UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ANA PAULA ALVES DE CARVALHO

AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE DA CRIANÇA:
CONCEPÇÕES E PRÁTICAS PROFISSIONAIS
EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

SÃO PAULO
2009

ANA PAULA ALVES DE CARVALHO

AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE DA CRIANÇA:
CONCEPÇÕES E PRÁTICAS PROFISSIONAIS
EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada à Escola
de Enfermagem da Universidade
de São Paulo para a obtenção de
título de Mestre em Enfermagem

Área de concentração:
Enfermagem Pediátrica

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria de La
Ó Ramallo Veríssimo

SÃO PAULO
2009

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU
ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE
QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: __/__/__

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Carvalho, Ana Paula Alves de

Ações educativas na saúde em saúde da criança:
concepções e práticas profissionais em uma unidade de
saúde da família. / Ana Paula Alves de Carvalho. – São
Paulo, 2009. p. 112.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo

Orientadora: Profa Maria de La Ó Ramallo Veríssimo

1. Educação em saúde 2. Saúde da Criança 3.
Promoção da Saúde. I. Título

Nome: Ana Paula Alves de Carvalho

Título: Ações educativas em saúde da criança: concepções e práticas
profissionais em uma unidade de saúde da família

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo
para a obtenção de título de Mestre em
Enfermagem

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos que, como eu, sonham com um mundo no qual a vida e as relações humanas sejam fundamentadas no amor, na paz e na justiça social.

AGRADECIMENTOS

À Vida por colocar em meus caminhos pessoas e situações que contribuem, muito mais pelo amor que pela dor, com o meu crescimento humano.

À minha mãe amada Maria Lúcia Alves de Carvalho e ao meu amado pai Moacyr José Alves de Carvalho cujo amor incondicional e trabalho incansável me permitiram chegar até aqui.

Às minhas queridas irmãs Priscila, Renata e Camila Alves de Carvalho e ao meu querido irmão Moacyr José Alves de Carvalho, pelo amor, carinho e riso que suavizaram os momentos difíceis que passamos.

Ao meu amado companheiro Gabriel Montezor Jerônimo pelo amor e apoio em todas as horas.

Aos meus avós maternos Maria do Rosário da Silva e João Tereza da Silva pelo amor e orações.

Aos meus avós paternos Maria José Rodrigues e Olimpio Alves de Carvalho (em memória) cuja união possibilitou a minha vida.

À minha madrinha Vera Lúcia das Graças Silva pelo amor e participação constante em minha formação desde a infância.

À família pelo carinho e incentivo.

Ao amado Roberto Caldeira pelo inexprimível trabalho de amor e vida.

À Patrícia Pacini pelo amor e generosidade com que instrui a mim e minhas irmãs de escolha na e para a vida.

À orientadora e amiga Prof^a. Dr^a. Maria de La Ó Ramallo Veríssimo pela competência, carinho e generosidade com que conduziu estes mais de 4 anos de trabalho.

Às Professoras Dr^a. Magda Rezende e Dr^a Cláudia Maria Bógus, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

Aos trabalhadores do Programa de Saúde da Família pela disponibilidade e contribuição com o avanço do conhecimento em educação em saúde da criança.

À Edina Maria Marques funcionária da Escola de Enfermagem cujo trabalho, carinho e atenção amenizaram a rotina de estudo.

Aos funcionários da Seção Alunos da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem pela atenção, carinho e paciência.

Aos funcionários da Biblioteca Wanda de Aguiar Horta, em especial à Clotilde Aparecida C. Silva pela atenção.

Muito Obrigada!

O importante é estar pronto, a qualquer momento, a sacrificar aquilo que somos em favor do que podemos vir a ser.

Charles Dubois

Para que nos libertemos de todas as amarras auto-impostas e creçamos uma oitava acima na evolução, precisamos de coragem para sucumbir aos apelos do coração e, liberando nossa herança maior, voltemos a procurar o Divino.

Roberto Caldera

Carvalho, APA. Ações educativas em saúde da criança: concepções e práticas profissionais em uma unidade de saúde da família. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

RESUMO

A Promoção da Saúde representa um novo paradigma para a estruturação do cuidar e organização dos serviços da saúde visando à superação das práticas puramente curativas pelas que trabalham com os determinantes do processo de saúde-doença. Nesta visão, as ações educativas são indissociáveis das ações de saúde e devem possibilitar o empoderamento dos sujeitos. No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) surge em 1997 como uma estratégia de reversão do modelo de assistência à saúde vigente para a efetivação deste paradigma dentro Sistema Único de Saúde. Assim, este trabalho objetivou analisar o processo educativo estabelecido por equipes de saúde da família na atenção à saúde da criança. Para tanto, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa de estudo de caso fundamentada na Pedagogia Libertadora de Paulo Freire. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas com enfermeiras e médicos de uma Unidade Básica de Saúde do PSF da região do Butantã; essas foram sistematizadas a partir da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. A análise dos dados indica a presença de uma diversidade de concepções e práticas de educação em saúde da criança, que abarcam desde uma visão de educação em saúde como uma prática democrática que visa o empoderamento dos sujeitos, a uma visão desta como transferência de informações de saúde do trabalhador para as famílias. Contudo, a maior parte da prática de educação em saúde da criança ocorre nas consultas individuais e tem por base a orientação para o cuidado, o que, muitas vezes, centra-se na prescrição e exposição de informações. Assim, a educação em saúde da criança no PSF identifica-se muito mais com o modelo biomédico de atenção a saúde, não contribuindo para o aumento do controle das

famílias sobre o seu processo saúde-doença, nem para a emancipação dos sujeitos necessária a transformação social. A incorporação de processos educativos mais democráticos e coerentes com a promoção da saúde na realidade do PSF, necessita de uma formação permanente dos trabalhadores neste referencial e de uma reformulação do processo de trabalho.

PALAVRAS CHAVES: Educação em saúde. Saúde da criança. Promoção da saúde.

ABSTRACT

Carvalho, APA. Education action in child health: conceptions and practices of health's community work in Brazilian Family Health Program. [dissertation]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

The Health Promotion represents a new paradigm for the caring structure and the health services' organization aiming to overcome the purely curative practices for those that work with the determinants of the health-illness' process. Based on this, the actions to educate are not separable of the health actions and must ensure the *empowerment* of the citizens. In Brazil, the Family Health Program appears in 1997 as a reversion strategy of the current assistance model to accomplish this paradigm inside the Brazilian Health System. Therefore, this paper's target was to analyze the educative process established by teams of the family health in the attention towards the child. For this, a qualitative research of case's study was developed based on the Liberating Pedagogy of Paulo Freire. The data's collection was made by semi-structured interviews with nurses and doctors of a unit of the Family Health Program at the region of Butantã in the city of São Paulo; these had been systematized from the Speech of the Collective Citizen's technique. The analysis of the data indicates a presence of diversity conceptions and practice of the education in the child's health; they enclose since a vision of education in health as one practical democratic that aims at the *empowerment* of the citizens, to a vision of this as health information transference of the worker for the families. However, most of practices of education in the child's health occurs on the individual consultations and has for base the orientation for the care, which, many times, center in the lapsing and exposition of information. Therefore, the education in the child's health at the PSF identifies much more with the biomedical model of attention, not contributing with the increase of the families control on their health-illness process or with the emancipation of the citizens necessary to the social transformation. The incorporation of a more democratic and coherent educative processes with the promotion of the health in the reality of the

PSF, needs a permanent formation of the workers in this area and to reform the work process.

KEY WORDS: Health education. Child health. Health promotion.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Interseção dos elementos da promoção da saúde e os modelos educacionais.	39
Quadro 2 – Características das atividades coletivas de educação Em saúde da criança da Unidade Básica de Saúde da Família.	60

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AC	Ancoragem
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
E-Ch	Expressão-Chave
IC	Idéia central
IRA	Infecção Respiratória Aguda
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO

1.1	EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA.....	17
1.2	PROMOÇÃO DA SAÚDE E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	21
1.3	MODELOS PEDAGÓGICOS NA SAÚDE.....	26
1.3.1	Tendência Tradicional.....	30
1.3.2	Pedagogia Renovada.....	31
1.3.3	Pedagogia Tecnicista.....	33
1.3.4	Pedagogia Crítica.....	36

2. OBJETIVOS

2.2	OBJETIVO GERAL.....	40
2.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	40

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1	TIPO DE ESTUDO.....	41
3.2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	42
3.2.1	Educação Libertadora de Paulo Freire.....	42
3.2.2	Educação Popular em Saúde.....	45
3.3	REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	47
3.4	LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	48
3.5	COLETA DE DADOS.....	48
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	50
3.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	50

4. RESULTADOS

4.1	PRÁTICAS EDUCATIVAS NA SAÚDE DA CRIANÇA.....	52
4.1.1	Quando Acontece a Educação em Saúde?.....	52
4.1.2	As Consultas de Puericultura.....	54
4.1.3	Atividades Coletivas de Educação na Saúde da Criança.....	56

4.1.4	Atividades Coletivas X Consultas Individuais.....	61
4.1.5	Facilidades e dificuldades nos Processos Educativos.....	65
4.1.6	Impactos dos Processos de Educação em Saúde sobre a criança.....	68
4.2	EDUCAÇÃO PERMANENTE NO PSF E FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS.....	70
4.3	CONCEPÇÃO DOS TRABALHADORES A CERCA DOS PROCESSOS EDUCATIVOS EM SAÚDE.....	71
5.	DISCUSSÃO.....	74
6.	COSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
 ANEXOS		
	ANEXO 1.....	94
	ANEXO 2.....	96
	ANEXO 3.....	98

Introdução

1.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA

A motivação para desenvolver este trabalho surgiu de uma pesquisa de iniciação científica realizada pela autora e sua orientadora na região do Butantã – São Paulo (Carvalho, Veríssimo, 2005; Carvalho, Veríssimo, 2006)

¹com o objetivo de identificar as orientações oferecidas por médicos e enfermeiras de Unidades Básicas de Saúde para o cuidado domiciliar da criança com infecção respiratória aguda, bem como os recursos de comunicação utilizados para a realização dessas orientações.

Os resultados do estudo revelaram que as orientações realizadas para o cuidado domiciliar da criança com IRA, na maioria das vezes, têm ênfase no tratamento medicamentoso e nos cuidados ambientais. No que diz respeito ao tratamento medicamentoso, o conteúdo das orientações é muito mais voltado para o que fazer (quando e quanto oferecer as medicações) do que para as razões dessa prescrição ou como garantir que a criança receberá o medicamento (o que fazer em caso de vômito, como dar a medicação em caso de recusa).

Além disso, essas orientações são realizadas de forma prescritiva sem que haja a utilização de estratégias pedagógicas de comunicação que promovam, além da compreensão das mães, o compartilhamento de conhecimento entre ela e o profissional e sua participação na escolha do cuidado adequado para seu filho.

Constatou-se ainda que, algumas vezes, as informações oferecidas para as mães são precárias em relação ao conteúdo devido à concepção dos profissionais a respeito da competência da mãe para assimilar e seguir suas orientações. Isto é afirmado em falas acerca da desconfiança quanto à

¹ Carvalho APA, Veríssimo MLOR. Orientações de profissionais da saúde para o cuidado domiciliar da criança com infecção respiratória aguda. Relatório de Pesquisa apresentado ao CNPq. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.

Carvalho APA, Veríssimo MLOR. Orientações de profissionais da saúde para o cuidado domiciliar da criança com infecção respiratória aguda. Relatório de Pesquisa apresentado à FAPESP. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.

Introdução

higiene e à (in)capacidade da mãe para realizar os cuidados necessários à criança doente de forma adequada. Destaca-se, por exemplo, a seguintes falas:

“Aqui não é como no consultório particular, as mães são muito sossegadas ou não tem tempo para cuidar dos filhos” (médico pediatra, falando sobre as mães que são atendidas na UBS em que ele atua).

“As mães não entendem português (...), nós somos formados para tratar e orientar; mas, não este tipo de gente” (outro médico, também falando sobre o mesmo assunto).

Em relação à comunicação com as mães, embora uma das maiores preocupações dos profissionais seja o cumprimento do tratamento, as medidas adotadas se restringem às prescrições e repetições do plano terapêutico, sem efetivar estratégias pedagógicas que possam promover uma compreensão mais ampliada e adesão ao tratamento. Além disso, também não possibilita a participação da mãe na escolha do melhor cuidado e um aumento do controle da família sobre o processo saúde-doença de seus filhos.

Desta forma, nas consultas de crianças com IRA, os profissionais de saúde se colocam como condutores da atividade educativa, na qual, na maioria das vezes, a mãe é passiva; este processo é centrado no tratamento medicamentoso e questões relacionadas à situação de doença da criança, não abordando outros aspectos da vida desta e de sua família. Além disso, as concepções e saberes da mãe não são considerados, pois, aparentemente “predomina a concepção de uma consciência mecânica vazia a ser preenchida com conteúdos” necessários para a manutenção da vida (Paulo Freire, 2000 apud Queiroz, Jorge 2004 p.73).

Em relação às práticas educativas em saúde para o cuidado da criança, Queiroz e Jorge (2004) constataram que os profissionais de saúde consideram importante e querem desenvolver o processo de educação para o cuidado da saúde da criança; no entanto, na tentativa de desenvolvê-lo, repassam para as mães conhecimentos elaborados cientificamente

Introdução

dificultando a sua compressão. E ainda, o relacionamento estabelecido com elas muitas vezes é assimétrico e coercivo, confirmando somente as opiniões dos profissionais, ignorando o significado que a mãe atribui ao processo saúde doença.

Outros estudos afirmam que as orientações oferecidas pelos profissionais de saúde costumam ser carregadas de idéias que levam ao entendimento de que a doença decorre da falta de conhecimento dos usuários e da falta de dedicação das mães quando as crianças ficam doentes, num processo de culpabilização dos indivíduos por sua doença ou das mães pela doença dos seus filhos (Jorge, Queiroz, 2004; Albuquerque, Stotz, 2004; Araújo, Nunes, 1999), desfavorecendo a decisão da mãe/família sobre a melhor forma de cuidar da criança.

Em síntese, como é interação/comunicação que o profissional de saúde estabelece com a família? Na maioria das situações, não é dialogal; o que possivelmente não favorece o maior controle das famílias sobre o processo de atenção à saúde da criança.

A comunicação é indispensável nos atendimentos de saúde, tendo em vista que é a principal veiculação do processo educativo; esta deve ser baseada na escuta do outro, dando ao trabalhador a possibilidade de conhecer a situação de vida da pessoa a quem atende, compreender suas crenças, normas e valores, estabelecendo um diálogo de forma que ocorra um compartilhamento de conhecimentos e saberes. Mediante esta troca de conhecimentos, “almeja-se chegar a acordos que orientem, positiva e efetivamente, os fazeres dos profissionais e dos usuários para o atendimento às necessidades de saúde dos últimos” (Chiesa, Veríssimo, 2001, p. 36).

De acordo com Paulo Freire (1996) para ensinar é necessário que o educador disponha-se para o diálogo, escute o educando de forma respeitosa, sem impor a ele seus conhecimentos ou sua vontade; o diálogo deve levar a reflexão e discussão contextualizada dos conhecimentos que se quer compartilhar, tendo em vista que “saber ensinar não é transferir conhecimento, mas sim criar possibilidade para sua própria produção ou sua construção”. (Freire, 1996, p. 47). Além disso, o educador não deve apenas

Introdução

respeitar os saberes dos educandos, construídos em suas vivências, mas, deve discutir com eles a razão de ser de alguns desses saberes (Freire, 1996).

Assim, a assistência prestada a criança com IRA (Carvalho, Veríssimo 2005; Carvalho, Veríssimo, 2006) não corresponde à promoção da saúde, como definida pela Carta de Ottawa (1986), pois práticas de saúde condizentes com o paradigma da promoção não são limitadas à doença ou ao que deve ser evitado para que a criança tenha uma vida saudável, mas sim, são voltadas à aquisição de uma boa qualidade de vida para toda família do ponto de vista físico, mental e social (Ayres, 2004).

Na perspectiva da promoção da saúde, o conhecimento é considerado como um processo de construção coletiva, de forma que o profissional sai do papel de detentor do conhecimento e começa a estabelecer uma relação de troca com a população, na qual todos são considerados atores do processo saúde-doença; nela, a comunicação, que, na abordagem tradicional é vertical, passa a ser horizontal estabelecida a partir do diálogo e da interação entre pessoas (Albuquerque, Stotz, 2004; Saupe, Wendhausen, 2003; Martins, 2006; Benevides, Neves, Veríssimo 2003; Figeroa, 1997).

As práticas educativas condizentes com a promoção da saúde devem ser emancipatórias, de forma a ampliar o controle dos indivíduos sobre “suas vidas através da participação em grupos, visando transformações na realidade social e política”. (Chiesa, Veríssimo, 2001, p. 36). Nesta perspectiva, a prevenção de agravos à saúde não é abordada de maneira isolada, mas como objetivo a ser alcançado de desenvolvimento sustentável, melhor qualidade de vida e justiça social.

Além disso, todas as ações de saúde também são ações educativas, tendo em vista que o processo de promoção-prevenção-cura-reabilitação é um processo pedagógico, pois tanto o profissional quanto o usuário aprende e ensina; e estas ações têm o potencial de modificar positiva e efetivamente os resultados das práticas em saúde, “transformando pacientes em cidadãos, co-partícipes do processo de construção da saúde”. (Albuquerque, Stotz, 2004, p. 264).

Introdução

Desta forma, visando alcançar uma maior compreensão acerca das ações educativas na saúde infantil, faz-se necessário investigar: Como se dão as ações educativas na saúde infantil? Quais são as concepções dos profissionais acerca do processo educativo? Os profissionais consideram que toda ação de saúde deve ser também uma ação educativa? As atividades de educação permanente dos profissionais têm contribuído com sua capacitação para a realização de um processo educativo dialogal junto à população?

Entendendo que o Programa de Saúde da Família se coloca como a principal estratégia para a reorientação do modelo assistencial de saúde, na qual o usuário deve ser o centro da atenção dos serviços, que devem priorizar a promoção da saúde da família de forma integral e continuada, tendo como centro a formação de “laços de compromisso e responsabilidade entre profissionais da saúde e população” (Brasil, 1997, p.7); entendendo ainda que a promoção da saúde, tal como descrita na carta de Ottawa não ocorre em separado das ações educativas; optou-se por desenvolver o presente estudo num cenário vinculado a este programa.

1.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A partir da segunda metade do século XX, ocorreram consideráveis transformações nas relações econômicas e sociais, bem como, um grande avanço da ciência e tecnologia que ocasionaram uma melhoria das condições de vida e saúde da população, representada no aumento da expectativa de vida. Tais transformações vieram atreladas a situações de difícil enfrentamento pelos governos e setores da saúde, como o crescimento da população urbana e o aumento das doenças crônico-degenerativas. (Lefèvre, Lefèvre, 2004)

No Brasil, a industrialização decorrente do ‘milagre econômico’ promovido pela ditadura militar, provocou nas décadas de 60 e 70 desse século, um intenso êxodo rural, que ocasionou uma urbanização rápida desorganizada em todo o país, sendo que São Paulo se desenvolveu como

Introdução

pólo industrial, com uma intensa concentração de operários que começaram a lotar as periferias da cidade. (Silva, 2002).

Este ‘milagre econômico’ deixou como herança instabilidade econômica, fiscal e monetária, que ocasionou uma crescente inflação, desvalorização do salário e aumento do desemprego, gerando periferias urbanas lotadas de famílias sem condições mínimas de ter uma vida digna, o foi agravado pela ausência de um planejamento público. Tudo isto resultou numa segregação do espaço urbano entre áreas providas de recursos e infra-estrutura e regiões sem o menor acesso aos serviços e equipamentos públicos. (Silva, 2002; Maricato, 1998).

Neste contexto, o modelo biomédico de atenção à saúde, concepção predominante em todo o mundo, entrou em crise. O modelo em questão destaca a dicotomia entre as práticas curativas e preventivas, entre o individual e coletivo e pauta-se principalmente no risco individual para o adoecimento, com a centralização de suas práticas no hospital. Tais características tornam esse modelo incapaz de responder à dinâmica do processo de saúde da população, não sendo efetivo no enfrentamento dos quadros sanitários mundiais (Lefèvre, Lefèvre, 2004; Marcondes, 2004).

Face a esse cenário, a discussão sobre os conceitos de saúde e promoção começou a ser fomentada em diversos países, e, em maio de 1974, surgiu no Canadá o primeiro movimento direcionado à redefinição dos conceitos de promoção da saúde, com a divulgação do documento: ‘*A new perspective on the health of Canadians*’, também conhecido como *Informe Lalonde*; por ter sido delineado pelo Ministro da Saúde do Canadá Marc Lalonde. Este foi o primeiro documento oficial a questionar a abordagem exclusivamente médica da saúde, pautando-se no conceito ‘campo da saúde’. Segundo este documento, o ‘campo da saúde’ era composto por 4 elementos : a biologia humana, o ambiente, o estilo de vida e a organização dos serviços de saúde; a estes elementos eram atribuídos uma série de fatores que exercem influência na saúde dos indivíduos (Buss, 2003).

Em 1978 ocorreu a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários a Saúde em Alma-Ata, convocada pela Organização Mundial da Saúde (OMS); esta produziu um documento que conceitua a saúde como

Introdução

um “completo estado de bem estar físico, mental e social” (Marcondes, 2004, p. 7). De acordo com Carvalho e coll (1998, p. 43, apud Marcondes, 2004, p. 7), este conceito de saúde sintetizava as concepções mais expressivas neste época; contudo:

[...] revela-se contraditório por supor um ‘completo estado de bem-estar’, o que por definição é impossível de acontecer, uma vez que bem-estar físico, bem-estar mental e bem-estar social são estados de equilíbrio instável, que se definem na medida do dinamismo e dos conflitos de sociedades concretas. Isto também exemplifica o caráter processual da saúde e da doença.

Segundo Marcondes (2004, p. 7), o marco de referência da declaração de Alma-Ata está nos cuidados primários de saúde, pois, defende que estes envolvem a educação, em relação aos métodos de prevenção e controle dos principais problemas de saúde, além da:

[...] distribuição de alimentos e nutrição apropriada; provisão adequada de água potável e saneamento básico; cuidados com a saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas, bem como tratamento apropriado de lesões comuns e acesso a medicamentos essenciais.

A declaração de Alma-Ata destaca-se por envolver todos os setores e elementos relacionados com o desenvolvimento nacional e comunitário nos cuidados primários à saúde, como: habitação, agricultura, indústria, educação e etc; o que significa que a saúde não pode ser alcançada apenas pelo setor sanitário, sendo um importante marco para as conferências subseqüentes. (Marcondes 2004).

A partir de então, ocorreram as Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, com o intuito de aprofundar e ampliar as discussões sobre o assunto. A primeira foi realizada em Ottawa no ano de 1986; nela, foi produzido o documento fundador da promoção da saúde contemporânea, conhecido como Carta de Ottawa. Este documento definiu a promoção da saúde como o processo de capacitação dos povos para identificar e intervir positivamente nos determinantes do seu processo saúde doença de forma a garantir uma melhor condição de vida e saúde para população. (Organização Panamericana de Saúde, 2005).

Introdução

Nesta perspectiva, a saúde deixa de ser vista como ausência de doença e passa a ser compreendida como um bem estar físico, mental e social, resultante da interação dinâmica entre questões individuais e coletivas, sociais, políticas, econômicas, dentre outras; bem estar, que, se não completo, pode ser potencializado ao máximo. Para tanto, é necessária a participação sustentável dos diversos setores sociais, políticos e econômicos em conjunto com o setor sanitário; esta deve ser acompanhada de “justiça social e equidade, bem como paz, educação, moradia, alimentação, distribuição de renda e proteção do ecossistema, como defendeu em 1986 a Carta de Ottawa, ratificando importantes posições da Alma-Ata”. (Marcondes, 2004, p.8).

Esta compreensão da saúde como um processo, no qual se prioriza a vida com qualidade ao invés da ausência de doença, situa a promoção da saúde em oposição crítica à medicalização da vida social e em defesa do posicionamento político em torno de relações sociais mais eqüitativas. (Marcondes, 2004).

No Brasil da redemocratização, as lutas dos movimentos sociais e diversos segmentos da sociedade civil culminaram no estabelecimento da saúde como um direito social na Constituição Federal de 1988; direito este garantido pelo Estado através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), formulado em consonância com esse novo pensar sobre saúde da época. O SUS foi regulamentado pelas leis n. 8.080 e 8.142 de 1990, que dispõem, dentre outras providências, respectivamente sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde; sobre a organização e funcionamento dos serviços correspondentes; e sobre a participação da população na gestão em cada esfera do governo através de duas instâncias colegiadas, a saber, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde (Labra, 2005; Brasil, 2006).

Essa nova concepção de saúde e de modelo de atenção à saúde proposto no escopo da Promoção da Saúde foi contemplada pelo SUS brasileiro em seus princípios e diretrizes fundamentais: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; integralidade e igualdade de assistência à saúde; participação da comunidade; descentralização político-

Introdução

administrativa, com direção única em cada esfera do governo; integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; e capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência (Brasil, 1990).

Apesar do avanço proposto pelo SUS, ele ainda não foi completamente efetivado em todo país; além disso, enfrenta uma série de dificuldades para incorporação de seus princípios na prática de assistência nos serviços de saúde. Dentre elas destacam-se: fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; fragmentação da rede assistencial, que dificulta a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência; despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva nas atividades de assistência; pouco investimento na qualificação dos trabalhadores; desrespeito aos direitos dos usuários; formação de trabalhadores da saúde desvinculada ao debate e formulação das políticas públicas de saúde; e modelo de atenção ainda centrado na relação queixa-conduta (Brasil, 2006).

No intuito de reverter este quadro, o Ministério da Saúde estabeleceu em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF) como a principal estratégia para a reversão do modelo assistencial vigente, de forma a reorientá-lo a partir da atenção primária em conformidade com os princípios do SUS; este programa tem como foco central a constituição de vínculos e a formação de laços de co-responsabilização entre profissionais de saúde e usuários.

No PSF, a atenção à saúde está direcionada para a família que é entendida dentro do seu contexto de vida e trabalho, de forma a ampliar a compreensão sobre o seu processo saúde-doença (Brasil, 1997). Neste, a atenção à saúde da população deixa de ser centralizada na figura do médico e passa a ser compartilhada por uma equipe multiprofissional composta minimamente por um médico e uma enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Esta equipe deve, dentre outras atribuições, estar preparada para conhecer a realidade das famílias que atendem, principalmente em relação a suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; elaborar em conjunto com a população estratégias para o enfrentamento dos

Introdução

determinantes do processo saúde-doença; prestar uma assistência integral com ênfase nas ações de promoção da saúde; e desenvolver processos educativos para a saúde (Brasil, 1997).

Em relação aos processos educativos, são objetivos específicos deste programa: contribuir para a democratização do conhecimento em relação ao processo saúde-doença e a produção social da saúde; promover o reconhecimento, por parte da população, da saúde como um direito e expressão da qualidade de vida; e estimular a organização da população à vista de que esta exerça efetivamente o controle social no SUS (Brasil, 1997).

Mas, a simples implementação do Programa de Saúde da Família conseguiu converter o modo tradicional de educação em saúde em um processo educativo dialogal e transformador da realidade? Estudo no PSF de São Carlos (Bernardino et al., 2005, p.82) constatou que os médicos deste serviço acreditam que as capacitações oferecidas devem concentrar-se em aspectos relacionados à sua assistência como generalista, inclusive no módulo introdutório; o que, segundo os autores, “denota uma desvalorização dos aspectos relacionados com o trabalho em equipe, vínculo com a comunidade e outros. Seria como se estes temas fossem ‘menores’ ou menos importantes e não fossem de sua responsabilidade”. Ainda de acordo com esses autores, a formação de nível superior da saúde, especialmente a dos médicos, não condiz com as necessidades do PSF.

Assim, a análise das ações educativas desenvolvidas à saúde infantil, dos processos de educação permanente dos profissionais, bem como das concepções que envolvem essas práticas, pode contribuir para a compreensão das práticas educativas e para subsidiar os profissionais na sua reconstrução.

1.3 MODELOS PEDAGÓGICOS NA SAÚDE

Toda ação educativa pressupõe uma concepção, seja ela consciente ou não, sobre o processo ensino-aprendizagem e o papel da educação na

Introdução

sociedade; estas se relacionam diretamente com a visão do educador sobre a cultura, o homem e o mundo. (MEC, 1997). Além disso, as opções pedagógicas feitas em um determinado contexto refletem a ideologia deste contexto. Estas, quando exercidas predominantemente por um longo período, geram consequências discerníveis sobre a conduta dos sujeitos submetidos a ela e sobre a sociedade como um todo (Bordenave, 1999).

Assim, a discussão das ações educativas na saúde necessita de uma compreensão filosófica da educação, suas funções sociais e dos diferentes conceitos que podem sustentar a prática educativa.

Segundo Luckesi (1994), a educação é uma atividade caracterizada fundamentalmente pela preocupação com a finalidade a ser atingida, é um 'que fazer' humano, uma atividade que não se encerra em si mesma, e sim funciona como um instrumento de manutenção ou transformação social.

Para este autor, ao longo da prática educacional foram construídas três tendências filosófico-políticas para compreensão da educação e de seu sentido na sociedade que podem ser expressas pelos seguintes conceitos: educação como *reprodução* social, educação como *redenção*, e educação como fonte de *transformação* da sociedade.

A visão *redentora* da educação concebe a sociedade como um todo harmonioso com alguns indivíduos marginalizados que precisam ser integrados a ela, sem que haja qualquer modificação na sua estrutura (Luckesi 1994).

Nesta compreensão, a educação é praticamente uma instância externa a sociedade com a função de manter o seu equilíbrio e ordenamento através da formação da personalidade, do desenvolvimento das habilidades dos indivíduos e da veiculação de valores éticos considerados necessários para a convivência social harmônica. Assim, a educação ao invés de sofrer interferências da sociedade, deve intervir nela de forma a configurar e manter a conformação social (Luckesi 1994).

Diferente anterior, a segunda interpretação da função da educação acredita que esta é parte integral da sociedade, determinada por seus condicionantes sociais, políticos e econômicos. Desta forma, a educação

Introdução

não corrigi os desvios da sociedade, redimindo-a, “mas a reproduz no seu modelo vigente, perpetuando-a, se for possível”. (Luckesi, 1994, p. 41).

Por reconhecer as determinações sociais do fenômeno educativo, esta tendência é denominada por Saviani (2001) de teoria crítico-reprodutivista; segundo o autor, tal teoria não apresenta uma proposta pedagógica, e sim, explica o funcionamento da escola da maneira em que está constituída.

Sobre os indivíduos marginalizados da sociedade:

“enquanto as teorias não críticas pretendem ingenuamente resolver o problema da marginalidade por meio da escola sem jamais conseguir êxito, as teorias crítico-reprodutivistas explicam a razão do suposto fracasso. Segundo a concepção crítico reprodutivista, o aparente fracasso é, na verdade, o êxito da escola; aquilo que se julga ser uma disfunção é antes, a função própria da escola. Com efeito, sendo um instrumento de reprodução das relações de produção, a escola na sociedade capitalista necessariamente reproduz a dominação exploração.”
(Saviani, 1983, p.30-31)

Apesar a visão crítica sobre a relação entre a educação e sociedade, a tendência reprodutivista é pessimista, pois, acredita que a educação não é nada mais do que uma instância de reprodução do modelo social no qual esta inserida, não havendo qualquer possibilidade de transformação (Luckesi, 1994; Saviani, 1983).

O terceiro conceito compreende a educação como mediadora de um projeto social, isto é, ela sozinha não redime nem reproduz a sociedade, mas em conjunto com outros meio pode colaborar com a realização de um projeto social, seja ele conservador ou transformador (Luckesi, 1994).

Segundo Luckesi (1994), os teóricos desta tendência entendem a educação ‘dentro’ da sociedade, reconhecem seus condicionantes histórico-sociais e consideram a possibilidade de transformação a partir do trabalho sobre estes pela democratização.

Sobre isto, Saviani diz:

Uma teoria do tipo acima enunciado se impõe a tarefa de superar tanto o poder ilusório (que caracteriza as teorias não críticas) como a impotência (decorrente das teorias crítico-reprodutivistas),

Introdução

colocando nas mãos dos educadores uma arma de luta capaz de permitir-lhes o exercício de um poder real, ainda que limitado (Saviani, 1983, 35-6).

Assim, a tendência transformadora pode ser chamada de crítica, tendo em vista que compreende os determinantes sociais na educação e propõe uma ação estratégica sobre eles. “Propõe-se desvendar e utilizar as próprias contradições da sociedade, para trabalhar realisticamente (criticamente) pela transformação.” (Luckesi 1994 p. 51).

Para Morandi (2002, p. 26) o sentido da pedagogia é uma ação:

[...] descreve uma condução específica, socialmente construída, das ações combinadas de ensinar e de aprender. O objeto da pedagogia não é o professor nem o saber, nem o aluno, e sim a atividade que os reúne. Este conjunto fundador cria uma coerência entre a identidade da pessoa, os saberes, a cultura, a sociedade e a atividade que o produz. Os modelos pedagógicos são os princípios condutores desta atividade, sendo os métodos seu modo de realização.

Diversos autores do campo da pedagogia dedicados ao estudo da educação e didática, tais como Mizukami, Libanêo, Gadotti e Luckesi, desenvolveram modelos que classificações agrupam processos educativos, segundo suas características.

Mizukami (1986) identificou junto a professores do ensino médio, cinco tendências pedagógicas distintas presentes nas atividades ensino-aprendizado: abordagem tradicional; abordagem comportamentalista; abordagem humanista; abordagem cognitivista; e abordagem sócio-cultural.

Libanêo (1984) e Luckesi (1994) dividem os modelos pedagógicos em dois grandes grupos:

- Pedagogia Liberal, composta pelas tendências: tradicional, renovada progressista, renovada não-diretiva e tecnicista;
- Pedagogia Progressista, composta pelas tendências: Libertadora, libertária e crítico-social dos conteúdos.

Contudo, optamos por utilizar neste trabalho a classificação proposta pelo Ministério da Saúde e da Cultura (MEC, 1997) e adotada por Oliveira

Introdução

(2007) em seu estudo sobre o processo de capacitação de multiplicadores do projeto: “Nossas Crianças Janelas da Oportunidade”. Tal classificação engloba os conceitos propostos pelos autores citados em quatro grandes tendências: a tradicional, a renovada, a tecnicista e a crítica.

1.3.1 Tendência Tradicional

De um modo geral, esta abordagem se caracteriza pelo entendimento do conhecimento como algo pronto e externo aos educandos; e pela grande valorização dos programas, disciplinas e professores em detrimento do aluno. O homem é visto como *Tabula rasa*, receptor passivo de informações, inserido num mundo que lhe será apresentado principalmente pela educação formal. O mundo é visto como algo externo aos indivíduos, estes poderão se apropriar dele na medida em que adquiram informação através dos modelos, demonstrações e teorias elaboradas através dos séculos (Mizukami, 1986).

Tal abordagem pode ser encontrada em diferentes tipos de sociedade e cultura, e ao mesmo tempo que visa a manutenção do *status quo*, pretende formar pessoas eficientes, que possibilitem um maior controle da sociedade sobre a natureza (Mizukami, 1986).

O conhecimento é entendido como acumulativo e algo que deve ser transmitido pelo professor ao aluno; desta forma, a educação é concebida como um produto, e consiste na transmissão de idéias, formulas e modelos, pré-selecionados e sintetizados pelo educador (Luckesi, 1994). Nela, o processo ensino-aprendizagem tem ênfase nas atividades em sala de aula, e, por considera a aprendizagem como aquisição de informação, o ensino se caracteriza pelo “verbalismo do mestre e pela memorização do aluno” (Mizukami, 1986, p. 14).

Neste contexto, a relação estabelecida entre professor e aluno é vertical, sendo que o professor detém todo o poder decisório em relação a metodologia, conteúdo, avaliação e forma de interação em aula (Mizukami, 1986)

Introdução

De acordo com Saviani (1980, p.29 apud Mizukami, 1986, p.8), nesta abordagem, o professor tem o papel de garantir a aquisição de conhecimento pelo estudante, independentemente da vontade e interesse deste, “o qual, por si só, talvez, nem pudesse manifestá-lo espontaneamente e sem o qual, suas oportunidades de participação social estariam reduzidas”. (Mizukami, 1986, p. 8).

Paulo Freire critica e faz oposição a vários conceitos dessa tendência pedagógica, denominada por ele de “educação bancária”; nela o processo educativo é autoritário e alinente, pois é baseado na prescrição, por parte dos professores, de conteúdos que refletem a ideologia dominante como verdades universais para alunos, não havendo a possibilidade de diálogo e reflexão sobre mundo o que impossibilita a conscientização necessária à transformação da realidade social (Freire, 1996, 2005, 2007).

Essa tendência pedagógica tem como principais consequências individuais, de acordo com Bordenave (1989): educandos com um hábito de tomar notas e memorizar informações, passivos e acríticos; a ausência de problematização da realidade; distanciamento entre a teoria e prática; tendência ao racionalismo radical; preferência pela especulação teórica; e falta de “problematização” da realidade.

No âmbito social Bordenave (1989) destaca as seguintes consequências: adoção inadequada de informações e tecnologias de países desenvolvidos; uso indiscriminado de modelos de pensamentos elaborados em outras regiões (inadaptação cultural); conformismo; individualismo e baixa participação e colaboração; desconhecimento da própria realidade e cópia de padrões intelectuais, artísticos e institucionais estrangeiros; manutenção da divisão de classes; e submissão à dominação e ao colonialismo.

1.3.2 Pedagogia Renovada

Segundo Libâneo (1994), a pedagogia renovada surge no final do século XIX como uma contraposição da pedagogia tradicional, essa inclui diversas correntes como a progressista, baseada na teoria educacional de

Introdução

Carl Rogers; a ativista-espiritualista, de orientação católica, a não-diretiva, inspirada principalmente em Carl Rogers; a culturalista; a piagetiana; a montesiana, dentre outras; sendo todas ligadas de alguma forma ao movimento da pedagogia ativa que ocorria nesta época.

Nesta perspectiva educacional, apesar das divergências entre as correntes de ensino que a compõe, o conhecimento é visto como algo inerente à atividade humana, construído através das experiências pessoais e subjetivas vividas por cada indivíduo; de forma que o processo educativo é centrado no aluno, que assume uma postura ativa, curiosa, criativa e livre com relação a sua formação individual e social que se dá por meio da pesquisa e investigação (Pereira, 2003; Mizukami, 1986).

O ensino é centrado na pessoa, o que implica no uso de métodos não-diretivos, o que na verdade é um conduzir o sujeito a sua própria experiência, de forma que ela consiga estruturar-se e agir. Nesta abordagem, o ensino “consiste num produto de personalidades únicas, respondendo a circunstâncias também únicas, num tipo especial de relacionamento”. (Mizukami, 1980, p. 49).

A aprendizagem é ‘auto-iniciada’; mesmo quando o estímulo inicial para ela é externo,

[...] o senso da descoberta, do captar e do compreender vem de dentro. É penetrante. Suscita “modificação no comportamento, nas atitudes, talvez mesmo na personalidade do educando. É avaliada pelo educando. Este sabe se está indo ao encontro de suas necessidades, em direção ao que quer saber, se a aprendizagem projeta luz sobre a sombria área de ignorância da qual ele teve experiência (Rogers, 1972, p. 5 apud Mizukami, 1986, p. 50)

Assim, a principal finalidade da educação, nesta perspectiva, é proporcionar meios para que o estudante libere sua capacidade de auto-aprendizagem, desenvolvendo-se intelectual e emocionalmente, a educação deve facilitar esta aprendizagem. (Mizukami, 1986). Desta forma o estudante é o principal responsável pela educação, sendo o professor um facilitador da aprendizagem (Luckesi 1994).

Professores e alunos compactuam na construção de metas e critérios para a avaliação do processo ensino-aprendizagem. A relação vertical

Introdução

estabelecida na pedagogia tradicional e substituída por uma relação pessoal e as avaliações anteriormente realizadas com base em padrão pré-fixado pelo professor, são substituídas pela auto-avaliação do sujeito sobre o processo de ensino-aprendizagem vivido (Mizukami, 1986; Libâneo 1994).

1.3.3 Pedagogia Tecniciста

A chamada pedagogia tecnicista ou tecnicismo educacional teve início em meados dos anos 70, inspirada nas teorias behaviorista de aprendizagem e na abordagem sistêmica do ensino, visando o condicionamento de comportamentos desejáveis aos educandos. Esta tendência pedagógica teve como principais representantes: Bloon, Mager, Gagné e Skinner, contudo, o ultimo teve suas idéias mais difundidas no Brasil. (Mizukami, 1986; MEC, 1997)

Segundo Mizukami (1986), esta abordagem se caracteriza pelo empirismo, considera o conhecimento como resultado direto da experiência e entende a ciência como uma tentativa de desvendar a ordem nos eventos naturais. O comportamento, assim como a ciência, é considerado primordialmente como “forma de conhecer eventos, o que torna possível sua utilização e controle”. (Mizukami, 1986, . 20).

Além disso, os homens são vistos como:

[...] produto de um processo evolutivo no qual essencialmente as mudanças acidentais no dote genético foram diferencialmente selecionadas por características acidentais do ambiente, mas ele agora alcançou o ponto de partida do qual pode examinar o processo e fazer algo a respeito. (...) Os arranjos adventícios das variáveis tanto genéticas quanto ambientais levaram o homem á sua atual posição, e são responsáveis tanto por seus erros quanto por suas virtudes (Skinner, 1980, p. 208 apud Mizukami, 1986, p.22).

A realidade é entendida como um fenômeno objetivo num mundo já construído; acredita-se que o meio determina o comportamento humano, de

Introdução

forma que a sua manipulação ou modificação provoca uma mudança nos comportamentos resultantes dele.

Em relação à cultura e sociedade:

[...] o ambiente social é o que chamamos de cultura. Dá forma e preserva o comportamento dos que nela vivem (Skinner, 1973 p. 115 apud Mizukami, 1986, p. 23).

Uma cultura bem planejada é um conjunto de contingências de reforços, sob o qual os membros se comportam de acordo com procedimentos que mantêm a cultura, capacitam-na a enfrentar emergências e modificam-na de modo a realizar essas mesmas coisas mais eficientemente no futuro (Skinner, 1980, p. 205 apud Mizukami, 1986, p. 24).

Nesta percepção cabe a escola o papel de instalar formas de controle do comportamento que pretende imprimir e manter nos educando a partir de um determinado contexto cultural (domínio de técnicas) e econômico (sistema capitalista), formando indivíduos competentes para a produção econômica e com características úteis e desejáveis para a vida na sociedade. O MEC (1997, p. 310) descreve a repercussão desta compreensão:

A supervalorização da tecnologia programada de ensino trouxe consequências: a escola se revestiu de uma grande auto-suficiência, reconhecida por ela e por toda a comunidade atingida, criando assim a falsa idéia de que aprender não é algo natural o ser humano, mas que depende exclusivamente de especialistas e de técnicas [...]; o professor passa a ser um mero especialista na aplicação de manuais e sua criatividade fica restrita aos limites possíveis e estreitos da técnica utilizada. A função do aluno é reduzida a um indivíduo que reage aos estímulos de forma a corresponder às respostas esperadas pela escola, para ter êxito e avançar.

Quanto ao processo ensino-aprendizagem, tal abordagem considera a aprendizagem como uma mudança na tendência comportamental e/ou na vida mental do educando, originada na prática reforçada. Deste modo, o ensino é composto por padrões de comportamento que se espera alcançar; para isto, o professor organiza experiências curriculares que o possibilite direcionamento dos estudantes aos caminhos adequados para alcançar um

Introdução

comportamento desejável, que é o objetivo final do processo (Mizukami, 1986).

De acordo com Lebâneo (1994, p. 68) existe uma grande variedade de sistemas instrucionais dentro desta percepção, contudo todos guardam “três componentes básicos: objetivos instrucionais operacionalizados em comportamentos observáveis e mensuráveis, procedimentos instrucionais e avaliação”.

A avaliação é processual e estrutural, o processo educativo é avaliado pelo confronto dos comportamentos prévios com os atingidos pelos educandos, tendo como base os objetivos do programa educacional. Quanto à avaliação da estrutura de ensino o professor controla os recursos e contingências disponíveis para a incorporação e modificação dos comportamentos (Mizukami, 1986).

Desta forma, na pedagogia tecnicista os conceitos de educação, ensino-aprendizagem e instrução, significam apenas arranjos de contingências que possibilitem a transmissão cultural, bem como, a modificações sociais consideradas necessárias pela ‘cúpula decisória’. Assim como na abordagem tradicional o foco da educação é o produto obtido, além disso, tudo que não faz parte do programa é tido como indesejável.

As principais conseqüências desta pedagogia, de acordo com Bordenave (1989): não existe participação do aluno, nem lhe é permitido criticar a seleção dos conteúdos e estratégias de ensino; este não tem oportunidade de problematizar a realidade em que vive, tende ao individualismo, a competitividade e a renúncia da originalidade e criatividade para apresentar as respostas esperadas e alcançar um maior status em seu ambiente.

Além disso, no âmbito social, tende a formar uma população acrítica, pouco cooperativa, conformista e voltada para produtividade, eficiência e ‘pragmatismo utilitário’; “eliminação do conflito como ingrediente vital da aprendizagem social; sustentabilidade dos programas à manipulação ideológica ou tecnologia; (...) dependência de fontes estrangeiras de programas, equipamentos e métodos”. (Bordenave, 1989, p. 264).

Introdução

1.3.4 Pedagogia Crítica

No final da década de 70 e começo da década de 80 em meio à abertura política provocada pelo final do regime militar, inicia-se uma intensa mobilização de educadores por uma educação crítica direcionada transformação social, política e econômica, de forma a superar as iniquidades vividas no cenário nacional. Neste contexto, destacam-se as contribuições de pensadores de orientação marxistas e o surgimento de vertentes progressistas da Pedagogia: a Libertadora, a Libertária, a Crítico Social dos Conteúdos e a Histórico-Crítica. Paulo Freire, Moacyr Gadotti, José Carlos Libâneo, Dermeval Saviani, dentre outros, são os principais representantes deste movimento (Pereira, 2003).

A origem da pedagogia libertadora remonta os movimentos de educação popular brasileiro que ocorrerem do final da década de 50 ao começo dos anos 60, quando foram interrompidos pelo golpe militar de 1964; estes foram retomados no final da ditadura militar (MEC, 1997).

Segundo Luckesi (1994), tanto a pedagogia libertária quanto a libertadora tem como marca o ensino extra-escolar, estas se assemelham ainda no combate ao autoritarismo, na relação dialógica estabelecida entre educadores e educandos, na valorização das experiências vividas pelos sujeitos, na autogestão pedagógica.

Sobre a pedagogia libertadora este autor afirma que:

Em nenhum momento o inspirador e mentor da pedagogia libertadora, Paulo Freire, deixa de mencionar o caráter essencialmente político de sua pedagogia, o que, segundo suas próprias palavras, impede que ela seja posta em prática em termos sistemáticos, nas instituições oficiais, antes da transformação da sociedade. Daí porque a atuação se dê mais a nível extra-escolar (Luckesi, 1994, p. 65).

Apesar deste “impedimento” os pressupostos da pedagogia libertadora têm sido adotados por numerosos professores e por diversos setores de movimentos sociais, como sindicatos, associações de bairro e comunidades religiosas (Libâneo, 1994).

Introdução

A pedagogia crítico-social dos conteúdos e a pedagogia histórico-crítica asseguram a função política e social da escola pública, voltando-se para educação escolar que deve não só tratar da realidade social vivida pelos educandos, mas, também assegurar a difusão de conhecimentos sistematizados a todos para uma efetiva participação popular nas lutas sociais (Libâneo, 1994; MEC 1997).

Para a pedagogia crítica-social dos conteúdos a presença da problemática social cotidiana no conteúdo escolar é insuficiente para a transformação social se não for trabalhada junto com conhecimentos, habilidades e capacidade mentais consideradas necessários para que o educando interprete e reelabore suas experiências de vida e consiga defender os interesses de sua classe social (Libâneo 1994, MEC 1997). Complementando esta idéia, diz Libâneo (1994, p. 70):

O que importa é que os conhecimentos sistematizados sejam confrontados com as suas experiências sócio-culturais e a vida concreta dos alunos, como meio de aprendizagem e melhor solidez na assimilação dos conteúdos.

Para Bordenave (1989), esta pedagogia parte do princípio que em um mundo de mudanças nem conhecimentos nem os comportamentos corretos e fáceis esperados são o mais importante, e sim o aumento da capacidade do estudante, visto como um agente de transformação social, de identificar os problemas da sociedade e desenvolver soluções criativas para eles (Bordenave 1989).

De uma forma geral, mesmo com as diferenças existentes entre as correntes que a compõe, na pedagogia crítica o processo de ensino-aprendizagem é baseado na problematização em grupos de discussão e oficinas de trabalho, nas quais os sujeitos estabelecem uma relação horizontal e dialogal. Os conteúdos são trabalhados a partir de “temas geradores” provindos da problematização das experiências de vida dos sujeitos envolvidos na ação educativa com o intuito de aumentar o conhecimento e a consciência crítica destes sujeitos sobre experiências

Introdução

trocadas neste processo, tendo as práticas sociais como mediadores. (Mizukami, 1986; Luckesi, 1994).

Bordenave (1989) apresenta o “método do arco”, proposto por Charles Maguerez, para representar a sistemática da prática de problematização da realidade dividida em cinco etapas: observação da realidade (problema), levantamento de pontos chaves para análise da realidade, teorização, formulação de hipóteses para solução do problema, e aplicação da hipótese na realidade.

Assim, Bordenave (1989), defende a adoção da pedagogia da problematização, pois segundo o autor esta pode acarretar as seguintes conseqüências: estudante ativo, observador, motivado pela percepção dos problemas reais e em solucioná-los, capaz de formular perguntas e expressar sua opinião; cooperação e superação dos conflitos do grupo vista como natural no aprendizado; não diferenciação entre o status do professor e do estudante; e “aprendizagem ligada a aspectos significativos da realidade”.

No âmbito social, as possíveis conseqüências desta pedagogia são:

população conhecedora da sua própria realidade e reação à valorização excessiva do forâneo (externo) ou imitação; métodos e instituições originais, adequadas à própria realidade; cooperação na busca de soluções para problemas comuns; redução da necessidade de líder pois os líderes são emergência (ou contingências); elevação do nível médio de desenvolvimento intelectual da população, graças a maior estimulação e desafio; criação (ou adaptação) de tecnologia viável e culturalmente compatível; resistência a dominação por classes e países (Bordenave, 1989, p.267-8)

Diante do paradigma da promoção da saúde e das tendências pedagógicas que podem ser encontradas nos diversos processos educativos, intra e extra-escolares, incluindo os realizados no setor da saúde, Oliveira (2007 p. 33) apresenta (quadro 1) as possibilidades de promover a saúde e melhorar a qualidade de vida da população através de processos educativos baseados nas abordagens pedagógicas expostas:

Introdução

Quadro 1. Intersecção dos elementos da Promoção da Saúde e os modelos educacionais. (Oliveira 2007, p. 33)

	Tradicional	Renovada	Tecnicista	Crítica
Promoção da Saúde	Transmissão de informação.	Liberação individual e adaptação ao contexto.	Modulação de estilo de vida.	Emancipação dos sujeitos e liberação social.
Paradigma do processo saúde-doença	Biomédico.	Humanista.	Comportamentalista.	Sócio-ambiental.
Relação de poder	Vertical, centrada no professor/profissional da saúde.	Horizontal, centrada no indivíduo.	Vertical, centrada no conjunto de métodos e tecnologias.	Horizontal, centrada nos sujeitos envolvidos na transformação da realidade objetiva.
Foco de atuação	Higiene e controle de doenças	Equilíbrio de nexos bio-psíquico.	Fatores de Risco.	Condicionantes e determinantes.
Possibilidades de Intervenção	Medidas profiláticas de higiene.	Negociação das metas conjuntas, decisão compartilhada.	Adoção de comportamentos saudáveis.	Atuação nos fatores de desgaste e fortalecimento.

Fonte: Oliveira AAP. Análise documental do processo de capacitação dos multiplicadores do projeto “Nossas Crianças Janelas da Oportunidade” no município de São Paulo á luz da promoção da saúde. [dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2005. p. 33

Considerando a problemática da educação em saúde na saúde da criança e tendo como base nos conceitos discutidos apresenta-se os objetivos deste estudo.

Objetivos

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo educativo estabelecido por equipes de saúde da família na atenção à saúde infantil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as ações educativas realizadas na atenção à saúde infantil por equipes de saúde da família.
- Identificar quais aspectos relativos ao processo educativo compõe a formação permanente dos trabalhadores da equipe de saúde da família e como eles são abordados.
- Identificar as concepções de profissionais do Programa de Saúde da Família acerca do processo de educação em saúde.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Para responder aos objetivos propostos, optou-se por desenvolver um estudo qualitativo. Segundo Minayo (2002) a pesquisa qualitativa analisa a realidade social que é “o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda riqueza de significados dela transbordante”. Na análise da realidade social, a pesquisa qualitativa “aborda o conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nos sujeitos nos significados e nas relações” (Minayo, 2002).

Ainda de acordo com Minayo (1994), a pesquisa qualitativa responde a questões particulares, se preocupando com questões da realidade social que não podem ser quantificados; assim, a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, atitudes e valores que correspondem ao espaço das relações.

Quanto ao delineamento da pesquisa, optou-se pelo estudo de caso como método de investigação, tendo em vista que ele proporciona uma compreensão mais ampliada e focalizada do contexto a ser estudado (Triviños, 1987), pois, “reúne informações tão numerosas e tão detalhadas quanto possível com vista de apreender a totalidade da situação” (Bruyne, Herman, Schoutheete, 1991).

Segundo Yin (2002) o estudo de caso como método de investigação científica se divide em, o projeto de caso único e o projeto de caso múltiplo. O projeto de caso único é justificado, segundo este autor: quando o caso representa um teste crucial de uma teoria; quando o objeto de estudo é um evento raro ou exclusivo; ou quando o caso serve a um propósito revelador de um fenômeno antes inacessível a investigação científica. Já o projeto de múltiplos casos justifica-se quando o estudo contém múltiplos casos únicos comparativos entre si.

Nesta investigação fez-se a opção pelo estudo de caso único, tendo em vista que a investigação sobre a educação em saúde para a saúde da criança, no local do estudo, é revelador não só em relação às atividades

Material e Método

educativas, mas também em relação à formação dos trabalhadores do PSF neste aspecto.

3.2 REFERENCIAL TEÓRICO

3.2.1 Educação Libertadora de Paulo Freire

Segundo Gadotti (2001), a produção de Paulo Freire propõe uma nova concepção da relação pedagógica, entendida como um processo libertador. Nesta concepção, a educação é ao mesmo tempo um ato político, de conhecimento e criador, e tem como finalidade a libertação de homens e mulheres da realidade opressiva e injusta. Esta libertação promove a mudança da realidade pelo trabalho e luta dessas pessoas, de forma a tornar essa realidade mais humana, transformando-os de objetos da história para sujeitos históricos.

A filosofia educacional de Paulo Freire está fundamentada principalmente em dois conceitos: a conscientização e o diálogo.

O diálogo constitui-se em encontro entre sujeitos em constante e complexa relação com o mundo; é um fenômeno humano, é a palavra verdadeira. Esta é composta por duas dimensões intimamente ligadas: a ação e a reflexão; de forma que o sacrifício de uma delas, mesmo que parcial, compromete a outra. A palavra verdadeira se traduz em práxis¹ e transforma o mundo (Freire, 2005).

É dizendo a palavra como que “pronunciando” o mundo que homens e mulheres o transformam; pelo diálogo é que estes encontram sua significação como humanos, sendo o diálogo exigência existencial. E, se o diálogo é um encontro entre sujeitos que solidarizam os seus refletir e agir no mundo a ser transformado e humanizado, este não pode ser reduzido ao ato de depositar idéias de um sujeito sobre o outro; “por que é um encontro entre sujeitos que pronunciam o mundo, não deve ser doação do pronunciar

¹ A Palavra verdadeira contempla ação e reflexão, não existe palavra verdadeira que não seja práxis. O sacrifício da ação transforma a palavra em *palavraria*, verbalismo, blábláblá; já o sacrifício da reflexão transforma a palavra em ativismo.

Material e Método

de uns a outros. É um ato de criação. (...) A conquista implícita no diálogo é a do mundo pelos sujeitos dialógicos, não a de um pelo outro”. É a conquista do mundo para a libertação dos homens e mulheres (Freire, 2005, p. 91).

Segundo Paulo Freire, o diálogo é o encontro entre sujeitos para ‘*ser mais*’. Assim, o autor compreende a condição humana como incompletude; o ser humano é entendido como um ser em busca, a caminho, enquanto ser histórico e cultural; é mesmo nas relações que homens e mulheres se constroem, se humanizam. Nesse processo de construção histórica de si e do mundo, esses devem buscar o sonho e transformá-lo em motor da história, pois a mudança só acontece quando existe o sonho e o sonho não pode existir sem a esperança (Freire 1992, 2007).

Explicando o que entende por conscientização o autor coloca que:

[...] se não há conscientização sem desvelamento da realidade objetiva, enquanto objeto de conhecimento dos sujeitos envolvidos em seu processo, tal desvelamento, mesmo que dele decorra uma nova percepção da realidade desnudando-se, não basta ainda para autenticar a conscientização. Assim como o ciclo gnosiológico não termina na etapa de aquisição do conhecimento, a conscientização não pode parar na etapa de desvelamento da realidade. A sua autenticidade se dá quando a prática do desvelamento da realidade constitui uma unidade dinâmica e dialética com a prática de transformação da realidade. (Freire, 1992, p.82).

Assim, a conscientização não é apenas a “tomada de conhecimento” sobre a realidade, mas sim uma imersão e um distanciamento desta, que permite a reflexão crítica e a ação transformadora sobre ela (Freire, 2007; Gadotti, 2001).

No entendimento de Paulo Freire (2007), o ser humano é um ser de relações e trava relações permanentes com o mundo, criando e recriando-o. Esta relação com o mundo é estabelecida numa realidade concreta, e todos os seres humanos têm a capacidade de captar, através dela, dados sobre esta realidade. A capacidade de captar estes dados constitui-se em saber, assim, não existe ignorância pura nem sabedoria absoluta; todos os seres humanos sabem (Freire 2005, 2007).

Na captação desses dados, são captados também seus nexos causais.

Material e Método

A compreensão resultante da captação será tão mais crítica quanto seja feita a apreensão da sua causalidade autêntica. E será tão mais mágica, na medida em que se faça um mínimo de apreensão desta causalidade. Enquanto para a consciência crítica² a própria causalidade autêntica está sempre submetida à sua análise – o que é autêntico hoje pode não ser amanhã – para a consciência ingênua, o que lhe parece causalidade autêntica já não é, uma vez que lhe atribui caráter estático de algo já feito e estabelecido. (Freire, 2007, p.113).

Ao discutir o processo de humanização do homem e a educação, Paulo Freire descreve duas concepções opostas de educação: a concepção bancária e a concepção problematizadora e libertadora.

Na concepção bancária da educação, o educador é que detém o “saber” e o educando de nada sabe, assim a educação se dá por meio da doação do saber do educador para o educando. Nela, o educador é sujeito do processo educativo, enquanto os educandos são meros objetos. Na medida que esta educação bloqueia ou minimiza o poder criador dos educandos, satisfaz os interesses dos opressores, para os quais o desnudamento e a transformação do mundo não é desejável (Freire, 2007).

A concepção problematizadora e libertadora oportuniza aos homens e mulheres a superação das percepções mágica e ingênua da realidade por uma compreensão crítica; essa superação ocorre através do diálogo, do encontro entre sujeitos que solidarizam o refletir e agir, permeados por um profundo amor pela humanidade e pelo mundo. Para Freire (2005), o caminho para a libertação não está no mero depositar da crença de liberdade sobre o oprimidos, mas no dialogar com eles.

Esta concepção de educação acredita no poder criador de homens e mulheres; nela educador e educandos são companheiros, ambos ensinam e aprendem numa relação dialogal e dialética que visa à humanização dos

² Paulo Freire se apropria dos conceitos de Álvaro Vieira Pinto, divulgado na obra *Consciência e Realidade Nacional* em 1961; segundo este, existem três tipos de consciências que determinam apreensão da realidade e a ação/reação sobre ela (Freire 2007):

- Consciência intransitiva (consciência mágica) – simplesmente capta os fatos submetendo-se passivamente a eles.
- Consciência ingênua – acredita no superior dos fatos, mas os domina de fora, de forma a entendê-los da maneira que mais lhe convém.
- Consciência crítica – representa os fatos como se dão na existência empírica, nas relações causais e circunstâncias. Analisa os fatos e vê possibilidade de transformação.

Material e Método

sujeitos envolvidos e à transformação da realidade enquanto ação política (Freire, 2005).

Com intuito de identificar aproximações e divergências entre a prática educativa na criança no PSF e o referencial da pedagogia libertadora, optou-se por adotar as seguintes categorias analíticas da perspectiva freiriana propostas por Oliveira (2007 p. 76) com base na análise de Romão (2002) e Oliveira (2003):

- Autonomia e liberdade dos sujeitos: propõe a auto-realização e a participação dos sujeitos no usufruto dos bens produzidos pela sociedade.
- Bem querer dos educandos: presença de afetividade no relacionamento entre os sujeitos do processo educativo.
- Educação permanente dos seres humanos: incorpora a dimensão processual da educação exercida nas e para as formas de trabalho e vida.
- Horizontalidade das relações: proporciona o encontro entre os sujeitos que conseguem estabelecer consensos mesmo diante de relações desiguais de poder.
- Práxis dialógica: afirma que o diálogo incide sobre a reflexão da prática e a ação embasada na teoria.

3.1.2 Educação em Saúde e Educação Popular e Saúde

A educação em saúde é o campo de práticas e teorias da área da saúde que historicamente tem se ocupado mais diretamente com o estabelecimento de vínculos entre as ações do serviço de saúde e o pensar e agir do cotidiano da população. No Brasil, esta tem sido marcada por diferentes concepções e práticas. Até a década de 70, a educação em saúde era basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas, e a serviço de seus interesses. Assim, estava voltada para a prescrição de regras e comportamentos considerados adequados por esta elite, “num tipo de

Material e Método

educação que poderia ser chamada de 'toca boiada', em que os técnicos e a elite vão tentando conduzir a população para os caminhos que consideram corretos, usando, para isto, tanto o berrante (a palavra) como o ferrão (o medo e a ameaça)". (Vasconcelos, 2001, p. 123).

A partir da década de 1970 uma série de experiências alternativas de atenção à saúde da população, ocorridas em meio às comunidades eclesiais de base, ao ressurgimento dos movimentos sociais e à luta contra a ditadura militar, possibilitaram a formulação de uma nova forma de educação em saúde, através da incorporação da educação popular (Vasconcelos, 2001).

Segundo Vasconcelos (2001), a educação popular começou a ser estruturada no Brasil como campo de teorias e práticas sociais no final da década de 1950, quando intelectuais e educadores ligados à Igreja católica voltaram-se para as questões populares. Ela teve sua primeira sistematização teórica no livro *Pedagogia do Oprimido* (1966) de Paulo Freire (Vasconcelos, 2001).

Educação popular, segundo Brandão (1982 apud Vasconcelos, 2007), não é sinônimo de "educação informal", pois existem diversas propostas educativas que se dão extra-muros das escolas, mas, que utilizam métodos verticais de relação educador-educando. A educação popular não tem como objetivo criar "sujeitos subalternos educados: sujeitos limpos, polidos, alfabetizados, bebendo água fervida, comendo farinha de soja e cagando em fossas sépticas", e sim colaborar com as lutas das camadas populares para conquista de seus direitos e liberdade (Vasconcelos, 2001, p.124).

De acordo com Vasconcelos, o ponto fundamental da educação popular é o fato do processo pedagógico partir do saber das classes populares, utilizando-o como matéria prima para a construção do conhecimento necessário para a transformação da realidade; essa construção ocorre por meio do diálogo sendo compartilhada pelos sujeitos envolvidos no processo (Vasconcelos, 2001, p. 124). Assim:

[...] a participação de profissionais de saúde nas experiências de educação popular, a partir dos anos setenta, trouxe para o setor saúde uma cultura de relação com as classes populares que

Material e Método

representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde.

Sobre isto, Stotz (2004) afirma que existem várias experiências descritas de educação popular e saúde com resultados significativos para a transformação da forma de pensar a saúde, em especial para “consolidação de um trabalho efetivamente capaz de incluir comunidade e usuários no processo de cuidar e promover a saúde”.

3.3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Em busca de uma maior compreensão dos dados qualitativos, optou-se pela utilização da metodologia Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposta pelos professores Fernando Lefèvre e Ana Maria Lefèvre (2005 2000).

Os autores definem tal metodologia como uma

[...] forma não matemática nem metalingüística de representar (de produzir), de modo rigoroso, o pensamento de uma coletividade, o que se faz mediante um série de operações sobre os depoimentos, que culmina em discurso-síntese que reúnem respostas de diferentes indivíduos, com conteúdo discursivo de sentido semelhante. (Lefèvre, Lefèvre 2005, p. 25).

Segundo os autores, a soma qualitativa dos discursos de cada sujeito participante do estudo possibilita a configuração de um discurso que representa o pensamento da coletividade devido ao fundamento quantitativo. Isto é, numa pesquisa realizada com número representativo de sujeitos da população a ser estudada, o pensamento coletivo pode ser representado em discurso porque cada indivíduo inquirido na pesquisa contribui com sua cota de fragmento de pensamento para o pensamento coletivo, ou seja, para composição dos DSCs que, juntos, formam uma estrutura simbólica sobre o tema do estudo. (Lefèvre, Lefèvre 2005).

Por esta pesquisa se tratar de um estudo de caso, os DSCs produzidos por ela representam os pensamentos coletivos dos trabalhadores

Material e Método

de nível superior do PSF da UBS estudada, não podendo ser generalizados para outras populações, mesmo que compostas pela mesma classe profissional.

3.4 LOCAL E POPULAÇÃO ESTUDADA

A investigação foi realizada em uma unidade básica de Saúde da Família, localizada na região do Butantã (São Paulo), tendo como população alvo enfermeiras e médicos.

A região do Butantã é uma área na qual são desenvolvidos vários estudos por pesquisadores do grupo de pesquisa “Cuidado à saúde infantil” da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Trata-se de região de abrangência do Hospital Universitário da USP e, portanto, a realização de investigações nessa área pode favorecer o conhecimento mais ampliado sobre os aspectos relacionados à saúde da população residente, especificamente relativos às práticas educativas em saúde, no caso deste estudo.

A seleção desta UBS considerou ainda o fato dela ter o Programa de Saúde da Família desde 2002; possuir 6 equipes de PSF, número máximo de equipes permitida pelo programa família; e receber continuamente alunos do curso de graduação de enfermagem da EEUSP. Este último, por que a pesquisadora acredita que o conhecimento das práticas desses trabalhadores de saúde pode contribuir para compreensão acerca da formação dos estudantes da EEUSP para a realização dos processos de educação em saúde.

3.5 COLETA DE DADOS

A princípio, pretendia-se realizar a coleta de dados através de três fontes distintas de evidência sobre o assunto: entrevista com o gerente da UBS e com os trabalhadores que realizam processos educativos na saúde da criança na unidade de estudo; observação não participante de grupos educativos voltados para a saúde da criança; e levantamento das informações relacionadas à formação dos trabalhadores do PSF para a

Material e Método

realização dos processos educativos nos documentos referentes à formação introdutória e permanente do PSF.

Contudo, no período de inserção da pesquisadora no campo e, posteriormente, da coleta de dados, que se estendeu de junho a novembro de 2008, a observação dos grupos educativos na saúde infantil mostrou-se inviável devido à: 1) frequência irregular de realização, sendo que em todas as vezes em que a pesquisadora esteve presente as atividades agendadas foram desmarcadas ou substituídas por atendimentos individuais; 2) finalização do calendário destas atividades ter ocorrido antes do início da coleta dados. No mesmo período, foi possível observar alguns grupos educativos voltados à saúde do adulto com doenças crônicas e com problemas de excesso de peso, mas estes não serão aqui descritos, tendo em vista a metodologia aprovada pelo comitê de ética em pesquisa.

Apesar disto, foi possível caracterizar estas atividades coletivas de educação em saúde da criança, em todos os aspectos previstos, através dos discursos dos trabalhadores.

Quanto à obtenção de informações documentais, constatou-se que o tema educação em saúde não consta dos cursos introdutórios do PSF nem de outros cursos freqüentados pelos trabalhadores da unidade. *

Assim, apenas uma das estratégias resultou efetiva para a coleta de dados: as entrevistas semi-estruturadas com o gerente, enfermeiras e médicos da unidade. Para tanto, foram utilizados os roteiros específicos com o gerente (Roteiros A e D, Anexo 1), e para os demais trabalhadores (Roteiro B e D, Anexo 1); além disso, o roteiro inicialmente proposto para

* Fontes:

- PSF Unifesp. Coordenação de Educação Permanente. Momento I e II. Disponível em: <http://www.psfunifesp.com.br/educa.asp>. Acessado em: 15 de março de 2008.
- PSF Associação Saúde da Família. Curso de capacitação para médios e enfermeiras do PSF: construindo um novo olhar. Momento II. Disponível em: <http://www.saudedafamilia.org/projetos/capacitacao.htm>. Acesso em 17 de março de 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. ABC do SUS, doutrinas e princípios: Capacitação do Programa de saúde da Família – Momento I. Disponível em: http://www.saudeprev.com.br/2008/index.php?module=programas_educacao. Acesso em: 17 de março de 2008.

Material e Método

observação dos grupos (Roteiro C, Anexo 1), foi utilizado para complementar os dados sobre as atividades nas entrevistas.

Segundo Minayo (1998), a entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de informações, pois nela existe a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas e valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (Anexo 2); além disso, foi solicitado aos trabalhadores consentimento para a realização e gravação das entrevistas através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3). Na descrição dos resultados, foi mantido o anonimato dos participantes, inclusive não se destacando as informações obtidas com o gerente da unidade.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Primeiramente, as entrevistas foram transcritas na integralmente pela pesquisadora; feito isto, a pesquisadora procedeu ao tabelamento dos depoimentos individuais dos trabalhadores, segundo o assunto ao qual se referiam.

Na seqüência disso, ocorreu a identificação dos operadores de produção do DSC: Expressões-Chave (E-Chs), Idéias Centrais (ICs) e Ancoragens (ACs) presentes nestes depoimentos. Lefèvre e Lefèvre (2005 p.22) os definem:

- As E-Chs são trechos selecionados do material verbal de cada depoimento, que melhor descrevem o seu conteúdo.
- As ICs são fórmulas sintéticas que descrevem o(s) sentido(s) presentes nos depoimentos de cada resposta e também nos

Material e Método

conjuntos de respostas diferentes indivíduos, que apresentam sentido semelhante ou complementar.

- As ACs são, como as ICs, fórmulas sintéticas que descrevem não os sentidos, mas, as ideologias, os valores, as crenças, presentes no material verbal das respostas individuais ou agrupadas, sob a forma de afirmações genérica destinadas a enquadrar situações particulares. Na metodologia do DSC, considera-se que existem ACs apenas quando há, no material verbal, marcas discursivas explícitas dessas afirmação genéricas.

As E-Ch presentes nos depoimentos individuais que apresentavam ICs, e/ ou ACs, com sentidos semelhantes ou complementares foram reunidas; a partir desta reunião se estabeleceu os diversos DSCs; estes foram analisados com base nos conceitos da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire, referencial teórico deste estudo.

Resultados

Foram realizadas 10 entrevistas com enfermeiras e médicos do serviço, e uma entrevista com o gerente da unidade. Das entrevistas com os trabalhadores, duas foram descartadas por não possuírem material suficiente para análise. Ainda assim, foi garantida a presença da entrevista de pelo menos um profissional (médico ou enfermeira) de cada equipe da unidade.

Os resultados foram organizados de acordo com os três temas principais do estudo: Caracterização das práticas educativas na saúde infantil; Formação dos trabalhadores para a atividade educativa; Concepções dos trabalhadores sobre educação em saúde. A seguir, cada um dos temas é explicado e apresentado.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS NA SAÚDE DA CRIANÇA

A caracterização das práticas educativas em saúde infantil realizadas pelas equipes de saúde da família da unidade estudada foi elaborada a partir dos dados obtidos especialmente nas entrevistas, uma vez que não houve oportunidade de observação de atividades específicas. As práticas foram caracterizadas a partir da descrição das diferentes atividades realizadas e apontadas como educativas, das facilidades e dificuldades relacionadas a essas atividades, bem como do impacto potencial destas segundo a perspectiva dos trabalhadores.

4.1.1 Como Acontece a Educação em Saúde?

Na visão dos sujeitos da pesquisa, a educação em saúde está presente em todos os momentos de encontro dos trabalhadores da saúde com as mães destacando-se as consultas de puericultura como o centro das atividades educativas para saúde da criança. Sobre as consultas de puericultura, a consulta de enfermagem é identificada pelos trabalhadores como um encontro mais focado nas ações educativas para saúde da

Resultados

criança, no qual são abordadas orientações relacionadas ou desenvolvimento da criança, segurança e relação familiar. Como mostra o DSC abaixo:

“A gente faz a parte educativa principalmente na própria consulta de puericultura, de crianças de zero a dois anos de idade, que começa com a visita da enfermeira ao recém nascido; então, na anamnese, na história, aí depois na orientação, nas condutas adotadas. Na puericultura, intercalamos a consulta de enfermagem com a consulta médica e tanto o médico quanto a enfermeira faz este trabalho de educação, mas, a consulta de enfermagem, eu acho, que é muito voltada para isto, para este tipo de orientação: orientação do desenvolvimento, relação com a família, cuidado com a proteção da criança, com o estímulo para atividades saudáveis e desenvolvimento, conversa, brincadeira; que são coisas que a gente acaba fazendo. A ação educativa acontece também em grupos, principalmente para crianças depois de dois anos de idade quando elas não têm mais um retorno previsto, nas visitas domiciliares, e na sala de vacinas, mas nesta são as auxiliares que fazem. Então, em todos os momentos da presença de uma mãe com uma criança na unidade a gente está fazendo o trabalho educativo também. Ele não é sistematizado, então eu não saberia dizer exatamente como ele acontece com cada profissional.”

O discurso também mostra a o entendimento de que a ação educativa está presente em todas as fases da consulta, da coleta da história da criança as orientações para o seu cuidado; além das consultas de puericultura destacam-se também os grupos para crianças maiores de dois anos de idade e as visitas domiciliares.

Resultados

4.1.2 As Consultas de Puericultura

A puericultura, ou mais propriamente, o seguimento da saúde da criança, se inicia na visita domiciliar à puérpera e ao recém-nascido, que é considerada pelos trabalhadores como a primeira consulta de puerpério, realizada pela enfermeira das equipes; após esta visita, a criança tem o seguimento mensal na unidade intercalando consultas médicas e de enfermagem até completar 6 meses de vida. Dos seis meses a um ano de idade, a criança passa bimensalmente por consultas, alternando atendimentos médicos e de enfermagem; entre um e dois anos de vida, as consultas permanecem intercaladas entre médicas e de enfermagem, mas, agora em um intervalo de três meses. Após os dois anos de idade a criança não possui mais um seguimento de rotina na unidade, sendo atendida em casos de intercorrências ou por demanda espontânea de sua mãe ao serviço de saúde.

Durante a consulta de seguimento, o trabalhador recolhe dados sobre a vida da criança e de sua família; suas condições sociais, de relacionamento de cuidado, e de saúde; além de levantar as demandas, queixa e dúvidas da mãe, e realizar a avaliação clínica da criança, como mostra o discurso abaixo:

“Durante as consultas, a gente faz o atendimento, vê a parte clínica, vacinas, examina, vê crescimento e se desenvolvimento neuropsicomotor da criança. A gente sempre averigua: a questão social; com quem que a criança mora dentro de casa; se tem o pai, se tem irmãos, como é a relação da criança com a mãe; se a família tem acesso a saneamento e a serviços básicos no domicílio; se tem alguém ajudando a cuidar da criança; se a mãe trabalha ou não, se tem registro em carteira; qual que é a escolaridade da mãe, e do pai; se a mãe tá procurando creche ou não; como são os cuidados com a criança; os problemas que a mãe tá tendo; se ela tem alguma queixa ou dúvida; e a partir disto que a gente vai fazer toda parte educativa e de orientação.”

Resultados

Com base nas informações levantadas, o trabalhador realiza o processo educativo com a mãe, selecionando os temas prioritários para a conversa, e partindo do conhecimento prévio dela sobre o assunto:

“Nas orientações a gente tenta priorizar as informações e sempre partindo do que a mãe traz, porque não dá pra gente descarregar todas as informações de uma única vez. Então, o processo é assim: elas têm alguma dúvida, agente pergunta o que elas sabem a respeito daquilo, e a partir disto a gente orienta. Depois a gente pede para ela repetir as orientações, para ver se elas entenderam ou não; muitas vezes elas repetem exatamente o que você falou por que ta recente; mas, no próximo atendimento você vê que não é tudo que ficou. Então, tem que avaliar o que ficou, e aí reforçar algumas orientações, e assim a gente vai no processo.”

Neste processo educativo, os trabalhadores abordam, além dos assuntos trazidos pela mãe, temas relativos ao cuidado da criança, como alimentação, imunização, crescimento e desenvolvimento, higiene, cuidado com a boca e com os dentes, dentro outros, selecionados de acordo com a idade da criança e a necessidade da mãe.

“Dependendo da faixa etária das crianças, a gente aborda algum tema; no geral, a gente fala: da alimentação; do relacionamento da mãe com a criança e da importância do vínculo; do relacionamento da criança com os outros membros da família; da imunização; do cuidado com a boca e com os dentes; do desenvolvimento neuropsicomotor; dos riscos de acidentes domésticos e sua prevenção. Falamos também sobre a educação, como que a gente pode educar e colocar limites nas crianças; como é legal conversar com a criança para que ela aprenda a falar; e quando a criança é uma criança de creche, a gente fala sobre como ela está adaptada. Em síntese são estes tópicos que eu não deixo de pontuar nas consultas, eu acho que

Resultados

é importante abordar todos eles, mas, eu sempre parto do que a mãe traz pra mim.”

4.1.3 Atividades Coletivas de Educação na Saúde da Criança

Conforme descrito na metodologia, uma das estratégias propostas para coleta de dados foi a observação de atividades dos grupos educativos relativos a saúde infantil. Entretanto, durante todo o período de coleta de dados, tais atividades não ocorreram, de forma que a caracterização desta atividade foi feita com base somente no discurso dos trabalhadores.

De maneira geral, as entrevistas confirmaram a observação. Na unidade de estudo, os grupos educativos voltados para a saúde da criança são pouco freqüentes e apenas três dentre as seis equipes referiram realizar esta atividade.

No caso das equipes que não a realizam, as principais justificativas apontadas foram: a falta de tempo, a priorização de outros grupos populacionais nessas atividades e a recente formação da equipe, no caso de uma delas.

Destacam-se os seguintes discursos:

“A nossa equipe, ela não realiza o grupo agora. A gente está numa fase de adaptação em que a gente está se vinculando as mães, as crianças e aos usuários em geral, para depois fazer grupo. A gente fez uma tentativa de fazer grupo, mas, apareceram duas ou três pessoas, por que não conhecem os profissionais, então eles faltam, eles não vêm. Então, nós estamos priorizando o atendimento individual pra nos vincularmos, e aí sim começamos a fazer os grupos.”
(trabalhador 1)

“Olha, grupo não é uma atividade recorrente que a gente tem feito, realmente, desde que eu entrei aqui não ta sendo a prioridade na nossa equipe porque a gente ta agora focado um pouco mais em algumas outras, em algumas outras prioridades

Resultados

do PSF (hipertensos e diabéticos, principalmente), então, grupos não. Aconteceram nos três anos que estive aqui, deve ter tido dois ou três grupos, mas, foram esporádicos.” (trabalhador 2)

Assim, a necessidade de priorização se coloca como resposta à falta de tempo e termina por privilegiar os grupos cujas demandas são mais evidentes, possivelmente por se tratarem de demandas biológicas. Isso pode ser corroborado no discurso sobre a incerteza em relação à efetividade das ações educativas no grupo de saúde infantil como uma explicação para sua não priorização:

“na verdade, a gente não prioriza tanto (o grupo educativo na saúde infantil) até por não ter muita certeza do impacto que isto faria.” (trabalhador 3)

No caso da equipe recentemente organizada, a justificativa para a não realização de grupos educativos é a necessidade de adaptação e vinculação com a população antes de iniciar as atividades coletivas, entendendo que tal participação só ocorre quando há vínculo com os trabalhadores.

Dentre as equipes que realizam grupos educativos para a saúde da criança, uma elaborou um planejamento anual para o seu desenvolvimento, que ocorreu antes do início da coleta de dados deste estudo; as demais equipes tinham grupos agendados durante o período da coleta de dados, contudo, estas atividades não foram realizadas, ou porque não compareceu um número de mães considerado suficiente para atividade em grupo (duas a 5 mães), ou pela grande diferença de idade das crianças presentes com suas mães para o grupo; em ambos os casos, os trabalhadores optaram por proceder ao atendimento individual dos presentes.

Como os discursos dos trabalhadores revelaram características distintas entre suas atividades, estão são descritas individualmente:

Atividade Coletiva I

Na equipe em questão, todas as mães de crianças entre dois e dez anos de idade que procuram a UBS com o intuito de marcar uma consulta

Resultados

médica para o seu filho, são direcionadas para o grupo; este acontece mensalmente com participantes diferentes a cada encontro.

A equipe não realiza nenhum planejamento prévio da atividade que é sempre coordenada pela enfermeira; no momento do encontro, ela pergunta às mães presentes se elas têm alguma dúvida ou se gostariam de falar sobre algum assunto. Quando as mães apresentam suas dúvidas a enfermeira faz uma orientação geral sobre o tema; se não são expostas dúvidas, a enfermeira opta por falar sobre algum tema recorrente nos atendimentos individuais, sobre questões gerais de saúde, ou sobre o fluxo de atendimento e questões de organização da UBS.

Feito isto, a enfermeira realiza uma conversa individual com cada mãe e seus filhos a fim de avaliar a necessidade da criança ser ou não encaminhada para uma consulta com a médica da equipe, que, neste dia, fica disponível em seu consultório para atender as crianças encaminhadas pela enfermeira na sequência da atividade coletiva.

Atividade Coletiva II

É uma atividade realizada de dois em dois meses em um espaço da comunidade, com intuito de conversar com as mães sobre temas de saúde que a equipe considere importante. Geralmente, a atividade é coordenada pela enfermeira com o apoio dos agentes comunitários de saúde (ACS) da equipe, mas, algumas vezes, o médico ou o residente da equipe também participam.

Os encontros são organizados de acordo com as faixas etárias das crianças e as mães recebem convites impressos para participar da atividade voltada para a idade de seu filho através do ACS responsável pela família. No dia da atividade, enquanto a enfermeira fala com as mães sobre o assunto escolhido em uma sala, os ACSs fazem atividades recreativas com as crianças em outra sala.

Ao final da atividade, as mães são convidadas a avaliá-la de forma espontânea, a manifestar dúvidas e temas que gostariam de conversar em um próximo encontro.

Resultados

Atividade Coletiva III

Composta por 8 encontros, 3 sobre alimentação, três sobre saúde bucal e dois sobre desenvolvimento e estímulo da criança, planejados por esta equipe de PSF em conjunto com a equipe de saúde bucal da unidade, no começo do ano de 2008 e realizados no decorrer deste ano com um intervalo que variou de um a dois meses. A equipe optou por trabalhar estes temas porque percebeu que eles estavam relacionados com os principais problemas e dúvidas encontrados na consulta individual da criança; com os principais motivos de encaminhamento de crianças da escola para a equipe de saúde ou para a psicóloga da UBS; e com os problemas identificados pelos ACS na casa das famílias.

As mães de crianças de zero a 6 anos de idade foram convidadas a participar da atividade pelos ACS por meio de convites impressos contendo data, horário, local e o tema do encontro.

A enfermeira, os auxiliares e os ACS da equipe participaram de todos os encontros e a médica participou de algumas atividades; além disso, os encontros que trataram sobre o tema de saúde bucal contaram com a presença da equipe de saúde bucal da UBS. Nos encontros, os temas foram discutidos com as mães, que puderam conversar com os trabalhadores e entre elas sobre o tema; comparar características de seus filhos relacionadas ao assunto e compartilhar experiências.

O quadro abaixo faz uma comparação entre as principais características das atividades descritas.

Resultados

Quadro I: Características das atividades coletivas de educação em saúde da criança realizadas na unidade Básica de Saúde da Família. São Paulo, 2008.

Características	Atividades Coletivas		
	Atividade I	Atividade II	Atividade III
Forma de convite à população	<ul style="list-style-type: none"> Mães de crianças de dois a dez anos que procuram por consultas são direcionadas para o dia do grupo 	<ul style="list-style-type: none"> Agentes comunitários entregam convites impressos às mães. 	Agentes comunitários entregam convites impressos às mães, contendo o assunto do encontro.
Local	<ul style="list-style-type: none"> Sala na UBS 	<ul style="list-style-type: none"> Sala na comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> Sala na UBS
Planejamento	<ul style="list-style-type: none"> Atividade definida no dia, de acordo com os interesses das mães. 	<ul style="list-style-type: none"> Cada atividade é planejada individualmente pelas pessoas da equipe que participam. 	<ul style="list-style-type: none"> Atividades planejadas no início do ano, por toda a equipe de PSF e a equipe de saúde bucal da unidade.
Frequência	<ul style="list-style-type: none"> Mensal 	<ul style="list-style-type: none"> Bimensal 	<ul style="list-style-type: none"> Entre 1 e 2 meses.
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> Mães, crianças e enfermeira da equipe. A médica fica disponível para atender individualmente as crianças que necessitarem, após o a atividade. 	<ul style="list-style-type: none"> Mães, crianças, agentes comunitários, enfermeira e eventualmente médico. 	<ul style="list-style-type: none"> Equipe de PSF, mães e equipe de saúde bucal, nos grupos sobre este tema.
Seleção do tema	<ul style="list-style-type: none"> A enfermeira pergunta aos presentes se eles têm alguma dúvida. Se as mães não fazem nenhuma questão ela escolhe o tema. 	<ul style="list-style-type: none"> A equipe seleciona temas que consideram importantes para o primeiro encontro. Ao final do grupo, equipe pergunta para as mães qual tema elas gostariam de tratar no próximo encontro. 	<ul style="list-style-type: none"> Dúvidas e problemas apresentados pelas mães frequentemente nas consultas. Relacionados ao encaminhamento de crianças da escola para a UBS. Relacionados a problemas percebidos pelos ACSs nas casas das famílias.
Desenvolvimento do tema.	<ul style="list-style-type: none"> A enfermeira faz orientações sobre o assunto. 	<ul style="list-style-type: none"> O trabalhador fala sobre o assunto proposto. 	<ul style="list-style-type: none"> Trabalhadores conversam com as mães sobre o tema proposto.
Formas de estímulo à	<ul style="list-style-type: none"> A enfermeira questiona os participantes sobre 	<ul style="list-style-type: none"> O trabalhador questiona os participantes sobre 	<ul style="list-style-type: none"> Os participantes são convidados a falar sobre o assunto

Resultados

participação	dúvidas.	dúvidas e pensamentos relacionados ao assunto.	proposto.
Interação entre sujeitos envolvidos na atividade	<ul style="list-style-type: none"> • As mães podem manifestar dúvidas. • A enfermeira orienta os presentes sobre o assunto. 	<ul style="list-style-type: none"> • A enfermeira ou médico conduzem a conversa e as mães podem se manifestar sobre o assunto. • Os agentes de saúde fazem atividades de recreação com as crianças durante o grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe de saúde conduz a conversa, mas, todos podem falar e trocar experiências sobre o assunto.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Não existe 	<ul style="list-style-type: none"> • Os presentes avaliam a atividade no final. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os presentes avaliam a atividade no final.

Segundo o discurso dos trabalhadores, além da função educativa, as atividades coletivas na saúde da criança, de uma forma geral, possibilitam: a identificação de necessidades de atendimento das crianças e seu encaminhamento para o profissional adequado, principalmente médico da equipe que realiza a atividade, equipe de saúde bucal e psicóloga da UBS; captação de crianças em fase de puericultura que não estão freqüentando os atendimentos individuais na UBS; a ajuda e formação de rede de apoio social entre os participantes.

4.1.4 Atividades Coletivas X Consultas Individuais

Adesão das Mães

Os trabalhadores observam que existe uma grande diferença de adesão das mães entre as atividades coletivas e as consultas individuais; em geral, as mães freqüentam assiduamente as consultas de puericultura de seus filhos, e comparecem pouco às atividades coletivas, sendo que ambas são realizadas pelos mesmos trabalhadores.

Resultados

As representações dos trabalhadores sobre este assunto são variáveis, o que gerou quatro discursos do sujeito coletivo distintos:

“Eu acho sim, as mães valorizam mais a consulta individual, elas até vêm ao grupo, mas, a maioria preferia que fosse uma consulta. Isto é uma pena porque a gente sabe que muitas vezes seria mais importante ou teria muito mais impacto uma atividade de educação. Mas, a população é muito formada naquela questão do consumo de medicação, no consumo de consulta individual, por que na verdade, o sistema de saúde veio se conformando assim ao longo do tempo, desde sua origem. A idéia de trabalhar as questões estruturais da saúde, a promoção e a prevenção, de ver trabalho e vida, isto é uma coisa que não foi construída; e o grupo educativo vai trabalhar basicamente com isto, e não é o que interessa. Porque elas estão acostumadas a ter a receita do Adtil, do Hipoglós, do Rinossoro, a ver o peso, as medidas e ir embora; elas não têm esta noção que a educação é muito importante, às vezes elas pensam que o trabalho de tratar, de dá remédio é mais importante. Então, é uma coisa mesmo da forma como o sistema se estruturou, e a gente tem que trabalhar isto ao longo de muito, muito, muito tempo.”

Como destaca o DSC acima, uma das representações dos trabalhadores sobre a diferença de adesão das mães entre atividades coletivas e consultas é que elas valorizam mais as consultas que as atividades coletivas. Isto, segundo o discurso, acontece por conta da forma como o sistema de saúde se configurou desde sua formação, valorizando as ações curativas e individuais em detrimento das ações educativas e coletivas. Assim, as mães estão acostumadas e têm expectativas sobre as rotinas das consultas de puericultura, e não se interessam pela discussão de questões mais estruturais da saúde que são próprias das ações coletivas de educação em saúde. Por tais razões, os trabalhadores percebem que há necessidade de um investimento por parte das equipes de saúde para que

Resultados

haja mudança nas concepções da população, uma vez que eles consideram que as atividades coletivas de educação em saúde poderiam ter um impacto maior na qualidade de vida da criança.

Outra percepção é que mães gostam das atividades coletivas de educação em saúde; contudo, freqüentam-nas menos porque têm dificuldades de adequar seus horários e rotinas familiares ao horário da atividade coletiva, que ocorre em dia e horário fixo determinado pelos trabalhadores de saúde. Já para as consultas, mesmo quando são convocadas pelos trabalhadores, as mães têm a possibilidade escolher o dia e o horário mais adequado a sua rotina. Como mostra o discurso do sujeito coletivo abaixo:

“A participação só em grupo é menor do que quando a gente faz consulta por que assim, geralmente o grupo num horário específico e às vezes o horário não bate com o horário da rotina da casa, às vezes a criança ta na escola, às vezes a mãe ta trabalhando, muitas vezes existe este problema do horário pra vir no grupo. Quando eu chamo em consulta eu geralmente já marco o dia e horário, se a mãe não pode vir naquele horário ela vem no balcão e troca a consulta para o dia que ela pode. Mas, é por isso, porque nas consultas elas escolhem o horário querem vir, não por conta de ser grupo; por que do grupo elas gostam também, quando elas vão, elas elogiam. Ainda mais se vai à enfermeira e o médico e os dois falam, elas se interessam bastante.”

E o último DSC sobre o assunto apresenta a idéia de que as mães não vão às atividades coletivas de educação em saúde por que têm dificuldade de trabalhar em coletividade, não querem expor seus problemas a seus vizinhos, e acreditam que a atividade será monótona e sobre assuntos que já conhecem. Sendo a última idéia atribuída à maneira como tradicionalmente os grupos educativos têm sido realizados, pautados na transmissão de informações dos trabalhadores para as mães:

Resultados

“As pessoas têm dificuldade de trabalhar coletivamente, não gostam de expor suas vidas, e as ações coletivas, muitas vezes, permitem que o vizinho saiba o que aconteceu com os seus filhos ou com elas mesmas. Além disso, acho que as mães nem sabem como acontecem os grupos, qual é o tipo de tema abordado, elas tão pouco acostumadas na verdade; acho que elas pensam: ‘ai vai falar de novo de papinha, isto eu já sei’. Então, como a tradição dos grupos educativos é esta coisa monótona de passar, de transmissão de informação de uma pessoa que sabe para outras que não sabe, que é assim que acaba sendo tratado, eu acho que elas pensam que vai ser da seguinte forma e não vem.”

Educação na Consulta X Educação no Grupo

Apesar das atividades educativas na saúde da criança acontecer principalmente nas consultas individuais, os trabalhadores revelam que o grupo é um momento mais propício para isto, principalmente por que a consulta é o momento mais rápido, no qual as demandas clínicas devem ser resolvidas, não havendo tempo para abordar outros assuntos, como é destacado no DSC a seguir:

“A gente não tem dificuldade de marcar consulta, todo mundo que procura consegue, mas, é claro que não é grupo de educação em saúde. A consulta é uma coisa mais rápida, a gente tá resolvendo uma demanda específica, clínica; a mãe também vem mais preocupada em ver peso, altura, falar de algum problema ou alguma queixa e ir embora e a gente não o tempo disponível que gostaria para abordar outros assuntos. Já no grupo eu tenho a impressão que você capta melhor as mães, quando elas começam a dialogar entre elas, é um momento voltado para educação, e as mães já vêm envolvidas com assunto da discussão, eu tenho observado isto, elas já vêm querendo falar a respeito do assunto proposto.”

Resultados

4.1.5. Facilidades e dificuldades dos Processos Educativos

As vivências anteriores em atividades coletivas de educação em saúde e a afinidade com este trabalho são identificadas pelos trabalhadores da saúde como facilitadores do processo educativo desenvolvido em grupo, bem como, a disponibilidade de tempo e de material educativo para essas ações.

“Eu trabalhei num serviço que investia muito nas ações coletivas e educativas, então, eu fui muito formado para fazer grupo. E eu gosto muito de fazer o grupo educativo, acho é umas das partes do PSF que eu mais gosto; nele a gente conhece as pessoas, elas se expõem um pouquinho mais e você consegue chegar um pouco mais perto da realidade delas, o que facilita a assistência. Além disso, eu tenho também períodos disponíveis para isto, e a gente tem até que um aparato razoável de material educativo: temos várias fitas, revistas, material para pintar, para colar, colchonete, brinquedo e material de audiovisual; tudo com acesso bem facilitado.”

O DSC a seguir mostra que o trabalho em equipe multiprofissional, o comprometimento o vínculo e a relação de confiança com a população facilitam a realização dos processos educativos:

“O que facilita um pouquinho é o vínculo, elas vêm, têm uma aderência boa, a gente se encontra em muitos momentos não só na consulta, a gente tá lá na comunidade, eles sabem onde encontrar o acesso. E tem o trabalho em equipe, eu acho isto muito importante; a gente tem que trabalhar sempre em equipe multiprofissional para falar sempre a mesma língua, e ter profissionais dispostos a fazer este trabalho em conjunto facilita mesmo, ajuda muito.”

Resultados

No caso das enfermeiras do PSF que participaram deste estudo, o tempo disponível para a realização das consultas, o uso do protocolo de enfermagem, bem como a disponibilidade de consultórios para a realização dos atendimentos individuais, são outros facilitadores do processo educativo nas consultas de puericultura. Como mostra o DSC:

“Na consulta uma coisa que facilita bastante, e que é primordial, é que eu tenho tempo pra fazer o processo educativo. As consultas médicas, por exemplo, são agendadas de 15 em 15 minutos ou de 20 em 20 minutos; eu deixo um espaço de trinta minutos para fazer a consulta, por que num tempo menor eu não consigo conversar direito com a mãe, assim eu tenho tempo de pelo menos para eleger algumas prioridades para conversar com a mãe, tratar delas ali e tirar dúvidas. O protocolo de enfermagem, no caso da enfermeira também facilita bastante, e o próprio ambiente onde a gente faz a consulta, ter uma previsão de consulta, ter consultório, isto tudo facilita no PSF.”

Por outro lado, são apontadas dificuldades que, em algumas situações, consistem em impedimentos para a realização de determinadas ações, conforme o DSC a seguir:

“A gente tem dificuldade de sentar e planejar as atividades por que a gente fica meio que apagando incêndio; tem o pouco tempo, e uma grande demanda de, por exemplo, de ficar no acolhimento, no pronto atendimento, que são atendimentos mais focais e pontuais pra queixa; e os médicos têm dificuldade de participar dos grupos por causa da grande demanda por consultas, digamos do grande número de pessoas que vêm marcar consulta. Além disto, o grupo tem o problema financeiro, faltam materiais, às vezes a gente quer fazer uma atividade que requer, bexiga, bola, lápis, material para fazer o grupo e muitas vezes não tem. Ai a gente acaba fazendo uma vaquinha na equipe para poder comprar.

Resultados

E tem a falta de embasamento da prática, por que você fazer uma coisa que você acha legal é diferente de você fazer uma coisa embasada. Então, como a gente não tem esta capacitação, meu embasamento eu que vou atrás, então, a gente sente dificuldade de saber se a prática tá sendo uma prática adequada.”

O DSC a cima mostra que os trabalhadores enfrentam dificuldades na organização das atividades educativas que vão desde a falta de tempo para planejar e executar as atividades a falta de embasamento teórico para realizá-las, passando pela falta de material pedagógico disponível para estas ações, e no caso dos médicos a falta de tempo para participar das atividades coletivas.

Além disto, a adesão das mães e o envolvimento dos ACS e do médico da equipe do PSF nas atividades coletivas de educação em saúde da criança, também são identificados como dificuldades pelas enfermeiras. Como mostra o DSC abaixo:

“As principais dificuldades para mim são na parte de grupo, de convencer as mães a virem e a equipe a participar. A dificuldade é a aderência mesmo, as pessoas têm a concepção de vir ao posto quando estão doentes, e a gente não quer isto, a gente quer que venha sempre para fazer uma prevenção; às vezes a gente faz um grupo e eles querem medir pressão, ver o dextro, e a palavra, a educação, eles acabam deixando de lado, os pacientes não tem muito tempo pra ouvir, sabe. E os agentes comunitários, como se praticamente fosse um reflexo da comunidade, também não valorizam a atividade em grupo; eu tenho estimulado eles à perceberem a importância e a participarem como membros ativos do grupo, por que, de modo geral, eles querem fazer a lista dos pacientes que vieram e ir embora. Outra coisa que dificulta, no meu caso específico, é que a médica tem dificuldade em fazer grupo e eles ficam todos mais para eu organizar, planejar e executar, a médica não atua nas atividades coletivas. Então, este convencimento da própria

Resultados

equipe para convencer a mãe a vir às atividades coletivas é uma dificuldade.”

Os trabalhadores acreditam que as dificuldades do processo educativo realizado nas consultas estão na incapacidade das mães em compreenderem e seguir suas orientações e nas condições sociais das famílias que, segundo o discurso, enfrentam problemas que não dizem respeito apenas a área da saúde:

“Na consulta não tem muita dificuldade, só dificuldade das mães mesmo entenderem e acatarem aquilo que a gente fala. As mães têm dificuldade de aprender. Eu acho que é esta a dificuldade, que o processo é demorado e muitas vezes a gente explica, explica, conversa, trabalha em cima do que elas já sabem, mas, mesmo assim é difícil. E... tentar compreender muitas vezes que é a limitação da mãe, que tem a questão da escolaridade. Além disto, muito das principais dificuldades da família tem a ver com questões que não desrespeitam somente a parte médica ou de saúde, as maiores dificuldades são questões sociais mesmo.”

4.1.6 Impactos dos Processos de Educação em Saúde sobre a Criança

Em relação ao impacto das ações educativas desenvolvidas pelos trabalhadores, existem dois pensamentos; o primeiro é que o vínculo e a relação de confiança estabelecida com as mães nos diversos atendimentos fazem com que elas sigam mais as recomendações dos profissionais, sejam verdadeiras quando não adotam as condutas recomendadas e mudem alguns hábitos de cuidado com os seus filhos e o que promove alguma forma melhora a qualidade de vida das crianças. O que está destacado no discurso abaixo:

“Uma das coisas boas do PSF é que propicia a formação vínculo; as pessoas conhecem a gente, vem uma vez aí a gente

Resultados

orienta.., vêm outra vez e já nos conhecem mais, confiam. eu tenho o maior vínculo com as mães e elas têm a maior confiança em mim, este vínculo aumenta a adesão, e eu percebi que elas seguem as minhas orientações e quando elas não seguem falam porque, e as vezes é totalmente pertinente e fazem eu repensar as minhas ações. Então, a longo prazo a gente consegue sim ver uma melhora na qualidade de vida da criança, principalmente por que o que a gente procura fazer bastante é valorizar o que as mães sabem, então, elas tem uma certa confiança no que a gente fala, e acaba realmente aos poucos mudando alguma coisa.., tendo uma mudança de hábito.”

O segundo pensamento é que as ações de educação em saúde têm pouco impacto diante das condições sociais e de vida das famílias, com as quais os trabalhadores não se sentem apoiados para lidar; assim, as atividades educativas atingem apenas questões que já são conhecidas pelas mães, de forma que ou essas já adotam os cuidados adequados ou mentem para os trabalhadores, pois sabem a resposta esperada por eles. Como mostra o discurso a seguir:

“Eu não sei até que ponto de verdade a educação em saúde para os pais tem algum tipo de impacto na vida da criança; porque a minha impressão é que muitas vezes as mães meio que já sabem o que tem que responder, e aquelas coisas que da pra mudar são coisas mais tranqüilas que a gente fala e que eles meio que já sabem. Ai o que impacta mesmo são as dificuldades sociais ou quando tem um problema que é estrutural das famílias, nestas situações acaba tendo muitos casos de negligência e até de abandono da criança; e a gente fica sem apoio pra lidar com isto, o conselho tutelar não da muitas respostas, fica meio na equipe assim: agenda VDs mais freqüentes, mais consultas no posto, mas, a questão social a gente tem muita dificuldade de lidar”.

Resultados

4.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE NO PSF E FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS

Sobre a formação dos trabalhadores para a realização dos processos de educação em saúde, a proposta inicial deste estudo era realizar uma análise documental dos tópicos referentes a este tema presente nos cursos de formação introdutória do Programa de Saúde da Família (Momentos I e II) e em outros cursos de capacitação ou programas educação permanente, oferecidos aos trabalhadores da unidade. E ainda, pretendia-se captar as percepções dos trabalhadores sobre a presença do tema educação em saúde nos momentos citados.

Contudo, na busca dos documentos para a análise foi constatado que a educação em saúde não é um tema trabalhado na formação Introdutória do Programa de Saúde da Família; esta se revelou com características distintas a depender da Instituição Parceira que opera o PSF. Em linhas gerais, o Momento I pretende possibilitar ao trabalhador uma visão geral sobre os princípios do Sistema Único de Saúde, bem como da formação e características do trabalho no Programa de Saúde da Família; já o Momento II é uma formação mais clínica pautada atenção à saúde nos ciclos de vida.

Além disto, não foi encontrado nenhum registro de cursos, capacitação ou programas de educação permanente, na região do estudo, que tratassem da formação do trabalhador de saúde para o desenvolvimento dos processos educativos com a população; estes dados foram confirmados nas entrevistas com os trabalhadores.

Sobre isto, os trabalhadores de saúde revelaram que mesmo os cursos de graduação que freqüentaram tinham um enfoque completamente clínico, sendo deficientes nos temas relacionados à saúde coletiva e educação em saúde, de forma que o trabalho educativo em saúde, principalmente nas atividades coletivas, é realizado por eles, de uma maneira geral, com base em conhecimentos empíricos sobre o assunto adquiridos na prática profissional; como mostra o discurso do sujeito coletivo abaixo:

Resultados

“A minha graduação toda foi mais clínica, voltada para as especialidades, e para as consultas individuais; eu não tive formação para trabalhar com os grupos educativos, nem no PSF. A minha impressão é que cada um faz a educação em saúde do jeito que acha certo, de acordo com a sua vivência; mas, aprender como desenvolve um grupo, aprender questões técnicas disto, são coisas que cada um vai atrás por conta; eu leio alguma coisa ali, outra aqui, e fui tendo esta formação no decorrer no meu tempo de experiência. Agora, alguém trazer este tema para ser discutido, para capacitar o profissional para a realização de um grupo bacana, isto nunca aconteceu. Então, eu acho que no final das contas, como não tem uma capacitação, cada um meio que se vira, e deveria ter uma formação neste sentido até porque a gente usa um tempo importante do nosso trabalho fazendo isto, e a gente se capacita clinicamente pra tanta coisa, e deveria se capacitar pra fazer isto também de uma forma técnica e não só na base do improviso”.

Contudo os trabalhadores destacam que participaram dentro do PSF de cursos clínicos que apesar de não tocarem na educação em saúde, contribuem para o desenvolvimento das atividades educativas, pois agregam conhecimentos sobre as doenças, seu tratamentos, prevenção, e condutas clínicas necessárias.

4.3 CONCEPÇÃO DOS TRABALHADORES A CERCADOS PROCESSOS EDUCATIVOS EM SAÚDE

Quanto às concepções dos trabalhadores acerca dos processos educativos, foi possível identificar dois pensamentos distintos. O primeiro caracteriza este processo na área da saúde como sendo a orientação das mães para o cuidado da criança e, além disso, a orientação dos usuários em

Resultados

relação a todos os aspectos de sua vida, tendo em vista a prevenção de riscos e a mudança de comportamento. Esta concepção aparece no DSC:

“A educação é uma das partes do PSF que eu mais gosto, e no caso das crianças, a consulta é bem educativa porque a gente aborda vários assuntos, a gente orienta os cuidados com as crianças conforme as idades delas. E tem o contato com as famílias, a gente está sempre junto, vendo alguns riscos de ficar doente por não ter uma boa orientação; mas, às vezes já tem uma rotina instalada na família a gente tenta orientar mudar, mas, acho que tem que ir aos poucos mudando a mente destas pessoas para eles irem aceitando mais as orientações de prevenção e não só o remédio. A educação em saúde é fundamental, por exemplo: vai ter o parque na comunidade se a gente não fizer a educação dos pacientes com relação ao lixo, ao o cuidado com o meio ambiente, o que vai ser deste parque? Então, eu acho esta parte de educação fundamental.”

A outra concepção é que o processo educativo em saúde é um momento de compartilhamento de saberes do trabalhador que também ‘recebe’ conhecimentos dos usuários neste processo. A educação em saúde é um ponto muito importante da atenção primária, pois promove o aumento do conhecimento da população sobre sua saúde e contribui com formação de cidadãos mais críticos, sendo que, em longo prazo, a educação é capaz de promover uma transformação da realidade social. Como mostra o DSC:

“Eu tenho o maior vínculo com as mães, elas têm confiança em mim, e a gente tem diálogo muito grande; e eu percebi que elas seguem as minhas orientações, e quando elas não seguem me falam porque, e às vezes é totalmente pertinente e me fazem repensar as minhas ações, então, acho que na educação não é daqui pra lá, vem muita coisa de lá pra mim também. E é o pulo do gato da atenção primária porque ela pode propiciar que os usuários se conheçam, conheçam a sua saúde, conheçam como

Resultados

o sistema funciona, conheçam as doenças, e assim se tornem cidadãos ativos, críticos e donos do seu próprio destino. A educação é a única forma que tem de mudar o mundo, de mudar os valores; mas, como não é uma mudança a curto prazo, é de médio a longo prazo, as vezes as pessoas que são mais imediatistas não percebem a importância.”

Observa-se em ambas concepções que os trabalhadores atribuem para si a responsabilidade de efetivação de ações educativas, seja no sentido de buscar garantir comportamentos saudáveis por parte dos usuários, seja no sentido de promover o empoderamento deles para melhor controle de suas vidas.

Discussão

Os resultados obtidos com esta investigação possibilitaram identificar elementos que ajudam a compreender as ações educativas em saúde infantil realizadas na unidade do estudo. Foi então possível caracterizar como se dão tais ações educativas, concepções dos profissionais acerca do processo educativo, percepções destes sobre a relação entre ações de saúde e ações educativas e contribuições dos processos de capacitação do PSF para a formação dos profissionais quanto à educação em saúde.

É marcante que na UBS estudada existe a percepção de que todos os encontros entre os trabalhadores de saúde e as famílias são momentos educativos, destacando-se as consultas de puericultura como espaço privilegiado para educação.

A visão de que toda a ação de saúde é também uma ação educativa está em concordância com o pensamento de Albuquerque e Stotz (2004). Estes autores dizem que:

O processo de promoção-prevenção-cura-reabilitação é também um processo pedagógico, no sentido de que tanto o profissional de saúde quanto o cliente-usuário aprendem e ensinam. Esses conceitos podem mudar efetivamente a forma e os resultados do trabalho em saúde, transformando pacientes em cidadãos co-partícipes do processo de construção da saúde". (Albuquerque e Stotz 2004, p.264).

Contudo, é importante destacar que se observa nos discursos uma variabilidade das práticas educativas que denotam presença de diversas concepções e visões sobre educação concomitantes e presentes em todos os trabalhadores, de maneira geral.

Com isso, as consultas individuais e a chamada Atividade Educativa I são focadas em orientações para o cuidado da criança, o que, muitas vezes, centra-se na prescrição e exposição de informações. Por mais que os trabalhadores se preocupem em orientar o cuidado da criança com base na realidade social das famílias, suas necessidades e demandas, o papel da mãe nesta ação educativa ainda é passivo, pois cabe a ela apenas responder aos questionamentos dos trabalhadores e sanar suas dúvidas sobre as orientações oferecidas. Assim, nestes casos, a decisão sobre o

Discussão

cuidado da criança não é compartilhada e não existem trocas de saberes entre os sujeitos.

Queiroz e Jorge (2004), em estudo sobre as ações educativas no cuidado infantil, constataram que é comum a existência de momentos de “educação em saúde” para inserir conhecimentos profissionais em forma de diálogo, sem oportunizar às mães a reflexão e manifestação sobre o que é dito, impossibilitando, assim, sua participação nas decisões sobre o cuidado de seu filho, cabendo a ela uma concordância passiva com as orientações oferecidas pelos trabalhadores de saúde.

Freire (2007) afirma que uma educação na qual: não existe discussão, as idéias são ditadas pelo educador ao invés de trocadas entre os sujeitos, educadores trabalham sobre os educandos ao invés de trabalhar com eles, e são impostas ordens aos educandos que se acomodam a estas, não propicia meios para que os educandos tenham um pensar autêntico, pois estes apenas recebem e guardam formulas prontas. Assim, segundo o autor, não é possível, através desta educação, a formação de sujeitos comprometidos com a democratização da sociedade.

Esta prática é um reflexo da concepção de educação em saúde na pediatria como transmissão de informações para o cuidado da criança, encontrada entre os trabalhadores; neste pensamento, o conteúdo é o centro do processo educativo, o qual visa à prevenção de risco e mudança de comportamento. Tais características remetem à visão tradicional da educação, chamada de educação bancária por Paulo Freire (2005).

Nessa visão de educação em saúde, prevalece a idéia de que o saber clínico e a formação acadêmica são suficientes para o desenvolvimento do processo educativo (Vasconcelos 1999, Valla 1999), de forma que as dificuldades ou o insucesso da atividade educativa são atribuídos a uma incapacidade da mãe em compreender as orientações. Assim, não ocorre avaliação ou reflexão, por parte do trabalhador, sobre como se deu este processo educativo, como se constatou em um dos DSC sobre as dificuldades de realização dos processos educativos na saúde da criança.

Em relação a isto, Ávila (2009) identificou entre enfermeiros do PSF da região do Butantã o pensamento de que a população é responsável pelas

Discussão

dificuldades no planejamento e execução das ações em saúde da criança; e ainda, o reconhecimento da educação em saúde como uma prática voltada ao indivíduo, sendo este culpabilizado por seu adoecimento, tendo em vista que este é visto como decorrente do não cumprimento, por parte do usuário, das orientações fornecidas pelo serviço de saúde.

Segundo a autora, esta abordagem educativa retoma a formação autoritária vivida pelos profissionais do cuidado e a postura higienista do serviço de saúde. E ainda, traz em si a visão da população como “carente de informação em saúde e destituída de qualquer conhecimento ou com conhecimentos equivocados”. (Ávila 2009).

Corroborando com a reflexão sobre esta forma tradicional de se pensar e desenvolver as ações de educação em saúde, Albuquerque e Stotz (2004) dizem:

Com esse raciocínio, é freqüente encontrarmos atividades educativas que fazem uma transposição para o grupo da prática clínica e individual e prescritiva, tratando a população usuária de forma passiva, transmitindo conhecimentos técnicos sobre doenças e como cuidar da saúde, sem levar em conta o saber popular e as condições de vida dessas populações. Muitas vezes, a culpabilização do próprio paciente por sua doença predomina na fala do profissional de saúde, mesmo que este conscientemente até saiba dos determinantes sociais da doença e da saúde. (Albuquerque e Stotz p. 265).

Não se nega aqui a importância, para a saúde da criança, dos conteúdos que os trabalhadores referiram abordar nas consultas; na verdade muitos deles são importantes para que a criança, principalmente em caso de doença, receba o cuidado necessário em seu domicílio; entretanto mesmo para efetivação de cuidados específicos relativos a um estado de doença, é imprescindível que o trabalhador de saúde compreenda as percepções da mãe sobre o processo saúde doença de seu filho e busque conjuntamente com ela alternativas possíveis para atender as necessidades da criança (Rezende, Sigaud, 2001).

Assim, um processo educativo baseado na exposição de conteúdos de saúde, ou doença, desconsiderando os pensamentos e saberes da mãe sobre o assunto e ainda outras questões relativas à vida da família, não tem o potencial de promover um impacto positivo na qualidade de vida da criança

Discussão

e sua família, pois, não fomenta a reflexão e o pensamento crítico, necessários para emancipação dos sujeitos; fica restrito a prescrições de comportamentos que muitas vezes não são adequados à realidade das famílias.

Segundo Freire (2005), quanto mais os educandos são levados a exercício de memorização dos conteúdos depositados sobre eles, que neste estudo é composto basicamente por conhecimentos técnicos relativos ao cuidado da saúde criança, menos desenvolvem a consciência crítica, que é resultada da inserção dos educandos como sujeitos no mundo, como transformadores do mundo.

Sobre isto, tal autor diz ainda:

Quanto mais lhe imponha a passividade, tanto mais ingenuamente, em lugar de transformar, tendem a adaptar-se ao mundo, à realidade parcializada nos depósitos recebidos. Na medida em que esta visão 'bancária' anula o poder criador dos educandos ou o minimiza, estimulando sua ingenuidade e não sua criticidade, satisfaz aos interesses dos opressores: para estes, o fundamental não é o desnudamento do mundo, a sua transformação. (...) Na verdade, o que pretendem os opressores 'é transformar a mentalidade dos oprimidos e não a situação que os oprime', e isto para que, melhor adaptando-os a esta situação, melhor os domine. (Freire 2005 p. 68-69).

Assim, a educação em saúde da criança que apenas prescreve os cuidados de saúde possíveis na realidade social da criança, sem discutir essa realidade com as famílias, proporciona a adaptação desta a sua condição social, promove o comodismo, ao invés de fomentar a transformação desta realidade.

Convivendo com este pensamento e prática de educação em saúde da criança, existe uma concepção de educação em saúde como um processo democrático, comunicativo e relacional, que tem a possibilidade de promover o empoderamento dos sujeitos e em médio ou longo prazo a transformação social. Além disto, o vínculo e relação de confiança entre trabalhadores e famílias são considerados aqui como fundamentais, e meio pelo qual acontecem às ações educativas.

Nessa concepção, o vínculo e a confiança são decorrentes, e facilitadores, da aproximação do trabalhador com a realidade das famílias; isto acontece principalmente através do contato com as famílias em suas

Discussão

casas, nos encontros na comunidade e nos atendimentos no serviço de saúde. Nestes momentos, as famílias têm a palavra para expressar suas experiências prévias, sentimentos, necessidades e saberes, enquanto o trabalhador desenvolve uma escuta ativa e apurada, o que possibilita a troca entre os sujeitos, e, além disso, o uso adequado do saber técnico do trabalhador, visando colaborar com a melhora a qualidade de vida da criança e sua família.

Sobre o ato de escutar, Freire (2005) comenta:

Escutar é obviamente algo que vai além da possibilidade auditiva de cada um. Escutar, no sentido aqui discutido, significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro. Isto não quer dizer, evidentemente, que escutar exija de quem realmente escuta sua redução ao outro que fala. Isto não seria escuta, mas auto-anulação. A verdadeira escuta não diminui em mim, em nada, a capacidade de exercer o direito de discordar, de me opor, de me posicionar. Pelo contrário, é escutando bem que me preparo para melhor me colocar, ou melhor, me situar do ponto de vista das idéias. Como o sujeito que se dá ao discurso do outro, sem preconceitos, o bom escutador fala e diz de sua posição com desenvoltura. Precisamente porque escuta, sua fala discordante, em sendo afirmativa, porque escuta, jamais é autoritária. (Freire, 1996, p. 119).

Segundo Queiroz e Jorge (2004), tal visão sugere ações educativas participativas e dialogais, que conseqüentemente permitem a abertura à reflexão das ações dos trabalhadores da saúde e das atitudes maternas e familiares em relação ao cuidado da criança. Assim, as mães são livres para verbalizar seus anseios e dúvidas, enquanto o trabalhador de saúde amplia suas chances de conhecê-las e ajudá-las na resolução de seus problemas. (Queiroz e Jorge 2004).

Entretanto, as práticas descritas não refletem somente esta concepção. Há momentos em que os trabalhadores estão abertos ao diálogo e exercem o papel de educador; nestes, as ações educativas desenvolvidas são mais democráticas, destacando-se as aqui chamadas atividades coletivas de educação em saúde III, pela maior aproximação com esta visão em seu planejamento e execução.

Em outros momentos, a ação educativa transita entre esta concepção e a discutida anteriormente. Assim, por exemplo, o trabalhador escuta a

Discussão

demanda da mãe em relação à saúde de seu filho e tenta levantar as experiências e saberes dela sobre o assunto. Mas, ao invés de: promover a reflexão, de discutir o tema, de agir como um mediador entre os saberes maternos e o saber técnico, de compartilhar com ela a escolha do cuidado adequado para a criança, o trabalhador utiliza os saberes maternos como ponto de partida para exposição do seu conhecimento técnico, que é transmitido como uma verdade universal, e para prescrição dos cuidados à criança que julga adequado, possibilitando à mãe apenas a manifestação de dúvidas.

Também contribuem para esse quadro limites do processo de trabalho, como o tempo disponível para os atendimentos e a exigência de alcançar metas de produtividade. Tais limites não se restringem à organização do serviço na unidade, mas refletem também concepções dos gestores do nível mais central de coordenação da atenção básica.

Além da falta de tempo para realização das práticas educativas, de uma forma geral, também foram destacadas dificuldades devidas à escassez de materiais de apoio educativo, e à ausência de espaço físico apropriado na comunidade para o desenvolvimento das ações coletivas.

O desenvolvimento de uma ação educativa participativa e dialogal, sem dúvida, exige do trabalhador uma disposição maior de tempo do que o necessário para a realização de orientações para o cuidado com base na clínica. Contudo, no caso das consultas individuais à criança, o tempo mostra-se insuficiente para a realização da clínica em conjunto com um processo educativo participativo, dialogal e mais ampliado, em relação ao tema, principalmente para os médicos. Isto devido a grande demanda por atendimentos e a necessidade do cumprimento de metas de atendimento, puramente quantitativas, estabelecidas para as unidades de saúde em geral.

Sobre isto, Albuquerque e Stotz (2004) dizem que é comum entre os trabalhadores de saúde um sentimento de 'falta de apoio' das coordenações municipais e estaduais para o desenvolvimento das ações educativas. Estes autores dizem ainda:

Discussão

Em alguns casos, a “falta de apoio” é concreta, e expressa em políticas ou em atitudes políticas como quando é cobrada a produtividade em consultas, que dificulta a disponibilidade de tempo para atividades educativas. Ou quando não são viabilizadas condições mínimas para essas atividades como: espaço físico, equipamentos (desde cadeiras a aparelhos de televisão e vídeo), bem como o acesso a materiais educativos, audio-visual ou de apoio. (Albuquerque e Stotz p. 265).

O pouco comprometimento dos ACS e dos médicos com as atividades coletivas de educação em saúde da criança também aparece como dificuldade no DSC.

A participação ativa dos ACS nas atividades educativas depende da capacitação e empoderamento destes sujeitos, e, de acordo com as diretrizes operacionais do PSF, esta é uma atribuição da enfermeira. Uma vez que os ACS não foram investigados, não se dispõe de elementos para discutir sua participação em tais atividades.

Já a falta de participação dos médicos nas atividades coletivas de educação em saúde pode estar relacionada: primeiro, com a percepção, existente entre esses trabalhadores, de que a educação em saúde é uma atividade mais característica do trabalho da enfermagem; a grande demanda da população por consultas destes trabalhadores; e, por fim, ao fato destes trabalhadores terem que responder a uma cobrança maior de produtividade em consulta à coordenação do PSF.

Ainda assim, alguns dos trabalhadores destacam como facilidades para o desenvolvimento das ações educativas a existência de espaço físico e material pedagógico e audiovisual na UBS; o prazer de realizar tais ações; e os conhecimentos adquiridos em experiências realizadas em trabalhos anteriores.

Em relação à formação para a realização dos processos educativos, os trabalhadores identificam uma deficiência deste assunto na sua formação inicial; além disso, este tema não é tratado na formação introdutória dos trabalhadores no PSF, nem havia sido incluído em qualquer dos cursos oferecidos a eles pelo programa até a finalização da coleta de dados.

Os conhecimentos clínicos, que em geral compõem a formação na área da saúde, seja durante a formação profissional inicial, ou na formação

Discussão

permanente no PSF, não são suficientes para o desenvolvimento de ações educativas dialogais, com vista à emancipação dos sujeitos; estas exigem uma série de conhecimentos e habilidades que precisam ser aprendidos. Contudo, apesar do reconhecimento governamental da importância das ações educativas no PSF, ainda não existe uma política de capacitação dos trabalhadores de saúde neste aspecto (Albuquerque e Stotz).

Com esta visão geral dos resultados, passa-se à aproximação das práticas e concepções de educação em saúde da criança encontradas às categorias analíticas da perspectiva freiriana: Autonomia e liberdade dos sujeitos; Bem querer dos educandos; Educação permanente dos seres humanos; Horizontalidade das relações; Práxis dialógica.

Autonomia e liberdade dos sujeitos

A pedagogia libertadora está fundamentada no respeito à autonomia e liberdade dos sujeitos, pois, segundo Paulo Freire, este é um imperativo ético e não um favor que pode ou não ser concedido ao educandos pelo educador. (Freire 2007).

Segundo o autor, a liberdade de escolha e a autonomia são exercitadas conjuntamente de forma que:

Ninguém é autônomo primeiro para depois decidir. A autonomia vai se constituindo na experiência de várias, inúmeras decisões, que vão sendo tomadas. [...] Ninguém é sujeito da autonomia de ninguém. Por outro lado, ninguém amadurece de repente [...]. A gente vai amadurecendo todo dia ou não. A autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si, é processo, é vir a ser. Não ocorre com data marcada. É neste sentido que a pedagogia da autonomia tem de estar centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitadas da liberdade. (Freire 2007, p. 107).

Assim, na unidade de estudo, existem práticas e concepções de educação para a saúde da criança que respeitam e estimulam autonomia e liberdade dos sujeitos, através do compartilhamento de saberes e decisões

Discussão

sobre o cuidado da criança entre trabalhadores e famílias, e da valorização da curiosidade e dos conhecimentos familiares em todo processo educativo.

Por outro lado, a concepção e a prática contrárias à autonomia e liberdade das famílias, também se fazem presentes destacando-se as atividades educativas pautadas exclusivamente na orientação para o cuidado com transmissão de informações.

O fato da criança se encontrar em uma fase de grandes vulnerabilidades, e do trabalhador da saúde infantil, principalmente do médico pediatra, ser representado historicamente como um defensor da criança que deve a todo custo garantir a manutenção da sua vida pode estar relacionado a esta dificuldade de considerar ou promover autonomia e liberdade familiar.

Bem-querer aos educandos

O pensamento e método freiriano de educação incorpora e reconhece como importante a amorosidade e o bem querer ao educando, como a expressão da afetividade contida no processo educativo (Freire 2007). Destaca-se que, sendo a educação uma prática estritamente humana, essa não é livre dos sentimentos, emoções, desejos e sonhos, próprios dos homens e mulheres.

O autor afirma que a prática educativa vivida com afetividade e alegria não dispensa a formação científica séria e o posicionamento político de educadores e educando, pois “a prática educativa é tudo isto: afetividade, alegria, capacidade científica, domínio técnico a serviço da mudança ou, lamentavelmente, da permanência do hoje”. (Freire 2007 p. 143).

Assim, a valorização do vínculo, da relação de confiança e do contato próximo e constante com as famílias manifestada nos discursos denota amorosidade nas ações de saúde da criança.

Contudo, tal amorosidade em alguns momentos corrobora com a mudança; na ação educativa, é dialogal quando abrange não só temas

Discussão

relativos ao cuidado da criança, mas, inicia com as famílias uma discussão dos determinantes da saúde desta.

E, em outros momentos, a amorosidade serve à manutenção da realidade, pois, movido por este bem-querer o trabalhador assume uma postura paternalista e autoritária, prescrevendo às famílias atitudes, cuidados e comportamentos, que aparentemente podem garantir à criança uma vida saudável.

Educação permanente dos seres humanos

Segundo Paulo Freire (1993, 2007), o ser humano é um ser inacabado, e esta '*inconclusão*' faz parte de sua experiência vital; a consciência disto leva homens e mulheres à busca permanente por sua humanização e vocação ontológica de ser mais. Assim:

A educação é permanente não porque certas linha ideológica, ou certa posição política ou certo interesse econômico o exijam. A educação é permanente na razão, de um lado, da infinitude do ser humano, de outro, na consciência que ele tem finitude. Mais ainda, pelo ato de, ao longo da história, ter incorporado à sua natureza 'não apenas saber que vivia, mas sabia que sabia e, assim, saber que podia saber mais. A educação e a formação permanente se fundam aí. (Freire, 1993, p.30).

Sobre as possibilidades da educação permanente, Peres, Leite e Gonçalves (2005), dizem que esta contribui para ao crescimento e desenvolvimento tanto pessoal quanto profissional, na medida em que os conteúdos abordados agregam a dinâmica do trabalho; incentiva a aprendizagem significativa à difusão do conhecimento e o desenvolvimento autônomo dos sujeitos; e fornece subsídios para a avaliação dos processos educativos ou de desempenho.

No campo da saúde, de acordo com o Ministério da Saúde (2004a, 2004b), a educação permanente ocorre a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, é ascendente e visa à transformação das práticas, diferentemente dos cursos pontuais que compõe a educação continuada.

Discussão

Nessa, ainda segundo o MS (2004b, 2004a), as atividades didático-pedagógicas são construídas em conjunto com a reorganização do sistema, o que possibilita a identificação dos problemas e nós críticos das práticas; contribui para o *protagonismo* do trabalhador e para a construção de novos saberes e estratégias de enfrentamento da realidade; o desenvolvimento de habilidade de assistência e pedagógicas; e propicia o desenvolvimento de estratégias mais efetivas para a luta e superação dos entraves à consolidação do SUS.

Portanto, o discurso dos trabalhadores apresenta este sentimento de *incompletude* e a necessita da formação permanente em se tratando da sua preparação do trabalhador para a realização das ações educativas em saúde da criança. Contudo, apesar do acúmulo do MS sobre a importância da formação dos trabalhadores e sobre as vantagens dos processos de educação permanente, a prática de formação dos trabalhadores do PSF é baseada em cursos de capacitações pontuais, voltados totalmente para a clínica, e que, apesar de sua importância e contribuição para o domínio científico e capacidade técnica frente à doença, pouco contribuem com construção de estratégias de enfrentamento da realidade.

Horizontalidade das relações

A educação libertadora só pode ocorrer através do diálogo verdadeiro; este é o encontro entre os seres humanos mediatizados pelo mundo, com o intuito de ser mais (Freire 2005).

Sendo o diálogo um encontro entre sujeitos, a relação entre educador e educando caracteriza-se:

Como situação gnosiológica, em que o objeto cognoscível, em lugar de ser o término do ato cognoscente de um sujeito, é o mediatizador de sujeitos cognoscentes, educador de um lado, educandos de outro, a educação problematizadora coloca desde logo, a existência da superação da contradição educador-educandos. Sem esta, não é possível a relação dialógica, indispensável à cognoscibilidade dos sujeitos cognoscentes, em torno do mesmo objeto cognoscível. (Freire 2005 p. 78).

Discussão

Na educação bancária, de acordo com Freire (2005), ocorre o oposto disto: as relações são verticais, estando o poder da palavra, e com isto o poder decisório, somente com o educador.

Desta forma, nessa concepção de educação, o espaço para o diálogo e o respeito ao silêncio é cerceado pelo educador que se comporta como o detentor da verdade, dispondo de todo o seu tempo para discorrer sobre ela; sendo o único exercer a fala, como destaca o autor:

Para ele, quem escuta sequer tem tempo próprio, pois o tempo de quem escuta é o seu, o tempo de sua fala. Sua fala, por isto mesmo, se dá num espaço silenciado e não num espaço com ou em silêncio. Ao contrário, o educador democrático, que aprende a falar escutando, é cortado pelo silêncio intermitente de quem, falando, cala para escutar a quem, silencioso e não silenciado, fala. (Freire 2007 p. 117).

Na UBS estudada é possível distinguir dois processos educativos para a saúde da criança; em alguns momentos este ocorre por meio: da escuta, da valorização dos saberes familiares, do compartilhamento de conhecimentos e decisões cuidado da criança entre trabalhadores e famílias. Nesse processo educativo a relação estabelecida é horizontal, pois, a educação se dá mediante o compartilhamento do poder entre os sujeitos.

Em outros momentos, talvez na maioria deles, a educação em saúde da criança se dá através da orientação e prescrição, na qual o poder da fala e escolha fica totalmente nas mãos dos trabalhadores; nesta, a relação estabelecida é vertical, identificando-se com a concepção bancária da educação.

Práxis dialógica

Para Freire (2005), o encontro entre sujeitos acontece na relação dialógica embasada na generosidade social, humildade, amorosidade e solidariedade. Este fenômeno humano compreende duas dimensões: a ação e a reflexão, que juntas implicam na práxis. Se, por um lado, o sacrifício da ação gera o verbalismo, por outro, o sacrifício da reflexão causa o ativismo.

Discussão

A palavra verdadeira, que tem a capacidade de transformar o mundo, só pode acontecer na práxis.

Segundo Freire (2005), os seres humanos, diferentemente dos animais, são seres práticos, cuja existência no e com o mundo abrange a capacidade de admirar, conhecer e transformar a natureza através do seu trabalho. E por isto, não corresponde ao verbalismo ou ativismo.

Corroborando com este conceito, Vázques (1997) diz que a práxis é a ação humana de transformar a natureza fundamentada na teoria, esta tem a finalidade de guiar a ação.

Em resumo, a práxis se nos apresenta como atividade material, transformadora e ajustada a objetos. Fora dela, fica a atividade teórica que não se materializa (...), por outro lado não a práxis como atividade puramente material, isto é, sem a produção de finalidades e conhecimentos que caracterizam a atividade teórica. (Vazques 1997, p. 208).

Desta forma, a práxis é uma atividade material guiada pela teoria para transformar a natureza a partir de um projeto intencional, diferenciando-se da atividade geral. Assim, “toda práxis é atividade, mas nem toda atividade é práxis”. (Vazques 1997, p. 185).

Portanto, as atividades de educação para saúde da criança encontradas neste estudo, não podem ser considerada como práxis, pois ocorrem de forma espontânea; sem planejamento, avaliação ou embasamento teórico-metodológico. Além disso, os discursos revelam que a reflexão sobre esses processos educativos, por parte dos trabalhadores, não é rotineira.

Considerações Finais

Com as discussões sobre o conceito de saúde ocorridas, principalmente, a partir da década de 70 do século 20, a promoção da saúde ganha destaque nos sistemas de saúde como a melhor forma destes responderem ao processo saúde-doença das populações. No Brasil, o PSF se constituiu como a principal estratégia de incorporação deste conceito no SUS, objetivando a superação do modelo tradicional da assistência à saúde.

Considerando a educação em saúde como indissociável das ações de promoção da saúde, e diante da complexidade da incorporação efetiva de seus conceitos no PSF, a pesquisa qualitativa permitiu a aproximação com a realidade da educação em saúde da criança, com as dificuldades vividas pelos trabalhadores, e com as limitações destes processos.

A concepção dos trabalhadores sobre educação em saúde da criança apresenta tanto conceitos relacionados à promoção da saúde, quanto conceitos característicos do modelo biomédico de atenção a saúde.

Neste contexto, a prática de educação em saúde da criança varia de uma postura autoritária, totalmente direcionada pelos trabalhadores, pautada na transmissão de informações de saúde e centrada no atendimento individual, a uma postura mais democrática, coletiva, e que se importa com outros aspectos da vida da família, e tenta implementar as condutas através do diálogo. Entretanto, a primeira é mais freqüente, o que identifica a educação em saúde da criança com o modelo biomédico de atenção a saúde.

Contudo, percebe-se no discurso dos trabalhadores o reconhecimento da importância da educação em saúde da criança e o desejo de desenvolvê-las de forma mais democrática. Este vontade esbarra em dificuldade no processo de trabalho e na falta de uma formação apropriada para a realização destes processos.

Desta forma, a autora entende que a efetivação de uma prática educativa para a saúde da criança mais democrática, com possibilidade de promover a emancipação dos sujeitos e, quiçá, a transformação social, depende principalmente do investimento na formação permanente dos trabalhadores pela coordenação do PSF.

Considerações Finais

No que se refere à formação dos estudantes de graduação da EEUSP, é nas unidades de saúde nas quais são desenvolvidos atividades teórico-práticas de ensino-aprendizagem que os estudantes têm as suas primeiras vivências da prática profissional, sendo que esta em muitos momentos é relacionada com a prática do trabalhador da unidade, ou supervisionada por ele, gerando impacto, seja ele positivo ou não, na formação dos graduandos.

Assim, a autora considera que a parceria efetiva entre a instituição de ensino e a unidade de saúde, no que refere à colaboração dessa com a formação permanente dos trabalhadores do serviço de saúde, tem o potencial de contribuir para a reflexão sobre as práticas e gerar processos de mudança, e, com isto, impactar positivamente na formação dos estudantes de graduação, bem como na atenção à saúde da população da região.

Referências Bibliográficas

Albuquerque PC, Stotz EM. A educação popular na atenção básica no município: em busca da integralidade. *Interface - Comunic Saúde Educ.* 2004; 8(15): 259-274.

Araújo EG, Nunes MMLG. O lúdico na educação em saúde. *Rev Bras Enferm.* 1999; 49(3): 459-74.

Ayres JR. Normas e formação: horizontes filosóficos para as práticas de uma avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004; 9(3): 583-592.

Benevides IA, Neves LF, Veríssimo MLOR. Conversando sobre proteger e cuidar quando as crianças ficam doentes In: UNICEF. Toda hora é hora de cuidar: manual de apoio ao projeto Nossas Crianças Janelas da Oportunidade. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo; 2003. p.74- 83.

Bernardino MTSM, Conversani DTN, Bógus CM, Feliciano AB. Consensos e divergências: a capacitação profissional das equipes de saúde da família de São Carlos (SP). *Trab Educ Saúde.* 2005; 3(1), 75-89.

Bordenave JED. Alguns fatores pedagógicos. In: Ministério da Educação (BR). Secretaria Geral. Secretaria de Administração de recursos Humanos. Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor – área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1989. p. 262-8.

Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, editores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p. 15-38.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2006. (série E. Legislações de Saúde).

Brasil. Lei 8.080, de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providencias. *Diário Oficial da União*, Brasília , 20 de set. de 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. (série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *EducarSUS: notas sobre*

Referências Bibliográficas

o desempenho do departamento de gestão da educação na saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. (Série C Projetos, Programas e Relatórios).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento no SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. (DF): Ministério da Saúde; 2004.

Bruyne P, Herman J, Schoutheete M. Dinâmica da pesquisa em ciências sociais. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1991.

Chatkin JM, Molinari JF. Estudo de óbitos infantis por pneumonia através do inquérito domiciliar. In: Benguigui Y, editor. Investigações operacionais sobre o controle de infecções respiratórias agudas. Washington (DC): OPAS; 1997. p. 41-6. (série HCT/AIEPI – 2).

Chiesa AM, Bertolozzi MR. Estudo epidemiológico da mortalidade por infecções do aparelho respiratório em menores de cinco anos da região do Butantã, São Paulo, Brasil. In: Benguigui Y, editor. Investigações operacionais sobre o controle de infecções respiratórias agudas. Washington (DC): OPAS; 1997. p. 19 – 29. (série HCT/AIEPI – 2).

Chiesa AM, Veríssimo MLÓR. A educação em saúde na prática do PSF. In: Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Programa de Saúde da Família. Manual de Enfermagem. Brasília: MS/IDS/USP/Fundação Telefônica; 2001. p. 34-42.

Figeroa AA. Livre vontade do usuário frente à educação em saúde. Texto Contexto Enferm. 1997; 6(3): 131-47.

Freire P. Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 4º ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

Freire P. Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa. 35º ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. (Coleção Leitura)

Freire P. Pedagogia do oprimido. 46º ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

Freire P. Educação como prática da liberdade. 30º ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

Freire P. Política e educação. 23º ed. São Paulo: Cotterz Editora; 1993.

Gadotti M. Paulo Freire uma biografia. Brasília: UNESCO, 2001. 3º ed. A voz do biógrafo brasileiro: a prática a cultura do sonho.

Jorge MSB, Queiroz MVO. Ações educativas no cuidado infantil e intervenções dos profissionais junto às famílias. Acta Sientiarium Health Scieces. 2004; 26(1): 71-81.

Referências Bibliográficas

Labra ME. Conselhos de Saúde: dilemas e avanços. In: Lima NT, organizador. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 353-83.

Laganá MTC. Educação para saúde: o cliente como sujeito da ação. Rev Esc Enfem USP. 1989; 23(1):149-61.

Lefèvre F, Lefèvre AM. Promoção da saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lente; 2004.

Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV, organizadores. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.

Lefèvre F, Lefèvre AM. Depoimentos e discursos: uma proposta em pesquisa social. Brasília: Liber Livros Editora; 2005. (série pesquisa 12).

Libâneo JC. Didática. São Paulo: Cortez, 1994. (Coleção magistério 2º grau. Série formação do professor).

Luckesi CC. Avaliação da aprendizagem escolar. 18º ed. São Paulo: Cortez, 2006.

Luckesi CC. Filosofia da educação. São Paulo: Cortez, 1994. (Coleção magistério 2º grau. Série formação do professor).

Maricato E. Política urbana e habitação social: um assunto pouco importante para o governo FHC. 1998; 1(6):67-78.

Marcondes WB. A convergência de referências na promoção da saúde. Saúde soc. 2004;13(1),5-13.

Martins J, Veríssimo MLOR. Avaliação dos instrumentos do projeto “Nossas crianças: Janelas de oportunidade” por agentes comunitários. [dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2007.

Maya JC, Reynales H, Llanos G. ¿El medico informa adecuadamente a los pacientes? Bol Of Sanit Panamericana. 1984;97(1):26-32.

Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método, criatividade. 21 ed. Petrópolis: Vozes; 2002. Ciência técnica e arte: o desafio da pesquisa social. p. 9-35.

Mizukami MGN. Ensino: as abordagens do processo. São Paulo: EPU; 1986. (Temas básicos de educação e ensino).

Morandi F. Modelos e métodos em pedagogia. La Borderie R (organização) Luoreiro ML (tradução). Bauru (SP): EDUSC, 2002.

Oliveira AAP. Análise documental do processo de capacitação dos multiplicadores do projeto “Nossas Crianças Janelas da Oportunidade” no

Referências Bibliográficas

município de São Paulo á luz da promoção da saúde. [dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2005.

Pereira IMTB, Penteado RZ, Marcelo VC. Promoção da saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. *Mundo Saúde*. 2000. 24(1):39-44.

Peres HHC, Leite MMJ, Gonçalves VLM. Educação continuada: recrutamento, seleção, treinamento, desenvolvimento e avaliação do desempenho profissional. In: Kurcgant P, organizador. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005. p. 138-56.

Sala A, Nemes MIB, Cohen DD. Avaliação na prática programática. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Gonçalves RBM, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 173-93.

Saupe R, Wendhausen A. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2003;12(1):17-25.

Saviani D. *Escola e democracia*. São Paulo: Cortez, 1983. As teorias da educação e o problema da marginalidade; p. 7-39.

Silva C. Os fóruns temáticos da sociedade civil: um estudo sobre o Fórum Nacional de Reforma Urbana. In: Dagnino E, organizador. *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

Sigaud CHS, Rezende MA. Assistência de enfermagem a criança com diarreia aguda e desidratação. In: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: Manual de Enfermagem. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001. p. 99-104.

Triviños ASN. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. *Interface - Comunic Saúde Educ*. 2001;5(8):121-6.

Vasconcelos EM. *Educação popular e atenção á saúde da família*. 3° ed. São Paulo (SP): Hucitec, 2006.

Veríssimo MLÓR, Sigaud CHS. Assistência de enfermagem à criança com agravos respiratórios. In: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: Manual de Enfermagem. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001. p.95-98.

Vázques AS. *Filosofia da práxis*. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 1977.

Referências Bibliográficas

Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2 ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.

ANEXO I

A) Roteiro para o gerente da unidade

Quais atividades educativas relativas à saúde da criança são desenvolvidas na unidade?

A partir dessa questão inicial, serão explorados os seguintes tópicos:

Quais são os objetivos das atividades educativas?

Quem participa das atividades (do serviço e da população)?

Como elas são programadas (quem define as atividades: o que, como)?

Como são avaliadas?

B) Roteiro para observação das atividades educativas

Observar elementos que auxiliem a identificar qual(is) tendência(s) pedagógica(s) embasa(m) a atividade.

Descrever: forma de convite à população; local; participantes; funções exercidas pelos participantes; seleção e desenvolvimento do tema; formas de estímulo à participação e interação entre sujeitos envolvidos na atividade; estratégia(s) pedagógica(s) utilizada(s).

C) Roteiro para os profissionais que realizam atividades educativas I: entrevista sobre as práticas educativas desenvolvidas por eles

Fale sobre as atividades educativas em saúde da criança que o(a) senhor(a) realiza.

A partir dessa questão inicial, serão explorados os seguintes tópicos:

Quais são os objetivos das atividades educativas.

Quem participa das atividades (do serviço e da população).

Anexos

Como elas são programadas (quem define as atividades: o que, como).

Como são avaliadas.

Quais são as dificuldades na realização de atividades educativas.

Relate uma situação em que sua atividade educativa gerou resultados positivos.

Em que medida as ações educativas contribuem para a aquisição de uma melhor qualidade de vida da criança e de sua família?

D) Roteiro para os profissionais que realizam atividades educativas II: entrevista sobre as atividades de capacitação e educação permanente.

Refleta sobre as atividades de capacitação e educação permanente do Programa de Saúde da Família que participou.

O que o(a) senhor(a) mais gostou e o que menos gostou?

Quais foram os temas mais significativos abordados? Por que?

As atividades contemplavam a sua formação para o desenvolvimento de processos educativos (com a comunidade)? (Se a resposta for sim) Quais aspectos foram mais importantes?

Estas atividades contribuíram de alguma forma para o desenvolvimento dos processos educativos com a população? Qual a principal contribuição?

Comente sobre suas facilidades e dificuldades para desenvolver as atividades educativas com a população.

Eu gostaria que você fizesse uma consideração sobre os processos educativos.

Anexos

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/SMS

1

São Paulo, 10 de junho de 2008.
PARECER Nº 126/08 – CEP/SMS
CAAE: 0069.0.162.196-08

Para
Ana Paula Alves de Carvalho
Sr(a) Pesquisador(a)

IDENTIFICAÇÃO

- **Projeto de Pesquisa:** Ações educativas em saúde infantil: concepções e práticas profissionais em uma unidade de Saúde da Família
- **Pesquisador Responsável:** Ana Paula Alves de Carvalho
- **Instituição:** Escola de Enfermagem da USP: Mestrado.
- **Orientadora:** Maria de La Ó Ramallo Veríssimo
- **Local onde os dados serão coletados:** A investigação será realizada na unidade básica de saúde do Programa de Saúde da Família do Jardim Boa Vista na região do Butantã (São Paulo), tendo como população alvo enfermeiras e médicos.
- **Patrocinador:** despesas custeadas pelo pesquisador.

I - Sumário Geral do Protocolo

A autora parte da constatação de que os profissionais de saúde, em casos de doença dos filhos, se colocam em relação às mães, como condutores da atividade educativa, o que as torna agentes passivos, pois o relacionamento estabelecido com elas é assimétrico e coercivo. Assim, em um contexto no qual a interação/ comunicação que o profissional de saúde estabelece com a família não é dialogal, o que, favoreceria um maior controle das famílias sobre o processo de atenção à saúde da criança, é proposto que a comunicação deve ser baseada na escuta do outro, com vistas a conhecer a situação de vida das pessoas envolvidas, compreender suas crenças, normas e valores, estabelecendo um diálogo, de forma que ocorra um compartilhamento de conhecimentos e saberes. A comunicação hierárquica define uma assistência à saúde que não corresponde à promoção da saúde, conforme definida pela Carta de Ottawa, pois práticas condizentes com o paradigma da promoção, não são limitadas à doença, mas visam tornar o outro um agente ativo no processo saúde doença. O projeto assume então relevância por seu objetivo de compreender o processo educativo estabelecido por equipes de saúde da família na atenção à saúde infantil, de uma perspectiva que permita ao usuário tornar-se protagonista no processo saúde-doença.

Objetivo geral: analisar o processo educativo estabelecido por equipes de saúde da família na atenção à saúde infantil.

Objetivos específicos:

- Identificar e caracterizar as ações educativas realizadas na atenção à saúde infantil por equipes de saúde da família.
- Identificar quais aspectos relativos ao processo educativo são abordados na formação permanente dos trabalhadores da equipe de saúde da família.
- Identificar como são trabalhados aspectos relativos ao processo educativo na formação permanente dos trabalhadores da equipe de saúde da família.
- Identificar as concepções de profissionais do Programa de Saúde da Família acerca do processo de educação em saúde.

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/SMS

2

PARECER Nº 126/08 – CEP/SMS
CAAE: 0069.0.162.196-08

Método: estudo qualitativo realizado por meio de estudo de caso. A coleta de dados buscará múltiplas fontes de evidência, a fim de permitir investigar vários aspectos em relação ao fenômeno sob análise. Serão utilizados como fontes de evidências observações, documentos e entrevistas. Num primeiro momento, serão levantadas com os responsáveis nas unidades de saúde as situações mais significativas em que ocorrem ações educativas na atenção à criança. Pretende-se então observar tais situações, registrando-as em detalhes. Serão ainda selecionados documentos referentes aos programas de formação introdutória a que são submetidas às equipes de saúde da família, bem como outros relativos à formação permanente.

Como outra fonte, os próprios trabalhadores (enfermeiros e médicos) serão convidados a falar sobre o tema. A entrevista semi-estruturada possibilitará apreender o discurso dos sujeitos. As entrevistas serão gravadas e transcritas integralmente, e comporão o material de análise junto com os registros das observações e documentos.

II - Considerações

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, o currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa, orçamento detalhado e cronograma da pesquisa estão adequados.

Há tratamento adequado dos dados/ informações e pertinência e valor científico no estudo proposto, conforme acima observado.

A metodologia está em consonância com os objetivos e tem baixa probabilidade de gerar risco/ desconforto ao sujeito da pesquisa, sendo alta a possibilidade de benefícios, pelo espaço de reflexão que o procedimento oferece aos participantes.

Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa estão garantidos (*informação, privacidade, recusa inócua, desistência, indenização, ressarcimento, continuidade do atendimento, acesso ao pesquisador e CEP, etc.*).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é conciso e objetivo, está redigido na forma de convite à participação no estudo, tem linguagem adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos de pesquisa e descrição suficiente dos procedimentos.

Não há identificação dos riscos e desconfortos esperados, na medida em que é muito baixa a probabilidade do procedimento gerar desconforto.

Há explicitação das garantias referidas no item IV. 1 da Res.CNS 196/96, permite uma decisão consciente e a saída do sujeito de pesquisa da experimentação.

São descritos os procedimentos e responsáveis pela obtenção do TCLE.

III. Parecer do CEP: Projeto Aprovado

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 33972464 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Anexos

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/SMS

3

PARECER Nº 126/08 – CEP/SMS
CAAE: 0069.0.162.196-08

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

IARA COELHO ZITO GUERRIERO
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS

Anexos

Anexo III

Termo de consentimento livre e esclarecido

Meu nome é Ana Paula Alves de Carvalho e sou aluna de mestrado da Escola de Enfermagem da USP, em São Paulo.

Venho por meio desta solicitar a sua participação na pesquisa intitulada *“Ações educativas em saúde da criança: concepções e práticas profissionais em uma unidade de Saúde da Família”*. A investigação será desenvolvida por mim, sob a orientação da Prof. Dr. Maria De La Ó Ramallo Veríssimo, docente dessa Escola. Tem por objetivo compreender o processo educativo das equipes de saúde da família na atenção à saúde infantil. Ela será feita através entrevistas individuais, gravadas, com profissionais de saúde e observação das atividades educativas desenvolvidas. Esclareço seu nome não será citado na pesquisa, nem outras informações que possam identificá-lo. Os dados serão apresentados em relatório de pesquisa, dissertação de mestrado e em artigos de divulgação científica. A participação não acarretará em qualquer tipo de despesa nem de remuneração. O consentimento poderá ser retirado a qualquer momento e os resultados estarão disponíveis para todos os interessados, pois será encaminhada cópia do relatório de pesquisa às unidades de saúde.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Informações sobre a pesquisa:

Ana Paula Alves de Carvalho – tel. 89460012

Maria De La Ó Ramallo Veríssimo – tel. 3061-7602

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria municipal da saúde de São Paulo – Rua general jardim, 36- 2º andar, tel. 33972464. e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br

Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu _____, portador do RG nº _____ declaro ter sido suficientemente esclarecido pela estudante Ana Paula Alves de Carvalho a respeito da pesquisa intitulada: *“Ações educativas em saúde da criança: concepções e práticas profissionais em uma unidade de Saúde da Família”*. Concordo em participar voluntariamente deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalidade.

São Paulo, ____ de _____, 2008 _____