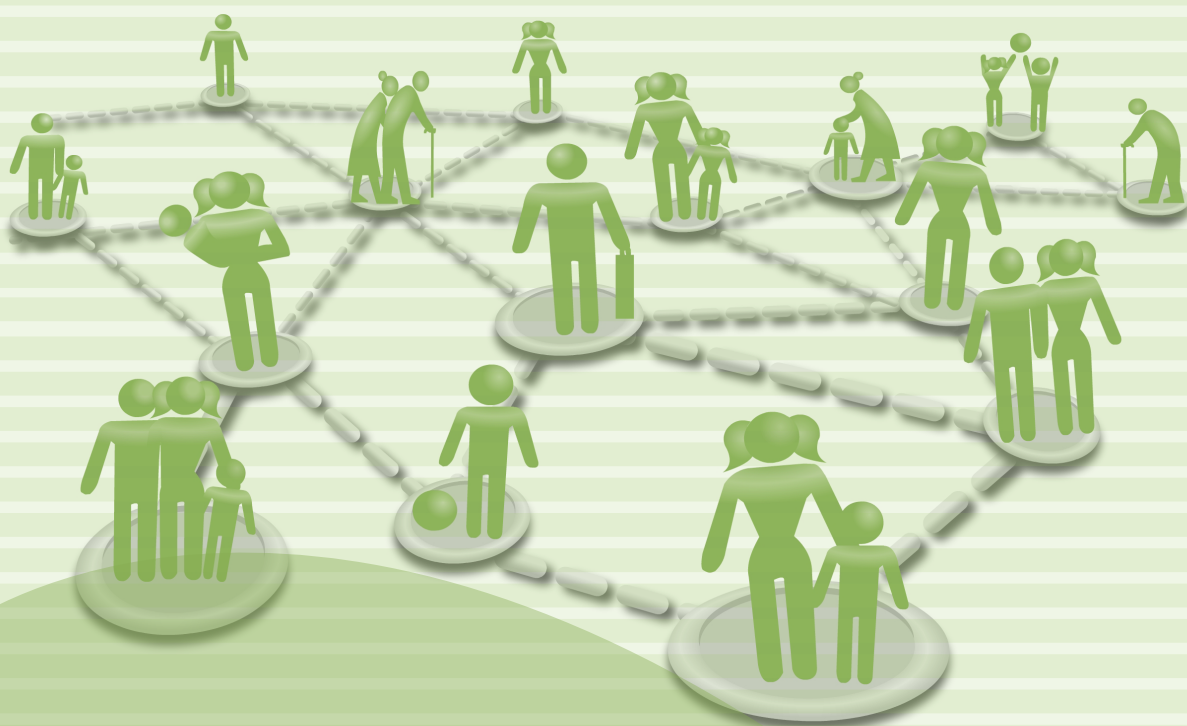


Especialização em

UnA-SUS

Saúde da Família

Modalidade a Distância



Eixo II - Assistência e Processo de Trabalho
na Estratégia Saúde da Família

Módulo 17: Educação em Saúde



EDUCAÇÃO EM SAÚDE

MÓDULO 17

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS

Revisão Geral

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor Álvaro Toubes Prata

Vice-Reitor Carlos Alberto Justo da Silva

Pró-Reitora de Pós-Graduação Maria Lúcia de Barros Camargo

Pró-Reitora de Pesquisa e Extensão Débora Peres Menezes

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora Kenya Schmidt Reibnitz

Vice-Diretor Arício Treitinger

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Walter Ferreira de Oliveira

Subchefe do Departamento Jane Maria de Souza Philippi

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

COMITÊ GESTOR

Coordenador Geral do Projeto Carlos Alberto Justo da Silva

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

Coordenadora Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora Executiva Rosângela Leonor Goulart

Coordenadora Interinstitucional Sheila Rubia Lindner

Coordenador de Tutoria Antonio Fernando Boing

EQUIPE EAD

Alexandra Crispim Boing

Antonio Fernando Boing

Fátima Büchele

Sheila Rubia Lindner

Rodrigo Moretti

Juliana Regina Destro

AUTORES

Marta Verdi

Fátima Büchele

Heitor Tognoli

REVISORA

Sandra Noemi de Cucurollo Caponi

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Eixo II

Assistência e Processo de Trabalho na
Estratégia Saúde da Família

@ 2010. Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário 88040-900 Trindade – Florianópolis - SC

Disponível em: www.unasus.ufsc.br

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina.

Bibliotecária responsável: Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

U588s Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde.
Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância.

Educação em saúde [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Marta Verdi, Fátima Buchele, Heitor Tognoli. – Florianópolis, 2010.

44 p. (Eixo 2. Assistência e Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família).

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo: A educação em saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças - A educação popular no contexto da atenção básica - Metodologias problematizadoras.

ISBN: 000-00-0000-000-0

1. Educação em saúde. 2. Promoção da saúde. 3. Prevenção de doenças I. UFSC. II. Verdi, Marta. III. Buchele, Fátima. IV. Silva, Heitor Tognoli e V. Título. VI. Série.

CDU: 37.035.3

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenadora de Produção Giovana Schuelter

Design Instrucional Master Márcia Melo Bortolato

Design Instrucional Marcia Melo Bortolato

Revisão Textual Heloisa Pereira Hübbe de Miranda

Revisão para Impressão Flávia Goulart

Design Gráfico Natália de Gouvêa Silva

Ilustrações Aurino Manoel dos Santos Neto, Rafaella Volkmann Paschoal

Design de Capa André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Projeto Editorial André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Revisão Geral Eliane Maria Stuart Garcez

Assistente de Revisão Carolina Carvalho e Thays Berger Conceição

SUMÁRIO

UNIDADE 1 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS	13
1.1 Modelos de Práticas Educativas em Saúde	13
1.1.1 Educação para a Saúde.....	14
1.1.2 Educação em Saúde	15
1.1.3 Educação Popular e Saúde	15
1.2 Modelos de Educação em Saúde na Estratégia	
Saúde da Família	16
1.2.1 Começemos Pela Integralidade.....	16
1.2.2 Trabalho em Equipe	18
1.2.3 Promoção da Saúde.....	18
1.2.4 Práticas Educativas na Promoção da Saúde e na Prevenção de Doenças	20
REFERÊNCIAS	23
UNIDADE 2 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE	25
2.1 A Educação Popular no Cotidiano da Unidade de Saúde.....	27
2.2 Participação Comunitária no Âmbito da Educação em Saúde	29
2.3 Aspectos Limitantes	31
REFERÊNCIAS	33
UNIDADE 3 METODOLOGIAS PROBLEMATIZADORAS	35
3.1 A educação em Saúde e a Problematização	35
3.2 A Metodologia Problematizadora	38
REFERÊNCIAS	41
AUTORES	41

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Este módulo trata da temática da Educação em Saúde buscando contextualizar sua aplicação no processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família. Neste sentido, as três unidades apresentadas articulam conteúdos que se referem aos modelos de educação em saúde, à sua relação com as ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, bem como buscam apontar elementos de metodologias problematizadoras que possam ser utilizadas na prática educativa da equipe da ESF.

Na primeira unidade, apresentamos os diferentes modos de pensar e fazer educação em saúde, o seu papel nas ações de prevenção, na qual ela se torna uma ferramenta importante da clínica ampliada, bem como na promoção da saúde, em que a autonomia dos indivíduos é posta em evidência.

Na segunda unidade, buscamos apresentar as atividades educativas dentro e fora da unidade de saúde, a partir do entendimento da educação em saúde como um processo de trabalho interdisciplinar da Equipe de Saúde da Família, as suas variadas formas e os possíveis enfrentamentos das dificuldades de operacionalização.

Na última unidade, trazemos ferramentas educativas de problematização para instrumentalizar você e toda a equipe na execução das atividades educativas.

Esperamos que este módulo possa contribuir e motivá-lo a refletir sobre os modos de pensar e fazer educação em saúde, como também instrumentalizá-lo para as mudanças tanto de sua prática educativa quanto da realidade da comunidade.

Ementa

A educação em saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. A educação popular em saúde no contexto da Atenção Básica de Saúde. Metodologias problematizadoras como instrumental para a educação em saúde.

Objetivos

- a) Conhecer os diferentes modelos de educação em saúde e sua relação com a concepção de saúde;
- b) Compreender a importância da educação em saúde no contexto da promoção da saúde e da prevenção de doenças;
- c) Identificar a educação popular e a saúde como processo de trabalho no contexto da Atenção Básica de Saúde;
- d) Identificar algumas metodologias problematizadoras como ferramentas para o desenvolvimento da prática educativa em saúde.

Unidades de Conteúdo:

Unidade 1: A educação em saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças.

Unidade 2: A educação popular no contexto da Atenção Básica.

Unidade 3: Metodologias problematizadoras.

PALAVRAS DOS PROFESSORES

Quando lemos o termo educação em saúde, devemos nos atentar para entender em que contexto ou sentido o autor está abordando o assunto.

Neste módulo, partimos de algumas premissas, referentes a esse tema. Primeiro, entendemos a saúde em seu sentido ampliado, o que pressupõe a determinação social como base para o conceito do processo saúde-doença e que, portanto, as ações de saúde não são restritas ao nível individual e curativo, mas abrangem também o coletivo e as ações integradas que compreendem promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Segundo, a educação tem um caráter dialógico, no qual, a interação saber científico dos profissionais e saber popular das pessoas da comunidade acontece em uma via de mão dupla, em que ambos têm a ensinar e a aprender.

É importante considerar que não há apenas um modo de educar em saúde, mas que existem diferentes modelos educativos, baseados em diferentes visões de educação e de saúde.

Entretanto, considerando contexto do processo de trabalho da ESF, apontamos claramente como opção teórico-metodológica o modelo de educação em saúde criativo, crítico e transformador da realidade.

Com esta abordagem organizamos os conteúdos para seu estudo conforme apresentado a seguir.

Bons Estudos!

Marta Verdi
Fátima Büchele
Heitor Tognoli

UNIDADE 1

MÓDULO 17

1 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Nesta unidade, estudaremos os diferentes modos de pensar e de fazer educação em saúde e sua relação com o conceito de saúde e doença, além de discutir a prática educativa no contexto da promoção da saúde e da prevenção de doenças. Os objetivos deste estudo são: conhecer e refletir criticamente acerca dos modelos de educação em saúde e como tais modelos repercutem nas ações de promoção de saúde e nas ações preventivas.

Quando falamos em educação em saúde, é importante iniciarmos reforçando a ideia de que saúde e educação representam dimensões fundamentais à vida humana, mas, sobretudo, se caracterizam pela sua indissociabilidade na vida concreta, no cotidiano. Basta pensar que qualquer ação de saúde requer comunicação, diálogo entre os sujeitos envolvidos, seja individual ou coletivamente. Deste modo, a educação em saúde de que falamos aqui é entendida como processo social com grande potencial de transformação da realidade.

Entretanto, é preciso considerar que diferentes maneiras de ver o mundo e a saúde podem gerar diferentes modos de educar em saúde. Voltemos ao exemplo¹ do **treze** e do **bê** discutido no módulo 2 – Saúde e Sociedade; lembra dos diferentes modelos conceituais em saúde?

Então, na educação em saúde não é diferente. Encontramos diversos modelos fundamentados em diferentes conceitos de saúde e de educação, que acompanham as mudanças histórica e socialmente construídas. Assim, é importante questionar: de qual educação em saúde falamos? Para que serve educação em saúde? Para quem ou com quem se faz educação em saúde?

Responder a estas questões não é tarefa simples. Para buscar tais respostas, primeiro precisamos entender que, quando falamos em “educação”, não falamos no singular, mas no plural, “educações”. Ou seja, não existe apenas um jeito de educar em saúde, mas diferentes modos de pensar e fazer educação. E esse jeito de educar em saúde vai depender da visão de mundo, da concepção de saúde e de educação que temos.

1.1 Modelos de Práticas Educativas em Saúde

Iniciamos esse diálogo buscando mostrar três modelos que têm embasado a prática educativa no contexto da saúde:

- 1 Exemplo de Gestalt:
Um exemplo interessante, extraído do Gestalt (da psicologia), para discutirmos um pouco mais sobre esse tema, pode ser a leitura de três letras: A-I3-C. Após isso, a leitura de três números: 12,13,14. A pergunta é: o que significa o 13? Bom, num contexto de letras, é a letra bê, num contexto de números, é o número treze. Logo, eu vejo as coisas dentro de um contexto. Naquela realidade de números não me é dada outra coisa senão ver o treze.

- a) educação para a saúde ou educação sanitária;
- b) educação em saúde, e;
- c) educação popular e saúde.

Esses diferentes termos não são sinônimos, têm significados diferentes e carregam em si elementos conceituais, políticos, éticos, de intencionalidade e de ações muito distintos. Detalharemos cada um destes conceitos na sequência, compare-os.

1.1.1 Educação para a Saúde

Essa denominação, semelhante à educação sanitária, indica a educação como mero instrumento, um meio para se alcançar a saúde, educar para se obter saúde. Esse modelo se aproxima das características do modelo biomédico, que impõe aos indivíduos a ideia de que sua doença pode ser tratada e até mesmo curada por intervenção de outros, os profissionais de saúde, os quais detêm o saber e, conseqüentemente, o poder de decidir sobre seus males, seus corpos, enfim, sobre suas vidas (ILLICH, 1981).

A finalidade dessa ação educativa sempre será de restaurar um padrão entendido como saudável, no sentido de adaptar o paciente a uma situação de normalidade. Assim, o papel que o profissional de saúde assume é de detentor do conhecimento correto para tratar cada problema (doença, enfermidade, sintoma, risco) negando a possibilidade de participação ativa dos sujeitos nos processos terapêuticos. A esses sujeitos resta o papel passivo de aceitar as orientações, medicamentos, procedimentos e demais intervenções nos seus corpos, mentes e vida, com muita paciência.

Como diz Ramos (2003), a prática educativa reduzida a ações e técnicas passa a se constituir num momento de domínio exclusivo do “profissional”, é, por exemplo, o momento de **dar** orientações, o momento de dar informações, de **re(forçar)** e até de **cobrar** e **reprender**. Não é à toa que as pessoas são chamadas de pacientes...

Parece que tal prática se impõe no nosso cotidiano, e é por isso que estamos reforçando alguns conceitos, que não são tão atuais, mas que, de certa forma, trazem uma nova maneira de pensar e repensar a saúde no seu sentido mais amplo. Novas práticas educativas, baseadas em novos modos de pensar saúde e educação.

A partir dos anos 70, esse entendimento de educação passou a ser criticado, impulsionando o surgimento da compreensão de Educação em Saúde que veremos a seguir.

1.1.2 Educação em Saúde

Educação e saúde passam a ser entendidos como processos sociais articulados em cuja interface emerge seu potencial. Neste modelo, o processo saúde-doença é reconhecido como processo determinado socialmente, porém sem descaracterizar a materialização do sofrimento nos corpos, nas relações dos sujeitos. Busca-se superar a dicotomia profissional/paciente, aquele que sabe/aquele que aprende, aquele que determina/aquele que obedece, com uma nova visão do sujeito com potencial crítico, criativo, transformador da realidade, e, sobretudo, capaz de decidir a respeito de sua saúde (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO e LEITE; 2010).

Para alavancar tal potencial, o profissional de saúde assume o papel de facilitador desse processo reflexivo-criativo que conduz o indivíduo a melhores escolhas e decisões. A educação, neste caso, está imbricada na ação de saúde, indissociada da prática cotidiana de uma equipe de saúde. Ou seja:

Em toda ação de saúde há sempre uma ação educativa conjugada, queiramos ou não, de modo consciente ou não, especialmente, nas práticas da Equipe de Saúde da Família.

Todavia, é importante considerar que mesmo práticas educativas que buscam a conscientização dos indivíduos, podem se constituir em estratégias de manutenção da dependência à tutela dos profissionais, ou dos serviços de saúde, ou até do próprio Estado.

Como movimento de resistência aos modelos tradicionais de educação em saúde surgiu o movimento identificado com a Educação popular.

1.1.3 Educação Popular e Saúde:

O movimento da Educação popular e saúde buscava resgatar o protagonismo da população como sujeitos autônomos para decidir sobre sua saúde e seu corpo, e como coletivo cuja ação política pode interferir nas decisões do sistema de saúde. Nesse sentido, deve haver um compromisso solidário entre os sujeitos envolvidos (indivíduo, família, profissional), pautado na troca de experiências, em que o saber técnico do profissional não é anulado e o saber popular do indivíduo/família não é subestimado (VASCONCELOS, 2001).

É preciso que todos assumam a condição de aprendizes, buscando compreender a realidade e as tramas de poder que dominam as relações existentes, inclusive nos serviços de saúde. É necessário que os sujeitos descubram-se com poder e com força para reagir, para pensar, para criticar, para criar e para transformar. Essa força nasce da potência de criação popular, do poder de resistência e de transformação da população.

Kleba (1999) assinala que saúde e educação têm seu ponto de encontro justamente nessa possibilidade: a de aprender a SER... Complementando, poderíamos dizer: aprender a SER sujeito político, autônomo, crítico e transformador da realidade.

1.2 Modelos de Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família

Ao tratarmos dessa questão gostaríamos de pensar com você: o que esses modelos de educação em saúde têm a ver com a Estratégia Saúde da Família? Como se apresentam no cotidiano do trabalho das equipes de saúde? Qual a relação da prática educativa com as bases que organizam as políticas de saúde?

A partir de agora, passaremos a pensar e discutir com você esses e outros questionamentos no âmbito do SUS, da APS e da ESF.

1.2.1 Começemos Pela Integralidade

Em primeiro lugar, vamos relembrar que a Lei Orgânica da Saúde, em seu inciso II, do artigo 7º, estabelece como um dos princípios do SUS a **integralidade** da assistência, entendida como “um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”, e no inciso X, do mesmo artigo, “integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico”. Sabemos também que desde o início da Reforma Sanitária Brasileira, a integralidade tem sido alvo de estudos e deixou de se tornar somente um conceito, para se tornar uma “bandeira de luta”, ou uma “imagem-objetivo”, que se pretende atingir com a estruturação do sistema de saúde, na atenção e no cuidado às pessoas, com uma visão de mundo baseada na ideia de uma sociedade mais justa e solidária, um ideal que vale a pena lutar (MATTOS, 2006, 28).

O modelo biomédico ainda predomina no pensamento e na prática da maioria dos profissionais da área da saúde, o que resulta na dificuldade e até mesmo na recusa em reconhecer o ser humano

como algo além de um conjunto de órgãos que apresenta lesões ou disfunções, as quais podem ser resolvidas com o auxílio de outros recursos diferentes dos tecnológicos. O saber constituído a partir da fragmentação do ser humano fundamenta práticas igualmente fragmentadas, desarticuladas de outros saberes e práticas.

Porém, este modelo é incompatível com as necessidades de saúde da população, pois cada ser humano faz parte de uma família, que mora em uma comunidade com certo ambiente, com determinados hábitos e costumes, crenças, um jeito de ser, angústias, medos, paixões, etc. E cada uma dessas características faz parte da pessoa, e, portanto, de suas necessidades de saúde das pessoas e, conseqüentemente integra o conjunto de necessidades de suas comunidades.

Partindo do pressuposto de que a concepção do processo saúde-doença do profissional de saúde determina as ações em saúde individuais e coletivas, é importante salientar que o profissional que não pensa saúde de forma ampliada, realizará práticas educativas que também não terão potencial para provocar mudanças nos sujeitos e na qualidade de vida dos mesmos.

Outro sentido de integralidade vem da perspectiva de que os serviços de saúde da Atenção Primária devem atuar não apenas realizando ações baseadas na cura e no tratamento, de forma meramente assistencialista, mas organizados na lógica das ações integradas, que envolvem também promoção, prevenção e reabilitação, em nível individual e coletivo.

As necessidades de saúde da população não são dissociadas, elas podem ser simultaneamente relacionadas ao sofrimento humano provocado por doenças e à redução dos fatores de risco, como no caso da prevenção, ou à melhoria da qualidade de vida por meio da promoção (MATTOS, 2006, p. 28). Tais demandas fazem parte de um processo dinâmico e, em uma comunidade, a equipe de saúde deve estar preparada para integrar essas ações a fim de dar conta do cuidado em saúde, em que a prática educativa se torna instrumento fundamental.

1.2.2 Trabalho em Equipe

Outro aspecto relevante é o trabalho em equipe, o qual você já teve oportunidade de estudar no módulo 4 – Processo de trabalho e planejamento na ESF.

O trabalho na Estratégia Saúde da Família implica pensar em um processo interdisciplinar desenvolvido por uma equipe multiprofissional. Todavia, perguntamos:

Será que essa é a realidade do seu trabalho?

É o que acontece no cotidiano da maioria das Equipes de Saúde da Família no Brasil?

A realidade tem nos mostrado que, muitas vezes, diferentes profissionais compartilham do mesmo espaço físico, mas executam ações isoladamente, com perda da noção de uma abordagem integral do usuário.

O conhecimento produzido em qualquer área do saber, por mais vasto que seja, representa de maneira parcial e limitada de ver a realidade; o trabalho em equipe, por outro lado, supõe, necessariamente, a superação dos limites colocados pela visão disciplinar. Sendo assim, os profissionais que conseguem transcender o trabalho disciplinar para o trabalho em equipe oportunizam, com maior facilidade, a realização de diagnósticos comunitários, planejamento das ações, atendimento integral e educação em saúde.

O denominador comum para se trabalhar em equipe é a comunicação entre os profissionais, uma comunicação que seja permanente e efetiva. É através da comunicação que os processos se organizam, o processo de trabalho da equipe, o processo de cuidado do usuário, articulados com o processo de gestão das ações na unidade básica de saúde, possibilitando identificar as necessidades e dificuldades, bem como produzir soluções conjuntas, como um espaço de pactuação permanente.

1.2.3 Promoção da Saúde

Na sequência dessa discussão, é oportuno retomar o conceito de promoção da saúde, uma vez que está intimamente relacionado à educação em saúde. Relembrando o conceito proposto na Carta de Ottawa por ocasião da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, podemos identificar como aspectos fundamentais nesse modelo a autonomia dos sujeitos e a articulação intersetorial para dar conta de um conceito ampliado de saúde:

o processo de capacitação das pessoas para aumentar seu controle e melhorar a sua saúde. [...] um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e transformar ou lidar com os ambientes. Saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida cotidiana, não o objetivo da vida. Trata-se de um conceito positivo enfatizando recursos sociais e pessoais,

assim como capacidades físicas. Portanto, promoção de saúde não é apenas responsabilidade de um setor e vai além dos estilos de vida saudáveis para o bem-estar global (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986).

A primeira parte do conceito destaca a importância de reconhecer a autonomia das pessoas, e redireciona o papel dos profissionais de saúde, no sentido de privilegiar o empoderamento dos sujeitos políticos para que sejam capazes de construir autonomamente sua trajetória de vida com qualidade, dignidade e justiça.

Candeias (1997) refere a promoção da saúde como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. Combinação no sentido de articular os múltiplos determinantes da saúde com múltiplas intervenções ou fontes de apoio. Educacional como habilidade de organizar logicamente o componente educativo. Ambiental de acordo com as circunstâncias sociais, políticas, econômicas, organizacionais e reguladoras, relacionadas ao comportamento humano, assim como todas as políticas de ação mais diretamente associadas à saúde.

Nesse contexto, a participação passa a ser outro ponto fundamental nas práticas educativas. Assim, entendemos que deve ser reforçado o estímulo à participação popular como direito de cidadania no exercício do controle social. No Brasil, a participação é um dos princípios organizativos do SUS, ou seja, a organização do sistema de saúde deve contar com a participação popular. Desse modo, a Equipe Saúde da Família, se torna ator essencial de vinculação e facilitação dessa participação, sendo a educação em saúde um processo potencializador para a participação e o empoderamento dos usuários.

Um modelo de atenção à saúde no qual o usuário é meramente um coadjuvante nos planos terapêuticos, não possui responsabilidade pela sua saúde e apenas acata sem questionamentos as condutas prescritas pelos profissionais de saúde são direcionamentos contrários à proposta do SUS. Os profissionais da saúde, apesar de não serem os únicos responsáveis pelo processo que facilite o empoderamento da população, nem pela criação de conselhos de saúde, podem contribuir para o seu alcance.

1.2.4 Práticas Educativas na Promoção de Saúde e na Prevenção de Doenças

Nesse sentido, a primeira abordagem com relação às práticas educativas se refere à questão da prevenção de doenças. Assim, vamos discutir, neste tópico, os elementos das práticas educativas dirigidas à população que já apresenta algum tipo de enfermidade ou característica específica.

Já vimos que as atividades de educação em saúde podem ser trabalhadas sob a forma de grupos ou individualmente, dependendo da situação, do momento e do espaço no qual se inserem, e podem ainda ser realizadas por um ou mais profissionais da equipe, dependendo do tema e do contexto que se queira abordar. Um dos espaços mais articulados com as práticas educativas é o da prevenção de doenças, porém em função de suas especificidades merece, atenção especial, pois pode servir a práticas autoritárias, prescritivas e alienantes.

Briceño-León (1996, p.7), em seu artigo de debate sobre a educação em saúde, traz postulados importantes que devem ser entendidos para que possamos iniciar qualquer atividade de educação com a população. O autor trabalha o conceito de que os profissionais de saúde não devem criar resistências e pré-conceitos em relação às pessoas, e, portanto, precisam mudar sua óptica e trabalhar qualquer ação educativa a partir da necessidade **de se conhecer e de se contar com as pessoas.**

Mas qual o primeiro passo para conhecer as pessoas? O reconhecimento da realidade dos sujeitos deve considerar sempre a necessidade de se conhecer a história, as crenças, os hábitos, os costumes e as condições em que as pessoas vivem.

O respeito às crenças de qualquer natureza (religiosa, política, filosófica) é importante para a construção de uma relação dialógica entre profissional-usuário/família/comunidade e a abertura para a participação ativa dos sujeitos, tanto nos seus processos terapêuticos individuais, quanto nas intervenções mais amplas que buscam a transformação da realidade das comunidades. O mesmo vale para outros aspectos culturais da vida individual e coletiva dos usuários, como é o caso de hábitos e costumes.

Frequentemente, profissionais de saúde utilizam estratégias de convencimento e até mesmo de repressão frente a hábitos considerados não saudáveis, como, por exemplo, quando se trata do hábito de fumar. Estabeleceu-se que o hábito de fumar é uma escolha da pessoa e que, por conseguinte, a própria pessoa é responsável pelas consequências que seu ato pode gerar a si e aos outros. Este tipo de pensamento gera um determinado modo de promover e educar em saúde, baseado na responsabilização e até mesmo na culpabilização dos indivíduos. Sabe como isto ocorre?

Passamos a responsabilizar os indivíduos pelas escolhas de hábitos e estilos de vida quando nos esquecemos de considerar as múltiplas variáveis que interferem nas suas escolhas individuais e coletivas. Não consideramos que tais escolhas são, muitas vezes, induzidas ou impostas, e não revelam plena autonomia de decisão.

O outro elemento que devemos considerar é a livre eleição, a livre escolha de ação por parte do indivíduo, pelo simples fato de produzir prazer no mesmo, como é no caso do ato de fumar, por exemplo.

Esquecemos que promover a saúde e prevenir doenças depende da melhoria de condições sociais, tais como educação, habitação, trabalho e salário dignos. E são justamente estas condições sociais que influem na modificação do estilo de vida. Assim, as ações educativas deveriam confluir para a discussão do contexto social no sentido de buscar mudanças nas condições de vida das pessoas.

Mas o que tem de similaridade entre ações educativas voltadas para a promoção da saúde e aquelas voltadas para a prevenção de doenças?

Um dos aspectos similares é, sem dúvida, a vigilância. Sabemos que prevenir é, antes de tudo, vigiar, é antecipar a emergência de acontecimentos indesejáveis em populações consideradas de risco. Mas promover a saúde também pode se configurar em uma vigilância quando busca impor hábitos e estilos de vida saudáveis, porém é uma vigilância que cada um de nós deve exercer sobre si mesmo. Resulta que ambas as estratégias podem gerar ações inócuas ou benéficas para a saúde, todavia podem também criar modos de controle e de exclusão (VERDI e CAPONI, 2005).



Saiba mais

Para aprofundar seus conhecimentos sobre o tema abordado, recomendamos a leitura:

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 5, n. 8, p. 121-126, fev., 2001.

FIGUEIREDO, M. F. S., RODRIGUES-NETO, J. F., LEITE, M T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p.117-21, jan./fev., 2010.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n.16, p.39-52, set. 2004/fev. 2005.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, apresentamos os diferentes modos de pensar e fazer educação em saúde, o seu papel nas ações de prevenção, em que ela se torna uma ferramenta importante da clínica ampliada, bem como na promoção da saúde, na qual a autonomia dos indivíduos é posta em evidência. Iniciamos esse diálogo apresentando três modelos que têm embasado a prática educativa no contexto da saúde: educação para a saúde ou educação sanitária, educação em saúde e educação popular e saúde. Também vimos os modelos de educação em saúde na Estratégia Saúde da Família no âmbito do SUS, da APS e da ESF. A seguir, passaremos a discutir a educação em saúde no contexto da atenção básica de saúde, em especial, no âmbito da Unidade Básica de Saúde.

REFERÊNCIAS

BOURDIEU, P. **Sociologie de l'algerie**. 6. ed. Paris: PUF, 1980. 127 p.

BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Caderno de Saúde Pública**, v. 12, n. 1, p. 7-30, 1996.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, 1997.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. **Carta de Ottawa**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/upload/Arq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2010.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 117-21, jan./fev., 2010.

ILLICH, I. **Shadow work**. [S.l.: s.n], 1981 Disponível em: <http://www.blackwellreference.com/public/tocnode?id=g9781405124331_yr2010_chunk_g978140512433125_ss1-110>. Acesso em 12 jul. 2010.

KLEBA, M. E. Educação em saúde e a práxis de enfermagem: um estudo de caso numa unidade básica de saúde. In: RAMOS, F. R. S.; KLEBA, M. E.; VERDI, M. M. (Orgs.). **Para pensar o cotidiano: educação em saúde e a práxis da enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1999.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

RAMOS, F. R. S. Acerca de diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: um início de reflexão - comentários ao texto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 340-342, 2003.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 5, n. 8, p. 121-126, 2001.

VERDI, M. I. M.; CAPONI, S. Reflexões sobre promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 82-88, jan./mar. 2005.

UNIDADE 2

MÓDULO 17

2 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Quando abordamos a educação em saúde no âmbito da Atenção Básica de Saúde na Estratégia Saúde da Família, é necessário resgatarmos o caráter popular da educação. Assim, entendemos a educação popular como uma teoria de conhecimento referenciada à realidade, com metodologias incentivadoras à participação e ao empoderamento das pessoas permeado por uma base política estimuladora de transformações sociais e orientado por anseios humanos de liberdade, justiça, igualdade e felicidade. É uma educação comprometida e participativa orientada pela perspectiva de realização de todos os direitos do povo (MELLO NETO, 2001).

A característica fundamental da educação popular é considerar o saber da comunidade como matéria-prima para o processo educativo. É aprender a partir do conhecimento do sujeito e ensinar a partir de palavras e temas de seu cotidiano.

Desta forma, a educação popular visa à formação de sujeitos com conhecimento e consciência cidadã e à organização do trabalho político para a afirmação do sujeito. É uma estratégia de construção da participação popular para o redirecionamento da vida social objetivando atender as necessidades populares.

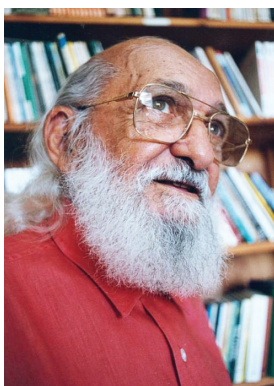


Figura 1: Paulo Freire.

Fonte: http://imasters.uol.com.br/artigo/15588/tendencias/as_tres_colaboracoes/

Um dos autores que mais contribuiu para pensarmos na educação popular nas práticas de saúde foi, sem dúvida, Paulo Freire. Embora suas ideias tenham sido concebidas no contexto da educação formal de adultos, seus pressupostos se coadunam especialmente com a educação popular. Nesse sentido, vale conhecer os seis pressupostos que Freire (1999, 2000) chama de ideia-força e que são fundamentais para uma prática educativa crítica, transformadora da realidade:

- a) toda ação educativa deve, necessariamente, estar precedida de reflexão sobre o homem e o seu contexto;
- b) a educação deve levar o educando a uma tomada de consciência e atitude crítica no sentido de haver mudança da realidade;
- c) por meio da integração do homem com o seu contexto, haverá a reflexão, o comprometimento, a construção de si mesmo e o ser sujeito;
- d) à medida que o homem se integra às condições de seu contexto de vida, poderá realizar uma reflexão crítica e dar respostas aos desafios que se lhe apresentam, transformando sua cultura;
- e) o homem é criador de cultura e fazedor da história;
- f) é necessário que a educação permita que o homem chegue a ser sujeito de suas ações capaz de transformar o mundo, estabelecer relações de reciprocidade, fazer cultura e história.

É importante ressaltar que tais pressupostos fundamentam alguns conceitos formulados pelo autor, que são amplamente conhecidos e utilizados na Educação e na Saúde, por se tratar de conceitos básicos para pensar educação em saúde transformadora da realidade e não reformadora de pessoas (MIRANDA, BARROSO, 2004).

Dentre esses conceitos, destacamos aqueles que já nos referimos outras vezes neste estudo: problematização, liberdade, conscientização e diálogo (Quadro 1).

A Problematização

Por meio da problematização, o educador propõe aos educandos a reflexão crítica da realidade, no sentido de produzir uma ação transformadora. Assim, a problematização torna-se inseparável do ato cognoscente e, como ele, inseparável das situações concretas, parte de situações vividas e implica um retorno crítico a essas.

O Diálogo

Para Freire (1994), o diálogo é o encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, para designá-lo, onde a reflexão e a ação orientam-se para o mudo que é preciso transformar e humanizar. Trata-se da condição básica para o conhecimento, uma vez que o ato de conhecer ocorre num processo social e o diálogo é, justamente, uma mediação deste processo. O diálogo, na teoria freireana, é interpretado como essência da pedagogia libertadora, que busca a interação de sujeitos participativos e construtores da transformação da realidade.

A Conscientização

É um compromisso histórico, é uma inserção crítica na história, assumindo o homem uma posição de sujeito podendo transformar o mundo. É o desenvolvimento crítico da tomada de consciência. "É um ir além da fase espontânea da apreensão até chegar a uma fase crítica na qual a realidade se torna um objeto cognoscível, é tomar posse da realidade. Nesse sentido, a proposta educativa de Freire (1999) ultrapassa os limites de uma teoria, porquanto ela pode ser entendida como forma de compreender o mundo, refletir sobre ele, transformando a realidade a partir de uma ação consciente.

A Liberdade

Deve ser entendida como uma conquista e exige uma busca permanente existente apenas no ato responsável de quem a faz. É a condição indispensável ao movimento de encontro em que estão inscritas as pessoas como seres inacabados. Para Freire (1994), não existe educação sem liberdade, de criar, de propor o quê e como aprender, herdando a experiência adquirida, criando e recriando, integrando-se às condições de seu contexto, respondendo os seus desafios, objetivando-se a si próprio, discernindo, transcendendo, lançando-se no domínio da história e da cultura.

Quadro 1: Pressupostos fundamentais utilizados na educação e na saúde.

Fonte: Miranda; Barroso, 2004.

2.1 A Educação Popular no Cotidiano da Unidade de Saúde

Os espaços possíveis que permitem o encontro entre os profissionais de saúde e a população no cotidiano do trabalho das Equipes Saúde da Família, tanto nas unidades de saúde, quanto fora delas, são inúmeros. Podemos dizer que existem os espaços individuais, onde o encontro profissional-cidadão é privilegiado, e os espaços coletivos, onde um ou mais profissionais interagem com um grupo de pessoas da comunidade. E não seria exagero dizer que cada encontro desses é uma oportunidade para o exercício da ação/

relação educativa, embora nem sempre com a intencionalidade marcada por características críticas, criativas, emancipatórias.

Portanto, mesmo o atendimento individual, que muitas vezes é muito breve, deve ser entendido como um rico espaço de diálogo, no qual o profissional de saúde pode participar de alguma forma do processo de apropriação por parte da população de informações necessárias para a compreensão da situação de saúde, do contexto familiar e do contexto da sociedade.

Para que esse espaço-encontro educativo se torne um processo de produção de subjetividades, de compreensão crítica da realidade, de emancipação individual e coletiva, de criação de ações participativas, é necessário reconhecer determinados aspectos das práticas ditas educativas, mas que se mostram contrárias à uma educação emancipadora:

- a) tratar as pessoas de forma autoritária e rude, como estamos acostumados a encontrar em algumas unidades de saúde, desvaloriza o outro e desrespeita a autonomia das pessoas, e a iniciativa de resolver os seus próprios problemas;
- b) transmitir a ideia de culpabilização do indivíduo, pressupondo que cada doença seja fruto da falta de cuidado e desleixo da população, não considerando a importância da determinação social nas más condições de saneamento, na falta de acesso à educação formal e ao passado de exploração e exclusão das pessoas;
- c) excesso de medicalização em todas as situações, atrelando a ideia de que melhores níveis de saúde estão direta e exclusivamente ligados ao acesso a mais e melhores medicamentos;
- d) desprezo dos casos em que o profissional de saúde não consegue resolver o problema, em uma tentativa de esconder os limites da sua capacidade de atendimento, e perpetuar o prestígio junto à comunidade;
- e) a não valorização e até menosprezo pelas formas populares e tradicionais de resolver os problemas de saúde utilizados pelas pessoas, transmitindo a ideia de que a capacidade de resolução dos problemas não depende mais das pessoas, mas somente do profissional de saúde e da “medicina” oficial;
- f) tratar as pessoas de modo paternalista prescrevendo normas e rotinas que colaboram para a desconsideração da autonomia e da capacidade de livre escolha, passando a ideia perversa

de que quanto mais obediente for, mais rápido e fácil será o restabelecimento de sua saúde;

- g) a vinculação política da unidade de saúde, deixando o usuário entender que a assistência à saúde é um favor e não um direito do cidadão.

2.2 Participação Comunitária no Âmbito da Educação em Saúde

Retornando a Briceño-León (1996), citado na unidade anterior (Seção 1.2.4 – Práticas Educativas na Promoção de Saúde e na Prevenção de Doenças), consideramos de extrema importância apresentar as sete teses que o autor propõe para fomentar a participação comunitária no âmbito da educação em saúde:

Tese I. A educação não é só o que acontece nos programas educacionais, mas em toda a ação sanitária.

É relevante perceber que toda ação de saúde é permeada pela educação, de modo implícito ou explícito, de modo intencional ou não. Assim, ações de saúde, mesmo que pensadas para melhorar algum aspecto sanitário, ou seja, com boas intenções, podem gerar mensagens deseducadoras, quando não se preocupam com a dimensão pedagógica de toda ação.

Tese II. A ignorância não é um vazio a ser preenchido, mas um cheio a ser transformado.

O indivíduo tem muitos conhecimentos, crenças, opiniões, que o profissional pode considerar como “maus”, “tradicionais” ou “incorretos”, no entanto são os que guiam o seu comportamento. É preciso então considerar e conhecer quais são as suas crenças e os seus hábitos para poder trabalhar sobre eles no sentido de contribuir para a transformação dos mesmos em saberes novos, crenças modificadas, hábitos trocados. Trabalhar os saberes que, em forma de ideias, de práticas ou de “hábitos” (BOURDIEU, 1980), se encontram numa população envolve uma ação crítica, mas, ao mesmo tempo, respeitosa e solidária.

Tese III. Não há um que sabe e outro que não sabe, mas dois que sabem coisas diferentes.

Todos os sujeitos conhecem algo sobre o mundo, possuem algum saber, e, portanto, numa relação educativa, não pode haver um que sabe e outro que não sabe. O respeito ao saber do outro é

fundamental para que o processo educacional não seja unidirecional, mas bidirecional, no qual ambas as partes possam transformar seus próprios saberes.

Tese IV. A educação deve ser dialógica e participativa.

Considerando que todos os sujeitos envolvidos no processo educativo sabem algo, então esse é um processo de diálogo entre saberes, no qual os sujeitos se comprometem a escutar-se e a transformar-se.

Um programa dialógico e participativo em saúde envolve todos, que atuam por igual, embora com papéis diferentes. Um processo participativo implica confrontação de perspectivas e prioridades; as do agente de saúde são tão legítimas e válidas como as da comunidade.

Dos três possíveis tipos de participação das pessoas nos programas de saúde, nesta tese o autor se refere à participação ativa, que se dá quando é a própria comunidade que toma a iniciativa, quando é a comunidade que propõe o programa de ação.

Portanto, nem a participação reativa, que sempre parte de uma resposta à iniciativa de um agente externo, e nem a participação passiva, que é a aceitação dos programas e instruções da equipe de saúde sem questionamentos, servem à educação em saúde de caráter emancipatório, crítico e criativo.

Tese V. A educação deve reforçar a confiança das pessoas em si mesmas.

A confiança é um fator fundamental no sucesso de uma ação educativa. Se um indivíduo acredita que vai alcançar um objetivo qualquer, fará um esforço especial para alcançá-lo. Quando profissionais de saúde se colocam como quem conhece mais, sabem atuar sem a participação das pessoas, estarão agindo de modo a minar a confiança que os indivíduos possam ter em si mesmos e eliminando a possibilidade de sua participação. Se consideramos a participação da comunidade como um dever e um direito, devemos reforçar a confiança dos indivíduos em buscar e conseguir uma efetiva participação nos programas. Confiança em que cada indivíduo pode e deve fazer algo para manter sua saúde.

Tese VI. A educação deve procurar reforçar o modelo de conhecimento: esforço-recompensa.

A educação não pode ser apenas verbal. Se quisermos que as pessoas participem, e atuem, devem crer que sua ação terá um resultado. O

que é derivado da tese anterior – seria um reforço de tipo verbal – se torna agora um reforço de tipo prático: as pessoas precisam crer que sua ação terá resultados, mas estes devem verdadeiramente existir.

Tese VII. A educação deve fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva.

Há, ao menos, dois tipos possíveis de participação comunitária: uma participação individual-familiar e uma participação coletiva. Desta perspectiva, a participação comunitária significa uma ação realizada pela sociedade civil como algo distinto da ação realizada pelo Estado através dos órgãos de saúde.

Na participação coletiva, a ação é realizada por um conjunto de indivíduos, mas não existe uma relação restritiva entre a ação executada e os benefícios alcançados, pois os benefícios são de caráter público ou coletivo e não é possível discriminar quem participou em sua obtenção de quem não participou.

A educação em saúde deve fomentar o sentido de responsabilidade individual, mas, ao mesmo tempo, a solidariedade, pois senão se tornará impossível a participação em obras que sejam de caráter coletivo.

2.3 Aspectos Limitantes

Apesar do relevante papel que o atendimento individual ocupa nas ações educativas na unidade de saúde, essa forma de educar tem alguns limites importantes de conhecermos:

- a) Como cada problema é abordado de forma individual, as pessoas podem ter dificuldade de entender que aquele problema também faz parte da vida de outras pessoas da comunidade e até mesmo da sua família.
- b) As soluções para o problema acabam ficando apenas no âmbito individual.
- c) O diálogo isolado às vezes se torna pouco produtivo pela dificuldade que algumas pessoas têm em expor seus problemas.
- d) O pouco tempo que geralmente dispomos para essa abordagem.

Considerando estes aspectos limitantes e até mesmo contraditórios, outra forma de se desenvolver atividades educativas na unidade básica de saúde é o trabalho com grupos ou com organizações sociais do bairro. Entretanto, há que se ter muita atenção! Trabalhar

com grupos não significa ir a algum espaço da comunidade, juntar um grupo de pessoas com os mesmos problemas, rotulá-los com o nome de uma doença que possuem em comum, a exemplo do “grupo dos hipertensos”, e realizar uma “palestra” ensinando quais são as mudanças no estilo de vida que devem ser efetuadas segundo a medicina oficial.

Certamente essa prática educativa, ou melhor, “deseducativa”, em nada se aproxima de uma prática participativa, emancipadora. É importante lembrar que o pano de fundo de toda educação sempre é o diálogo, com vistas à autonomia e à liberdade dos cidadãos.



Saiba Mais

Os diferentes modos de trabalhar com grupos estão detalhados no Módulo Trabalhando com grupos na Estratégia Saúde da Família. Mesmo que você não tenha se matriculado nele, vale a pena acessar o seu conteúdo, pois os conteúdos se complementam.

Para aprofundar seus conhecimentos sobre o tema abordado, recomendamos também a leitura:

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 1, p. 7-30, 1996.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta segunda unidade, apresentamos as atividades educativas dentro e fora da unidade de saúde, a partir do entendimento da educação em saúde como um processo de trabalho interdisciplinar da Equipe de Saúde da Família, as suas variadas formas e os possíveis enfrentamentos das dificuldades de operacionalização. Para tanto, você conheceu os pressupostos de Paulo Freire, que vêm ao encontro dos conceitos trabalhados em Saúde da Família, problematização, liberdade, conscientização e diálogo. Além disso, apresentamos as sete teses de Briceño-León para fomentar a participação comunitária no âmbito da educação em saúde. Por fim, vimos os espaços possíveis que permitem o encontro entre os profissionais de saúde e a população no cotidiano do trabalho das equipes para uma ação educativa e alguns aspectos limitantes para tal construção.

REFERÊNCIAS

BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 1, p. 7-30, 1996.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 29. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários a prática educativa. 15. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000. 165 p.

FREIRE, Paulo. **Política e educação**. São Paulo: Cortez, 1993.

MELO NETO, F. Educação popular em direitos humanos. In: REDE BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS. **Educação em direitos humanos**: fundamentos teórico-metodológicos. João Pessoa: UFPB, 2001.

MIRANDA, K. C. L.; BARROSO, M. G. T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 631-635, 2004.

UNIDADE 3

MÓDULO 17

3 METODOLOGIAS PROBLEMATIZADORAS

Muitas são as formas de trabalhar com metodologias problematizadoras. Nesta unidade, optamos por utilizar um texto adaptado do livro Estratégia Nacional para Educação em Saúde para o Autocuidado em Diabetes Mellitus que foi utilizado no curso com o mesmo nome, modalidade a distância, encerrado em maio de 2010.

Dessa forma, reiteramos que o processo educativo, seja na saúde ou na educação formal, não deve impor mudanças na maneira de pensar e de agir do indivíduo, mas sim, contribuir para que reflita sobre sua realidade, pois ele se consolida no ato de retornar ao já conhecido, de considerar as informações, de revisar e investigar os dados disponíveis numa busca constante de novos significados.

Uma proposta educativa constitui-se num método dialético que não separa a teoria da prática, no qual os sujeitos se encontram e são responsáveis por aquilo que aprendem, assumindo o papel de sujeitos e não de objetos.

Embora nossas ações tenham uma determinada orientação, promovida pelo contexto social ou pelos conhecimentos adquiridos, frequentemente estamos fazendo escolhas, mas isso não significa que estamos refletindo.

Em muitos momentos de nossas vidas, podemos agir somente respondendo a estímulos, cuja resposta está condicionada às características familiares e do ambiente em que fomos criados. Porém, em nosso processo de trabalho, cuja finalidade é produzir saúde, é fundamental a reflexão e, para isso, precisamos acreditar que o mundo é algo a ser descoberto e a ser desafiado, e não algo imutável e fora de nosso controle.

À medida que refletimos sobre nós e sobre o mundo, aumenta o campo de nossa percepção, passamos a ver a realidade de outra forma e a problematizá-la. Sendo assim, podemos percebê-la como um desafio a ser enfrentado e, desse modo, produzir mudanças.

3.1 A educação em Saúde e a Problematização

O local de trabalho é o espaço de encontro entre sujeitos. Na medida em que a intersubjetividade se realiza, a aprendizagem

acontece, propiciando uma infinita potencialização do ser humano. O profissional de saúde, como trabalhador, precisa agir no ato produtivo com liberdade e autonomia, estabelecendo uma relação pedagógica, no processo de educação em saúde, com um ensino prático-reflexivo estimulando o potencial criativo dos indivíduos e sua autodeterminação.

Assim, no nosso dia a dia, tal espaço se transforma num ambiente de aprendizagem entre trabalhador e usuário, no qual se desenvolve uma relação pedagógica, que, para ser efetiva, necessita provocar e estimular a subjetividade, na perspectiva de proporcionar prazer no ato de aprender, de conhecer e de saber.

O processo educativo emancipatório de educação em saúde não acontece somente a partir da transmissão de informações, numa relação em que o profissional de saúde é o que sabe e os usuários não sabem, ou o profissional é o que pensa, determina uma ação e a prescreve; enquanto os usuários somente escutam e seguem a prescrição; adaptando-se às determinações.

Educar não significa adestrar, mas desenvolver a capacidade de aprender como um sujeito crítico, que constrói o conhecimento do objeto ou participa de sua construção. Exige apreensão da realidade, não para a adaptação, mas para a transformação, para a intervenção e a recriação dessa realidade (Freire, 1993).

Isso só se concretiza por meio de um processo educativo, que possibilita a reflexão e uma ação crítica sobre a realidade, comprometidas com a transformação da realidade e a emancipação dos sujeitos.

Como problematizar para entender como funciona o contexto real?

Problematizar a realidade pode ser entendido como a busca de soluções para sua transformação e para resolver questões da prática, promovendo ações originais e criativas. A essência está em desenvolver a capacidade de perguntar o relevante numa dada situação, para, então, entender e resolver adequadamente os problemas identificados (BORDENAVE; PEREIRA, 1991).

Na problematização, a relação ação-reflexão-ação transformadora é o eixo básico de orientação do processo.

Nesta perspectiva, procurar alternativas para sobrepor as dificuldades não significa criar problemas, mas sim encontrar caminhos para resolvê-los. Esta pedagogia considera a realidade como componente essencial do processo, o trabalhador de saúde e o usuário, como protagonistas, e a educação como ação emancipatória para a solução de problemas de saúde identificados.

É a partir dessa realidade que os problemas são identificados como pontos de partida para a aprendizagem. O conhecimento que o usuário já possui, contextualizado em sua vivência, é o ponto de partida para os diálogos componentes do processo ensino-aprendizagem. Desenvolver a capacidade de observação do que está ao seu redor e projetar soluções, ações individuais ou coletivas, constitui a inseparabilidade da transformação individual da social. Desta forma, uma proposta de educação em saúde problematizadora, no contexto do cotidiano profissional, precisa envolver a equipe e estar aderida ao seu processo de trabalho.

Reconhecer as necessidades dos usuários é uma das formas de estimulá-los, considerando que o interesse e a manutenção da saúde estão relacionados às suas necessidades ou desejos. Além disso, podemos considerar também, como um dos aspectos da motivação, a valorização do conhecimento e das experiências prévias de cada um, como ponto de partida de seu processo de aprendizagem para o autocuidado.

As situações de aprendizagem em saúde podem ser criadas com base na realidade circundante, na maioria das vezes, aproveitando as situações que surgem no contexto do trabalho. Elas emergem de uma realidade em que o próprio local do trabalho, a comunidade ou mesmo o ambiente do usuário, é o espaço desencadeador da aprendizagem.

Para isso, é preciso utilizar o diálogo com o objetivo de exercitar uma prática de ação-reflexão cooperativa, de indagação e de experimentação, valendo-se de recursos metodológicos que enfatizem a reflexão da realidade, o pensamento divergente na busca

de alternativas para a mudança e para produzir saúde de forma coletiva. Dessa maneira, é possível, por um lado, promover o sujeito como participante ativo e, por outro, o profissional e a equipe como co-responsáveis pelo cuidado em saúde.

3.2 A Metodologia Problematizadora

A metodologia problematizadora se utiliza de princípios pedagógicos que se consolidam na sua aplicação. Nesse contexto, utilizaremos da sistematização elaborada por Bordenave denominada de “Arco de Magueréz”, que contempla no seu desenvolvimento as seguintes etapas: **identificação do problema, dos pontos-chave, teorização, hipótese de solução e aplicação à realidade** (BORDENAVE, 1996).

Vamos ver os detalhes de cada etapa, a seguir no quadro 2:

I. Identificação do problema

O problema é um dos componentes da realidade observada que merece destaque no grupo. A identificação do problema depende da capacidade e/ou da intencionalidade de cada um dos componentes do grupo e das circunstâncias de espaço e de tempo. Numa situação de educação em saúde, o problema passa a ser percebido como elemento mobilizador para uma aprendizagem significativa, ou seja, para a mudança da realidade observada, a partir da solução do problema.

II. Pontos chave

Uma vez definido o problema, mediados pelo profissional de saúde (facilitador da aprendizagem), os participantes passam a discutir aspectos que consideram fundamentais para o entendimento do tema. Separam o que é realmente importante do que é superficial. Fazem uma identificação das variáveis mais determinantes da situação. O fator mais significativo passa a ser o relato das experiências, pelos membros do grupo, com relação ao problema identificado, ressaltando o que sabem sobre o assunto, como já o observaram e o que sentiram, focalizando principalmente as suas experiências de vida.

Esse é o momento da definição do que será discutido acerca do problema e dos aspectos que precisam ser conhecidos e melhor compreendidos, a fim de se buscar uma possível solução. Dessa forma, o facilitador pode levantar vários questionamentos que façam emergir conhecimentos, experiências, atuando como estímulos para a reflexão. O relevante é levantar as questões conforme o tema vai emergindo, induzindo o grupo a refletir e a fazer as relações com o problema.

III. Teorização

A teorização inicia quando o grupo percebe o problema e pergunta o porquê das situações observadas. Passa-se, então, à busca de conhecimentos científicos contidos no dia a dia e outras maneiras simplificadas e fáceis de comprovação. Quando a teorização é bem desenvolvida, a pessoa compreende o problema não somente em suas manifestações empíricas ou situacionais, mas também os fundamentos teóricos que o explicam.

A referida etapa inicia com o diálogo interno (inquietações) de cada pessoa a respeito dos pontos-chave do problema eleito. Nesse momento, pretende-se explicar as relações dos pontos-chave com os problemas identificados, sendo compartilhado com os demais membros do grupo, provocando outras dúvidas e inquietações. A discussão sobre as perguntas formuladas estimula o raciocínio e permite identificar o que já se conhece sobre os pontos-chave, possibilitando uma sistematização dos materiais e métodos necessários para aprofundar o assunto.

A teorização ocorre quando as pessoas pensam sobre as perguntas levantadas, socializam-na com o grupo, para que os outros manifestem suas opiniões e reflexões acerca do tema. É interessante estimular o diálogo perguntando a opinião do grupo sobre as observações que vão surgindo, como: por que vocês acham que isso ocorre? Vocês concordam? Por quê? Então, o facilitador estimula a discussão com os pontos de vista dos participantes, valorizando os seus conhecimentos e as suas experiências.

A partir da teorização vai-se construindo o conhecimento. O profissional de saúde deve estar preparado para conduzir as reflexões e contribuir com o processo de construção do conhecimento. Caso avaliem a necessidade de outras estratégias de aprendizagem para complementar ou aprofundar o tema, estas devem ser programadas.

As estratégias de aprendizagem serão selecionadas para operacionalizar os temas de teorização, a partir da característica de cada pessoa ou grupo, como, por exemplo: leitura e discussão; dramatização; observação de outras realidades; realização de entrevista e demonstração da técnica.

IV. Hipóteses de solução

Esta etapa possibilita ao grupo momentos de criatividade, levando-o a refletir sobre as possibilidades e as dificuldades para a possível resolução do problema, confrontando suas hipóteses de solução com as limitações da própria realidade. Neste momento, o grupo, juntamente com o facilitador, usa a realidade para aprender com ela e, ao mesmo tempo, prepara-se para transformá-la.

Para formular as hipóteses de solução, podemos emitir o seguinte enunciado: “O problema estará resolvido se...” tal (tais) proposta(s) de solução for(em) implementada(s). Ao ter definido as hipóteses de solução, serão necessárias outras estratégias para implementar as hipóteses, que se consolidam na aplicação à realidade.

V. Aplicação à realidade

Nesta fase, a comunidade e o profissional de saúde (facilitador) implementam as estratégias escolhidas para encontrar as hipóteses de solução. Pode-se dizer que o problema estará solucionado se houver mudança na realidade observada. A compreensão de tal processo facilita a identificação dos problemas de cada realidade específica e dos recursos disponíveis ou a criação de recursos/tecnologias, para solucioná-los. Auxilia a encontrar respostas criativas para a organização do trabalho e para a ação coletiva na perspectiva de transformação da realidade em seus aspectos indesejáveis.

Quadro 2: Etapas da Metodologia problematizadora: Arco de Margueret.

Fonte: Bordenave, 1996.



Figura 3: Arco de Margueret.



Saiba Mais

Para aprofundar seus conhecimentos sobre o tema abordado, recomendamos também a leitura:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação e saúde para o auto cuidado em diabetes mellitus**: uma plataforma nacional. Disponível em:

<<http://www.diabetes.org.br/attachments/congresso2009/Rosa-Sampaio-Educacao-em-Saude-para-o-auto-cuidado-em-Diabetes-uma-plataforma-nacional.pdf>>. Acesso em: 12 ju. 2010.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta segunda unidade, apresentamos ferramentas educativas de problematização para instrumentalizar você e toda a equipe na execução das atividades educativas. Discutimos seus princípios e metodologias, fundamentando, nesta parte final, com a sistematização elaborada por Bordenave denominada de “arco de Maguerez”, que contempla no seu desenvolvimento as seguintes etapas de identificação do problema, dos pontos-chave, teorização, hipótese de solução e aplicação à realidade. Desejamos, assim, que você esteja habilitado, ao final deste estudo, a colocar em prática os conhecimentos adquiridos aqui.

REFERÊNCIAS

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

BORDENAVE, J. D. **O processo de aprender e ensinar no trabalho**. Rio de Janeiro: [s.n], 1996.

AUTORES

Marta Inez Machado Verdi

Enfermeira, Especialista em Saúde Pública (1988), Mestre em Assistência de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1993). Concluiu Doutorado em Enfermagem, área Filosofia da Saúde, pela Universidade Federal de Santa Catarina em 2002, com Estágio de Doutorado Sanduiche na Università degli Studi di Roma La Sapienza com Giovanni Berlinguer (1998-2000). Desde 1993 é professora do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. É Professora Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina desde 2003, desenvolvendo as linhas de pesquisa em Bioética Social, Modelos conceituais e promoção da saúde, e Participação e controle social em saúde. Atualmente é líder do Núcleo de Pesquisa em Bioética e Saúde Coletiva - NUPEBISC/UFSC. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, Estratégia Saúde da Família e Educação em Saúde. Exerceu a função de Coordenadora do Programa de Residência Integrada em Saúde da Família da UFSC de 2004 a 2007.

Fátima Büchele

Professora adjunta III da Universidade Federal de Santa Catarina. Linhas de pesquisa concentrada em Saúde Pública, com ênfase em saúde mental comunitária, atenção básica em saúde, dependência química, representações sociais e saúde da mulher.

Heitor Tognoli

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (2004), Especialista em Ativação dos Processos de Mudança na Formação do Ensino Superior na Área da Saúde pela Fiocruz (2006). Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho: Saúde da Família pela Universidade do Vale do Itajaí (2006). Cursa atualmente Doutorado em Saúde Coletiva na Universidade Federal de Santa Catarina. Atualmente é coordenador e professor da disciplina de Medicina de Familiar e Comunitária da Universidade do Vale do Itajaí, e vice-coordenador do Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina. Tem experiência na Atenção Básica, atuando principalmente nos seguintes temas: Educação Médica, Formação de Recursos Humanos para o SUS, Medicina de Família e Comunidade e Saúde Coletiva.

No decorrer deste módulo apresentaremos os diferentes modos de pensar e fazer educação em saúde. Buscaremos apresentar as atividades educativas dentro e fora da unidade de saúde, suas variadas formas e os possíveis enfrentamentos das dificuldades de operacionalização. Traremos ferramentas educativas de problematização para instrumentá-lo na execução das atividades educativas.

Ministério
da Saúde



Secretaria de Estado da Saúde
Santa Catarina