realizadas.

- Utilize desenhos simples: são mais fáceis de entender e ajudam quando a pessoa não sabe ler.

5. Estabelecer acordos com os usuários

Sendo um dos objetivos da comunicação dialógica promover a parceria entre o usuário e o profissional de saúde, mediante acordos efetivos quanto aos cuidados no domicílio, é importante perguntar sobre as possíveis barreiras e dificuldades para realizar algumas das recomendações:

Temas de Caráter Introdutório

- Falta de recursos necessários: tempo, materiais, dinheiro.

- Atitudes desfavoráveis aos tratamentos e/ou recomendações: considerar que haja outra forma melhor; discordância das recomendações.

Se as ações propostas trazem inconvenientes ou complicações, mas são imprescindíveis, como uma antibioticoterapia por exemplo, descreva as razões e benefícios previstos. Sugira maneiras nas quais outros membros da família possam ajudar e tente encontrar soluções com a família.

Se o usuário conhece outras formas de intervir, avalie se os métodos sugeridos acarretam inconvenientes ou complicações. Se necessário, apresente outras alternativas, também de maneira clara e objetiva, para que ele possa selecionar aquela que julgar mais adequada à sua situação econômica, social e cultural.

Registre os acordos estabelecidos no prontuário/registro familiar e num instrumento próprio para o usuário (folhetos explicativos, cartão da mãe ou da criança).

6. Verificar a compreensão do usuário

Quando perguntamos ao usuário “o senhor entendeu?”, induzimos a uma resposta “sim”, e isto não nos permite saber qual foi sua real compreensão. Ao invés disso, se utilizamos perguntas de verificação, podemos facilitar a compreensão e fixação das recomendações pelo usuário, bem como identificar dúvidas que ele tenha vergonha de manifestar ou sequer tenha percebido enquanto

estava ouvindo as recomendações. São exemplos de perguntas de verificação:

O que a senhora dará para a criança comer, enquanto ela estiver com diarreia?

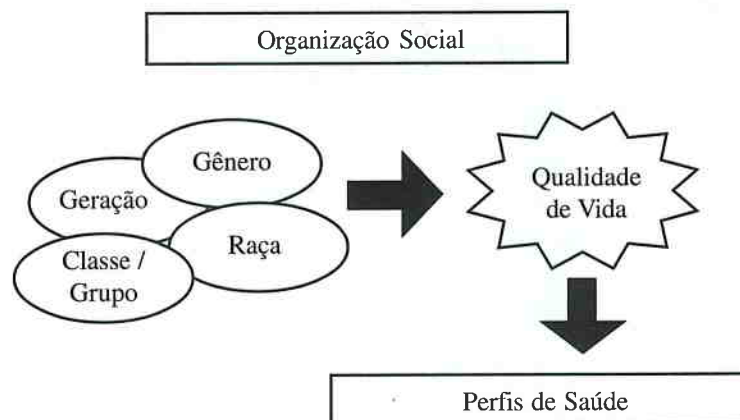
Como a senhora preparará o soro de reidratação oral?

Quando a senhora dará o soro para a criança?

B. As Oficinas Educativas.

A partir das críticas em relação à abordagem tradicional da educação em saúde e diante dos desafios colocados no atual cenário de atuação em saúde, optou-se por sistematizar uma intervenção educativa de cunho emancipatório e crítico, utilizando-se elementos do psicodrama pedagógico, tendo por base o entendimento que o processo saúde-doença é decorrente da forma como a sociedade se organiza e que os diferentes segmentos sociais apresentarão distintos perfis epidemiológicos (figura).

Os elementos do psicodrama pedagógico foram incorporados como recursos facilitadores da expressão e autoconhecimento dos participantes no desenvolvimento do processo educativo. Tais estratégias foram adaptadas a partir da Teoria Moreniana de abordagem grupal, ressaltando-se a sua aplicação com finalidade pedagógica. Dentro dessa teoria, classificada como dialógica, há necessidade de participação e da interação grupal para permitir o resgate da espontaneidade, entendida como elemento “energizador” das discussões, visando a oportunidade de os indivíduos formularem respostas criativas diante das situações que se apresentam.



A proposta das oficinas não se restringe ao uso de dramatizações, enquanto único recurso metodológico, destacando-se o objeto intermediário concreto como recurso facilitador da reflexão e expressão, permitindo a discussão dos temas tanto no que diz respeito aos condicionantes sociais, como aos aspectos subjetivos relativos às vivências.

O trabalho com oficinas pressupõe uma seqüência de encontros com uma temática geral delimitada e apresentada para permitir a participação voluntária da população. Na apresentação também é acordado o horário e duração do processo como um todo. Em geral, são encontros semanais com duração de 2 horas para um grupo mínimo de 6 e máximo de 15 participantes.

Os encontros são estruturados partindo-se de atividades que não incluem inicialmente a comunicação verbal nem a escrita, já que estas são as formas mais usuais de comunicação, e que também mais diferenciam as pessoas em função da escolaridade e meio cultural. Após um breve aquecimento, os participantes são estimulados a refletir acerca do tema em pauta, manipulando materiais como figuras de revistas, massa de modelagem, sucata, fios coloridos, tinta e papel, etc. Esta fase permite que as representações sejam mais ricas em detalhes, possibilitando uma discussão mais aprofundada no momento seguinte.

Com isso, os participantes produzem um material concreto (daí o nome de oficina), que pode ser recuperado por todo o grupo durante a discussão. A partir do relato dos participantes acerca das suas construções, desencadeia-se a discussão visando a compartilhar dos conhecimentos e vivências, bem como o processo de problematização. Nesse momento, é possível trabalhar no sentido da superação do “senso comum” buscando uma compreensão da realidade que estabeleça as articulações entre as dimensões singular, particular e estrutural da realidade; analisando o conhecimento científico e resgatando o conhecimento empírico, ampliando-se as possibilidades de interpretação dos problemas e a busca de seus enfrentamentos tanto do ponto de vista individual como coletivo. Para finalizar o encontro, cabe ao coordenador sintetizar os temas mais importantes que fizeram parte das discussões.

O esquema abaixo apresenta um exemplo de sistematização de oficinas desenvolvidas junto aos pacientes acometidos por Lesões por Esforços Repetitivos (L.E.R) no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo. Trata-se apenas de um exemplo de concretização desta proposta.

A proposta de oficinas recupera o trabalho que os grupos feministas desenvolveram ao longo da década

Método

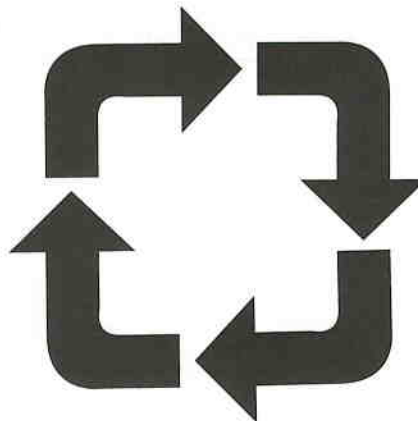
Trajetória Percorrida nos Encontros

Uso de estratégias
facilitadoras
da expressão

Processo de
Troca

Aquecimento

Análise e
articulação
com o geral



Temas de Caráter Introdutório

de 70, quando era forte o questionamento da postura tradicional do técnico autoritário, “dono do saber”, diante da população. Os programas educativos elaborados nos movimentos da época partiam da reflexão sobre a vida das mulheres, os limites e

possibilidades de mudança que se apresentavam na relação entre o sistema de saúde e a população feminina, sempre considerando a perspectiva das mulheres, sujeitos sociais dos programas. Na prática ambulatorial e sobretudo no PSF, acredita-se que as

<i>Tema</i>	<i>Aquecimento</i>	<i>Estratégia</i>
Corpo	História do nome	Uso de massa de modelagem em contorno de corpo humano sobre papel craft
Trabalho	Jogo de bexigas com mensagem	Uso de sucata para construção de painel representando o ambiente de trabalho
Limite	Andar pelo espaço em diferentes ritmos	Expressar um conceito de limite através da pintura com tinta
Culpa / Responsabilidade	Jogo de entrosamento	Representação desses conceitos através de dobradura com papel sulfite
Dor	Exercícios de alongamento, relaxamento e Autopercepção	Construção de painel, utilizando figuras de revistas
Cotidiano a partir da L.E.R.	Jogo de mãos entrelaçadas	Representação do cotidiano vivido, usando fios coloridos
Relações com os colegas, familiares e profissionais de saúde	Atribuição de uma qualidade para cada membro do grupo	Dramatização dirigida

oficinas poderão ser um instrumento de intervenção educativa que concretiza o conceito de autonomia, central na perspectiva emancipatória, principalmente para o controle de saúde dos pacientes com agravos crônicos.

Ao final deste capítulo, a(o) enfermeira (o) deverá conhecer:

- A importância das ações educativas emancipadoras no seu cotidiano de trabalho
- As estratégias que facilitam a participação da clientela em situações de atendimento individual
- Os princípios da organização das Oficinas educativas

BIBLIOGRAFIA

- BERTOLOZZI, M.R. A adesão ao programa de controle da tuberculose no distrito sanitário do Butantã, São Paulo. São Paulo. Tese [Doutorado]. Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. Departamento de assistência e promoção à saúde. Coordenação de saúde da comunidade. Saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. documento preliminar, março/96.
- CHIESA, A. M.; WESTPHAL, M.F. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. Saúde em Debate n.46, pp. 19-22, 1995.
- FREIRE, P. Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 5.ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1998.
- MALDONADO, M.T. Comunicação entre pais e filhos: a linguagem do sentir. 22.ed. São Paulo, Saraiva. 1997.
- RIBEIRO, M.O.; SIGAUD, C.H. de S. Relacionamento e comunicação com a criança e sua família. In: SIGAUD, C.H. de S.; VERÍSSIMO, M. De La Ó R. Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente. Cap.9, p. 99-111. São Paulo, EPU, 1996.
- ROMAÑA, M.A. Construção coletiva do conhecimento através do psicodrama. Campinas, Papirus, 1992.

© 2001. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde/IDS. Universidade de São Paulo/USP. Ministério da Saúde/MS.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 135

Tiragem: 15.000 exemplares

Elaboração, coordenação e revisão técnica

Universidade de São Paulo – USP
Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS
Ministério da Saúde – MS

Coordenação do projeto
Paulo A. Lotufo, Raul Cutait, Tânia R. G. B. Pupo

Projeto gráfico e editoração eletrônica
Dreamaker Virtual Art Studios

Financiamento do projeto

Fundação Telefônica

Apoio
Associação Médica Brasileira – AMB
Conselho Federal de Medicina – CFM

Distribuição e informações
Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS
Alameda Joaquim Eugênio de Lima, 130, 1.º andar
CEP: 01403-000, São Paulo – SP
E-mail: ids-saude@uol.com.br

Universidade de São Paulo – USP
Av. Prof. Luciano Gualberto, Travessa J, n.º 374, sala 256
CEP: 05586-000, São Paulo – SP
E-mail: Faculdade de Medicina: fm@edu.usp.br
Escola de Enfermagem: ee@edu.usp.br

Ministério da Saúde – MS
Esplanada dos Ministérios, bloco G, edifício sede, 7.º andar, sala 718
CEP: 70058-900, Brasília – DF
E-mail: psf@saude.gov.br

Fundação Telefônica
Rua Joaquim Floriano, 1052, 9.º andar
CEP: 04534-004, São Paulo – SP
E-mail: fundacao@telefonica.org.br

Todos os textos do Manual de Enfermagem estão disponíveis no *site* do IDS:
<http://www.ids-saude.org.br> em constante atualização

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Catálogo na fonte
Bibliotecária Luciana Cerqueira Brito – CRB 1ª Região nº 1542

FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde.
Manual de Enfermagem / Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde – Brasília:
Ministério da Saúde, 2001.

250 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 135)

ISBN 85-334-0446-8

1. Enfermagem – Manuais. 2. Saúde da Família. I. Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. II. Universidade de São Paulo. III. Brasil. Ministério da Saúde. IV. Título. V. Série.

NLM WY 100