

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA



Promoção da Saúde e Intersetorialidade na Abordagem Familiar

2019

AUTORES:

Alessandro Diogo De Carli • Cibele Bonfim de Rezende Zárate • Edilson José Zafalon • Grasiela De Carli • Paulo Zárate Pereira • Valéria Rodrigues de Lacerda

REVISÃO E ATUALIZAÇÃO:

Erika Kaneta Ferri

REVISÃO TÉCNICA:

Débora Dupas G. do Nascimento • Leika Aparecida I. Geniole • Sílvia Helena M. de Moraes



GOVERNO FEDERAL

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE
Luiz Henrique Mandetta

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO
TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE
Mayra Pinheiro

UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UNA-SUS
Maria Fabiana Damásio Passos

COORDENADORES DA UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNA-SUS
Alysson Feliciano Lemos
Roberto Francisco Vianna

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PRESIDENTE DA FIOCRUZ
Nísia Trindade Lima

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO
INSTITUCIONAL
Mario Santos Moreira

VICE-PRESIDÊNCIA DE EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO
E COMUNICAÇÃO
Cristiani Vieira Machado

FIOCRUZ MATO GROSSO DO SUL
Jislaine de Fátima Guilhermino

COLEGIADO GESTOR

DÉBORA DUPAS GONÇALVES DO NASCIMENTO
debora.dupas@fiocruz.br

GISELA MARIA A. DE OLIVEIRA
giselamaria2007@hotmail.com

JANAINA ROLAM LOUREIRO
janaina.loureiro@fiocruz.br

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE
leikageniole@gmail.com

SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES
silvia.moraes@fiocruz.br

EQUIPE TÉCNICA

CRISTINA SÔNIA DE OLIVEIRA
cursosfiocruzms@gmail.com

LEIDA MENDES CARDOSO
seca.fiocruzms@gmail.com

SERGIO ASSIS GODOY DE MESQUITA
sgodoymesquita@gmail.com

CRIAÇÃO, DIAGRAMAÇÃO E INFOGRÁFICOS

MARCOS PAULO DE SOUZA
mpsouza@gmail.com

SOBRE OS AUTORES

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI

Cirurgião-dentista graduado pela Universidade Federal de Pelotas, Especialista em Saúde Coletiva e em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais. Mestre e Doutor em Ciências da Saúde pela UFMS. Professor Adjunto da Faculdade de Odontologia da UFMS. Tutor e Orientador de Aprendizagem do Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família/Mato Grosso do Sul (UFMS, FIOCRUZ).

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE

Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Especialista em Saúde Pública e Endodontia. Mestre em Endodontia pela USP. Professora Assistente da Faculdade de Odontologia da UFMS. Tutora do Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família/Mato Grosso do Sul (UFMS, FIOCRUZ).

EDILSON JOSÉ ZAFALON

Cirurgião-dentista graduado pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Especialista em Endodontia. Mestre em Odontologia pela UFU. Professor Assistente da Faculdade de Odontologia da UFMS. Tutor do Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família/Mato Grosso do Sul (UFMS, FIOCRUZ).

GRASIELA DE CARLI

Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade Federal de Santa Maria, Especialista em Saúde Pública. Mestre em Dentística (ULBRA-RS).

PAULO ZÁRATE PEREIRA

Cirurgião-dentista graduado pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Especialista em Saúde Coletiva e Dentística. Mestre e Doutor em Clínicas Odontológicas pela USP. Professor Adjunto da Faculdade de Odontologia da UFMS. Chefe do Departamento de Odontologia Comunitária e Especial (DOE/FAODO/UFMS). Professor do programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste.

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA

Cirurgiã-dentista graduada pela PUC-MG, Especialista em Saúde Coletiva. Mestre em Saúde Coletiva e Doutora em Ciências da Saúde pela UFMS. Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia da UFMS. Tutora e Orientadora de Aprendizagem do Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família/Mato Grosso do Sul (UFMS, FIOCRUZ).

SUMÁRIO

Promoção da Saúde e Intersetorialidade na Abordagem Familiar

Apresentação	08
Seção 1 - A Interface Promoção de Saúde/Educação em Saúde: Processo Histórico e Efeitos na compreensão do binômio Saúde/Doença	09
Seção 2 - Caminhos e Descaminhos da Educação (em Saúde)	13
Seção 3 - Promoção de Saúde e Qualidade de Vida	18
Seção 4 - O Profissional de Saúde como facilitador da Aprendizagem na Comunidade, nas Famílias e com os Indivíduos	21
Seção 5 - Educação em Saúde e Ações Interdisciplinares	24
Seção 6 - Técnicas de Educação em Saúde	31
Referências	34
Anexo	37



Este é um ebook interativo.
Clique no sumário para ir até a
seção desejada.

● Clique neste ícone para
voltar ao sumário.

Promoção da Saúde e Intersetorialidade na Abordagem Familiar

APRESENTAÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família trouxe a possibilidade de estreitar os laços entre a equipe de saúde e a população, sendo uma forma importante de melhorar o acesso, organizar a demanda e planejar e executar as ações em saúde realmente prioritárias para o contexto em questão. Neste livro serão enfocadas as formas de abordagens de promoção e educação em saúde direcionadas ao indivíduo, à família e à comunidade, bem como as orientações para a confecção de alguns materiais educativos. Ao final, espera-se que você seja capaz de:

- 1 Escolher a melhor estratégia de abordagem, de acordo com a situação local, fatores de risco e população-alvo.
- 2 Planejar a realização de uma proposta promotora/educadora em saúde.

Os Autores



A INTERFACE PROMOÇÃO DE SAÚDE/EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PROCESSO HISTÓRICO E EFEITOS NA COMPREENSÃO DO BINÔMIO SAÚDE/DOENÇA

Aprendo mais com abelhas do que com aeroplanos. É um olhar para baixo que eu nasci tendo. É um olhar para o ser menor, para o insignificante que eu me criei tendo. O ser que na sociedade é chutado como uma barata cresce de importância para o meu olho. Ainda não entendi por que herdei esse olhar para baixo. Sempre imagino que venha de ancestralidades machucadas. Fui criado no mato e aprendi a gostar das coisinhas do chão - antes que das coisas celestiais. Pessoas pertencidas de abandono me comovem. Tanto quanto as soberbas coisas ínfimas. (BARROS, 2001, p. 27)

As ações de promoção/educação em saúde constituem (ou deveriam constituir) a base de toda intervenção no campo da saúde. Historicamente, tais ações foram colocadas em um lugar “menos favorecido” na hierarquia dos procedimentos de abordagem da população, por motivos inerentes à formação dos profissionais de saúde e a questões administrativas e de gestão do serviço de saúde.

Além disso, há que se mencionar que tanto o conceito quanto a importância dessas ações seguiram e seguem o fluxo do momento histórico, do conhecimento a respeito do assunto, do paradigma do processo saúde-doença, da intencionalidade das políticas públicas de saúde vigentes e da realidade individual, familiar, comunitária e local.

Esses fatores influenciam a percepção de valores e saberes da organização social e da vida de modo geral, implicando diferentes modos de pensar em relação ao amplo entendimento da importância da própria saúde e da necessidade de recuperá-la, mantê-la e promovê-la.

A **promoção da saúde** é definida como a confluência de **apoios educacionais e ambientais** que visam atingir **ações e condições de vida conducentes à saúde**. Por se tratar de um conceito amplo, a promoção da saúde engloba a **educação em saúde**, a qual compreende as **experiências de aprendizagem** orientadas para a **facilitação de ações voluntárias conducentes à saúde** (CANDEIAS, 1997). Desse modo, a educação em saúde configura-se como uma ferramenta para que as ações de promoção da saúde sejam efetivadas.

O movimento da **Promoção da Saúde** teve seu início em 1974, com o Relatório Lalonde, que preconizava o agir em saúde voltado para a garantia da qualidade de vida dos indivíduos e da coletividade. Tal documento enfatizou o **conceito de campo da saúde** como um conjunto de práticas e saberes que têm influência direta sobre a mesma e que extrapolam a assistência médica, realçando quatro grupos de determinantes do processo saúde-doença: a biologia humana (genética e fisiologia); a organização dos serviços de saúde; o ambiente (natural e social) e o estilo de vida (LALONDE, 1974).

Nesse aspecto, os indivíduos deveriam assumir a responsabilidade sobre os efeitos negativos de seus hábitos de vida, o que veio a disseminar um tom essencialmente **behaviorista** (comportamental) ao discurso da promoção à saúde, configurando-se, inclusive, como uma limitação da mesma, na medida em que dava menor importância a fatores de classe, gênero e raça, incentivando a **culpabilização das vítimas** (CRAWFORD,1977; LABONTE, PENFOLD, 1981; LABONTE, 1993). Por esse parâmetro, grupos populacionais socialmente excluídos e minorias eram responsabilizados por problemas de saúde cujas causas residiam fora da sua governabilidade.

Para superar o modelo *behaviorista*, na década de 80 foi formulada a vertente sócio-ambiental, posteriormente denominada de **Nova Promoção à Saúde**, que identificou grupos desfavorecidos, transformando suas condições de vida e estimulando sua participação em processos importantes relacionados à saúde. Assim, o novo modelo investiu na preparação **individual e coletiva** para promover um maior controle sobre os **determinantes de saúde**, visando a uma maior qualidade de vida, baseada na necessidade de mudanças no modo e também nas condições de vida, o que pressupõe identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades, adaptar-se de acordo com o meio, superar iniquidades, garantir oportunidades e recursos para que as pessoas atinjam o mínimo grau de vida salutar e desenvolvam a capacidade dos sujeitos individuais (WHO, 1984).

Para que os pressupostos da Promoção da Saúde sejam contemplados, há que se lançar mão da **Educação em Saúde**. Assim sendo, Homem D'el-Rey (1996) apontou que, conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 41, de 03 de março de 1993, a educação em saúde é vista como ação "(...) imprescindível para a promoção da saúde, prevenção de doenças e para a consolidação do Sistema Único de Saúde"(p.4), visando informar a população acerca da necessidade do **autoconhecimento para a autotransformação**.

Gomes (2001) relatou que a interação saúde-educação iniciou no século XIX, instaurando na pedagogia sua fase conhecida como "Fase da Colaboração Médico-Pedagógica", fase essa embasada na obra do psiquiatra Pinel (séc. XVIII), a qual discorria sobre as condições dos ditos deficientes e as necessidades de ações pedagógicas específicas.

Para Homem D'el-Rey (1998), a educação em saúde é uma prática social situada na interface do campo da saúde/educação, porque é vivenciada por indivíduos ou grupos sociais, afetando o cotidiano destes. Dessa maneira, a educação em saúde pode propiciar ao indivíduo o conhecimento da realidade e dos fatores que afetam o ambiente em que vive, estimulando-o a buscar transformações alternativas para a melhoria de sua qualidade de vida.

VAMOS MAIS! saber

Existem muitos modelos explicativos para a Promoção da Saúde e vários referenciais teóricos que buscam explicar como executá-la, dentre eles destacam-se:

a) Modelo de Battie (1991): usa quatro paradigmas gerados a partir das dimensões do modo de intervenção (autoritário, negociado, de baixo para cima - eixo vertical) e foco de intervenção (individual para coletivo - eixo horizontal). De acordo com Moysés e Watt (2000), esse modelo não necessita ser utilizado como um guia para ações práticas, mas como um instrumento para o próprio profissional refletir sobre sua prática. Esse modelo destaca como a prática pode ser influenciada pelo treinamento pessoal e profissional, convicções e atitudes, assim como pelo amplo ambiente político que regula seus conteúdos e limites.

b) Modelo de Dahlgren e Whitehead (1991): esse modelo identifica os determinantes de saúde que vão do indivíduo às macrocondições socioeconômicas, culturais e ambientais da sociedade à qual ele se encontra inserido. É frequentemente usado para sinalizar as questões de desigualdades em saúde, uma vez que deixa claras as restrições decorrentes daquelas macrocondições. Esse modelo também identifica a necessidade de intervenções estruturais para o impacto sobre os determinantes de saúde e doença.

Figura 01 - Modelo de determinação social, proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)



Um aspecto importante no que tange à educação em saúde é o fato de que, não raramente, tal prática é realizada de maneira normativa, preconizando a simples adoção de novos comportamentos, cabendo ao público-alvo a responsabilidade de adotar um estilo de vida saudável, desconsiderando-se assim as histórias de vida, as crenças/valores e a própria subjetividade do sujeito (SMEKE e OLIVEIRA, 2001). Assim, os indivíduos ficariam presos a uma nova subordinação, pois a prática pedagógica em saúde, fortemente embasada em linhas comportamentais, nega aos sujeitos a chance de decidirem por si próprios os rumos da sua saúde e ainda lhes atribui adjetivos de portadores de *déficit* cognitivo/cultural, quando da não aquisição de novos (bons) comportamentos.

As práticas educativas pautadas na perspectiva vertical, normativa, conteudista e cientificista não resultam, necessariamente, em mudança de comportamento. Pelo contrário: "...Hoje sabe-se que há um trabalho educativo a ser feito, que extrapola o campo da informação, ao integrar as considerações de valores, costumes, modelos e símbolos sociais que levam a formas específicas de condutas e práticas" (GAZZINELLI et al., 2005, p.5).

Nesse sentido, Minayo (2008) evidenciou que :

...é fato incontestável de que a vivência tanto da saúde quanto da doença produz efeitos no corpo e também no imaginário: ambos são reais em seus efeitos e consequências. Essa compreensão, se aceita, ajuda os responsáveis por ações clínicas, técnicas, de tratamento, de prevenção e promoção ou de planejamento a levarem em conta valores, atitudes e crenças das pessoas, e não apenas aspectos técnicos de suas intervenções. Ao ampliar suas bases conceituais incluindo a contribuição da antropologia como um de seus elementos constitutivos, as ciências da saúde não se tornam menos científicas, pelo contrário, aproximam-se com maior abrangência e profundidade dos contornos reais dos fenômenos que abarcam. (MINAYO, 2008, p.214)

A educação em saúde deve ser entendida como uma experiência de **entrecruzamento de representações e práticas, de pensamento e ação, de subjetividade e objetividade, de corpo e mente** (DEWEY, 1971), conforme a ordem de prioridades dos sujeitos, buscando explorar como o binômio saúde-doença é culturalmente construído. Em se tratando da coletividade, o educar em saúde deve ter caráter multifacetado, através da formação de uma rede de solidariedade entre educadores e educandos, almejando o compartilhamento/desenvolvimento de potencialidades, na busca da ultrapassagem de limites e dificuldades, outorgando autonomia aos sujeitos envolvidos (SMEKE e OLIVEIRA, 2001).

Conforme Westphal (2008), as ações de Promoção da Saúde devem ser **alicerçadas** por **Princípios e norteadas** segundo os **Campos de Ação** (Quadro 1).

Empowerment

Meio pelo qual as pessoas adquirem maior controle sobre as decisões que afetam suas vidas, com decorrentes mudanças em direção à equidade (LAVERACK e LABONTE, 2000).

Quadro 1- Princípios e Campos de Ação da Promoção da Saúde

PRINCÍPIOS	CAMPOS DE AÇÃO
1. Concepção holística da saúde (multicausalidade do processo saúde-doença).	1. Políticas públicas saudáveis (minimizar desigualdades e produção social da saúde).
2. Equidade (como princípio e como conceito).	2. Reforço da ação comunitária (empowerment)
3. Intersetorialidade (desfragmentação administrativa).	3. Criação de espaços saudáveis (potencialidades e problemas existentes em espaços de convivência).
4. Participação social (na formulação de políticas públicas, controle social, avaliação das ações e serviços de saúde).	4. Desenvolvimento de habilidades pessoais.
5. Sustentabilidade (desenvolvimento sustentável, duradouro e forte)	5. Reorientação dos serviços de saúde (ampliar o acesso aos serviços de saúde, transformar ações essencialmente preventivas em ações também de promoção de saúde).

Fonte: adaptado de Westphal (2008)

Segundo Carvalho (2004), um princípio facilitador da educação em saúde é o *empowerment* (cuja tradução literal é empoderamento). O autor evidenciou que tal artifício é de suma importância como estimulador do diálogo multidisciplinar e de incorporações de temáticas como a diferença, a subjetividade e a singularidade, tanto do indivíduo como do coletivo. Assim sendo, o *empowerment* pode ser focado sob os parâmetros psicológico e comunitário. Do ponto de vista psicológico (*behaviorista*), o *empowerment* teria por pressuposto o fortalecimento da autoestima, da autoajuda e da solidariedade, o que favoreceria a constituição da “consciência sanitária” do indivíduo, contribuindo para a obtenção de uma autonomia regulada. O *empowerment* comunitário não nega o psicológico, mas se propõe a afirmar a disputa pelo controle de recursos e redistribuição do poder, através do entendimento do processo saúde-doença para além de condições individuais, enfatizando a questão do determinismo social, político e econômico sobre o *status* de saúde do coletivo, o que vem a fortalecer grupos e minorias.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) e para o Banco Mundial, a promoção da saúde deveria ser direcionada aos países periféricos, segmentos pobres e excluídos, o que, no entendimento de Stotz e Araujo (2004), seria inócuo, pois a participação desses segmentos sob a forma de *empowerment* não modifica a estrutura das causas de sua exclusão e pobreza. Para os autores, tal aspecto deveria ser abordado de maneira universal, pública e gratuita, entendendo-se a saúde como direito social.

Desse modo, seria equivocada a preconização de uma “nova cultura” de saúde para a população, sendo que:

... é o setor saúde que necessita de uma “nova cultura”. Os profissionais e técnicos são educadores, ainda que possam não ter consciência desse papel. É indispensável, portanto, pensar na educação dos educadores no contexto de novas práticas de saúde. (STOTZ e ARAUJO, 2004; p.17)

A abordagem coletiva, portanto, contribuiria para o fortalecimento nas tomadas de decisões, para o desenvolvimento de consciência crítica, favorecendo a participação social, a articulação intersetorial, a interdisciplinariedade e o aumento da capacidade de intervenção sobre a realidade, possibilitando **novas visões de mundo**.

O binômio promoção-educação em saúde deve ser pautado sob a lógica do entendimento do processo saúde-doença e do **saber socialmente** construídos. Entretanto, a dimensão “social” que permeia esse processo deve constituir a base de uma relação dialógica entre o profissional de saúde e os membros da comunidade.

Somente o **compromisso** com aspectos que transcendem a biologia, o tecnicismo e o saber hegemônico podem minimizar a dicotomia existente entre profissional/usuário, principalmente nas questões relacionadas à educação em saúde, pois estas são fortemente arraigadas a valores culturais e princípios que constituem a essência do indivíduo, da família e da própria comunidade.

É importante lembrar que, tanto para as ações de promoção quanto para as de educação em saúde, seu eixo estruturante deve contemplar os seguintes questionamentos: **Para quem** serão direcionadas? **Por que** devem ser efetuadas? **Como** serão desenvolvidas?



CAMINHOS E DESCAMINHOS DA EDUCAÇÃO (EM SAÚDE)

Aspectos Básicos

A prática da educação em saúde data da antiguidade, quando os povos seguiam condutas embasadas no **senso comum**, na experiência dos anciãos e nos **valores** mágicos e religiosos vigentes na época, fato que prevaleceu até o fortalecimento da **revolução científica** (fim do século XVII), a qual promoveu **o rompimento entre a ciência (racionalidade intelectual) e a metafísica (fé e transcendência)**. Desse modo, tal prática foi relegada à Medicina, que, na época, fundamentava-se cientificamente (VUORI, 1987).

O Brasil também seguiu essa tendência, tanto que, primeiramente a educação em saúde foi fortemente influenciada pelos pressupostos médicos, sendo entendida **(naquele tempo)** como uma ação intencional de se difundirem preceitos de higiene (VILLELA, 1982).

Atualmente, sabe-se que a educação em saúde vai além da simples concepção de transmissão de conhecimento para se ter uma vida saudável, geralmente proferida por um profissional da saúde que, entretanto, nem sempre está capacitado para tal fim. Pelo contrário, ela extrapola até mesmo o **campo da saúde** e se insere nas demais vertentes da vida comunitária, daí seu caráter dinâmico.

Nesse sentido, faz-se importante o entendimento de que as ações de educação em saúde necessitam de uma **interação intersetorial**, construída **na e para a comunidade**, respeitando sua organização e dividindo com a mesma saberes e práticas que possam interferir de maneira impactante sobre a qualidade de vida da população. Essa tarefa é árdua, tendo em vista a **(de)formação dos profissionais de saúde** nesse sentido e a grande demanda por ações educativas que sejam realmente efetivas, tendo-se ciência da gama de mazelas (pobreza, fome, desnutrição, violência, desemprego, trabalho infantil, entre outros) que assolam a maioria das comunidades brasileiras.

Educar para a saúde e, conseqüentemente, promover a saúde, requer dos atores sociais envolvidos certo **poder de abstração**, para que estes possam romper com preconceitos arraigados ao fazer em saúde e entender o usuário ou a comunidade não como objeto de seu agir, **mas como processo**, que, como todos nós, constantemente se **(re)constrói**. Por outro lado, como ponto de reflexão, será que se pode afirmar que a atividade educativa chega a ser uma necessidade percebida pela comunidade?

Para que isso seja possível, faz-se necessário o conhecimento de tendências da educação, as quais influenciaram sobremaneira os modelos da educação em saúde e, logicamente, a sua prática.

VAMOS refletir!

Refletir sobre a educação em saúde requer uma incursão sobre aspectos relevantes de sua evolução como processo histórico e uma **análise crítica** sobre seus pressupostos básicos e **impacto social enquanto ato pedagógico**.

Teorias, Tendências e Dimensões da Educação

As **Teorias da Educação** foram classificadas a partir da interface educação/sociedade (SAVIANI, 2008) em:

A Não-Críticas

A educação é entendida como um instrumento a favor da sociedade, reforçando laços e a equalização social.

B Crítico-Reprodutivistas

Relacionam a educação com determinantes sociais, por isso é crítica; mas reforça que a sua principal função é a estrutura de dominação da sociedade

Dentre as **Tendências Pedagógicas** (LUCKESI, 1996), destacam-se:

A Tradicional

Que valoriza o ensino de saberes já construídos, transmite conhecimentos, centrada na autoridade do professor, cuja ação geralmente é expositiva.

B Escola Nova/Ativa

Preza pela formação de atitudes autônomas, facilitadora da busca pelo conhecimento, focada em situações-problema propostas pelo professor, o qual tem estilo próprio para a facilitação da aprendizagem.

C Tecnicista

Visa a mudanças de desempenho e comportamentos necessários à ordem social e busca a formação de indivíduos competentes para o mercado de trabalho. O professor apresenta a verdade científica ao aluno pela aplicação de tecnologia educacional.

D Progressista

Preconiza o conhecimento não como acúmulo de informação, mas como uma re-elaboração mental emancipadora na dimensão político-social. Segundo essa concepção, o professor media o binômio prática social/conhecimento pela reavaliação crítica de conteúdos, conhecimentos e experiências.

Entendendo a educação como um processo natural que vai sendo delineado durante a vida, evidenciam-se suas **Dimensões** (CURY, 1989):

A Educação Informal

Ocorre a partir do convívio com os pais e a comunidade, pelas vivências individuais/coletivas, conforme a história de vida.

B Educação Formal

Aquela que acontece na escola, cujo objetivo primordial seria a ação pedagógica para a construção do conhecimento.

C Educação Não-Formal

Ocorre em espaços institucionais que não a escola, como nos postos de saúde, sindicatos, associações).

É nessa terceira esfera dimensional que está a educação em saúde, a qual deve(ria), associada a outros tipos de ações, ajudar a promover, prevenir e recuperar a saúde da população. Desse modo, a revisão desses aspectos relacionados à educação de modo geral foi necessária para que, ao abordarmos os paradigmas da Educação em Saúde, seja possível relacioná-los ou mesmo confrontá-los, de modo que a sua contextualização histórica, social e política possam ser contempladas.

Paradigmas da Educação em Saúde

Para Homem d'El-Rey (1996), seriam cinco as concepções vigentes na prática da Educação em Saúde no Brasil:

01

Educação em Saúde Tradicional ou Educação Sanitária: preconiza que o indivíduo deve “cuidar” de sua saúde, a qual é entendida como ausência de doença, aprendendo sobre doenças. A educação repassa o conhecimento sobre prevenção de doenças, através de ações pedagógicas diretivas, unilaterais (tecnicistas), normatizadoras (ensina preceitos), distante da vida humana (desconsidera a realidade social) e por abordagem metodológica baseada na comunicação (realizada através de palestras, cartazes, folhetos).

02

Educação em Saúde Participativa ou Educação em Saúde Pública: concebe que o indivíduo aprende a “cuidar da saúde a partir do referencial coletivo de conhecimento da realidade”. Compreende a saúde a partir da teoria da multicausalidade do processo saúde-doença. A educação seria um processo de aprendizado conjunto, sendo a prática pedagógica diretiva (embora bilateral e participativa), mais próxima à vida do homem, centrada na organização de grupos (em reuniões, oficinas e discussões).

03

Educação Popular em Saúde ou Educação e Saúde: pressupõe que o saber popular confrontado com o saber técnico constrói o saber coletivo da saúde, a qual seria resultante das condições de vida. A educação é alicerçada na construção coletiva do conhecimento, sendo a prática pedagógica bilateral e participativa (embora com resquícios da normatização do saber técnico), a qual valoriza a capacitação (através de técnicas, como as oficinas).

04

Educação, Informação e Comunicação (IEC): baseada na concepção de que o público informado influencia o indivíduo a cuidar da saúde, a qual é entendida como resultado da multicausalidade do processo saúde-doença. A educação equivale à informação e comunicação. O ato pedagógico é diretivo, normatizador, tecnicista e unilateral, através da comunicação (de massas).

05

Educação em Saúde Holística ou Abordagem Holística na Educação em Saúde: o cuidado à saúde seria advindo da compreensão das forças que interagem em seu ambiente de vida (individual e coletivo). A saúde corresponde ao equilíbrio da dinâmica da vida, a educação a um processo de autoconhecimento e autotransformação. Metodologicamente, é focada na construção do método, pois o objeto da intervenção é o que define a prática pedagógica, podendo ser de comunicação (facilitação), organização (condicionamento) e capacitação (transformação).

VAMOS MAIS! saber

Com o objetivo de melhor compreender o significado da palavra paradigma, veja o vídeo “Como nascem os paradigmas”.

Mais informações, leia:

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf

Assim, verifica-se que a educação em saúde pode ocorrer em espaços pedagógicos diferenciados, sendo influenciada tanto pelas teorias quanto pelas tendências da educação, as quais refletem o momento histórico-cultural. Além disso, por ser uma **ação dialógica**, a educação em saúde **não deve e não pode** se caracterizar pela neutralidade e somente pela normatividade, tendo em vista sua essência, sobretudo, **política** e a **interação de valores e saberes do educador e do educando**.

Na prática, a realidade da educação em saúde é desafiadora (até na Estratégia da Saúde da Família (ESF), em que se constitui como um de seus pilares), considerando que os profissionais da saúde não aprenderam a valorizar a educação como parte da abordagem do usuário. Nesse sentido, vale lembrar que se está diante de dois relevantes **fatores críticos** da atenção à saúde, principalmente no âmbito da Atenção Básica: **a falta de subsídios humanísticos e sociais na formação profissional e o entendimento equivocado do que deve ser a educação em saúde**.

A visão holística da educação em saúde, por ser abrangente e abarcar uma ampla concepção do processo saúde-doença, encontra-se em constante **transformação/adequação/construção**, o que vai ao encontro dos princípios da Atenção Primária em Saúde e, conseqüentemente, da ESF. Entretanto, essa característica não exclui a necessidade e a possibilidade de que, em situações específicas, sejam utilizados instrumentos e pressupostos dos outros paradigmas da educação em saúde.



VAMOS refletir!

Embora a tarefa de educar em saúde seja árdua, é possível. Exige muito do educador, pois somente causará impacto positivo na qualidade de vida da comunidade a partir do momento em que for **conjuntamente construída em consonância com as necessidades sentidas**. Não há um modelo de ações de educação em saúde que possa ser utilizado de maneira padronizada, por isso é necessário que se faça uma mescla entre as tendências, teorias e dimensões da educação, juntamente com os paradigmas da educação em saúde, conforme as **necessidades e valores do público-alvo**, de maneira **inclusiva e emancipatória**.

PROMOÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

“O termo Promoção de Saúde está historicamente ligado a transformações dos comportamentos dos indivíduos. Entretanto, atualmente se caracteriza como o processo que leva indivíduos e comunidades a ampliar o controle sobre os determinantes de saúde e, por conseguinte, obter melhoria de sua saúde. Este processo passa a representar um conceito unificador para quem reconhece a necessidade de mudança nos modos e nas condições de vida. Inclui, portanto, aspectos como alimentação e nutrição, habitação e saneamento, trabalho e educação e ambiente físico e social em que vivem as coletividades, que resultam em maior ou menor qualidade de vida.” (BUSS, 2000)

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem por objetivo geral promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Os temas transversais são referências para a formulação de agendas de promoção da saúde, para adoção de estratégias e temas prioritários, operando em consonância com os princípios e valores do SUS (BRASIL, 2014).

A referida portaria fundamenta-se nas Cartas das Conferências Internacionais e compreende a promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais das redes de proteção social, com ampla participação e controle social. Reconhece as demais políticas e tecnologias existentes, visando à equidade e à qualidade de vida, com redução de vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (CONASS, 2014)

Sendo a Promoção da Saúde um dos agentes norteadores das ações da **ESF**, esta poderá contribuir para a qualidade de vida através de: **ações que produzam e disponibilizem o conhecimento a respeito dos determinantes do binômio saúde-doença; construção conjunta com a comunidade de agendas sociais saudáveis e demonstração de formas de organização social e comunitária que garantam melhor qualidade de vida** (GONDIM *et al.*, 2009), seguindo-se as prioridades determinadas pela PNPS, consideradas parte do **Pacto pela Saúde** (BRASIL, 2010):

- I Formação e educação permanente (gestores, trabalhadores da saúde e de outros setores para o desenvolvimento de ações de educação em promoção da saúde e incluí-la nos espaços de educação permanente)
- II Alimentação adequada e saudável;
- III Práticas corporais e atividades físicas,
- IV Enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados
- V Enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, que compreende promover, articular e mobilizar ações para redução do consumo abusivo de álcool e outras drogas, com a corresponsabilização e autonomia da população, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais;
- VI Promoção da mobilidade segura;
- VII Promoção da cultura da paz e de direitos humanos;
- VIII Promoção do desenvolvimento sustentável.

Nesse aspecto, nota-se que, além da mobilização do setor saúde para que essas prioridades sejam contempladas, há que se investir na intersetorialidade (rede de organizações públicas, setor privado e sociedade civil) como eixo central das ações de promoção de saúde, visando à elevação dos padrões de qualidade de vida e do bem-estar coletivo (BRASIL, 2010).

Conforme a publicação eletrônica **O SUS de A a Z**, a intersetorialidade é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de uma cidade é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. Tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégica para a garantia do direito à saúde, já que saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida. A intersetorialidade, como prática de gestão na saúde, permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde, na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança, Alimentação e outros. Intersetorialidade remete também ao conceito/ideia de rede, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações. Finalmente, o contexto da intersetorialidade estimula e requer mecanismos de envolvimento da sociedade. Demanda a participação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre qualidade de vida e saúde de que dispõem.

De acordo com Dias (2003), as populações apresentam riscos desiguais de adoecer e morrer, depreendendo-se daí que a modificação dos mesmos exige ações e intervenções do setor saúde e aliança com outros setores que elaboram e implementam políticas públicas. Pensar dessa forma e trabalhar nesse sentido podem favorecer a ruptura do isolamento do setor saúde e a intersetorialidade, construindo-se assim políticas públicas eficazes, resolutivas e que de fato atendam às necessidades da população.

Os profissionais da equipe de saúde devem desenvolver a capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com outras áreas a fim de que a concepção de saúde não fique centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2004).

O **controle social** também constitui um dos alicerces da PNPS, considerando-se que o mesmo representa a participação da sociedade civil no planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações da gestão pública, bem como na execução de políticas e programas públicos, em que participam da interface estado/sociedade para o compartilhamento de responsabilidades, com o objetivo de aumentar o nível de eficácia e efetividade daqueles (ROCHA *et al.*, 2009).



VAMOS refletir!

O entendimento atual de Promoção de Saúde, difundido pela PNPS, fortalece o Sistema Único de Saúde (SUS) na medida em que estimula a ampliação da rede de corresponsabilização pelas ações de saúde. É importante lembrar que a Promoção da Saúde, apesar de fazer parte do discurso das políticas gestoras há algum tempo, no campo das práticas deve continuar embasando a **reorientação do serviço de saúde** e, nesse sentido, todo esforço deve ser feito para que a mesma seja estimulada e mantida como **um dos paradigmas orientadores da ESF**, o que pode começar com a sensibilização e a formação dos profissionais para práticas educativas em saúde mais resolutivas.

SEÇÃO 4

O PROFISSIONAL DE SAÚDE COMO FACILITADOR DA APRENDIZAGEM NA COMUNIDADE, NAS FAMÍLIAS E COM OS INDIVÍDUOS

Educar é uma forma de comunicar, portanto o profissional da saúde que educa, de fato, está comunicando; está realizando um trabalho de mediação entre o conhecimento que adquiriu na sua área de atuação e a população à qual pretende informar a respeito daquele conhecimento. Da mesma forma, a população também comunica um conhecimento adquirido na experiência vivida e realiza um trabalho de mediação entre esse conhecimento da realidade e o trabalhador da saúde com quem dialoga. De acordo com Martins e Stauffer (2007), todas as relações sociais são potencialmente educativas, considerando que a ação educativa pode ocorrer espontaneamente, sem que haja necessariamente uma consciência sobre essa ação. A educação se dá ao longo de toda a vida, acontecendo em lugares sociais, como no ambiente familiar, no trabalho, na rua, na igreja, na escola. Para o trabalho em saúde, segundo esses autores, é fundamental que o trabalhador perceba o quanto é importante desenvolver argumentos, perante os indivíduos, de que a saúde de todos também depende deles e dos vínculos de solidariedade que traçam uns com os outros.

É preciso lembrar que, de acordo com Paulo Freire (1983), os elementos do conhecimento popular têm importância no processo de ensino-aprendizagem, pois, para ele, o diálogo é fundamental no processo educativo, já que é através dele que a educação acontece. Assim, aquele que educa também aprende. Um dos pressupostos do método de Paulo Freire é a ideia de que ninguém educa ninguém e ninguém se educa sozinho. A educação deve ser um ato coletivo, solidário, um ato de amor, não podendo ser imposto. Porque educar é uma tarefa de trocas entre pessoas, de lado a lado se ensina, de lado a lado se aprende.

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

Há uma variedade de maneiras de se educar para a saúde. Entretanto, considerando o que as várias abordagens têm em comum, é possível agrupá-las, de acordo com Oliveira (2001), em dois modelos: a educação em **saúde tradicional e a radical**.

VAMOS refletir!



Fonte: www.officinadamente.com.br/blog/Imagens

E você? Pare para pensar um pouco. Como têm sido suas ações educativas aí em seu território?

O modelo tradicional ou diretivo segue os pressupostos da antiga Saúde Pública, tendo como meta a prevenção das doenças, e sua abordagem educativa está baseada na mudança de comportamento do indivíduo. As estratégias dessa forma de educar baseiam-se na concepção de que o sujeito da ação educativa vai passivamente apreender o que lhe for ensinado. Nesse modelo de educação, os indivíduos são responsabilizados pelas suas condições de saúde num processo conhecido como sendo o de culpabilização da vítima (VALLA, 1993).

Esse modelo é questionado por não reconhecer que os aspectos culturais, sociais e o meio ambiente são fatores que influenciam nos comportamentos individuais e nas escolhas que resultam em vida com mais ou menos saúde.

O **modelo radical** de educação em saúde visa promover a saúde no seu sentido positivo, ou seja, saúde como recurso para o viver com qualidade, o que inclui:

- Fomentar a reflexão sobre os aspectos da realidade pessoal;
- Estimular a busca e identificação coletiva das causas dessa realidade; examinar as implicações dessa realidade e desenvolver um plano de ação para modificá-la.

A educação radical busca atingir seus objetivos trabalhando com grupos, na expectativa de que o ambiente de grupo facilite a conscientização por favorecer a troca de idéias entre os sujeitos. Acredita-se que o diálogo criado em tal contexto resulte numa conscientização coletiva sobre as condições de vida e na compreensão da possibilidade de que o indivíduo e o grupo tenham competência para mudar sua realidade. A diferença do modelo tradicional e do modelo radical é que este procura mais fortemente a mudança social do que a transformação pessoal. Essa abordagem pretende promover o envolvimento dos indivíduos nas decisões relacionadas à sua própria saúde e naquelas relacionadas aos grupos sociais aos quais eles pertencem (OLIVEIRA, 2001).

Esse modelo de educação em saúde que surge vem para atender as necessidades da Promoção da Saúde, considerando que os indivíduos devem ser incentivados a se responsabilizar por sua saúde, a qual deverá resultar das suas próprias escolhas (STOTZ, 1993), tendo a autonomia como ponto central.

Considerando a complexidade dessa temática, Souza *et al.* (2005) questionaram-se: será que todos os indivíduos possuem as mesmas condições e possibilidades de escolha? Quais são as oportunidades que os indivíduos têm de escolher livremente? Para essas autoras, no cotidiano dos serviços de saúde, há uma sobreposição das abordagens tradicional e radical de educação em saúde, provavelmente em função das complexidades do modelo radical e das dificuldades de se colocar em prática os seus pressupostos inovadores.

A sistemática educativa varia de acordo com o indivíduo ou a população-alvo que se pretende atingir, bem como com os instrumentos educativos a serem utilizados. O importante é que haja contato frequente entre os componentes da equipe de saúde e o indivíduo, família ou grupo assistido, a fim de que se estabeleça um ambiente de confiança mútua. Talvez a melhor maneira ainda seja saber ouvir, principalmente nos primeiros momentos. Na educação em grupo, é preciso que o educador tenha habilidade para motivar e perceber o interesse comum à maioria. As mudanças de hábito têm maior probabilidade de acontecer como consequência do contato individual que é mais profundo e não deve deixar de existir em detrimento do trabalho em grupos, pois este não o substitui, e sim, reforça-o (BASTOS *et al.*, 2003).



VAMOS refletir!

É primordial lembrar que não basta que uma pessoa receba uma informação sobre saúde para que ela mude suas atitudes. Motivos de origem econômica, social, cultural, afetivos e de credibilidade influenciam em suas escolhas. Portanto o indivíduo, ao receber a informação, faz o seu julgamento e só então manifesta sua disposição em mudar ou não o seu comportamento, caso isso seja possível.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E AÇÕES INTERDISCIPLINARES

A educação em saúde efetuada de forma integrada e interdisciplinar possibilita a disseminação de informações de prevenção e promoção à saúde para os diferentes grupos sociais. Uma forma de introduzir a educação em saúde no cotidiano dos indivíduos é inseri-la em programas de grande relevância.

As atividades de educação em saúde precisam ser organizadas, entendendo-se claramente os objetivos a serem alcançados e prevendo-se análise crítica de diferentes possibilidades de intervenções. Somente então tais atividades poderão ser implementadas e avaliadas (ILEP, 2001). Se o objetivo for o de informar a comunidade sobre sinais e sintomas precoces de uma doença e as possibilidades para o tratamento disponíveis na área, o ideal é que se faça um trabalho em grupo. Por outro lado, se o que se quer é assegurar-se de que os usuários sigam o tratamento proposto, a abordagem individual, durante a consulta ou a visita domiciliar, é mais produtiva.

Para desenvolver trabalho educativo dentro da ESF são necessários novos saberes e instrumentos. É preciso produzir saúde, considerando as famílias em suas condições concretas de vida, o que requer a apropriação de saberes como os da cultura popular e da educação. Estes, produzidos através do diálogo, aportam a escuta, o vínculo, o acolhimento, a autonomização, entre outros (FRANCO e MERHY, 2003 *apud* REIS *et al.*, 2007).

Com a finalidade de aproximar-se mais do indivíduo e dos grupos, há que se valer da estratégia do acolhimento que é a recepção, o amparo que se dá a alguém, dando-lhe atenção e proteção. No caso da interação do trabalhador com o usuário da unidade de saúde, esse acolhimento precisa necessariamente passar pela escuta qualificada (SANTOS *et al.*, 2002). Para escutar é preciso estar atento aos sinais, muitas vezes não verbalizados ou ainda traduzidos no próprio silêncio das pessoas. Como ressaltou Leitão (1995) *apud* Santos *et al.*, 2002: **Não basta apenas ouvir, é preciso escutar.**

De acordo com Reis *et al.* (2007), é mais fácil falar do que escutar, tendo em vista que a escuta aproxima as pessoas, tornando-as responsáveis umas pelas outras. Mas, para que a escuta e a conversa se efetivem, há necessidade de uma predisposição de ambas as partes que seja baseada na valorização do outro, de um ambiente adequado para o assunto a ser tratado e também de tempo para um ou mais contatos.

Para melhorar a interação entre os profissionais da saúde e a população, é preciso valorizar o diálogo. Adotar essa postura requer criatividade, aprendizagem. Um princípio importante é ir até a população-alvo, até sua realidade. A participação direta nem sempre é possível desde o início, por isso geralmente se começa “coletando”, conhecendo e estudando. Dessa forma, o primeiro requisito para que a comunidade comece a se envolver no diálogo é que: *“as mensagens não lhe sejam alheias ou estranhas, mas que as sinta suas e que se reconheçam nelas”* (IPEA, IPLAN, 1989).

A opção pedagógica com ênfase no processo de transformação das pessoas, grupos e comunidade caracteriza-se pelo desenvolvimento da capacidade intelectual e da consciência social da população. Preocupa-se menos com os conteúdos e mais em desenvolver nas pessoas a capacidade de observar, analisar, questionar a sua realidade, os seus problemas e procurar soluções (IPEA, IPLAN, 1989).

Esta forma de ensino-aprendizagem é denominada por Paulo Freire (1983) de problematizadora ou libertadora e parte do pressuposto de que, em um mundo de mudanças rápidas e profundas, o importante é a capacidade das pessoas/grupos de detectar os problemas reais e buscar-lhes solução original e criativa. A experiência que deve ser valorizada é a observação grupal da própria realidade, o diálogo e a participação na ação transformadora das condições de vida.

A aprendizagem é muito mais significativa à medida que o novo conteúdo é incorporado às estruturas de conhecimento de um indivíduo e adquire significado para ele a partir da relação com seu conhecimento prévio. Ao contrário, ela se torna mecânica ou repetitiva, uma vez que se produziu menos essa incorporação e atribuição de significado, e o novo conteúdo passa a ser armazenado isoladamente ou por meio de associações arbitrárias na estrutura do conhecimento (PELIZZARI *et al.*, 2002).

Bordenave (1983), professor de grupos camponeses no Paraguai, desenvolveu propostas educativas voltadas para a ampliação da capacidade técnica e da consciência crítica de adultos. Problematizar, para ele, significa levantar os problemas com seus diferentes aspectos e de acordo com o entendimento dos diferentes atores sociais. Bordenave baseou-se em outro autor, Charles Maguerez, também instrutor de agricultores e mineradores na Argélia, que desenvolveu o chamado '**Método do Arco**'. Neste método, o processo ensino-aprendizagem deve iniciar-se a partir da observação da realidade, permitindo que as pessoas expressem suas ideias e opiniões, fazendo, assim, uma primeira leitura da situação concreta. Em um segundo momento, as pessoas/grupos selecionam as informações e identificam os pontos-chave do(s) problema(s), levantando suas relações/variáveis que determinam a situação concreta.

A etapa seguinte consiste no levantamento de questões sobre as causas do problema observado. Aqui é necessário recorrer aos conhecimentos científicos que auxiliem o raciocínio das pessoas na compreensão do problema. Quando a realidade é confrontada com os conhecimentos existentes é que se viabiliza o início da resolução do problema e os indivíduos se veem naturalmente movidos a pensar em alternativas de resolução. É dada aos mesmos a oportunidade de decidir, priorizar e planejar ações. Na última fase, os participantes compreendem e praticam as soluções que o grupo considerou viáveis e aplicáveis à realidade, preocupando-se em mudar sua forma de agir, individual e/ou coletiva, contribuindo para a solução do(s) problema(s) (BORDENAVE, 1982).

VAMOS MAIS! saber

Para saber mais sobre aprendizagem significativa, leia o texto:

TEORIA DA APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA
SEGUNDO AUSUBEL de autoria de Pelizzari
et al., 2002.

Figura 2 - Arco de Maguerez



Fonte: <http://tccrosangelamenta.pbworks.com/PA>

O Arco se propõe a levar os alunos a exercitarem a ação /reflexão/ação, ou seja, a relação prática/teoria/prática, tendo como ponto de partida e de chegada do processo de ensino e aprendizagem a realidade social (SANTOS *et al.*, 2006).

Dentro de uma proposta problematizadora, nada impede que se utilizem atividades educativas que contemplem a transmissão de conhecimentos e informações técnico-científicas (SÃO PAULO, 1997).

A ação educacional baseada somente em métodos expositivos, quando ocorre a simples transmissão de conhecimentos do educador para a população, precisa ser utilizada de forma criteriosa. Embora essa atuação educativa possa não ser a mais adequada em alguns contextos, ela poderá ser utilizada pelos profissionais de saúde para complementar outras formas de se educar. Assim, algumas palestras sobre temas específicos podem servir de reforço àquelas informações já transmitidas aos usuários em outros momentos.

A abordagem dos problemas relacionados ao processo saúde-doença levantados pela população deve ser trabalhada pelo profissional de saúde ou educador de forma simples e clara. O mais recomendado tem sido utilizar uma abordagem de fatores de risco ou de proteção, simultâneos, para várias doenças e agravos que se correlacionam: diabetes, hipertensão, obesidade, trauma, câncer, tabagismo, alcoolismo, doenças de pele, doenças cardíacas, cárie dentária, periodontopatias, estresse, etc.

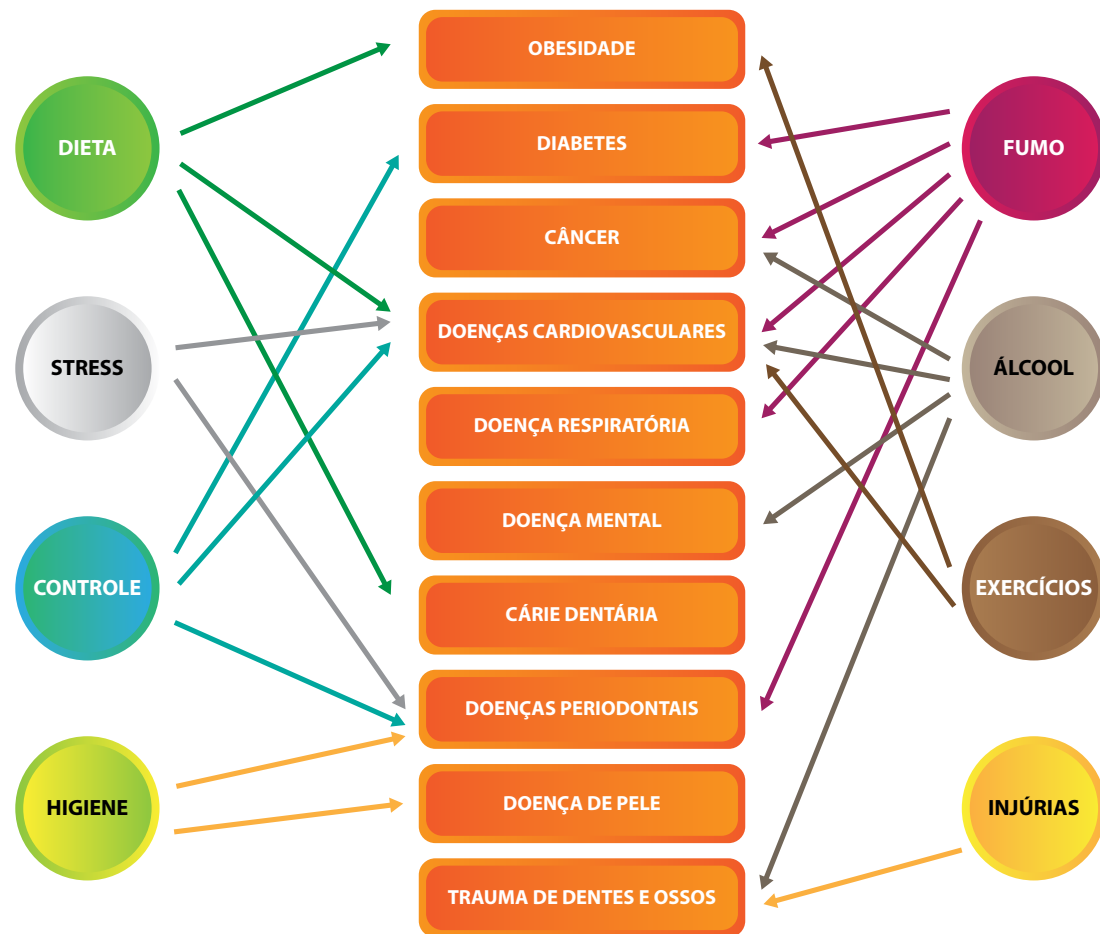
**VAMOS
MAIS!** saber

COLOMBO, A.A.; BERBEL, N.A. N. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul./dez. 2007 .

http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_390_ametodologiadaproblematizacaocomoarcodemaguerez.pdf

A abordagem dos fatores de risco considera que há um aumento na vulnerabilidade das pessoas para desenvolver as doenças citadas anteriormente. Exemplificando: as doenças bucais podem aumentar o risco de outras enfermidades, em particular o diabetes e as doenças do coração. Nesse sentido, as mudanças de hábitos alimentares que ocorreram ao longo das últimas duas décadas podem explicar por que a obesidade, o diabetes, as doenças cardiovasculares e o câncer se tornaram frequentes problemas de saúde pública, como também fizeram aumentar os agravos para a saúde bucal em todo mundo (SESC, 2007).

Figura 3 - Diagrama do fator de risco comum



Fonte: adaptado de Sheiham e Moysés (2000).

O entendimento essencial de abordagem de risco é que, através do direcionamento da ação sobre esses riscos comuns e seus determinantes, serão alcançadas de forma mais eficiente melhorias de uma série de condições crônicas (WHO, 2000). Portanto, como destacaram Sheiham e Moysés (2000), a seleção de estratégias recomendadas para prevenir e controlar várias doenças são parte da abordagem do fator de risco comum, atuando-se assim sobre um maior número de doenças crônicas, permitindo às pessoas aumentar o controle sobre as condições que melhoram a saúde.

O planejamento das ações educativas deve ser feito em conjunto com a equipe de saúde, principalmente em relação às ações propostas por ciclo de vida e que levam em conta a condição de vida e os fatores de risco comum para várias doenças. A educação em saúde precisa ser parte das atribuições comuns a todos os membros da equipe de saúde. A revisão das práticas pedagógicas, especialmente em se tratando de abordagem para educação de adultos e jovens, a qual necessariamente difere da educação dirigida às crianças, necessita ser sempre realizada.

Alguns aspectos devem ser considerados durante o processo educativo, como: o respeito à individualidade e à cultura local e a contextualização das diversas realidades, incluindo as possibilidades de mudança.

As ações educativas no nível coletivo podem ser feitas com os seguintes enfoques, de acordo com o Caderno de Atenção Básica nº17 (BRASIL, 2006; p. 26):



População: atividades educativas voltadas para a população como um todo. Existem fatores de risco comuns a várias doenças, tais como tabagismo, alcoolismo, exposição ao sol sem proteção e dieta inadequada, entre outros, e que devem ser abordados em conjunto no nível da equipe de saúde, de forma multiprofissional.



Grupos e espaços sociais: identificar no território possíveis grupos para serem trabalhados a partir de critérios de risco, possibilidade de atuação e recursos disponíveis.



Indivíduos: realizada em todas as etapas do tratamento, de forma particularizada, para atender a necessidades individuais, visando à autonomia no cuidado.



Grupos operativos na unidade de saúde: grupos formados para a problematização das questões de saúde [...], integração e a democratização do conhecimento a partir de um encaminhamento individual. Nesses grupos devem ser trabalhadas minimamente a causalidade dos agravos e formas de prevenção das doenças.



Famílias: incluir as atividades educativas na rotina do trabalho dos agentes comunitários de saúde e da Equipe Saúde da Família, a partir de critérios de risco ou da identificação do núcleo familiar como um fator determinante no processo saúde-doença.

Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf

O trabalho com grupos é uma estratégia que facilita a ação educativa. No método pedagógico de Paulo Freire (1983), as reuniões em grupo denominadas de Círculos de Cultura fomentam o diálogo circular e permitem “reviver” a vida em profundidade crítica.

Nos grupos, a produção do conhecimento se dá pelo reconhecimento do homem no seu meio, sendo também uma forma de trabalhar e valorizar o que as pessoas sabem, a sua vivência, tornando-se, assim, o aprendizado significativo.

No trabalho em grupo é necessário que haja a figura de um coordenador/facilitador (profissional da equipe de saúde da família) que deve estimular o grupo para que este gere suas análises, produza seus conhecimentos, questione sua própria prática e concepções. O cumprimento desse papel depende do ambiente de confiança criado e sustentado, do conhecimento dos métodos e técnicas para trabalhar cada tema. Ao iniciar o diálogo, o facilitador também tem uma contribuição a dar, tanto no que se refere ao conhecimento do assunto a ser abordado, quanto aos objetivos que quer alcançar. Não se pode deixar que o tema seja concluído sem alcançar os objetivos previstos (SESC, 2007).

A técnica de trabalho em grupos desenvolvida por Pichon-Riviére, psicanalista, é conhecida como ECRO (Esquema Conceitual Referencial Operativo) e fundamenta-se em:

- Promover um processo grupal de aprendizagem;
- Fazer uma leitura crítica da realidade com uma apropriação ativa dessa mesma realidade;
- Estimular nos participantes uma atitude investigadora, na qual cada resposta obtida se transforme imediatamente em uma nova pergunta;
- Ter a aprendizagem como sinônimo de mudança.

Essa técnica pode ser utilizada ainda em muitos contextos: familiares; grupos de terceira idade; grupos de trabalho; grupos de pais; grupos teatrais e esportivos; de egressos de sistemas privativos de liberdade; de drogaditos, entre outros. Os princípios norteadores dos grupos operativos são o vínculo e a tarefa. O vínculo é estabelecido quando os sentimentos e vivências do outro passam a nos interessar. O processo de compartilhar necessidades em torno de objetivos comuns constitui a tarefa grupal. Quando o grupo passa a problematizar os obstáculos que emergem na concretização de seus objetivos, é porque entrou em tarefa e pode então elaborar um projeto viável e dessa forma operar mudanças (ABDUCH, 1999).

Os espaços de atendimento individual são plenos de oportunidades para consolidação de uma atenção integral que reforce a autoestima do usuário, incremente conhecimentos e favoreça a autonomia no controle de sua própria saúde. Para desenvolver habilidades profissionais necessárias ao estabelecimento de uma comunicação efetiva que produza conhecimento, o profissional da saúde deve: favorecer um ambiente amigável para que o usuário possa expressar aquilo que sabe, pensa e sente em relação à sua situação de saúde; empregar uma linguagem clara ao prestar informações apropriadas às reais expectativas, dúvidas e necessidades do usuário e adequada do ponto de vista técnico-científico; acolher o usuário, prestando o apoio emocional que se revele necessário (SESC, 2007).

De acordo com Andrade e Coelho (1997), alguns pontos precisam ser considerados no processo educativo:

VAMOS MAIS! saber

A Roda de Conversa é um método que consiste na criação de espaços de diálogo, em que as pessoas podem se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos. O objetivo é estimular a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da troca de informações e da reflexão para a ação. É possível, com essa estratégia, realizar trocas de experiências, conversas, discussão e divulgação dos conhecimentos. O incentivo a esse tipo de estratégia faz com que as pessoas pré-estabeleçam uma pauta de discussões e se reúnam para resolverem (COELHO, 2010).

Para saber mais, acesse o documento completo:

Coelho DM. Intervenção em grupo: construindo rodas de conversa. 2010.

http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_55.pdf



A

Durante o planejamento das ações educativas é fundamental identificar as condições de vida, trabalho e risco de adoecimento da população-alvo e deve levar à compreensão dos valores, dos hábitos, das crenças e das expectativas dos indivíduos. Deve também identificar os meios de comunicação a que eles têm acesso e que são mais utilizados pela comunidade.

B

Definição dos conteúdos e elaboração de materiais educativos e dos meios de comunicação mais adequados à realidade local.

C

Para a população geral, por exemplo, o método de campanha de informação de massa deverá possuir um conteúdo simples e de fácil compreensão e o meio de comunicação escolhido para a veiculação das mensagens deverá considerar os aspectos culturais da comunidade.

D

Articulações com a comunidade devem ser realizadas no sentido de se criar uma consciência crítica acerca do agravo a ser prevenido ou controlado. Para se atingir um maior número possível de voluntários para a formação de uma equipe de colaboradores e multiplicadores das informações, deve-se buscar um espaço nas assembleias dos bairros, nos clubes e associações em que os moradores estão organizados.

E

É importante fazer um teste da primeira versão dos materiais educativos a fim torná-los mais adequados.

Os grupos de teste podem ser pequenos, mas devem ser representativos de toda a população: um idoso, uma gestante, trabalhadores, pessoas com níveis diferentes de escolaridade.

A esses pontos pode-se acrescentar o preconizado pela Ead/ENSP (2007), ou seja, o cuidado de não focalizar as mensagens apenas nas mudanças de comportamento, pois, quando isso ocorre, desvia-se a atenção dos outros fatores e determinantes sociais da saúde.

Além de comunicar informações científicas atualizadas sobre saúde, os temas das ações educativas deverão refletir as necessidades, os sentimentos e interesses da população que se deseja educar. Para isso, pode-se utilizar discussão prévia com a população-alvo e contextualizar a mensagem baseando-se na sua cultura, costumes familiares e sociais e estrato econômico e político. Outros parâmetros importantes são os que estão contemplados nas prioridades determinadas pela Política Nacional de Promoção de Saúde, considerada parte do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), tais como: Alimentação Saudável, Prática Corporal e Atividades Físicas, Prevenção e Controle do Tabagismo, Redução da Morbi-mortalidade em Decorrência do Uso Abusivo de Álcool/Drogas, Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes de Trânsito e a Promoção do Desenvolvimento Sustentável.



SEÇÃO 6

TÉCNICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

No processo de comunicação de massa é importante considerar o meio de divulgação das mensagens. Não se pode esquecer, ainda hoje, os programas de rádios de grande audiência e que cobrem uma população que executa sua jornada de trabalho ouvindo esse veículo de comunicação (donas de casa, motoristas de táxi, secretárias, empregadas domésticas etc.), como alertaram Andrade e Coelho (1997).

Os materiais produzidos em forma de cartazes, jornais e painéis, todos com a mesma mensagem, deverão ser distribuídos em locais ou pontos estratégicos, de grande circulação ou visibilidade pela população (postes, muros, ônibus, feiras, trens, bares e restaurantes); textos curtos e claros deverão ser distribuídos para serem lidos em programas radiofônicos de grande audiência na área; assim como programas audiovisuais em forma de filmes (30 segundos), contendo mensagens claras sobre o tema em questão poderão ser veiculados pelas redes de televisão. Muitas vezes, os materiais visuais são inadequadamente afixados dentro das unidades de saúde ou próximo a elas, quando esses espaços já estão incorporados ao cotidiano da comunidade que os visita e a informação contida neles já está apreendida pela população. Portanto, embora este seja um espaço para veiculação das informações, não se pode restringir a ele a colocação dos materiais produzidos (ANDRADE e COELHO, 1997).

De acordo com Rozemberg (2006), o ideal é monitorar o processo comunicativo para que seja possível corrigir os rumos das atividades. Tendo em vista que o processo educativo também é, de certa forma, um processo comunicativo, podem-se estender as considerações desse autor para o caso da educação em saúde.

VAMOS refletir!

Ao fazer a avaliação do processo educativo, é preciso lembrar que o profissional de saúde não é a única fonte de informações, pois a TV, os amigos, a família, os colegas de serviço também participam do universo social e cultural das pessoas, influenciando-as.

Com o objetivo de avaliar os procedimentos educativos e coletar informações importantes para futuras ações, pode-se aplicar o roteiro de avaliação proposto a seguir. Esse modelo de formulário é apenas uma orientação sobre os tipos de questões que são úteis para uma avaliação. Alguns aspectos a serem considerados são:

- 1 O que a mensagem educativa passou para você? O que achou mais importante?
- 2 Do que mais gostou? O que mais chamou sua atenção?
- 3 Esse assunto é importante?
- 4 Você faria algo diferente em sua rotina por causa dessa informação?
- 5 A mensagem recebida é ofensiva?
- 6 A mensagem tem a ver com seu dia a dia?

De posse dessas respostas é possível melhorar cada vez mais o processo educativo através da reformulação e do aprimoramento.

VAMOS MAIS! saber

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Sugestões de atividades semana saúde na Escola. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_semana_saude_escola_2014.pdf

Ferramentas Participativas Seleccionadas: Técnicas De Drp http://www.icmbio.gov.br/educacaoambiental/images/stories/biblioteca/Publicações_da_COEDU/Referencial_Metodologico/RM08_Descrição_de_Técnicas_de_DRP.pdf

FIOCRUZ. Página fale com a Fiocruz

<http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=99>

MEIRELLES, R.M.S.; BALLESTER, L.M; VIEIRA, G. J.; DINIZ, H.M.N; JORGE, T.C.A. Ciência na escola .Dengue I: Brincando para descobrir novidades. Com. s/d.

http://www.fiocruz.br/ioc/media/comciencia_04.pdf

SÃO PAULO . Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica - "Prof. Alexandre Vranjac". Núcleo de Educação em Saúde. Educação em Saúde: coletânea de técnicas. São Paulo: CVE, 2002. v.2

ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/nes_livro.pdf

VAMOS refletir!

A história em quadrinhos abaixo ajudará a sua reflexão sobre tudo o que foi apresentado neste livro.

Tirinha

No bairro Riacho Pontaneiro, a Equipe da ESF rotineiramente enfrenta problemas que interferem no processo saúde-doença e na qualidade de vida de sua população adscrita. Nesse território o emprego formal é advindo basicamente de uma usina sucro-alcooleira, da agricultura em grande escala e de uma grande padaria (nas quais os direitos dos trabalhadores não são respeitados). Nessa comunidade não há opções de lazer (apesar de haver um centro comunitário e uma quadra desportiva que são subutilizados).

Vocês não imaginam o que está acontecendo naquela fábrica que fica lá na minha microárea! Só para ter uma ideia, ninguém usa equipamento de proteção individual!

Isso é preocupante... Na minha área tem aquela padaria que emprega muita gente, o que é bom, mas os funcionários têm péssimos hábitos alimentares, em sua maioria estão obesos, com a saúde bucal comprometida, além de diabéticos e hipertensos, o que pode ter a ver com o trabalho.

O que eu tenho observado é a grande quantidade de adolescentes grávidas.

Mas essas meninas não participaram daquele "Ciclo de palestras" sobre Saúde Reprodutiva e Sexual que a gente fez o ano passado na escola?

Ah Doutora, lá na minha área são mais de dez gravidezes... e duas já abandonaram a escola!

É difícil saber, pois a diretora da escola reclama que a evasão escolar é grande e há um preocupante número de crianças e adolescentes em comprovado estado de dependência de drogas, álcool e cigarros.

Essa situação reflete a falta de planejamento familiar, o que ocasiona mais gestações na adolescência.

Está ocorrendo um grande número de doenças sexualmente transmissíveis, pois o ACS denunciou em reunião passada a atividade de uma casa de prostituição, acusada de estimular a pedofilia. Os casos de alcoolismo e de violência familiar são comuns.

É, a situação não é fácil, mas precisamos fazer alguma coisa! Quando atendo as crianças, sempre aproveito para conversar um pouquinho com as mães e tenho observado que grande parte dos provedores das famílias são semianalfabetos e estão desempregados ou subempregados.

Além de tudo isso, pessoal, não podemos nos esquecer de que, nas regiões mais próximas do riacho, falta saneamento básico, não há esgoto e nem água encanada!

Com certeza é por conta dessa situação que tem tanta criança e idoso desnutrido, com doenças infecto-contagiosas e parasitárias...

Conversando com uma moradora da minha área, eu estava justamente dizendo a ela para trazer seus filhos com diarreia aqui na Unidade para a senhora examinar... Sabe o que ela me disse? Que não precisava não, pois ela estava levando os filhos na D. Chica, que é benzedeira e mora aqui desde o início da ocupação do local...

REFERÊNCIAS

- ABDUCH, C. **Grupos Operativos com Adolescentes**. Cadernos Juventude Saúde e Desenvolvimento, v. 1. Brasília, DF. 1999.
- ANDRADE, V. COELHO M.A.S.M O processo educacional na promoção de ações comunitárias em saúde. **Rev Bras de Cancerol**. 1997; 43(1). [acesso em 5 mai 2010]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/v43/n01/art04>
- BASTOS, J.R.M.; PERES, S.H.C.; RAMIRES, I. PEREIRA, A.C. e cols Educação para a saúde. In: AC e cols. Odontologia em saúde coletiva- planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed,2003; pp.117-139.
- BORDENAVE, J.D. O que é participação? São Paulo: Brasiliense,1983. Opções pedagógicas. In: Encontro de Experiências de Educação e Saúde da Região Norte, Belém, 1982. *Ação Participativa: capacitação de pessoal*. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982. pp. 13 - 18. [Série F: Educação e Saúde, 3].
- BARROS, M. **Tratado geral das grandezas do ínfimo**. São Paulo: Record, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais da Política de Atenção à Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.16p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília; 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p.
- BRASIL, Ministério Da Saúde. **Portaria Nº 2.446, De 11 De Novembro De 2014** – Redefine A Política Nacional De Promoção Da Saúde (Pnps). Brasília: Ministério Da Saúde, 2014. Disponível: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html
- BRASIL, Ministério Da Saúde. **Conass**, 2014. <http://Www.Conass.Org.Br/Biblioteca/Wp-Content/Uploads/2014/01/Nt-18-2014-Politica-De-Promoc%Cc%A7a%Cc%83O-Da-Sau%Cc%81De.Pdf>.
- BUSS, P.M. RAMOS CL. **Desenvolvimento local e agenda 21**: desafios da cidadania. Cadernos da Oficina social 2000; 3:13-65.
- CANDEIAS N.M.F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev Saúde Pública** 1997; 31(2):209-13.
- CARVALHO S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e à mudança social. **Ciênc. Saúde Coletiva** 2004; 9(3): 1-14.
- COELHO, D.M. **Intervenção em grupo**: construindo rodas de conversa. [abrapso.org.br]. [acesso em 6 mai 2010]. Disponível em: www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/.../trab_completo_55.pdf
- COLOMBO, A.A.; BERBEL, N.A. N. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul./dez. 2007
- CRAWFORD, R. You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. **Intern Journ Health Serv** 1977; 7(4): 663-80.
- CURY, C.R.J. **Educação e contradição**. São Paulo: Cortez/Editores Associados, 1989.
- DAHLGREN, G.E.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Copenhagen: WHO/ Regional Office for Europe, 1991.
- DEWEY, J. Experiência e educação. São Paulo: Nacional; 1971.
- DIAS, M.A.S.; **Intersetorialidade**: um olhar da saúde. Revista eletrônica mensal da Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura de Belo Horizonte, nov 2003. ed.23 Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudedigital/novembro2003/intersetorialidade>
- FREIRE, P. A opção pedagógica pode ter consequências individuais e sociais importantes. In: Planejamento e participação. Rev. Educ. AEC do Brasil. Ano 13, nº 54, 1983.
- GAZZINELLI, M.F.; GAZZINELLI A.; REIS, D.C.; PENNA, C.M.M.; Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública** 2005; 21(1): 200-206.
- GOMES, M. A contribuição dos profissionais da saúde no processo educativo. In: Anais do XX Congresso Nacional da APAES; 2001 jul 10-13; Fortaleza (CE): Brasília: Federação Nacional das APAES; 2001; 111-17.
- GONDIM, R.; BOMFIM, R.; GRABOIS, V.; CAMPOS, C.E.A.; GRIBEL, E.B. Organização da atenção. In: Oliveira et al. Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2009.
- HOMEM D'EL- REY, D. **Educação em saúde na consolidação do SUS**. Conferência - UFMS, 1996.

_____. **Educação em saúde para a participação e controle social no SUS.** Cadernos CONASS – A Saúde na Opinião dos Brasileiros. CONASS; 1998.

ILEP. **Recomendações da Comissão Médico-Social da ILEP, junho 1998.** Boletim técnico - recomendações da equipe médico-social do ILEP, N13, 1998. Revisto em 2001.

IPEA, IPLAN. **Subsídios metodológicos para a prática da educação e participação em saneamento rural.** Brasília: Ipea, 1989.

LABONTE, R.; PENFOLD, S. Canadian perspectives in health promotion: a critique. **Health Education** 1981; 19(3/4): 4-9.

LABONTE, R. **Health promotion and empowerment: practice frameworks.** Centre for Health Promotion. Toronto: 1993.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document: health and welfare Canadá.** Ottawa: 1974.

LAVERACK, G.; LABONTE, R. A planning framework for Community empowerment goals within health promotion. **Health Policy and planning**, 15(3):255-262, 2000.

LUCKESI, C.C. **Filosofia da educação.** 3. ed. São Paulo: Cortez; 2011.

MARTINS, C.M.; STAUFFER, A.B. (Org.) **Educação e saúde - Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. 192 p.

MINAYO, M.C.S. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In: Campos GW *et al.* Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz; 2008.

MOYSÉS, S.T.; WATT, R. **Promoção de saúde bucal – definições.** In: Buischi YP. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo: Artes médicas: EAP-APCD, 2000. 336p.

OLIVEIRA, D.L.L.C. **Brazilian adolescent women talk about HIV/AIDS risk: reconceptualizing risky Sex: what implications for health promotion?** [thesis of Doctoral in Health Education]. London: Institute of Education, University of London; 2001. 237f.

PELLIZZARI, A.; KRIEGL, M.L.; BARON, M.P.; FINCK N.T.L.; DOROCINSKI, S.I. Teoria da Aprendizagem significativa segundo Ausebel. Rev. Pec, Curitiba, v.2, n.1, pp.37-42, jul. 2001-jul. 2002.

REIS, M.A.S.; FORTUNA, C.M.; OLIVEIRA, C.T.; DURANTE, M.C.; A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, 2007. ISSN online 1807-5762. 2007.

EAD/ENSP. **Curso de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana.** Educação, comunicação e controle social em saúde do trabalhador. 2007. 120p. Unidade de aprendizagem VI – módulos 14-17.

SESC, Departamento Nacional, 2007. **Manual técnico de educação em saúde bucal /** Claudia Márcia Santos Barros, coordenador. 132p.

ROCHA, R.M.; TAVARES, M.F.L.; CARVALHO, A.I.; ZANCAN L. Territórios da promoção da saúde e do desenvolvimento local. In: Oliveira et al. Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2009.

ROZEMBERG, B. Comunicação e participação em saúde. In: Campos GW (Org.) et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006.

SANTOS, D.L.C.; SUPERTI, L.; MACEDO M.S. **Acolhimento: qualidade de vida em saúde pública.** Boletim da Saúde, 2002; 16(2):30-51.

SANTOS, J.R.; NAKATANI, A.Y.K.; SOUZA, A.C.S.; COSTA L.A.; GOMES N.C.; DEL RIOS, N.H.A. Implementação do arco de maguerez como alternativa metodológica para validação da teoria da problematização de Paulo Freire. Anais da 58ª Reunião Anual da SBPC - Florianópolis, SC - Julho/2006.

SÃO PAULO. **Manual para operacionalização das ações educativas no SUS.** 1997.

SAVIANI, Demerval. Escola e Democracia. Edição Comemorativa. Campinas: Autores Associados, 2008. 112p .

SHEIMAM, A.; MOYSÉS, S.J. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde. In: Buischi YP. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo: Artes médicas: EAP-APCD, 2000. 336p.

SMEKE, L.M.; OLIVEIRA, N.L.S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: SOUZA, A.C.; COLOMÉ, I.C.S.; COSTA, L.E.D.; OLIVEIRA, D.L.L.C. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS), 2005; 26(2):147-53.

STOTZ, E.M. Enfoques sobre educação e saúde In: Valla VV, Stotz EM, organizadores. Participação popular, educação e saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993. pp.11- 22.

STOTZ, E.M.; ARAUJO, J.W.E. Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. Saúde e Sociedade 2004; 13(2): 5-19.

VALLA, V. V. 1993. Participação popular e saúde: A questão da capacitação técnica no Brasil. In: Participação Popular, Educação e Saúde, Teoria e Prática (V. V. Valla & E. N. Stotz, org.), pp. 55-86, Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

VASCONCELOS, E.M. **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001.

VILLELA, W.V. **Algumas considerações sobre a prática educativa em saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1982.

VUORI, H. El. modelo medico y los objetivos de la educación para la salud. **In:** Tendencias actuales en educación sanitaria. Barcelona: Elite/Grafics; 1987.

WESTPHAL, M.F. Promoção de saúde e prevenção de doenças. **In:** Campos GW et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz; 2008.

_____. Promoção da saúde e prevenção das doenças. **In:** CAMPOS, G. W. S. et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Editora Hucitec, Editora Fiocruz, 2007. Cap. 19, pp. 635-667.

WHO. **Health promotion:** a discussion document on the concept and principles of health promotion. Health Prom 1984; 1: 73-8. World Health Organization. Global Strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2000.



MANUAL DE DINÂMICAS E INSTRUMENTOS EDUCATIVOS

As ideias e observações descritas nesse pequeno manual são resultado de compilamento de várias referências. Utilize-o como material de consulta nos momentos educativos junto à sua população adscrita.

O material assinalado com as linhas pontilhadas é uma adaptação livre do “Manual de Educação em saúde Bucal” do SESC, consultado em 04/05/10.

Para saber mais , acesse o material completo em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manualTecnicoEducacaoSaudeBucal.pdf>

1. DINÂMICA DE APRESENTAÇÃO (30 MIN.)

Distribuir crachás para os participantes, que deverão escrever o seu nome da forma como gostam de ser chamados. No verso do crachá, deverão escrever uma palavra que simbolize suas expectativas em relação ao assunto que será abordado. Em seguida, cada um poderá fazer sua apresentação individual, falando seu nome e esclarecendo suas expectativas.

Os coordenadores poderão ir listando em flip-chart ou painel, ou lousa, as expectativas apresentadas pelos participantes, procurando registrá-las adotando a mesma linguagem e expressões usadas.

2. APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO (20 MIN.)

Neste momento, os coordenadores farão também a sua apresentação, procedendo ainda a uma caracterização geral da equipe de saúde e das características do trabalho no ESF de forma clara e resumida. É também um momento para esclarecer as dúvidas que surgirem.

Essas expectativas levantadas irão orientar, ainda, a introdução da proposta de trabalho desse encontro, chamando a atenção para seu caráter de diálogo e troca de informações, tendo como meta o acordo em conjunto das prioridades e objetivos do processo de educação em saúde que se inicia.

Ressaltar que esse é um processo que exige coparticipação (indivíduo/equipe de saúde) para que se consigam bons resultados, e deve ser entendido como um compromisso que se firma nesse encontro. A partir desse momento, é recomendável que se utilizem alguns instrumentos educativos para auxiliar na abordagem do tema escolhido previamente.

Entre os vários instrumentos existentes, destacam-se:

2.1. Mapa Falante (60 min.)

Consiste basicamente numa representação gráfica, elaborada coletivamente a partir de um tema com que se pretenda trabalhar, ilustrando fenômenos ou dinâmicas associadas ao processo saúde–doença. É, essencialmente, um “mapa que fala”, ou seja, aos desenhos se associam dados e representações sociais, fornecendo elementos básicos para a construção da realidade, permitindo a análise e a reflexão dos problemas e necessidades da população-alvo com relação à saúde.

Materiais:

Papéis pardos (para formar os mapas/painéis);

Papéis brancos cortados em tamanho 10 cm x 10 cm;

Canetas Piloto;

Lápis de cor;

Tesouras;

Fita adesiva;

Descrição:

Um ponto de partida que pode ser adotado é investigar se no grupo há pessoas que moram próximas umas das outras. Se houver, esse será o critério para formação de subgrupos (um outro critério pode ser o local de trabalho, por exemplo). A tarefa de cada subgrupo será elaborar um mapa de seu bairro (ou das ruas), evidenciando as condições desse lugar e os fatores que influenciam positiva ou negativamente no processo saúde–doença (seja nas suas casas, nas escolas, nos locais de trabalho ou nos espaços de circulação da comunidade).

Estimular que a representação gráfica reflita aquilo que o grupo vivencia e/ou já ouviu de sua família e vizinhança a respeito de seu morar, trabalhar, lazer, de sua saúde e sua doença. De forma prévia à dedicação dos elementos do subgrupo ao cumprimento dessa tarefa, o coordenador deverá solicitar que cada pessoa desenhe numa folha pequena (10 cm x 10 cm) sua casa e os membros da família (ou os elementos representativos dessa unidade familiar).

A montagem do mapa pode ser feita utilizando-se papéis com essas mesmas dimensões para o desenho dos locais que o grupo quer destacar na representação do seu bairro: escolas, hospitais, centros de saúde, igrejas, áreas de lazer, centros comunitários etc.

Após a conclusão do mapa, cada subgrupo deverá apresentá-lo em plenária, colando-o na parede, de modo a formar um grande painel. O coordenador deverá estimular que o grupo evidencie os pontos de semelhança e de diferença quanto aos determinantes da saúde representados nos mapas, contribuindo para a análise de suas causas.

Para auxiliar a discussão sobre a multicausalidade do processo saúde–doença, um recurso possível é articular o que foi expresso pelos participantes aos dados de que o coordenador dispõe sobre a saúde no município ou no bairro, considerando seus fatores determinantes (condutas associadas à saúde; fatores ambientais, como condições de tratamento da água, infraestrutura sanitária básica; fatores socioeconômicos e protetores, como nível de renda, escolaridade; características de atenção à saúde, como acessibilidade, qualidade e cobertura dos serviços ambientais, sociais e de saúde).

Conforme o andamento, o coordenador pode sistematizar as informações obtidas através da construção de esquemas que resumam os aspectos de determinação e interações entre biologia humana, meio ambiente, condições e estilos de vida. É uma boa oportunidade também para se fazer uma abordagem dos fatores de risco ou de proteção simultâneos. A evidência desses fatores de risco no grupo, a partir do relato de seus membros, poderá orientar a definição da programação de ações educativas que se voltem para a prevenção dos agravos e o reforço das medidas de proteção à saúde.

2.2. Iniciando com um cartaz (60 min.)

Essa é outra possibilidade para iniciar a problematização da temática saúde a partir de experiências, conhecimentos e valores que as pessoas trazem como resultado de suas vivências e histórias de vida. Permite ainda conhecer o que, no cotidiano da clientela, interfere positiva ou negativamente no processo saúde-doença.

Materiais:

2 folhas de papel 40g ou papel pardo;

Canetas Piloto de cores diferentes;

Fita adesiva;

Descrição:

O coordenador inicia o grupo afixando dois painéis em branco na parede, destinados a registrar de um lado o que os participantes sabem sobre o que contribui para a manutenção da saúde e, de outro, os fatores que prejudicam ou causam doença. Ao fazer essa solicitação, deve estimular o grupo a se posicionar com base nas suas experiências pessoais, no conhecimento que tem a partir do que já leu ou estudou, em suas vivências familiares, em informações recebidas de diferentes fontes, procurando registrar tudo o que os participantes indicam, a forma como eles falam, devendo esse primeiro momento transcorrer sem crítica ou discussão. Tudo deve ser registrado.

O coordenador deve procurar fazer questões que favoreçam a indicação do maior espectro de fatores, de modo a listar aspectos relacionados não só ao comportamento individual, mas também aqueles associados ao meio ambiente, às condições de vida, ao acesso aos serviços de saúde etc.

Concluída a listagem, o coordenador complementa as informações, procurando destacar, a partir das próprias explicações dos participantes, o porquê dos fatores favoráveis indicados.

Em seguida, os participantes se dividem em grupos de até cinco ou seis pessoas, com a tarefa de classificar, por ordem de importância, as listas de pontos positivos e negativos.

Após essa classificação, poderão discutir quais mudanças no modo de vida são mais importantes para serem mais saudáveis, assim como quais outras mudanças são necessárias, relacionando as dificuldades e facilidades para que elas aconteçam ou tenham sua viabilidade construída coletivamente. Cada grupo deve escolher um representante, que ficará encarregado de anotar e apresentar as respostas.

2.3. Verdades e mitos (60 min.)

As pessoas constroem seus conhecimentos acerca da saúde a partir de suas vivências familiares, suas experiências anteriores de tratamento, das possibilidades conformadas por suas condições de vida e de acesso aos equipamentos sociais e de saúde etc. Tudo isso vai contribuindo para a formação de conhecimentos, construção de valores, posicionamentos mais ou menos pró-ativos em relação a sua própria saúde. Essa é uma dinâmica que permite conhecimento dos valores da população - alvo.

Material:

Cartões com frases (verdades e mitos) sobre hipertensão;

Papel pardo, ou papel 40g, ou cartolina (5 a 6 folhas);

Fita adesiva;

Tesoura;

Canetas Piloto;

Revistas ou gravuras (para montagem dos painéis);

Descrição:

O coordenador entrega cartões a cada participante, contendo frases em relação a verdades e mitos quanto à hipertensão (preferencialmente as frases que a equipe já ouviu da população e que representam esse universo de conceitos e valores). Exemplos de frases:

Basta retirar o sal da cozinha para evitar a hipertensão.

O estresse aumenta a pressão arterial.

O coordenador pode preparar tantas frases quantos forem os participantes, ou optar por 10 frases que se repitam duas ou três vezes (conforme o número total de participantes), orientando as pessoas que receberam cartões com as mesmas frases para se agruparem.

Ao receber o seu cartão, cada pessoa deve fixá-lo num quadro, dividido em dois espaços: falso ou verdadeiro (no caso da formação de subgrupos, o coordenador deve orientar as pessoas a discutirem e chegarem a um consenso sobre a categoria em que deve ser posicionada a frase).

Após essa etapa, o coordenador pede que cada pessoa (ou subgrupo) leia e comente o que achou de sua frase, abrindo-se em seguida o debate para o esclarecimento de dúvidas.

O coordenador deve estar atento para criar um clima de respeito e confiança, evitando comentários que denotem um julgamento de valor e procurando entender a lógica que faz com que as pessoas optem por uma forma de pensar ou por outra (valores familiares, concepções equivocadas, experiências anteriores etc.), de forma a contribuir para a elucidação das temáticas. Suas ponderações deverão ser no sentido de reforçar os comentários do próprio grupo os quais esclarecem o que está sendo debatido, assim como acrescentar informações que possam trazer esses esclarecimentos.

A dinâmica pode terminar aqui, ou o passo seguinte é formar subgrupos de até cinco ou seis pessoas para que discutam e elaborem uma representação gráfica com aquilo que, no seu dia a dia, contribui ou dificulta a manutenção da saúde (considerando medidas individuais e coletivas). Os painéis podem então ser debatidos com a perspectiva de definir a programação das atividades educativas e informar a respeito das características e condições do tratamento na unidade de saúde da família.

Considerando que as dinâmicas propostas para essa atividade já fornecem, em si, um retorno para o coordenador sobre as necessidades educativas do grupo, convém, no fechamento, firmar compromissos com os participantes a respeito da continuidade das sessões para atender tais demandas. É importante obter a opinião do grupo acerca do desenvolvimento da atividade, de acordo com os objetivos propostos e as expectativas levantadas no início do trabalho.

2.4. Trabalhando com figuras

Essa proposta detém como principal objetivo desenvolver autonomia para o controle dos fatores de desequilíbrio envolvidos na determinação do processo saúde–doença.

TEMA: “SENTINDO E CONVERSANDO COM O MEU CORPO” (15 MIN.)

Preparação e aquecimento:

Entendendo a necessidade de consolidar a saúde como um valor de autocuidado, uma boa forma de iniciar é propor uma dinâmica de relaxamento que visa aprofundar a vivência sobre o próprio corpo, sensibilizando para o conceito de saúde como bem-estar. Se possível, o coordenador deverá convidar o grupo a se espalhar pela sala, deitando-se de forma a relaxar todo o corpo no chão, enquanto ouve uma música suave ao fundo.

A condução do relaxamento deve ser feita em voz calma, pedindo que os participantes respirem puxando o ar pelo nariz e soltando pela boca, enquanto vão procurando sentir cada parte do corpo conforme vai sendo nomeada pelo coordenador. Orientar para que os participantes identifiquem as partes do corpo de que gostam e de que não gostam, ou as regiões do corpo que apresentam alguma sensação desconfortável, e que concentrem seu pensamento nessas partes, conduzindo energia/pensamento positivo ao puxar o ar e jogando fora a sensação desagradável ao expelir o ar.

Após passar por todas as regiões do corpo, sugerir aos participantes que comecem a movimentar-se lentamente, até se espreguiçarem. Abrir os olhos, levantar e sentar-se em círculo para comentar:

Como estão se sentindo? • Qual o sentimento mais forte durante a dinâmica?

O que lhes chamou a atenção? • Que relações estabelecem com as experiências individuais e coletivas de cuidado com a saúde? O coordenador deverá estimular as pessoas a se expressarem livremente, enquanto vai anotando os comentários em um painel, flip chart ou quadro de giz para que todos possam visualizar com facilidade.

Desenvolvimento (40 min.)

A partir dos comentários feitos pelos participantes na dinâmica de aquecimento, o coordenador pode seguir estimulando o estabelecimento de relações entre o que disseram e os hábitos que possuem com relação à saúde.

A seguir, deve apresentar ao grupo uma série de figuras, solicitando que os participantes as posicionem em um painel que classifique, de um lado, o que contribui para a saúde e, de outro, o que, pelo contrário, prejudica, determinando as doenças.

Os comentários feitos pelos participantes, registrados em painel, vão orientar o encaminhamento de questões, pelo coordenador, que levem a conclusões sobre os fatores determinantes de uma ou mais doenças ou agravos e medidas de prevenção correspondentes.

É importante que as figuras contemplem fatores associados não só aos estilos de vida, mas também aos fatores ambientais e sociais, de forma que se possam discutir a multideterminação do processo saúde-doença, ambientes com infraestrutura sanitária básica, ambientes insalubres, alimentos cariogênicos, alimentos saudáveis, diferentes ambientes de trabalho, serviços de saúde, escolas, creches, etc.

Nesse momento o coordenador pode voltar ao painel inicial, verificando com o grupo se houve mudanças com relação à compreensão inicialmente demonstrada. Poderá, então, propor um novo painel em que as pessoas listem o que consideram que no seu dia-a-dia contribui para que tomem medidas individuais e coletivas de prevenção e o que, por outro lado, dificulta, discutindo no grupo como as pessoas lidam com essas questões, e se as experiências de uns podem auxiliar os outros na solução de problemas identificados.

Se estiver trabalhando com um grupo de adultos, pode estimular a discussão sobre as mudanças que identificam em sua história de vida com relação aos aspectos de saúde – tanto as mudanças positivas quanto as negativas, verificando se há possibilidade de ir alterando alguns fatores de autocuidado que se foram perdendo com o tempo, ou se, por outro lado, é possível reforçar aqueles que foram adquiridos com a experiência.

TEMA: “ATIVIDADES FÍSICAS”

Objetivo:

Verificar se as pessoas praticam atividade física regular e suficiente, discutindo as possibilidades e condições de melhorias, quando for necessário.

Descrição:

1ª fase: O coordenador solicita aos participantes que anotem, numa folha, as atividades físicas que praticam e quanto tempo gastam com a mesma por dia e por semana. A folha já deve conter previamente uma lista de atividades físicas, com colunas para registrar o tempo gasto por dia e por semana.

2ª fase: A turma é dividida em pequenos grupos de até seis pessoas, que analisarão as respostas e julgarão se a atividade física praticada é suficiente ou insuficiente. Cada grupo indica um relator para anotar as conclusões.

3ª fase: Os grupos são desfeitos e cada relator passa a ler as respostas do grupo para os demais. No final, os resultados são debatidos e obtidas as conclusões sobre como a situação pode ser melhorada (SESC, 2007).

3. O USO DOS JOGOS

No contexto educacional, os jogos só podem ser utilizados a partir da compreensão dos fatores que colaboram para uma aprendizagem ativa, já que ajudam a fixar informações de uma forma mais agradável e atraente. No entanto, mais do que o jogo em si, o que vai promover uma boa aprendizagem é o clima de discussão e troca com o professor, permitindo tentativas e respostas divergentes ou alternativas, tolerando os erros, promovendo a sua análise e não simplesmente corrigindo-os ou avaliando o produto final. Isso tudo não é muito fácil de controlar, e muito menos de se prever e planejar de antemão, o que pode trazer desconforto e insegurança ao professor (CAMPOS, 2010).

Os jogos com cartas permitiram contemplar os conteúdos considerados certos ou errados, sempre acompanhados de uma explicação motivada pelo porquê. O porquê induz relatos de experiência dos indivíduos associados às perguntas contidas nas cartas. No momento de justificar a resposta, a pessoa ilustra sua fala com a experiência individual em relação à doença abordada, tornando-se mais participativa, ouvindo e manifestando sua opinião (TORRES *et al.*, 2003).

O jogo pode ser uma técnica de facilitação da expressão individual, interação grupal e veiculação de novas informações, com base em conteúdos temáticos básicos sobre determinado assunto, e geralmente é de fácil compreensão. Os jogos devem ter regras simples, facilmente aprendidas, para não causar situações que diminuam a autoestima dos participantes (JESUS e JORGE, 1989, apud TORRES *et al.*, 2003).

Algumas recomendações para aplicação dos jogos:

- a) o número de participantes deve ser em média de 10 a 12 pessoas; o número excessivo dificulta o aprendizado;*
- b) o tempo da brincadeira não deve ultrapassar mais do que cinquenta minutos, para não se tornar cansativa e desinteressante;*
- c) as questões não devem ser aplicadas novamente para o mesmo público-alvo, devendo ser formuladas novas perguntas.*

Os jogos utilizados em ações educativas sempre necessitarão de ajustes e adaptações às necessidades de cada situação, principalmente se trabalhados com grupos diferenciados, hipertensos, gestantes, diabéticos etc.

Alguns exemplos de jogos que têm como objetivos a informação e o desenvolvimento/ fortalecimento da integração grupal:

3.1. Jogo da velha

Material:

Cartolinas;

Barbante;

Papel contact transparente;

Fita crepe;

Perfurador de papel.

Modo de confeccionar:

Elaboram-se 11 questões sobre determinado tema trabalhado. As respostas a essas questões serão coladas em tarjetas retangulares (cartolina) medindo 20 cm de comprimento e 5 cm de largura. Cada resposta é duplicada, de forma que somam 22 tarjetas com respostas. Em seguida, perfuram-se as tarjetas para passar o barbante de modo que estas possam ser usadas como crachás. O papel contact será usado como revestimento das tarjetas e da folha de perguntas para dar durabilidade ao material. Exemplo:

Pergunta – “Tenho cerdas macias para não machucar as gengivas. Quem sou eu?” Resposta – Escova de dente

Participantes: Em cada rodada jogam 22 pessoas.

Modo de jogar:

O facilitador desenha no chão, com fita-crepe, o jogo-da-velha e depois divide os 22 participantes em dois grupos (11 pessoas em cada, portanto). As 22 tarjetas/crachás com as respostas são distribuídas entre os participantes, de forma que os dois grupos tenham as mesmas respostas. Em seguida, o facilitador explica aos participantes as regras do jogo.

Vencerá o jogo o time que primeiro conseguir formar uma linha humana horizontal, vertical ou na diagonal com três participantes. Ao longo da brincadeira, os participantes devem esperar que o facilitador faça a pergunta e depois emita o sinal para que os jogadores ocupem os espaços do jogo. Para cada pergunta, devem correr dois participantes, um de cada time. Fica no espaço o participante que primeiro chegar e que estiver com a resposta certa à pergunta do facilitador. O jogo transcorre

dessa forma até que sejam formadas as linhas humanas, quando, então, é desfeito e recomeçado (SESC, 2007).

3.2. Caça ao Tesouro

Material:

- 2 cartolinas;
- Fita-crepe;
- Papel A4;
- 1 folha de papel contact.

Modo de confeccionar:

São elaboradas 10 perguntas numa folha de papel A4, que deve ser plastificada com contact, a fim de prolongar a durabilidade do material. As respostas são coladas em tarjetas medindo 20 cm de comprimento e 5 cm de largura, as quais são, em seguida, igualmente plastificadas.

Modo de jogar:

O facilitador esconde as tarjetas com as respostas em diferentes lugares do espaço de realização da brincadeira. Logo após, explica o jogo ao grupo. Cada pergunta feita pelo facilitador deve ser ouvida com atenção pelos participantes. Após a leitura da pergunta, os participantes saem em busca da resposta solicitada (tesouro). Enquanto os participantes estão procurando esse tesouro, o facilitador vai dando pistas do lugar onde encontrá-lo.

O participante que achar a resposta (tesouro) ganha pontos ou um brinde (o brinde deve ser de acordo com a temática do jogo; por exemplo, se o tema for saúde bucal, usar como brinde o kit com escova, creme dental, fio dental e panfletos). O facilitador vai realizando as perguntas e, à medida que os tesouros são encontrados, distribuem-se os brindes. Para cada pergunta realizada, o facilitador dá explicações claras e rápidas (SESC, 2007).

TEMA: PARASITOSE

3.3. Jogo com Tabuleiro

Aconselhado para crianças que deverão realizar um percurso com entraves e premiações. A confecção do tabuleiro deve ser direcionada ao público infantil, englobando várias situações a fim de simular as principais medidas preventivas de infecções parasitárias. A idéia central do jogo é ilustrar um dia na vida da criança, com representação de sua casa, escola e praça onde brinca.

O tabuleiro será composto por 53 “casas”, pelas quais os jogadores vão passando de acordo com o resultado obtido nos dados e sequência determinada pelo texto contido nelas. O jogo inicia-se na casa da criança, seguindo trajeto para a escola e praça de diversão, encontrando pelo percurso diversas situações sobre os hábitos de saúde. O jogo também possui “casas” de Cartas Surpresas e cartas de Escolha Benéfica, as quais poderão fazer com que o jogador avance ou retroceda no jogo (VIOL; SALVADOR, 2010).

Torres *et al.* (2003), utilizaram-se de diversos jogos como propostas educativas para pacientes diabéticos. Abaixo estão listados alguns que podem auxiliar na criação de outros que se adaptem ao contexto de cada situação:

a) Tira-Dúvidas

Assuntos: diabetes e insulino terapia. Os principais aspectos abordados foram: conceito da doença, sintomas, causas, tipos de diabetes, tratamento com a insulina, a conservação, a técnica de preparo da insulina, a região do corpo para a aplicação e o hipoglicemiante oral. As peças do jogo são compostas de vinte fichas numeradas, contendo, cada uma delas, uma pergunta sobre o assunto em questão.

b) Roleta das Complicações

Os principais assuntos abordados foram as complicações do diabetes: retinopatia, nefropatia, neuropatia, pé diabético, hiperglicemia e hipoglicemia. As peças do jogo são compostas de uma roleta dividida em seis cores, cada uma representando uma complicação do diabetes, e trinta fichas com perguntas sobre as complicações, sendo cinco de cada uma.

c) Relógio do Cotidiano

Faz com que os participantes saibam organizar o seu dia a dia, mostrando a necessidade de se ter horário para lazer, atividade física, alimentação, trabalho etc., prevenindo as complicações do diabetes.

d) Certo X Errado e Por Quê?

Os principais assuntos abordados foram: importância da atividade física, frequência, duração, roupas apropriadas, locais adequados, horários, cuidados necessários para a prática. As peças do jogo são compostas de um tabuleiro do tipo xadrez e várias fichas com recortes de revistas, referentes às atividades físicas.

e) Do Que Gosto e do Que Não Gosto

Para descontrair o grupo, permitindo que se conheçam melhor.

f) Semáforo da Dieta

Os principais assuntos abordados foram: definição e importância da nutrição, grupos alimentares, substituições, fracionamento, alimentos dietéticos. As peças do jogo são compostas de um painel ilustrativo, sob a forma de um semáforo; seis fichas referentes às quantidades permitidas para ingestão do alimento, que são sorteadas, e várias miniaturas de alimentos com ímãs.

g) Expressões do Dia

Permite expressar o sentimento com que o indivíduo mais se identifica no momento (alegria, tristeza, raiva, preocupação etc.).

h) Dado Colorido

Os principais assuntos abordados foram: higiene física e mental, cuidado com o corpo, sono e repouso. As peças do jogo são compostas de um dado com uma cor diferente em cada lado e dez fichas numeradas de cada cor, totalizando sessenta fichas com trinta perguntas e trinta respostas. Para cada pergunta numerada de uma ficha, há outra, de mesmo número, com a resposta correspondente. Cada cor das fichas e do dado tem um significado específico: branco (educação em saúde para o indivíduo), vermelho (dieta), azul (tratamento e controle da doença), laranja (exames complementares), verde (atividades físicas) e amarelo (estilo de vida, o estado psicológico e social do indivíduo).

4. INSTRUMENTOS FACILITADORES DO PROCESSO EDUCATIVO

Finalmente, algumas considerações sobre instrumentos educativos que podem se tornar grandes facilitadores do processo educativo:

Álbum seriado

Série de cartazes utilizados para ensinar pequenos grupos sobre um assunto em particular. Cada ideia principal é mostrada em um cartaz. Sua utilização faz com que ensinar se torne mais fácil, pois cada cartaz lembra o treinador/formador de todos os pontos importantes.

Os cartazes devem ser feitos em papel de boa qualidade, para que durem bastante tempo. Podem-se utilizar também folhas de plástico colorido. Os cartazes devem ser presos em conjunto, formando um bloco. Reforce a parte superior com uma fita forte, se possível. Faça orifícios na fita e una os cartazes com anéis, cordão ou tiras de madeira.

Flipchart (ou flip chart)

É um tipo de quadro, usado geralmente para exposições didáticas ou apresentações, em que fica preso um bloco de papéis. Deste modo, quando o quadro está cheio, o apresentador simplesmente vira a folha (em inglês, flip), sem perder tempo apagando o quadro. É um recurso interessante em salas de reuniões, pois permite posteriormente criar-se um mural, na própria sala, com os dados apresentados. Tem a vantagem de utilizar canetas ou marcadores de tinta, menos alergênicos que o giz, mas consome muito papel, o que tem reflexos sobre os problemas ambientais. Existem outras formas mais modernas de apresentação que possam substituí-lo como o data show.

Flanelógrafo

De acordo com Mello (2004), o flanelógrafo é um material didático dos mais úteis. É constituído por uma superfície rígida recoberta por flanela ou material semelhante, onde são expostas

gravuras que possuem flanela ou lixa (velcro) no verso, para serem afixadas no flanelógrafo, as flanelogravuras. A cor do flanelógrafo pode variar do cinza-claro ou escuro ao verde-claro ou escuro, do azul ou preto. É um material acessível em preço e dispensa aparelhagem complicada em sua utilização, favorecendo a concretização do ensino e tornando ideias e conceitos mais próximos da realidade. Sua utilização deve, também, considerar bem a escolha da mensagem e a análise do público ao qual o recurso se destina; preparar os pontos-chave dos conteúdos da apresentação de forma sequencial; utilizar o contraste entre o fundo e as figuras, usando sempre cores mais fortes para as figuras (o fundo não deve chamar atenção, e sim as cenas que se desenrolam); numerar as flanelogravuras para melhor segurança durante a exposição, depois, guardá-las num envelope ou caixa; explorar cada ilustração ao máximo com perguntas e comentários.

REFERÊNCIAS

JESUS, L.; JORGE, M.M. Jogos e atividades lúdicas na idade avançada. **Caderno de Psicologia**, 1999, 6:66-73.

MELLO, R.M. Tecnologia educacional. 15p. Telêmaco Borba; 2004. Disponível em: <http://rosangelamentapde.pbworks.com/w/page/9127607/A%20tecnologia%20na%20educa%C3%A7%C3%A3o>

SESC, Rio de Janeiro. Departamento Nacional, 2007. Manual técnico de educação em saúde bucal / Claudia Márcia Santos Barros, coordenador. 132p.

TORRES, H.C.; HORTALE, V.A.; SCHALL, A. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cad. Saúde Pública**. 2003; 19(4).

VIOL, B.M.; SALVADOR, F.C. Estudando as parasitoses através de estórias e jogos lúdicos. **Revista F@pciência**, Apucarana-PR, 2010; 6 (9):76 -79.

