Curso de Capacitação a Distância em Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

Módulo V

Noções Básicas de Educação em Saúde

UNIDADE 8

Aspectos Teóricos e Práticos em Educação em Saúde

UFRJ

IESC

NUTES

Ministério da Saúde

BRASIL

UNA-SUS

Universidade Aberta do SUS

Organização Pan-Americana da Saúde

Ministério da Saúde – MS

Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS

Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST)

Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental - CGVAM

Universidade Aberta do SUS (UnA-SUS)

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS-OMS)

Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Instituto de Saúde Coletiva - IESC

Laboratório de Educação a Distância do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ (LABEAD/IESC)

Carmen Ildes Rodrigues Fróes Asmus - Coordenação Geral

Maria Izabel de Freitas Filhote – Coordenação Adjunta

Márcia Aparecida Ribeiro de Carvalho – Coordenação Técnica

Mariano Andrade da Silva – Coordenador de Tutoria

Maria Imaculada Medina Lima – Consultora

Clayre Lopes – Consultora

Gleice Borba Ferreira da Silva – Secretária

Vinicius Azevedo – Coordenador de Tecnologia da Informação

Bianca Ruivo – Analista Programadora

Laboratório de Tecnologias Cognitivas do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (LTC/NUTES) – Versão 1

Miriam Struchiner – Coordenação Geral (Equipe pedagógica)

Taís Giannella – Coordenação Executiva (Equipe pedagógica)

Rodrigo Alcantara de Carvalho – Designer Instrucional

Silvia Esteves Duarte – Designer Gráfico

Márcia Quintella de Oliveira – Designer Gráfico

Luciana Martins Vieira- Técnica em Assuntos Educacionais

Letícia de Moraes- Apoio Administrativo

Daniela de Melo Callegario – Estagiária de Programação Visual

Vanessa Padilha – Estagiária de Programação Visual

APRESENTAÇÃO

O Módulo V, “Noções Básicas de Educação em Saúde”, do curso de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, tem como objetivo conhecer os aspectos teóricos e práticos no campo da educação em saúde. Esse módulo tem carga horária de 8 horas, sendo composto por uma unidade que trata dos aspectos conceituais e metodológicos da educação em saúde.

Na unidade 8, você vai conhecer as tendências que norteiam o campo da educação em saúde, bem como identificar abordagens metodológicas. Você também vai relembrar alguns aspectos históricos importantes do SUS, considerando que é no âmbito deste sistema que se espera concretizar as práticas de educação em saúde.

Espera-se que ao final da unidade, a partir de reflexões e análises do tema, você compreenda seus diferentes enfoques e dimensões e saiba identificar aspectos teóricos/práticos desse campo do conhecimento que possam ser aplicados em sua prática profissional.

Módulo V

Noções Básicas de Educação em Saúde

UNIDADE 8

Aspectos Teóricos e Práticos em Educação em Saúde

Autoras

Maria Imaculada Medina Lima

Assistente Social, Mestra em Saúde Coletiva, Especialização em Vigilância Ambiental.

Maria Izabel de Freitas Filhote

Enfermeira, Mestra em Ciências, Especialização em Vigilância Ambiental.

Módulo V

Noções Básicas de Educação em Saúde

UNIDADE 8

Aspectos Teóricos e Práticos em Educação em Saúde

Objetivos específicos

No fim desta unidade, você terá subsídios para:

- Reconhecer os aspectos históricos da educação em saúde.
- Compreender os enfoques no campo da educação em saúde.
- Identificar aspectos metodológicos da educação em saúde

PARA INÍCIO DE ESTUDO

Caro aluno, nos módulos anteriores, você teve a oportunidade de compreender os aspectos conceituais, legais, técnicos, procedimentos operacionais e as fontes de informações disponíveis que podem ser utilizadas para a prática da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano. Além disso, você identificou os procedimentos adotados em situações emergenciais relacionadas com água para consumo humano, quando constatada situações de risco à saúde da população.

Nessa unidade, você vai compreender os aspectos teóricos e as práticas do campo da educação em saúde aplicadas à Vigilância Qualidade da Água para Consumo Humano.

SUMÁRIO

1. Introdução 7
2. Históricos da Educação em Saúde 8
3.Educação em Saúde como instrumento de Promoção 13
4. Práticas de Educação em Saúde 16
4.1. Reflexão sobre a relação entre educação e comunicação no âmbito da saúde 18
4.2. Educação em saúde aplicada a vigilância da qualidade da água para consumo Humano 19
5. Considerações Finais 24
Resumindo 26
Referências Bibliográficas 27

FIQUE ATENTO!

Nós profissionais de saúde temos que pensar e agir na perspectiva de uma educação que possibilite ao homem a discussão corajosa de sua problemática e de sua inserção nesta problemática. (PAULO FREIRE, 1974)

1. INTRODUÇÃO

Convidamos você para uma reflexão sobre o campo teórico e prático da Educação em Saúde, por constituir uma ferramenta estratégica na busca de melhoria das condições de vida da população e, consequentemente, na qualidade da assistência à saúde. É importante ressaltar que não se pretende esgotar a temática em questão, considerando que esta caminha por teorizações e práticas distintas. Suas diferentes concepções sob o ponto de vista histórico podem ser compreendidas de acordo com as mudanças de paradigmas que acontecem no setor saúde.

2. ASPECTOS HISTÓRICOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Configuraram-se, ao longo do tempo, diferentes racionalidades no modo de desenvolver práticas de educação em saúde. Sem pretender traçar uma sequência evolutiva de suas tendências e sua relação com os contextos estruturais históricos, propomos aqui descrever alguns recortes em uma linha do tempo, por considerá-los relevantes para explicar e compreender as mudanças em suas concepções.

O **período republicano**, por ter sido um marco nas transformações sociais no Brasil, foi também um momento marcado pela caracterização de um modelo de educação em saúde orientado por uma concepção biologicista da saúde. Vários fatores, entre eles, a migração do campo para cidade, a chegada de imigrantes europeus, o crescimento da indústria e comércio, o crescimento urbano desordenado e carente de infraestrutura, desencadearam problemas relacionados com as condições sanitárias e epidemias de doenças contagiosas. Esse quadro ameaçava o processo produtivo que pautava-se no modelo exportador.

É nesse contexto que predominava a concepção biológica da doença, no qual o agente causador está associado à doença. Portanto, era preciso eliminá-lo. Dessa forma, o discurso higienista ganhou destaque nas políticas públicas que, por meio da **educação em saúde**, preconizava normas e hábitos que fortalecessem a saúde da população. Essas práticas representavam ferramentas necessárias para disciplinar a vida das pessoas, com caráter controlador e de culpabilização da vítima. Portanto, era de responsabilidade do indivíduo preservar sua saúde por meio de mudanças de comportamento. (SOUZA & JACOBINA, 2009)

As medidas de educação em saúde que tinham como objetivo a prevenção das doenças apresentavam grande marca coercitiva e não pressupunham ações coletivas com o propósito de levar a população a conquistar melhores condições de vida.

Um acontecimento que pode exemplificar esse momento histórico são as campanhas comandadas por **Osvaldo Cruz** a partir de 1903. Nesse momento, Osvaldo Cruz assumia a Diretoria Geral de Saúde Pública com o propósito de enfrentar as epidemias.

Eram necessárias medidas de racionalidade e civilidade sanitária, controlando e domesticando os modos higiênicos com práticas autoritárias garantidas por um aparato legal. Milícias paramilitares foram criadas, identificando nas casas problemas de higiene que deviam ser corrigidos. Demolir casas, proibir animais e mendigos circulando na rua, isolar doentes e vacinação compulsória para controlar as doenças faziam parte das ações do poder local, lideradas por Osvaldo Cruz. As autoridades locais consideravam a população incapaz de entender o problema, por isso eram necessárias medidas coercitivas.

Em 1904, ocorreu a denominada revolta da vacina, com grande participação popular, como forma de resistir à vacinação antivaríola obrigatória. O importante nesse fato diz respeito às classes populares que começavam a reagir de forma mais estruturada e organizada. (VASCONCELOS, 2001)

Segundo Smeke (2001), a partir dos anos de 1920, o movimento higienista ampliou seu espaço e poder de atuação com uma nova regulamentação sanitária. Medidas de higiene pessoal e pública eram normatizadas. Nessa perspectiva de base biologicista, a doença estava associada ao comportamento individual. Portanto, os problemas de saúde seriam resolvidos com mudanças de atitudes. Assim, o campo de práticas de educação em saúde estava restrito aos programas e serviços, priorizando o controle das doenças infecciosas. Evidencia-se desde os anos de 1920 uma nova forma de organização dos serviços de saúde, que incorporou novas iniciativas de ação educativa. Nessa década, por influência da experiência americana, foram realizadas reestruturações no Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, introduzindo a educação sanitária como base das ações sanitárias. A proposta visava promover e formar a consciência sanitária pode meio de informações sobre higiene como forma profilática de controle das doenças, assumindo, portanto, um papel relevante nas ações de saúde pública.

Na década de 1940, por meio de acordo entre os Estados Unidos e o governo brasileiro, surge o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que marca um momento de desenvolvimento do setor saúde a partir de interesses movidos pela exploração da borracha. A proposta visava controlar as grandes endemias por meio da educação sanitária considerada uma das soluções para romper com o círculo de doenças que não

limitava apenas as ações dos serviços, mas também nas atividades no interior das escolas.

Assim, nos serviços sanitários, são introduzidas novas técnicas educacionais, recursos audiovisuais, trabalhando com grupos e com lideranças comunitárias, o que inovava de forma significativa metodologias de educação em saúde.

Segundo o autor, na década de 1960, alguns projetos, na perspectiva da Medicina Comunitária, procuravam a participação da população. Mesmo com enfoques diferentes a partir de embates entre correlação de forças sociais em disputas, as práticas de educação em Saúde eram orientadas "*pelo pressuposto de que a população seria a principal responsável pela resolução de seus próprios problemas".* Com o regime militar, os gastos com políticas sociais foram diminuídos. Nessa ocasião, acontece a expansão dos serviços médicos privados, a ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada e a mercantilização da doença. A educação em saúde tem seu espaço institucional reduzido. Paradoxalmente, amplia-se o entendimento sobre o processo saúde e doença como também uma reflexão sobre do papel da Educação em Saúde. Novas formas de resistência, de organização social e de relação entre o saber popular e o saber acadêmico foram se configurando e refletindo também no campo da saúde. (SMEKE,2001)

Na década de 1970, os fatores de ordem econômica e sociopolítico foram de real grandeza para a derrocada do regime militar. Na área da Saúde, a situação era crítica, pois os "*indicadores refletiam as mazelas de um modelo econômico excludente e concentrador de rendas e capital*".

Os índices negativos na economia refletiram nos campos social e político, impulsionando os movimentos sociais que lutavam por melhores condições de vida.

Nas décadas de 1970 e 1980, a discussão da saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais. Iniciava o **Movimento Sanitário**, articulado com os movimentos populares e políticos, que teve papel fundamental na construção do projeto de saúde pública. Como resultado, começava a implantação de um sistema de saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS). Seu importante papel no processo da democratização permitiu o crescimento dos direitos de cidadania e dos serviços sociais instituídos na Constituição de 1988. (BRASIL,2007)

Nesse período havia uma mobilização em busca de uma nova redefinição de democracia a partir da ampliação da participação popular na gestão pública.

Segundo Smeke (2001), no campo da educação, surge uma preocupação com a autonomia dos sujeitos dotado de saberes e considerados, então, responsáveis por mudanças sociopolíticas, que possibilitam atender suas necessidades. Retomou-se a proposta sistematizada por Paulo Freire de Educação Popular e pesquisa participante de cunho político-social que privilegia o diálogo na construção compartilhada do conhecimento.

Assis (1998), fazendo uma reflexão sobre as concepções de educação em saúde dentro de uma perspectiva histórica, revisita vários autores e identifica um processo de transição entre dois modelos, caracterizando-os como "**tradicional**" e "**crítico**". Traçamos aqui algumas de suas características descritas pelo autor.

O modelo tradicional

- Mudanças de valores, crenças, hábitos e comportamentos considerados nocivos à saúde.
- A separação entre o indivíduo e o coletivo.
- O caráter de transmissão de informação e habilidades – orientação depositária.
- Visão restrita de saúde.
- Tendência à culpabilização do individuo pelo adoecimento.
- Prática educativa como mero instrumento de transmissão de regras de conduta.
- Caráter diretivo e persuasivo.
- Técnicas de palestras sem incentivo ao debate.
- Não favorece a participação.

Ação ideológica com o propósito de adaptar os indivíduos à ordem social dominante. Segundo o autor, a partir da década de 1970, surgem críticas a este modelo centrado no comportamento individual, voltado para a transmissão de informação de maneira tecnicista.

O modelo crítico

A nova perspectiva de educação em saúde vem conceber o processo saúde e doença vinculada aos determinantes sociais, políticos e econômicos. O princípio que norteia essa modalidade é voltado para o crescimento crítico dos indivíduos a partir de atividades que valorizam o diálogo e reconhece a responsabilidade como coletiva e individual. A pretensão nessa linha é desenvolver o diálogo por meio de práticas

problematizadoras que ajudem a construir de forma coletiva de aprendizado estratégias para a solução dos problemas identificados.

Essa concepção, que tem influência na educação popular de Paulo Freire, traz para o campo da educação em saúde uma reflexão crítica da realidade vivida por indivíduos e grupos.

Também trabalhando no campo das concepções de educação em saúde Alves (2004), em sua tese de mestrado, sistematiza em um quadro comparativo a distinção entre dois modelos, que reproduzimos no Quadro 1.

Quadro 1: Modelo hegemônico e dialógico

Característica	Modelo hegemônico	Modelo dialógico
Concepção de educação	Ato de depósito de conhecimento e de valores	Ato de conhecimento nas relações com o mundo e em comunhão com os outros.
Concepção de saúde	Ausência de doença	Produção social do processo saúde-doença.
Concepção do homem usuário	Destituído de saber ou portador de saberes equivocados ou nocivos à saúde; objeto da prática educativa	Portador de saberes e prática de saúde e cuidado adquiridos mediante experiências concretas de vida; sujeitos da prática educativa.
Concepção do homem profissional	Detentor de saber técnico-científico com *status* de verdade; nada tem a aprender da aproximação com o saber popular	Detentor de um saber técnico-científico que é inacabado; no cotidiano de suas ações reaprende através do diálogo com o saber popular.
Enfoque da prática educativa em saúde	Centrado na doença; enfoque estritamente preventivista	Centrado no sujeito a que se destina a prática educativa; enfoque promocional.
Objetivos	Redução dos riscos individuais; prevenção das doenças e agravos à saúde	Constituição de sujeitos para a transformação de condições de saúde e melhoria da qualidade de vida.
Espaços educativos	Falta unidade entre a prática educativa e as demais práticas de saúde; contextos formais como os grupos educativos	Integração entre assistência e educação em saúde; contextos informais das relações interpessoais.
Metodologia	Comunicação unilateral e informativa:palestras, folhetos, cartazes etc.	Comunicação dialógica: problematização e reflexão.
Ponto de partida	Conhecimento científico; diagnóstico de necessidades pelos profissionais de saúde mediante levantamentos epidemiológicos	Realidade objetiva e condições de existência dos sujeitos assistidos; coparticipação e co-responsabilidade no diagnóstico dos problemas.

Fonte: ALVES (2004)

3. EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO

A partir desses recortes históricos e da sistematização das diferentes tendências no campo da educação em saúde, é preciso pensar sua dimensão teórico-prática à luz da **promoção da saúde**.

Promoção da Saúde: "o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo". (BRASIL, 2002)

Consolidada na Carta de Ottawa em 1986 uma das ações de Promoção da Saúde é aquela que propõe o fortalecimento dos poderes técnico e político (*empowerment*) das comunidades por meio de ações concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição e implementação de estratégias, com o objetivo de atingir melhores condições de saúde. Isso significa um processo contínuo de disseminação de informação e aprendizagem sobre as questões de saúde. (BUSS, 2000)

É importante ressaltar que na perspectiva da Promoção da Saúde, o "**empoderamento"** constitui um grande desafio a ser enfrentado, pois se apoia na democratização do conhecimento. Assim, a comunicação e o conhecimento são elementos fundamentais para que indivíduos possam tomar decisões e agir no sentido de atender às suas necessidades e às da comunidade onde vive. Portanto, a ideia de empoderamento nos remete à luta de indivíduos e coletivos pelos seus direitos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o emponderamento, é entendido, "como o processo através do quais pessoas ou comunidades adquirem maior controle sobre as decisões e ações que afetam sua saúde". (WHO, 1998).

O empowerment está associado ao aumento do poder e da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social. Segundo o autor, a teoria de Paulo Freire contribuiu para sua

concepção original. Um dos aspectos importantes do *empowerment* diz respeito à possibilidade de que a ação local fomente a formação de alianças políticas capazes de ampliar o debate da opressão no sentido de contextualizá-la e favorecer a sua compreensão como fenômeno histórico, estrutural e político (VASCONCELOS, 2004).

Portanto, entende-se que o "Empoderamento" é o processo pelo qual as pessoas, as organizações e as comunidades tomam controle de seus próprios assuntos, de sua própria vida, tomam consciência da sua habilidade e competência para produzir, criar e gerir seus destinos (ROMANO, 2002).

Na linha de continuidade da ideia de empoderamento, chamamos atenção aqui para uma estrutura legítima do SUS que aporta mecanismos de participação popular na gestão das políticas de saúde e que cria possibilidades de indivíduos e coletivos aumentarem seu controle sobre as questões de saúde. A gestão participativa por meio dos "conselhos" é uma importante ferramenta no processo de democratização das organizações de saúde. Empoderar seus membros como sujeitos políticos é um fator fundamental para o cumprimento de sua função pública. São espaços de interlocução política em um contexto de múltiplos e divergentes interesses, no qual acontece a negociação e a deliberação. Trata-se de uma instância estratégica para a socialização do poder e fundamental no processo de democratização. Por outro lado, os conselhos podem ser canais efetivos de mobilização de segmentos da comunidade para o engajamento em lutas por melhores níveis de saúde. Isto se dá quando a população tem a informação e a capacidade de interpretá-la e analisá-la. É fundamental que a população compartilhe suas ideias, seus ideais, suas diferentes percepções, leituras e releituras dos fatos e da vida em sociedade. Os problemas afetarão a população de diferentes maneiras, em tempos diversos, e a capacidade de percepção e assimilação dos fatos ou eventos pode ocorrer de diferentes modos. A mobilização da sociedade pode ocorrer gradativamente, assim como o seu grau de interesse sobre os fatos. Logo, um processo de empoderamento eficiente deve envolver tanto componentes individuais como coletivos. Só assim é possível desenvolver as capacidades necessárias para que se obtenham reais transformações sociais.

Um processo de "empoderamento" pode contemplar duas noções, segundo Carvalho (2004).

Quadro 2: Noções de empoderamento

Psicológico	Comunitário
"É como um sentimento de maior controle sobre a própria vida que os indivíduos experimentam através do pertencimento a distintos grupos, e que pode ocorrer sem que haja necessidade de que as pessoas participem de ações políticas coletivas". Tem-se a imagem de que o indivíduo com poder torna-se auto-confiante, tenha a capacidade de adaptação ao meio e seja mais solidário."	"Trabalha com a noção de poder enquanto um recurso, material e não-material, distribuído de forma desigual na sociedade, como uma categoria conflitiva na qual com vivem dimensões produtivas, potencialmente criativas e instituintes, com elementos de conservação do *status quo"*. "A sociedade é constituída de diferentes grupos de interesses que possuem níveis diferenciados de poder e de controle sobre os recursos, fazendo com que processos de "empowerment" impliquem, muitas vezes, a redistribuição de poder e a resistência daqueles que o perdem"

Fonte: CARVALHO (2004)

As práticas educativas são estratégias de fortalecimento do Emponderamento que demanda novas formas de fazer saúde, ampliando o sentido de suas ações. Que seja um espaço de sociabilidade e politização dos usuários e profissionais de saúde, garantindo o equilíbrio das relações de poder. (CARVALHO,2004)

4. PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Na perspectiva do SUS, o município é o principal executor das ações de saúde, portanto cabe a ele criar mecanismos legítimos de participação popular à luz das práticas integradas de promoção da saúde. Isso significa estar em oposição às práticas fragmentadas na atenção à saúde.

Torna-se imperativo que os municípios imprimam em suas ações de saúde mecanismos que vão além da assistência médica implementando práticas de promoção da saúde que resultem em melhoria da qualidade de vida da população. Esse olhar nos permite repensar novas formas assistenciais que garantam a atenção integral do cuidado que faz do espaço da saúde o espaço de escuta, acolhimento, ética e diálogo entre diversos atores. Implica em compromisso ético no agir do profissional de saúde, como também requer responsabilidades diante das reais necessidades de saúde. A prestação do cuidado integral precisa estar em constante construção, ancorada em bases democráticas, portanto integrando saberes. Construir uma proposta de educação em saúde que atenda ao princípio da integralidade preconizado no SUS requer a participação ativa da população na reflexão crítica de sua realidade e de suas estruturas sociais e econômicas. (MACHADO, 2007)

A atenção integral traz em seu bojo um significado muito maior do que a reorganização dos serviços, pois sua dimensão implica em reconhecer a pessoa em sua totalidade, considerando seus aspectos biológicos, psicológicos e sociocultural. A assistência médica integral preconiza a interação entre os sujeitos e a construção de vínculos na atenção entre usuários e equipe de saúde, mesmo na dimensão individual. É também vista como bandeira de luta que possui um valor a ser sustentado e defendido e como uma atitude diante da organização das práticas em saúde. (PAIM, 2010).

Nessa direção, entendemos que as práticas de educação em saúde no âmbito dos serviços precisam estar ancoradas no conceito ampliado de saúde que reconhece as condições de vida como determinantes e condicionantes da saúde. Assim, alimentação, transporte, acesso a serviços, renda, trabalho, saneamento, educação, lazer, acesso a bens essenciais entre outros são fatores associados à saúde. (PAIM, 2009).

É preciso pensar em propostas que incorporem ações que atendam as reais necessidades e problemas de saúde da população e que enfatizem os aspectos que determinam o processo saúde /doença. Atuar nesse campo implica em romper com enfoques que separam o indivíduo do coletivo.

O Ministério da Saúde aponta novos desenhos nas práticas de saúde que colocam a educação popular como uma estratégia política e metodológica nas ações de saúde. Em seus propósitos trazem a necessidade de:

> "*repensar a Educação em Saúde na perspectiva da participação social, compreendendo que as verdadeiras práticas educativas somente têm lugar entre sujeitos sociais e, desse modo, deve estar presente nos processos de educação permanente para o controle social, de mobilização em defesa do SUS e como tema relevante para os movimentos sociais que lutam em prol de uma vida digna. O princípio da integralidade do SUS diz respeito tanto à atenção integral em todos os níveis do sistema como também à integralidade de saberes, práticas, vivências e espaços de cuidado. Para tanto torna-se necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença; e autonomia dos profissionais diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais. Nesse sentido apresenta-se a educação popular em saúde como portadora da coerência política da participação social e das possibilidades teóricas e metodológicas para transformar as tradicionais práticas de educação em saúde em práticas pedagógicas que levem à superação das situações que limitam o viver com o máximo de qualidade de vida que todos nós merecemos*" (BRASIL, 2007).

LEITURA RECOMENDADA

Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde, de Eymard Mourão Vasconcelos.
Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_de_educacao_popular_e_saude.pdf

4.1. Reflexão sobre a relação entre educação e comunicação no âmbito da saúde

Em geral predomina o entendimento nos processos de educação em saúde a ideia da **comunicação**, associada apenas ao ato de informar. Indica que a mensagem está pronta e acabada, sendo a comunicação o instrumento de transmissão. Essa visão, mesmo que aparentemente neutra, técnica e apolítica, acaba priorizando os interesses daqueles que emitem a informação. O processo de participação da população indica que diferentes interesses e necessidades estão sendo discutidos em um espaço com diferentes sujeitos sociais. Nesse contexto, a ideia de comunicação como apenas a transmissão da informação não se aplica. Vide esquema a seguir:

Esta forma de explicar a comunicação simplifica a realidade. Ela não leva em consideração o contexto e as situações concretas onde esta comunicação ocorre, as pessoas que participam deste processo e suas histórias de vida, interesses e preocupações.

Quando pensamos nas ações das campanhas no campo da saúde é preciso ressaltar que estas são importantes, mas seus resultados são limitados. Implementar práticas de educação em saúde implica em processos comunicativos que vão além da transmissão do conhecimento cientifico.

A comunicação nas práticas de saúde significa “movimentos de produzir e negociar os sentidos que atribuímos às nossas experiência, individuais e coletivas”. (BRASIL, 2006)

Implementar práticas de educação em saúde visando a promoção da saúde implica em processos de comunicação que garantam a construção compartilhada do conhecimento. A construção compartilhada do conhecimento implica em uma interação comunicacional. Nessa interação os sujeitos de diferentes saberes se relacionam a partir de interesses comuns. Trata-se de uma troca de saberes não hierarquizados (CARVALHO, M. A. P.; ACIOLI, S.; STORZ, E. N., 2001).

Assim, as ações devem fortalecer o processo de comunicação que envolve a população nas discussões e análise de problemas de saúde relacionados com a realidade local. Os

“saberes” das pessoas que vivem em um determinado lugar estão baseados em suas experiências, em sua visão de mundo, e devem ser considerados nas práticas que apresentem como fim a resolução de um problema. O processo comunicativo envolve a socialização das informações e um reconhecimento do que já lhe é conhecido. Portanto, envolve um “reconhecimento” de estruturas sociais, culturais e psicológicas que são complexas e dinâmicas, impulsionando as pessoas a pensarem alternativas para a solução de problemas.

Isso significa qualificá-la, criando um ambiente de compartilhamento de responsabilidades, troca de conhecimento e fortalecimento de uma consciência sanitária. Permite também que os profissionais de saúde construa um novo conhecimento a partir das experiências individuais e coletivas sobre o problema enfrentado.

LEITURAS RECOMENDADAS

Construção compartilhada do conhecimento: análise da produção de material educativo, de Maria Alice Pessanha de Carvalho.
Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_de_educacao_popular_e_saude.pdf

Manual para operacionalização das ações Educativas no SUS - são paulo. São Paulo – 1997 Revisto em - 2001
Disponível em:
ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/educacao.pdf

4.2. Educação em saúde aplicada a vigilância da qualidade da água para consumo humano

Chamamos atenção aqui ao fato de o direito à informação e comunicação estarem presentes nas políticas públicas de saúde. Vejamos como exemplo a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.914, de 12 de dezembro de 2011, que “dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade”.

Segundo o Capítulo III, Seção III, que define as competências dos municípios, cabe à Secretaria Municipal de Saúde:

"garantir informações à população sobre a qualidade da água para consumo humano e os riscos à saúde associados, de acordo com mecanismos e os instrumentos disciplinados no Decreto nº 5.440, de 4 de maio de 2005."

O Decreto nº 5.440/2005 "estabelece definições e procedimentos sobre o controle de qualidade da água de sistemas de abastecimento e institui mecanismos e instrumentos para divulgação de informação ao consumidor sobre a qualidade da água para consumo humano".

LEITURA OBRIGATÓRIA
Leia o Decreto nº 5.440/2005 e faça uma reflexão sob o ponto de vista educativo. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Decreto/D5903.htm

Se o decreto define que a informação tenha o caráter educativo, é possível reconhecer que esse processo educação/aprendizagem vai além do aspecto informativo. Torna-se imperativo estabelecer um processo comunicativo que crie mecanismos direcionados à promoção da saúde da população, portanto atrelado ao diálogo a partir da problematização do problema. Assim, constrói-se uma atitude crítica relacionando a sua saúde e a qualidade da água que consomem, possibilitando criar um dinamismo que conduza os indivíduos e coletivos a atuarem na vigilância da qualidade da água.

Uma opção é trabalhar com atividades grupais que favoreçam a construção coletiva dos saberes, a análise de situação problema, a troca de experiência e o fortalecimento da autonomia, com objetivo de encontrarem soluções para seus problemas.

Ao profissional de saúde, cabe estimular o grupo, para que este faça suas análises e produza conhecimento, um processo que se desenvolve através do diálogo.

Um fator importante nas práticas de educação em saúde é o trabalho em equipe multidisciplinar, que permite integrar diferentes conteúdos, possibilitando diferentes compreensões sobre a mesma situação apresentada.

Tomemos agora o processo de comunicação quando um determinado grupo populacional está exposto a uma situação de risco para saúde. Suponhamos que, em seu município, após análise técnica, identificou-se que não são adequados os níveis de potabilidade da água consumida por uma determinada comunidade que faz captação

para seu consumo em poços artesianos. Fazendo uma análise no perfil de morbidade daquela comunidade por meio do Setor de Epidemiologia no Posto de Saúde, observa-se que muitas doenças estão relacionadas com o consumo de água. Desde já sabemos que a população exposta necessita de informações sob o ponto de vista técnico, mas uma questão fundamental no processo de planejamento estratégico da comunicação de risco é aquela que abarca um modelo metodológico que garanta o diálogo.

Voltemos à mesma situação relatada e vamos refletir sobre uma proposta educativa que vai além da instrumentalização da comunidade para lidar com o problema apresentado.

Vamos pensar em uma abordagem metodológica que, a partir da situação problema, estabeleça mecanismos que possam conhecer a percepção da população sobre o problema apresentado e que construa, por meio de um processo dialógico, possibilidades individuais e coletivas para enfrentá-lo. Esse movimento da comunicação deve envolver diferentes saberes, o que significa um processo de compartilhamento de idéias, opiniões, conhecimentos, experiências etc. Essa relação dialógica orientada pelo sentido crítico permite o reconhecimento dos determinantes da situação problema apresentada.

Saiu na mídia!

No dia 5 de junho de 2012, o Jornal "O Globo" publicou na página 12 uma reportagem que trata da utilização de agrotóxico no processo de trabalho na agricultura em algumas regiões serranas do Estado do Rio de Janeiro. Um texto com o título *"Poços impróprios para consumo", relata que "pesquisadores da Universidade Estadual do Norte Fluminense constataram a contaminação de corpos aquáticos superficiais num assentamento de agricultores. O foco do estudo foi uma área de agricultura familiar com cultivo de abacaxi, cana-de-açúcar, maracujá e mandioca, onde são utilizados vários tipos de agrotóxicos".*

— **A pesquisa ainda está em andamento, mas a gente já detectou contaminação num assentamento onde a maior parte da plantação é de abacaxis** — afirmou Maria Cristina Canela, doutora em química e coordenadora da pesquisa.

Foram analisadas amostras de poços rasos no entorno das residências, utilizados como fonte de água potável, para serviços domésticos e irrigação. Na maioria das amostras, havia o composto paration metílico, organofosforado proibido na maior parte dos países da Europa. Mesmo que os níveis encontrados em boa parte dos poços estivessem dentro dos limites fixados

> pelo Conama, a conclusão é que alguns poços estavam impróprios para o consumo.
> O engenheiro agrônomo **Márcio Fernandes da Silva** diz que falta orientação ao pequeno agricultor:
> — Ele compra o produto em qualquer loja. Na maior parte das vezes, é orientado pelo balconista. A maioria dos produtores tem pouca instrução e dificuldade de entender o que está nas embalagens. Como não acredita que a dosagem seja suficiente para matar as pragas, ele aumenta por conta própria o volume de veneno. Esse excesso contamina o solo e escorre para os cursos d'água, que ele e o vizinho usam."

Como podemos perceber, existe neste contexto uma situação problema relacionada com as atividades agrícolas desenvolvidas pelos trabalhadores. Uma análise da percepção do risco desse grupo populacional é fundamental para a construção de uma proposta educativa que tenha como objeto mudanças sociais.

Referindo a um de seus estudos sobre a utilização do agrotóxico no processo produtivo. Fonseca *et al.* (2007), apontam que não há relação direta entre a informação sobre o risco e o comportamento do indivíduo. Segundo os autores, a percepção do risco enquanto fenômeno culturalmente construído e interpretado se faz conhecer por meio de crenças e representações que organizam a reação e o comportamento dos indivíduos com relação ao agrotóxico.

O melhor resultado no processo de comunicação de risco está associado à execução das ações com a participação da população. Assim, é importante desenvolver metodologias que criem pontes entre as autoridades governamentais encarregadas do ambiente e da saúde e a população, a fim de estabelecer vias eficazes de comunicação e de participação para o enfrentamento do problema. É nesse processo comunicativo que indivíduos interagem e demonstram suas diferentes percepções diante da situação problema. Não existem receitas para a intervenção ideal, mas em todo caso, devem-se considerar os contextos, social, cultural, político, religioso, econômico, histórico e geográfico. É fundamental ter um marco de respeito cultural que privilegie as percepções da população envolvidas, pois estas são sujeitos da intervenção. As propostas de intervenção que levam em conta a participação da comunidade e a articulação interinstitucional exigem uma estratégia local de acordo com o contexto e uma visão da realidade social como um todo (OPAS, 2008).

Saiba Mais

Para obter maiores informações sobre comunicação de risco. Sugerimos você a fazer o curso de **Autoaprendizagem: Comunicação de Risco** totalmente gratuito. Disponível em:
http://www.bvsde.paho.org/cursocr/e/index.php
Esse curso foi desenvolvido em 2003, quando a OPAS/OMS criou uma unidade de Avaliação e Gestão de Riscos para a Saúde e, na ocasião, o curso foi revisado e adaptado a fim de responder aos riscos de saúde pública. O curso é dirigido a tomadores de decisões, profissionais e pessoal técnico e operacional das instituições públicas, organizações não-governamentais e acadêmicas, estudantes e todas as pessoas interessadas pela comunicação de risco. O curso tem como objetivo gerar e fortalecer as competências em comunicação de risco para a saúde, mediante metodologias baseadas em enfoques teóricos e práticos aplicáveis aos países da América Latina e do Caribe.

De forma resumida, os gestores ~~e~~ estaduais e municipais podem contribuir na área de educação em saúde, voltada para a Vigilância e Monitoramento da Qualidade da Água, por meio da estruturação das seguintes principais ações:

- Formar um Comitê ou um Grupo de Trabalho para viabilizar discussões, planejamento, execução e avaliação de projetos com a participação efetiva de gestores, técnicos, ativistas e liderança comunitária.
- Realizar um diagnóstico situacional e atualizado da realidade local, contando com a presença dos moradores.
- Promover eventos de capacitação e atualização para técnicos, ativistas e líderes comunitários.
- Viabilizar a elaboração de material educativo e informativo com linguagem apropriada para cada seguimento da sociedade.
- Utilizar a mídia para veicular as informações de qualidade, utilizando linguagem clara e objetiva.

5. Considerações Finais

Fica aqui posto que a participação da população é condição prévia para uma proposta de educação em saúde, e esta constitui uma importante ferramenta para a promoção da saúde. A partir destas reflexões, chegamos ao fim deste texto ressaltando que as ações de saúde nos serviços precisam superar seu caráter individualista com propostas educativas que levem a população a integrar-se em sua dinâmica.

Dessa forma, pensando em uma atenção à saúde que seja integral e que abarque todas as dimensões do processo saúde doença. Reafirmamos uma proposta de educação em saúde que utilize processos participativos e problematizadores e que tenha a integralidade como eixo norteador das ações, levando em considerações as seguintes práticas: que trabalhe com situações problemas presentes no coletivo a partir do diálogo. Que seja orientada pelo sentido crítico na construção e reconstrução compartilhada do conhecimento; que requeira ações planejadas para garantir melhores resultados e que fortaleça a autonomia e a defesa da vida em todas as suas dimensões. Portanto, é importante uma nova dinâmica nos serviços de saúde que tome a educação em saúde, como objeto de reflexão e ação. Nesse sentido, diminuem-se as fronteiras entre profissionais de saúde e população portadora de saberes e potencializa um projeto de construção social do direito à saúde.

- Para conhecer melhor os sistemas de informação acesse as páginas:

Ministério da Saúde
Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/

Centro de Estudos e Pesquisas em Educação, Cultura e Ação Comunitária
Disponível em: http://www.cenpec.org.br

Núcleo de Estudos Locais em Saúde
Disponível em: www.ead.fiocruz.br/elos

Organização Pan-Americana da Saúde (Representação Brasil)
Disponível em: www.opas.org.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Disponível em: www.abrasco.org.br

Centro de estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis.
Disponível em: www.cidadessaudaveis.org.br

Biblioteca Virtual de Educação do MEC
Disponível em: www.bve.cibec.inep.gov.br

Laboratório de Educação em Saúde da FIOCRUZ
Disponível em: www.cpqrr.fiocruz.br/labes

Revista sobre Educação e Saúde da UNESP
Disponível em: www.interface.org.br

Escola do Futuro da USP
Disponível em: www.futuro.usp.br

Ministério da Educação
Disponível em: www.mec.gov.br

- Para aprofundar o conhecimento sobre Educação em Saúde recomenda-se a leitura complementar:

SÍCOLI, JL; NASCIMENTO, PR. **Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu. Fev 2003 7(12): 101-22.

VALLA; VV., **Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização**. Cadernos de Saúde Pública. 1999 15(Sup. 2): 7-14.

RESUMINDO...

Vimos nessa unidade que a educação em saúde é uma ferramenta fundamental para a promoção da saúde, portanto, essencial no âmbito dos serviços. Foram feitos recortes históricos da educação e reflexões de suas diferentes tendências.

Reconhecemos a Educação em Saúde como um componente das políticas do SUS que tem suas bases ancoradas em uma visão ampliada de saúde.

Ressaltamos que a Educação em Saúde se propõem através de processos pedagógicos, participativos e problematizadores mudanças na forma pensar e agir sobre a saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, V. S; Educação em saúde e constituição de sujeitos: desafios ao cuidado no programa da saúde da família. [Tese mestrado]. Instituto de Saúde Coletiva Universidade Federal da Bahia, 2004.

ASSIS, M. Educação em saúde e qualidade de vida: para além dos modelos, a busca da comunicação. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1998. p. 4-26. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n.º
169). Disponível em: http://www.ims.uerj.br/downloads/publicacoes/serie/pdf/SESC169.pdf Acessado em: 07/07/2012.

BRASIL. 2006 Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social. Texto: Comunicação e saúde: desafios para fortalecer o SUS, ampliar a participação e o controle social. Janine Miranda Cardoso. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0013_M.pdf Acessado em 18/03/2012

BRASIL. 2007. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. 2007. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Distrito Federal/Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Brasília: Conasems. 92p. (Movimento sanitário brasileiro na década de 70: a participação das universidades e dos municípios-memórias). Disponível em: http://www.conasems.org.br/files/Livro_Movimento_SanitarioDecada_70.pdf Acessado em: 07/07/2012.

BRASIL. 2002. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva*[online]. 2000, vol.5, n.1, pp. 163-177. ISSN 1413-8123. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng

=pt&nrm=iso&userID=-2 Acessado em 06/03/2012.

CARVA LHO, M. A. P.; ACIOLI, S.; STOTZ,E. N. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação cientifica do ponto de vista popular. IN: VAS CON CE LOS, E. A saúdenas palavras e nos gestos. São Paulo: HUCI -TEC, 2001.

CARVALHO, R.S. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à SaúdeCad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(4):1088-1095, jul-ago, 2004.Disponível em http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/24.pdf Acessado em: 4/05/20012

FONSECA, M. G. U.; PERES, F.; FIRMO, J.O.A.; UCHOA, E. Percepção de risco: maneiras de pensar e agir no manejo de agrotóxicos. Ciênc. saúde coletiva. 2007 12(1): 39-50. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n1/05.pdf. acessado em 06/03/2012

MACHADO, M. F. A. S. *et al*. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. Ciênc. saúde coletiva [on-line]. 2007, vol.12, n.2, pp. 335-342. ISSN 1413-8123. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009 Acessado em 06/03/2012

PAIM, J.S; Silva, L.M.V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS, Bol. Inst. Saúde*

(Impr.) [on line]. 2010, vol.12, n. 2. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151818122010000200002&lng=pt&nrm=iso

Acessado em: 06/03/2012

PAIN, J.S. O que é o SUS? Coleção Temas em Saúde. Editora Fiocruz, 2009.

ROMANO, J.O. Empoderamento: recuperando a questão do poder no combate à pobreza. ActionAid Brasil, 2002. 116 p.

SMEKE, E.L.M; OLIVEIRA, N.L.S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: Vasconcelos, E.M (Org.). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec. 2001; 115-36.

SOUZA, I. P. M. A. e JACOBINA, R. R. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. Rev. Baiana saúde pública, v.33, n.4, p.618-627, out./dez. 2009. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33n4/a010.pdf Acessado em: 18/03/2012.

VASCONCELOS, E. O poder que brota da dor e da opressão: *empowerment*, sua história, teorias e estratégias. Paulus: Rio de Janeiro, 2004.

VASCONCELOS, E.M. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. Organizado por Eymard Mourão Vasconcelos. São Paulo: Hucitec, 2001.

WHO.1998. Health Promotion Glossary. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf, acessado em 06/06/2012

BRASIL. 2011. Portaria MS nº 2914/2011. Ministério da Saúde. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_2914_12_12_2011.pdf Acessado em 05/05/2012

BRASIL. 2005. Decreto nº 5.440/2005.Planalto. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5440.htm Acessado em 05/05/2012.