

Modelo de Atividade

Educação
em Saúde

Modelo da Atividade
Educação em Saúde

Serviço Social do Comércio
DN/DPD/GEP

2005

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	I
INTRODUÇÃO	III
MÓDULO POLÍTICO	
<hr/>	
I EVOLUÇÃO DA ATIVIDADE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO SESC E SUA RELAÇÃO COM O CONTEXTO HISTÓRICO SOCIAL BRASILEIRO	17
1. A educação sanitária	17
2. A emergência da educação em saúde no cenário nacional e no SESC	21
3. A educação em saúde hoje	27
II FUNDAMENTOS CONCEITUAIS E METODOLÓGICOS	29
1. Saúde e qualidade de vida	29
2. Complexidade do processo saúde-doença e estratégias de ação	35
3. Processos de construção da saúde: dialética do individual e do coletivo	36
4. Processo educativo	38
5. Características do processo de planejamento	44
III PRINCÍPIOS NORTEADORES DA PRÁTICA EDUCATIVA EM SAÚDE	46
IV ÁREAS DE ATUAÇÃO	49
1. Promoção da saúde	51
2. Prevenção de doenças e agravos à saúde	52
3. Controle social da saúde	54
V DIRETRIZES POLÍTICAS, TÉCNICAS E OPERACIONAIS	57
1. Quanto à estruturação da Atividade e sua relação com as demais áreas	57
2. Quanto aos objetivos	57
3. Quanto aos aspectos de metodologia e programação	58
4. Quanto ao processo de avaliação	59
VI INDICADORES OU CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ESTRUTURAÇÃO DA ATIVIDADE	59

MÓDULO PROGRAMAÇÃO

I CRITÉRIOS PARA ESTABELECIMENTO DA PROGRAMAÇÃO	67
II EIXOS PARA PROGRAMAÇÃO	70
1. Eixo principal: ciclo de vida	71
2. Cenários de atuação	73
III ESTRUTURA DE PROGRAMAÇÃO	74
1. Estratégias e ações	74
2. Metodologia	76
3. Áreas temáticas relevantes e atividades básicas	77
IV LINHAS PROGRAMÁTICAS	79
1. Infância	80
2. Adolescência	82
3. Adultice ou maturidade	86
4. Terceira idade/envelhecimento	92
V ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS	95
1. Categorias principais	96
2. Interpretação dos dados	98

MÓDULO RECURSOS HUMANOS

I PROCESSO DE TRABALHO NO CAMPO DA SAÚDE	103
II PERFIL FUNCIONAL DO EDUCADOR EM SAÚDE	104
1. Formação acadêmica	105
2. Qualidades, atributos e habilidades importantes	105
III COMPOSIÇÃO DA EQUIPE	107
IV ATRIBUIÇÕES	107
1. Coordenador da Atividade	107
2. Educadores em saúde na Unidade Operacional	109
3. Estagiários	110
V SELEÇÃO DE PESSOAL	111
1. Processo simultâneo de seleção e capacitação	111
2. Processo convencional	112

VI CAPACITAÇÃO TÉCNICA	113
1. Formulação dos programas de capacitação	114
Competência 1: Planejamento das ações	117
Competência 2: Promoção da saúde	119
Competência 3: Educação em saúde	121
Competência 4: Prevenção de enfermidades	122
Competência 5: Intersetorialidade	123
Competência 6: Trabalho em equipe	124

MÓDULO INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

I CENÁRIOS DE ATUAÇÃO E AMBIENTES SAUDÁVEIS	129
II ESTRUTURA FÍSICA PARA FUNCIONAMENTO DA ATIVIDADE	130
1. Sala do coordenador e educadores em saúde	130
2. Características dos locais de realização da Atividade	131
III EQUIPAMENTOS E INSUMOS NECESSÁRIOS À OPERACIONALIZAÇÃO DA ATIVIDADE	134
1. De uso comum à Unidade Operacional	134
2. Materiais de apoio	134
3. Acervo didático	135
4. Materiais de consumo	135

ANEXOS

ANEXO I | Estrutura básica de elaboração de projetos

ANEXO II | Dados que auxiliam a identificação de prioridades para o estabelecimento da programação

ANEXO III | Instrumentos e técnicas para coleta de dados necessários ao diagnóstico e ao processo avaliativo

ANEXO IV | Modelos lógicos referentes à estrutura de programação de cada Linha Programática

ANEXO V | Componentes e ações essenciais de uma escola promotora de saúde

ANEXO VI | Relação de recursos metodológicos mais freqüentemente utilizados na Educação em Saúde

ANEXO VII | Exemplos de componentes para construção de indicadores de estrutura, de processo e de resultado

ANEXO VIII | Exemplo de modelo para construção de indicadores de avaliação

ANEXO IX | Relação de atribuições dos estagiários

ANEXO X | Sugestões de ementas de cursos para programa de capacitação dos recursos humanos

ANEXO XI | Desenho do modelo lógico do projeto Transando Saúde

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

Apresentação

Ao Departamento Nacional compete, entre outras funções, propor as normas que regulam o sistema SESC e prestar Assistência Técnica aos Departamentos Regionais.

Neste sentido tem, em sua história, desenvolvido processos que possibilitem à Entidade ter uma unidade normativa, preservando, entretanto, sua descentralização administrativa, como determina o Regulamento.

Uma das preocupações atuais do Departamento Nacional é dar contemporaneidade aos documentos normativos que regem a vida do SESC. Em consequência desta diretriz interna, foram atualizadas e aprovadas pelo Conselho Nacional as *Diretrizes Gerais de Ação*, a *Classificação Funcional Programática* e os *Crêterios de Classificação dos Atendimentos*. As *Normas Gerais de Matrículas* foram igualmente atualizadas. Estes documentos resultaram de um amplo processo de discussão, do qual participaram os órgãos do Departamento Nacional e os Departamentos Regionais.

Nesta perspectiva de estabelecer uma certa unidade da ação programática da Entidade, temos, nos últimos anos, nos dedicado a construir Modelos de Atividades.

O motivo que preside o empenho na formulação destes documentos é a necessidade de se construir bases para a ação técnica do Departamento Nacional junto aos Departamentos Regionais. Procura-se, com isto, evitar discrepâncias nas orientações do seu corpo técnico, fato que poderia ocorrer na medida em que inexistissem documentos que definissem, de forma estruturada, a concepção do Departamento Nacional de como deve ser operada cada atividade que é ofertada a nossa clientela.

O conteúdo desses documentos é a materialização do conhecimento dos técnicos do Departamento Nacional e de suas vivências e diálogos nos Departamentos Regionais.

O Modelo de Atividade nada mais é do que uma concepção de como se deve trabalhar numa dada Atividade. É constituído de módulos que abordam a compreensão política que deve orientar a execução da atividade, os recursos

humanos que são necessários para sua operação, como deve ser planejada a sua programação e os espaços e equipamentos necessários para o efetivo alcance dos resultados pretendidos na execução das Atividades.

Os Modelos de Atividades são, portanto, documentos normativos e orientadores do trabalho do Departamento Nacional junto aos Departamentos Regionais, servindo, também, como referência para os técnicos dos Departamentos Regionais.

O que temos alcançado com a criação destes documentos permite-nos dizer que os resultados vão além de um roteiro seguro para orientar a equipe técnica do Departamento Nacional, em sua ação de cooperação técnica. Pela riqueza de conhecimentos e informações que os caracteriza são, em nossa opinião, instrumentos importantes de apoio à reflexão sobre os temas que neles são tratados.

Demonstração desta nossa afirmativa é que os que já foram editados vêm sendo solicitados por entidades públicas e privadas para serem consultados e servirem de apoio às suas realizações.

Temos certeza de que o Modelo da Atividade Educação em Saúde, que ora estamos publicando, é um valioso instrumento para a operação pelos Departamentos Regionais da Atividade a que se destina, como, também, um importante subsídio àqueles que trabalham nesta área do conhecimento humano.

Maron Emile Abi-Abib
Diretor Geral

Introdução

O Modelo da Atividade Educação em Saúde resulta de um processo coletivo de reflexão teórica acerca da prática, operado com base no diálogo contínuo e em diferentes dinâmicas de trabalho estabelecidas, ao longo do tempo, entre as equipes do Departamento Nacional e dos Departamentos Regionais.

Tal processo esteve sempre norteado pela intenção de investigar, de forma simultânea à proposição de projetos e à experimentação de metodologias, os limites e possibilidades da educação em saúde numa entidade de bem-estar social, visando à estruturação da Atividade em toda a sua potencialidade.

O presente documento pretende, assim, sistematizar conhecimentos e práticas construídos no cotidiano do trabalho, em resposta aos desafios colocados pela clientela e segundo o compromisso de contribuir para a melhoria da saúde e qualidade de vida dos trabalhadores do comércio de bens e serviços e seus familiares.

Seu principal objetivo é a fundamentação conceitual e metodológica da Atividade Educação em Saúde no SESC, visando instrumentalizar as equipes em níveis de gestão e operacionalização para consolidar experiências que viabilizem a sistematização da programação e a estruturação da Atividade em seus aspectos de conteúdo, método e organização.

As construções teóricas fundamentaram-se em uma bibliografia básica que compreende marcos referenciais de várias disciplinas das ciências humanas, sociais e da saúde, com ênfase nas áreas de educação e de saúde. Apoiaram-se sobre as contribuições conceituais e metodológicas mais recentes neste campo de conhecimento e prática.

É uma abordagem que se articula também às políticas públicas contemporâneas relativas ao setor saúde, buscando guardar relação direta com as diretrizes fixadas para educação em saúde, em âmbito nacional.

O ponto de partida dessa sistematização está no **MÓDULO POLÍTICO**, que se inicia pela reconstituição dos saberes e práticas que foram conformando a Atividade Educação em Saúde no SESC, na sua relação com os diferentes momentos políticos, sociais e econômicos do país.

Essa **retrospectiva histórica** permite evidenciar as reformulações ocorridas nos pressupostos filosóficos, teóricos e metodológicos da Atividade e compreender os determinantes políticos e ideológicos em que se baseiam os diferentes modelos e tendências pedagógicas que orientam a prática educativa em saúde.

Buscou-se favorecer, dessa forma, a compreensão acerca dos motivos que justificam a opção conceitual e metodológica que orienta a política do SESC na área, a qual está referida a concepções ampliadas e inter-relacionadas de saúde e educação, privilegiando práticas participativas e transpondo os limites da ação voltada para a mudança de comportamento individual para alcançar uma ação social transformadora, comprometida com a melhoria das condições de vida.

Dentre os **fundamentos conceituais e metodológicos** da Atividade Educação em Saúde, a abordagem da **evolução do conceito de saúde** permite evidenciar a superação da concepção que restringe seus condicionantes a fatores biológicos. Passa-se a considerar também o conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e psicológicos, evidenciando o direito à saúde como conquista social em que a participação ativa da população se faz fundamental. Essa concepção está associada ao conceito de **qualidade de vida**, relacionando-se diretamente com o compromisso fundamental do SESC com a promoção da saúde como elemento inseparável na relação entre padrão de vida e bem-estar.

A saúde, compreendida como bem-estar e qualidade de vida, transcende a idéia de formas sadias de vida. Remete-se aos **estilos de vida**, os quais são influenciados por fatores sociais e ambientais, estando intimamente ligados aos valores, às prioridades e às possibilidades ou condicionamentos práticos de situações culturais, sociais e econômicas determinadas.

Na origem das práticas saudáveis estão, portanto, fatores complexos. Os objetivos educativos específicos da ação de saúde procuram sempre intervir nos determinantes da saúde, provocando mudanças nos motivos que levam à adoção de um determinado estilo de vida, nas condições que favorecem essa decisão e nos apoios sociais e estruturais que a reforçam.

Valorizando a diversidade e a heterogeneidade dos grupos sociais, a **educação**

problematizadora e a construção compartilhada do conhecimento são as matrizes teóricas que devem orientar a prática educativa, a fim de possibilitar a relação e o diálogo entre sujeitos diferentes, com saberes e experiências diversas, desenvolvendo a capacidade de análise crítica para a construção coletiva do conhecimento e da organização política necessários à superação dos problemas associados à saúde e à qualidade de vida.

O **planejamento da ação educativa** deve, assim, resultar de uma construção coletiva, exigindo um **enfoque participativo** e um **raciocínio estratégico**, de forma a envolver profissionais e clientela no processo de discussão capaz de definir os problemas que se revelam prioritários e identificar as oportunidades e intervenções estratégicas para atuação sobre seus determinantes, desencadeando o processo de resolução, a partir do engajamento dos diferentes atores sociais.

Destacam-se como **áreas de atuação**: 1) a **promoção da saúde**, que tem como alvo de suas ações a melhoria das condições de vida e de saúde das pessoas, no âmbito da sua vida cotidiana, requerendo identificar os respectivos fatores determinantes para fortalecer tudo aquilo que contribui para a melhoria da saúde e do desenvolvimento humano; 2) a **prevenção de doenças e agravos à saúde**, que se orienta para ações de detecção e controle de fatores de risco ou fatores causais de grupos de doenças ou de uma doença específica, sendo fundamental que se leve em consideração a contextualização do estilo e dos modos de vida do grupo familiar e da comunidade para se evitar a “culpabilização” da vítima e a “medicalização” da vida cotidiana; 3) o **controle social da saúde**, que consiste na instrumentalização para a participação ativa da clientela, pretendendo não somente a criação de uma nova consciência sanitária mas a construção da participação popular na gestão partilhada de ações sociais.

O conjunto dos fundamentos conceituais e metodológicos norteia o estabelecimento de **diretrizes políticas, técnicas e operacionais** relacionadas à estruturação da Atividade e sua relação com as demais áreas, aos objetivos da ação, aos aspectos de metodologia e programação e ao processo de avaliação.

Essas diretrizes reafirmam o compromisso da Atividade Educação em Saúde com a proposição, desenvolvimento e avaliação de estratégias de promoção da saúde, prevenção de doenças e preservação do ambiente que estimulem

a participação social e contribuam para o desenvolvimento da capacidade de análise crítica das equipes técnicas e da clientela acerca dos fatores determinantes da saúde, com vistas à implementação de medidas individuais e coletivas para intervenção sobre os problemas avaliados prioritários.

Com o propósito de auxiliar a **avaliação do nível de estruturação da Atividade Educação em Saúde**, são propostos **indicadores**, a partir dos quais é possível para cada Departamento Regional verificar o grau de organização e de efetividade em que a Atividade se encontra, possibilitando identificar que medidas devem ser implementadas para que essa área possa se desenvolver de forma integral.

O **MÓDULO PROGRAMAÇÃO** define **critérios para estabelecimento da programação da Atividade**, de forma a garantir correspondência com as características e demandas da clientela e vinculação com as prioridades estratégicas do Departamento Regional, conforme o objetivo de desenvolver um trabalho de promoção da melhoria da qualidade de vida do trabalhador do comércio e de seus familiares.

O **ponto de partida** para o estabelecimento da programação é o levantamento das principais condições da clientela e do seu entorno, avaliando as condições que levam ao adoecimento ou otimizam a saúde, bem como o potencial de articulação com instituições e organizações comunitárias, visando ao desenvolvimento de ações integradas e ao engajamento de diferentes setores no encaminhamento de soluções aos problemas evidenciados. Tais informações devem ser levantadas conforme as possibilidades estruturais da Atividade no Departamento Regional, podendo-se lançar mão dos dados já sistematizados, através da matrícula e dos projetos realizados pelas diferentes Atividades.

Esse momento do planejamento é fundamental para que se garanta a proposição de ações que estejam de acordo com os reais interesses e necessidades sentidas e expressas pela clientela, evitando, ainda, a duplicação de ações já desenvolvidas na comunidade e de amplo acesso dos grupos sociais atendidos pelo SESC.

A **estrutura de programação** compreende as **estratégias** de: **capacitação, intersectorialidade e construção de ambientes saudáveis**, às quais correspondem **ações** implementadas através de uma metodologia que prevê

recursos dinâmicos e participativos, capazes de facilitar a comunicação adequada às peculiaridades dos diferentes grupos sociais e seus problemas de saúde.

Assumindo como ponto de partida a clientela e suas peculiaridades, evitou-se padronizar áreas temáticas a serem trabalhadas igualmente por todos os Departamentos Regionais. Em lugar disso, propõe-se a organização da programação através de **linhas programáticas** definidas pelas **etapas do ciclo de vida**: infância, adolescência, maturidade e envelhecimento, na sua relação com os **cenários de atuação** que se referem, além do próprio SESC, ao mundo do trabalho, à família e às organizações socioculturais e religiosas, creches e escolas, e serviços de saúde.

A classificação de **temáticas relevantes**, pertinentes a cada linha programática, foi orientada pelo conhecimento acerca das características de cada fase do ciclo de vida, levando em consideração o perfil epidemiológico e a relação com o contexto social, econômico e cultural brasileiro.

As **atividades básicas** propostas para cada linha programática correspondem às principais estratégias e áreas de atuação da Educação em Saúde e referem-se, em grande parte, às experiências de trabalho já implementadas com êxito pelas equipes dos Departamentos Regionais, contemplando os dois níveis de atuação da Educação em Saúde: as esferas direta e complementar às demais Atividades/ Programas.

O processo de **acompanhamento e avaliação de programas e projetos** é entendido como um conjunto de procedimentos voltado não apenas para verificação de resultados, mas também para a avaliação de processos. Objetivos, estratégias e resultados são elementos que só podem ser compreendidos na sua articulação, inseridos num dado processo e dinâmica de ação, sendo impossível que sejam avaliados de forma isolada. Não é uma avaliação que apenas mensura quantitativamente os benefícios ou malefícios de uma política ou programa, mas que qualifica decisões, processos, resultados, impactos.

Deseja-se que esse processo possa contribuir para elevar a qualidade das ações desenvolvidas e alcançar o mais alto grau de adequação possível da programação ao público a que se destina, em termos de temáticas, conteúdo, linguagem, enfoque, metodologia e sobretudo, na constituição de sujeitos sociais.

O **MÓDULO RECURSOS HUMANOS** parte da caracterização do processo de trabalho no campo da saúde, para revelar os fatores que, associados aos princípios conceituais e metodológicos da Atividade, orientam a definição do **perfil funcional** do educador em saúde no SESC.

O fundamental é que o profissional, para além de sua **formação acadêmica** (circunscrita às diferentes áreas do conhecimento), apresente características relacionadas principalmente a sua **forma de aproximação com a clientela e sua afinidade com o trabalho social**.

A **composição da equipe** está baseada na existência de um coordenador da Atividade em nível central e pelo menos um educador em saúde em cada Unidade Operacional, sendo desejável, para o êxito da programação, que sejam profissionais com **dedicação exclusiva**.

São descritas as **atribuições** relativas aos cargos de Coordenação da Atividade e de Educador em Saúde nas Unidades Operacionais, que diferem entre si, essencialmente, no que se refere aos procedimentos de planejamento, de gerência e de supervisão das ações.

Esse conjunto de informações orienta o estabelecimento de **critérios para seleção** dos profissionais, que poderá ser realizada através de **modalidades diferenciadas** aqui categorizadas conforme nível de complexidade referente a sua forma de execução e de eficiência quanto aos seus resultados.

As peculiaridades do trabalho, que impõe o desenvolvimento de estratégias para lidar com os determinantes do processo saúde-doença diretamente relacionados ao dia-a-dia dos serviços e ao contexto de vida da clientela, apontam para a pertinência de que o processo de **capacitação técnica** esteja baseado no modelo da **educação continuada**, proporcionando a reflexão teórica a partir das questões do cotidiano da prática.

Portanto, os programas educativos deverão ser elaborados com base nas demandas e necessidades locais e em conformidade com as equipes, implementando um processo que articule os saberes técnico-profissionais às experiências vivenciadas na execução da Atividade no SESC.

São apresentadas as **competências** consideradas indispensáveis para atuação na área de educação em saúde e as **habilidades e conhecimentos** a elas correspondentes, entendendo-se que, segundo a proposta de educação

continuada, deverão se constituir apenas em eixos orientadores, elegendo-se aqueles que se mostrem relevantes, a partir da análise dos níveis de qualificação dos recursos humanos e de estruturação da Atividade nos Departamentos Regionais.

Ainda segundo esse enfoque, entende-se que a **avaliação** dos resultados desse processo de desenvolvimento técnico deverá ser **contínua** e estar referida aos seus efeitos para a qualidade do serviço prestado e otimização das condições da Atividade para intervenção sobre os fatores associados à saúde e qualidade de vida da clientela.

O presente documento é concebido como parte integrante deste espaço educacional contínuo, podendo ser considerado um resultado do processo, já implementado junto às equipes dos Departamentos Regionais, de reflexão crítica e discussão teórica acerca da prática educativa em saúde desenvolvida.

Por fim, o **MÓDULO INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS** enfatiza as **condições e características físico-ambientais para funcionamento da Atividade e operacionalização das ações**, partindo de um enfoque abrangente que considera as dimensões social, econômica, política e cultural. Propõe, assim, critérios para eleição dos locais de realização da Atividade com base em variáveis relacionadas ao compromisso de promoção da qualidade de vida, saúde e bem-estar do comerciário no entorno produtivo, familiar e comunitário.

Na organização do Modelo, encontra-se ainda a seção de anexos, composta por materiais complementares que visam favorecer a compreensão da dimensão operacional dos conceitos trabalhados.

Encontram-se organizados aqui, portanto, os principais elementos de estruturação da Atividade. Contudo, entendemos que este documento não tem um fim em si mesmo, nem se esgota no momento da conclusão de sua elaboração. Requer o dinamismo a ser proporcionado por sua aplicação prática nas diferentes realidades onde a entidade atua e a revisão crítica capaz de promover sua permanente atualização, a cada nova descoberta e desafio superado pelas equipes, com vistas à realização integral do potencial da Atividade Educação em Saúde no SESC.

MÓDULO POLÍTICO

“Ninguém sabe tudo, assim como ninguém ignora tudo. O saber começa com a consciência do saber pouco (enquanto alguém atua). É sabendo que se sabe pouco que uma pessoa se prepara para saber mais... O homem, como um ser histórico, inserido num permanente movimento de procura, faz e refaz constantemente o seu saber.”

Paulo Freire

I | EVOLUÇÃO DA ATIVIDADE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO SESC E SUA RELAÇÃO COM O CONTEXTO HISTÓRICO-SOCIAL BRASILEIRO

As práticas de educação em saúde estão inseridas em um processo amplo de mudança social, estando condicionadas por dimensões estruturais complexas que precisam de uma análise histórica visando sua melhor compreensão.

O estudo retrospectivo possibilita analisar a evolução da Atividade Educação em Saúde no SESC, em sua relação com a história da sociedade brasileira, viabilizando a constatação de que sofreu diversas alterações em seus pressupostos filosóficos, teóricos e metodológicos. Essas alterações acompanham o desenvolvimento dos modelos tecnológicos da saúde pública e os conceitos preponderantes da educação formal, dominados pelas políticas social e econômica vigentes nas distintas épocas em nosso país.

Enfocar os principais momentos da educação em saúde no cenário nacional se faz necessário, a fim de favorecer uma melhor compreensão e análise das concepções de educação e de saúde que norteiam a prática institucional atual, embasando a opção conceitual e metodológica que orienta a política do SESC nessa área.

1. A EDUCAÇÃO SANITÁRIA

Pela análise das políticas públicas de saúde, percebe-se que a ideologia da educação sanitária, através dos diferentes períodos da história, traz a marca da *higiene*, do *eugenismo* e do *sanitarismo*.

Influenciada pelas experiências européias dos séculos XVIII e XIX, em que se via a necessidade de compreender a influência das condições de vida sobre a saúde das pessoas e de intervir sobre elas, a educação em saúde no Brasil tem sua origem marcada por discurso e prática normatizadores.

1.1. De 1920 até primeira metade dos anos 40: normatização, controle higiênico e eugenismo

A então denominada Educação Sanitária, conforme instituída na década de 20, tinha propósitos claros de higienização social e cumpria a tarefa de normatização da arquitetura do espaço urbano e de controle higiênico das camadas menos favorecidas da população, disciplinando a vida cotidiana das camadas trabalhadoras. Objetivava, assim, “impedir as obras resultantes da indisciplina de certos moradores, teimosos em manterem o desasseio em suas casas, rebeldes por índole e educação aos conselhos de higiene”.¹

A educação deveria trabalhar a consciência do indivíduo, assumindo o papel de transmissora de preceitos e normas médico-sanitárias, partindo da compreensão de que cabia ao indivíduo a responsabilidade pela sua saúde, através da aquisição de uma consciência sanitária.

Nas duas décadas que se seguiram (anos 30 até meados dos anos 40), exacerbando a doutrina higienista, a pedagogia da saúde passa a se orientar por princípios da eugenia, visando preservar uma raça sadia e hígida. “Esse *higienismo da raça* buscava evitar, mediante a cooperação entre ciência, educação, propaganda e legislação, qualquer desordem social ou moral, passando por cima da vontade individual, familiar, ou de quem quer que fosse.”²

Essas diretrizes de aprimoramento eugênico, respaldadas pelos imperativos biológicos e evolucionistas, orientavam a proposição de hábitos de vida puritanos e do casamento eugênico para impedir a multiplicação dos inaptos. Havia diretrizes específicas para as crianças, alvos dos pelotões de saúde nas escolas públicas. Além disso, realizavam-se campanhas sanitárias episódicas de combate a moléstias.

Com base nas ciências biológicas, estruturava-se o conteúdo que era difundido para os indivíduos e grupos sociais. Tratava-se de conteúdo formal, desvinculado das condições e realidades de vida das populações das distintas

regiões do país.

1.2. De 1946 até meados da década de 60: abertura de uma nova frente de trabalho

No desenrolar da segunda metade da década de 40, com o fim do Regime Autoritário do Estado Novo e a derrota mundial do fascismo, a educação higiênica procurou transformar-se em dispositivo “técnico e apolítico”.³

Há uma maior aproximação com a ideologia do sanitarismo que, desde os anos 20, vinha propondo uma nova organização dos serviços de saúde em que “a educação sanitária seria a base da ação em saúde, sendo reduzido ao máximo possível o poder coercitivo da polícia sanitária”.⁴

As práticas pedagógicas foram transformadas em técnicas didáticas mais modernas de auxílio às ações verticais e campanhas de saneamento e combate sanitário, estando orientadas para atuar na modificação de costumes e hábitos de populações ameaçadas por doenças endêmicas.

O período de 1942-64 é marcado pela abertura de uma nova frente na educação sanitária: a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), criada a partir de acordo firmado entre o Brasil e os Estados Unidos, em função do interesse pela exploração da borracha e de minérios na região amazônica.

Esse serviço sanitário, responsável por controlar as grandes endemias da região, guiando sua prática de intervenção social pela necessidade de integrar o homem rural no processo de desenvolvimento e incorporação de novas tecnologias, introduziu a ideologia do desenvolvimento de comunidade, participação comunitária e educação de grupos.

Além disso, teve influência no currículo da educação sanitária, incorporando os fatores sociais, econômicos e culturais na maneira de perceber e explicar o processo saúde-doença. Mas tais fatores eram concebidos como barreiras para a ação educativa:

“Embora aqueles fatores sejam considerados para compreender a doença, esta é percebida como fenômeno individual. Os indivíduos oferecem uma “barreira” cultural, econômica e/ou social que deve ser diagnosticada, no sentido de rompê-la. A educação de indivíduos ainda é solução para prevenir doenças e caminhar para um estado de saúde.”⁵

Introduziram-se novas técnicas de difusão de informação e convencimento (grupos, recursos audiovisuais e desenvolvimento de lideranças comunitárias) em que, no entanto, a população continuava a ser vista como passiva e incapaz de iniciativas próprias.

1.3. A criação do SESC em 1946 e a primeira década da Atividade Educação Sanitária⁶

É nesse período que se dá a criação do SESC, como entidade privada mantida pelos empregadores, através da Confederação Nacional do Comércio (CNC). Seu surgimento foi precedido por reuniões sucessivas das classes produtoras do país, refletindo tomada de posição conjunta desses setores diante dos graves problemas sociais existentes àquela época.

Reconhecendo a importância de considerar as necessidades de sua população-alvo, bem como buscar estratégias para seu enfrentamento, foi estabelecida a ação que a entidade deveria desenvolver para a solução de problemas mais prementes que atingiam a classe comerciária e que se transformariam em indicações dos campos iniciais de atuação do SESC. Estes foram basicamente: *Saúde, Educação, Transporte, Habitação, Alimentação, Vestuário e outros*.

Assim, segundo estudos institucionais realizados, o ponto de partida foi a seleção das necessidades por prioridades, com hierarquização das mesmas. A partir daí ficou estabelecido que o SESC trataria em ações supletivas algumas áreas da lacuna existente no campo da assistência social e que não eram cobertas pelo Governo; o que não excluía atendimento, dentro do possível, a outras solicitações da classe comerciária.

Foram criados os Serviços Médicos Assistenciais, que incluíam: Maternidade e Infância; Assistência aos Tuberculosos; Assistência Dentária; Serviço Social de Casos. A Educação Sanitária, nessa classificação, surgiu como componente dos chamados Serviços Paramédicos, juntamente com a Nutrição.

Até 1956, a Atividade Educação Sanitária era realizada principalmente através de visitas domiciliares, atuando estreitamente articulada ao Serviço Materno-Infantil e no Combate à Tuberculose, áreas que se impunham como essenciais ao momento sanitário do país. Pouco desenvolvia outras formas de operacionalização, tais como cursos e palestras.⁷

Após os cinco primeiros anos, realizou-se em 1951 a Primeira Convenção Nacional de Técnicos do SESC, com vistas a avaliar sua ação. Foi possível revisar sua política assistencial e reorientar suas atividades para um trabalho social de maior profundidade. Teve como fundamento análise cuidadosa das condições específicas das populações comerciárias de cada Departamento Regional, estando aí incluídos seus ambientes de vida para caracterizar, com base nas realidades locais, as diretrizes gerais de seus programas de ação.⁸

Dentre outras recomendações dessa Convenção, ficou definida a permanência do profissional de educação sanitária no campo do serviço médico-social, com o objetivo principal de desenvolvimento de campanhas educativas para eliminar causas de absenteísmo, identificadas através de pesquisas nessa área.

A ênfase dada à ação e orientação educativa não-formal, enquanto meio de contribuir para o bem-estar social da coletividade comerciária, baseava-se na concepção do homem enquanto livre e responsável, capaz de atuar no seu contexto para modificá-lo e fazê-lo progredir, responsável não só pelo seu destino individual, como também pelo de sua comunidade e de sua sociedade.⁹

A II Convenção Nacional de Técnicos do SESC, realizada em 1956, avança nessa proposta ao apresentar como idéia principal a da participação do SESC na organização da comunidade, tendo como destaque a recomendação para intensificação das atividades no campo da educação sanitária e das campanhas profiláticas, com integração nos movimentos da ação social da comunidade. Tal concepção considerou o grupo-alvo como sujeito de um processo de educação social democrático capaz, portanto, de dar forma e concretude às expressões: “bem-estar social do comerciário” e “bem comum”.¹⁰

2. A EMERGÊNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CENÁRIO NACIONAL E NO SESC

A emergência da educação em saúde, contrapondo-se à educação sanitária, se dá a partir de 1967, com a abertura do curso de Educação em Saúde Pública, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP).

Passa-se a se considerar a multicausalidade do processo saúde-doença, mas as medidas educativas continuam sendo vistas como a solução para o

enfrentamento das “barreiras” sociais, econômicas e culturais oferecidas pela população – principal responsável pela resolução de seus próprios problemas, carecendo de uma “tomada de consciência” para mudança do estado de doença para o estado de saúde.

O cenário político, econômico e social é marcado pelo fechamento das instituições, o aprofundamento das relações sociais capitalistas de produção, a concentração de renda, a diminuição dos gastos com as políticas sociais e a expansão dos serviços médicos privados. Limitam-se os espaços institucionais para a educação em saúde desenvolver os seus trabalhos, e a educação visando ao planejamento familiar figura como campo quase que único, segundo as intenções do controle demográfico.¹¹

No SESC, o final da década de 60 marca o encerramento dos serviços especializados – tuberculose, materno-infantil – que compunham, juntamente com a educação sanitária, o conjunto de práticas denominadas Defesa da Saúde. Foi realizado em 1967 o I Seminário sobre Educação Permanente e Defesa da Saúde, na busca de definir aspectos básicos na política do SESC que contemplassem estes campos, dentro de suas prioridades de ação e da disponibilidade de recursos existentes.

O relatório desse Seminário aponta de um lado para a importância dos programas de educação sanitária, embora reconheça sua dificuldade de implementação na ausência de um especialista. E, de outro, para a necessidade de sua redefinição, a partir da contratação de um educador sanitário capaz de planejar as ações, acompanhar sua implementação, bem como assumir funções de treinar e supervisionar profissionais nessa área.

Em 1968, a prioridade dada aos serviços médicos propiciou a contratação de profissionais com formação/especialização nas áreas: educação sanitária, serviço odontológico e alimentação e nutrição. No caso da Educação em Saúde, a partir da incorporação de um sanitarista iniciou-se o redimensionamento da Atividade em uma entidade de bem-estar social.

Este redirecionamento teve como característica básica a busca das diversas contribuições que a Atividade poderia prestar aos diferentes programas/atividades do SESC já existentes. Esta se deu, inicialmente, com as Atividades recreação infantil, cursos de corte e costura e culinária, educação física, entre

outros.¹²

Essa concepção mais abrangente do papel da educação em saúde, para além de uma Atividade setorizada, foi um marco importante do que pode ser denominado segundo período de sua história. Seu registro pode ser encontrado em documento interno institucional:

“Além da assistência médica, em qualquer um dos trabalhos com que o SESC atinge a sua população há reflexos diretos ou indiretos na saúde. Portanto, em toda oportunidade de contato individual, de grupo, de comunidade ou de população, está também implícita uma preocupação sanitária, na meta de bem-estar almejado.”¹³

2.1. Década de 70: reformulação da prática educativa – compromisso com a transformação da realidade

Na década de 70, com as mudanças sociais, econômicas e políticas e, principalmente, com o fortalecimento dos movimentos da sociedade civil, os profissionais de saúde passam a repensar a educação e a sua prática, criando condições para ampliação do conceito sobre o processo saúde-doença e assumindo como grande desafio a tentativa de reverter a relação academicista que sempre existiu entre os que supostamente ensinam e os que obrigatoriamente aprendem.

A tradicional concepção da educação sanitária voltada para a mudança de comportamento foi sendo superada pela compreensão da prática educativa como um compromisso com a transformação da realidade. A educação passa, então, a ser repensada como um processo capaz de desenvolver nas pessoas a consciência crítica das causas dos seus problemas e, ao mesmo tempo, criar uma prontidão para atuar no sentido da mudança.

É nessa época que começam a aparecer os trabalhos de educação popular no campo da saúde, inspirados nas idéias e práticas desenvolvidas por Paulo Freire, desde a década de 50.

“Este é o momento em que se pode, bem mais do que nos anos 60, falar de uma ‘experiência de Educação Popular na área da saúde’. E ela se realiza quando o trabalho profissional de Saúde Pública funde-se em um trabalho cultural de Educação Popular por meio da Saúde. Quando a ação médica

e a de outros profissionais da 'área da Saúde' não se limita a uma assistência a clientes do povo. Quando ela se estende a uma ação cultural ampliada de diálogo e de crescimento de parte a parte, em busca de saídas e de soluções sociais a partir do que se vive e do que se troca, do que se aprende e do que se motiva, quando se dialoga crítica e criativamente sobre a vida e o mundo por intermédio do corpo e da saúde.”¹⁴

No SESC, consolidando o marco inicial do segundo período na história da Educação em Saúde, foi redigido em 1973 o documento *Política de Educação para a Saúde no SESC*, que surge da necessidade de sistematização da prática educativa em saúde.

Os principais pontos do referido documento (1973:15-16) enfatizam a programação da ação educativa em saúde, nas seguintes direções:

a) levantamento e análise da situação de saúde da clientela, com a preocupação de identificar os componentes comportamentais e conceituais dos problemas encontrados;

b) análise organizacional dos Departamentos Regionais (DD.RR), desde o que concerne aos objetivos da organização em face dos problemas e das necessidades de saúde da clientela, até as modalidades de prestação de serviços e de ambientes direta ou indiretamente relacionados com a saúde;

c) levantamento das condições de trabalho nas empresas (condições de ambiente, restaurantes, transportes etc.)

d) procura e experimentação de novas estratégias educacionais adequadas às circunstâncias da clientela e à configuração dos seus problemas de saúde;

e) desenvolvimento de estratégias de ação conjunta e coordenada com as empresas e com os órgãos de saúde governamentais, visando ao melhor atendimento dos comerciários e ao melhor rendimento dos recursos disponíveis para a saúde.

A Atividade passava a assumir novos pressupostos teóricos e metodológicos que levavam a considerar não só os componentes comportamentais dos problemas identificados, mas, principalmente, a identificação dos conceitos que os permeavam, sob o ponto de vista da clientela.

A organização da programação assim definida refletiu a preocupação com a articulação de saberes na direção do exercício da cidadania, levando, entre

outras estratégias, à experimentação e pesquisa de processos educacionais que melhor apoiassem práticas educativas para saúde, adequadas às circunstâncias da clientela e à configuração de suas demandas.

Esta questão está presente no documento *Normas de Assistência Técnica em Educação Sanitária*, quando acentua que: “a população deve ser envolvida desde a fase inicial da programação para que esta seja estabelecida de acordo com seus interesses, recursos e aspirações dos grupos, que são o ponto de partida e as forças motivadoras para qualquer realização”.¹⁵

A prática educativa em saúde no SESC teve em sua evolução, portanto, dois momentos marcantes: o primeiro, quando funcionava integrada ao serviço médico como apoio importante para seu desenvolvimento. O segundo, a partir de 1968 quando passou a permear as outras Atividades, promovendo, a incorporação da dimensão educativa em saúde nas diferentes práticas profissionais.¹⁶

2.2. As contribuições da estratégia de promoção da saúde a partir da década de 80

O conceito moderno de promoção da saúde (e a prática conseqüente) surgiu e se desenvolveu de forma mais vigorosa na década de 80, nos países em desenvolvimento, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental. Já foram realizadas sete iniciativas multinacionais, desenvolvendo as bases conceituais e políticas da promoção da saúde, sendo cinco conferências de caráter internacional/global, respectivamente em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997) e México (1999) e outras duas de caráter sub-regional, em Bogotá (1992) – quando se introduziu formalmente o tema na América Latina – e Port of Spain (1993).

Sob o patrocínio da Organização Mundial de Saúde, esse movimento vem, assim, avançando no contexto mundial, incorporando-se como um novo paradigma da conformação das funções essenciais de saúde pública.

A promoção da saúde é caracterizada pela ênfase dos determinantes gerais (políticos, sociais, econômicos, ambientais e culturais) sobre as condições de saúde, sustentando-se no entendimento de que se constitui num processo construído com a participação crescente da própria comunidade e de diferentes

setores do governo para:

- a) desenvolvimento de habilidades pessoais e coletivas, potencializando a sociedade para assumir o controle sobre a sua saúde e qualidade de vida;
- b) viabilização de condições legais e ambientais que favoreçam a saúde, contribuindo para que as opções saudáveis sejam as escolhas mais fáceis;
- c) formação e disponibilização de recursos para proteger e recuperar a saúde.

Valoriza-se, portanto, a abordagem intersetorial, a participação e a responsabilidade da sociedade na formulação de políticas favoráveis à saúde e a uma melhor qualidade de vida, com ênfase em ambientes saudáveis e equidade.

Alcançar a equidade em saúde é um dos focos principais, buscando assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios (capacitação) que permitam a todas as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde, entendendo-se que as pessoas não poderão realizá-lo se não forem capazes de controlar os fatores determinantes do processo saúde-doença.

Assume como principais áreas temáticas¹⁷:

- a) Acesso à saúde.
- b) Desenvolvimento de um entorno facilitador da saúde*.
- c) Reforço de redes e apoios sociais.
- d) Promoção de comportamentos positivos para a saúde e das estratégias de enfrentamento adequadas, um objetivo essencial para a promoção da saúde.
- e) Aumento dos conhecimentos e difusão da informação relacionada com a saúde.

O marco de atuação de educação para a saúde transcende, assim, a esfera das condutas individuais para os entornos físicos e sociais que determinam as opções individuais. Dessa forma, o componente educação em saúde no enfoque da promoção da saúde deve:

- a) ser amplo e integral, de forma a conter os diversos fatores que o influenciam;
- b) considerar que os indivíduos aprendem através de uma grande variedade

¹⁷ Entorno: dimensão do campo da saúde que se refere a fatores que podem constituir obstáculos para a saúde (entornos *perigosos*: violência, segurança dos meios de locomoção, condições de risco no trabalho, contaminação do ar e da água) ou não (entornos *protetores*: necessidades básicas do ser humano — comer, vestir e abrigar-se — e amenidades — o que contribui para facilitar e fazer agradável a vida: o transporte, o relaxamento, a beleza, a distração).

de fontes, cenários e formas;

c) possibilitar o desenvolvimento pleno das potencialidades para o alcance de melhores condições de vida, saúde e educação.

A Atividade Educação em Saúde no SESC, inicialmente inserida no campo de atuação médico-social como importante estratégia de prevenção e controle de doenças, tem seus princípios orientadores reformulados ao longo do tempo e a partir da década de 90, e incorpora as contribuições da estratégia de promoção da saúde, na forma de organizar a sua prática.

O eixo orientador da programação passa a ser a saúde, entendendo-se que as ações de promoção da saúde são aquelas que intentam aumentar o período de vida plena com qualidade de vida, adiando a morte, o quanto for possível, e reduzindo o tempo de mal-estar e incapacidade por doença.

Renova-se o compromisso de universalizar conhecimentos e práticas educativas em saúde, de modo articulado aos diferentes Programas – Cultura, Educação e Assistência –, bem como às demais Atividades do Programa Saúde, compreendendo-se que tais áreas atuam nos chamados *recursos para a saúde*.

3. A EDUCAÇÃO EM SAÚDE HOJE

Obviamente que nessa trajetória da educação em saúde no cenário nacional a ênfase conferida ao trabalho pedagógico não se deu de forma tão linear e a convivência de diferentes modelos teóricos que sustentam as práxis* educativas no setor saúde é marcante. A ênfase no trabalho de *transmissão* do conhecimento para a *mudança de comportamento* perpassou todas essas fases e ainda é a tônica de muitas propostas.

Essa retrospectiva histórica nos permite compreender os motivos dessa tendência hegemônica de estruturar as ações educativas no sentido de ampliar informações da população em geral sobre as principais enfermidades, enfatizando inúmeras recomendações sobre comportamentos “certos” ou “errados” relacionados às doenças e a sua prevenção.

Destaca-se a vigência predominante, nos serviços brasileiros de saúde, de um modelo assistencial que privilegia as ações curativas e centra-se no atendimento

* Entende-se por práxis a concepção que integra em uma unidade dinâmica e dialética a prática social e sua pertinente análise e compreensão teórica, ou seja: a inter-relação entre a prática (a ação social transformadora) e a teoria que orienta e ajuda a conduzir essa ação.

médico, segundo uma visão estritamente biológica do processo saúde-doença. Esse modelo condiciona a prática educativa a ações que visam modificar práticas dos indivíduos consideradas inadequadas pelos profissionais, mediante a prescrição de tratamentos, condutas e mudanças de comportamento.¹⁸

A ação educativa na prática de saúde, assim concebida, tem se caracterizado como a transmissão de um conjunto de conhecimentos, de um saber pronto e acabado, desvinculado do cotidiano daqueles a quem se destina, sem nenhuma contextualização das condições de vida a que estão submetidos.

A predominância da racionalidade médico-sanitária marca uma prática de tradição academicista e ainda quando se propõem atividades chamadas participativas, particularmente a formação de grupos, sua organização prevê prioritariamente aulas ou palestras, praticamente inexistindo espaço para outras manifestações que não sejam dúvidas pontuais a serem respondidas pelos profissionais.

Em contrapartida, as mudanças profundas no relacionamento entre o Estado e a sociedade civil, marcado pela reivindicação de uma maior participação social no estabelecimento de políticas públicas, delineiam uma tensão entre uma proposição participativa e a tendência de controle do Estado e repercutem na definição de um novo papel do cidadão na construção de seu bem-estar.

Dessa forma, as concepções educativas que amparam essas práticas autoritárias tornam-se cada vez mais passíveis de superação, uma vez que foram se tornando incompatíveis com o próprio movimento social comprometido com uma democracia orientada para a liberdade individual, a solidariedade e a igualdade social. Aparece mais claramente a preocupação com o desenvolvimento da “autonomia dos sujeitos” e, portanto, com o processo de constituição de sujeitos sociais competentes e responsáveis por transformações sociopolíticas voltadas para os seus interesses.¹⁹

Na análise desses modelos pedagógicos, figura como desafio para a educação em saúde atual superar as limitações do enfoque exclusivamente baseado na capacidade dos indivíduos e do outro centrado apenas na mobilização social e política, procurando incorporar aspectos das distintas abordagens, naquilo que são complementares.²⁰

Evidencia-se uma redefinição de concepções e práticas no campo da educação

em saúde, possibilitando reformulações significativas, tais como:

a) superação da percepção linear, descontextualizada do processo saúde-doença, que passa a ser entendido no contexto de seus determinantes sociais e históricos;

b) renovação teórico-metodológica, passando de uma prática autoritária e desligada da luta social mais ampla para uma modalidade de intervenção que contempla a potencialização das capacidades individuais e grupais e incorpora a dialogicidade do processo ensino-aprendizagem;

c) proposição de programas ampliados de melhoria das condições de vida e não somente de prevenção e controle de determinadas doenças.

O SESC reafirma sua filosofia de atuação, cuja tônica principal é o incentivo à participação da comunidade, da clientela específica e das equipes técnicas, entendendo que “a atual educação em saúde interpreta os processos de saúde e doença a partir de referenciais múltiplos e privilegia práticas participativas, considerando que educadores e população têm saberes complementares, sendo parceiros na luta por melhores condições de vida, transpondo os limites da ação sanitária para alcançar uma ação social transformadora, comprometida com a promoção da saúde e o bem-estar geral”.²¹

II | FUNDAMENTOS CONCEITUAIS E METODOLÓGICOS

1. SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

Em todo o mundo se tem buscado uma concepção mais abrangente e explicativa do processo saúde-doença, capaz de superar a compreensão biologicista e mecanicista da saúde como estado de funcionamento harmônico do corpo humano na sua relação com o meio ambiente.

O conceito global e multicausal da saúde leva em consideração as diferentes ordens de complexidade da determinação do processo saúde-doença, compreendendo-o como resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais, psicológicos e, também, biológicos.

De fato, “doença e sofrimento de uma pessoa, quer seja ela criança, homem,

mulher, idoso, trabalhador, morador da periferia urbana ou da zona rural, em grande parte costumam ocorrer, de modo extremamente semelhante, entre muitas pessoas que pertençam ao mesmo grupo social, classe ou lugar de moradia”.²²

É possível perceber que cada sociedade tem um discurso sobre saúde-doença e sobre corpo, que em geral corresponde a sua visão de mundo e a sua organização social.

São nítidas as associações que ocorrem entre o modo de viver, adoecer e morrer e as condições sociais, permitindo ver claramente como são marcantes as relações entre as condições de vida, hábitos e adoecimentos.

Assim, adota-se contemporaneamente um conceito positivo de saúde, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, levando-se em consideração:

a) o ***modo de vida*** de cada sociedade, em cada momento histórico: expressão das características do meio natural, do grau de desenvolvimento de suas forças produtivas, de sua organização econômica e política, de sua forma de relacionar-se com o meio ambiente e de outros processos gerais que configuram sua identidade como formação social;

b) as ***condições de vida***: fatores relacionados à possibilidade de levar uma vida social e economicamente produtiva; as condições de meio ambiente e a oferta acessível de bens e serviços;

c) e o ***estilo de vida*** dos sujeitos: cultura; valores e prioridades definidas pelos grupos; a experiência pessoal e social e as oportunidades para fazer escolhas.

Inclui as idéias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana. E, por fim, relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento dos direitos humanos e sociais, englobando, ainda, valores não-materiais, como amor, liberdade, solidariedade e inserção social, realização pessoal e felicidade.

Não se trata, contudo, de um conceito ideal de saúde, baseado na completa ausência de contradições, ou seja, na plena integração do homem ao meio natural e social, traduzido em “completo bem-estar físico, mental e social” – o que seria, no mínimo, pouco realista. “Saúde, portanto, não é um estado nem um ato existencial, mas uma atitude em face das várias situações que podem ser doentias ou sãs.”²³

1.1. Principais conceituações de saúde ampliada

Um marco histórico importante no desenvolvimento desse novo enfoque é a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, convocada em 1978 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), a qual se realizou em Alma-Ata.

Desde então a filosofia da *saúde para todos* foi assumida como meta em nível internacional, configurando quatro grandes desafios:

- a) aumentar os anos de vida com boa saúde;
- b) encarar a existência sob o prisma de um estilo de vida saudável;
- c) promover um ambiente saudável;
- d) desenvolver um sistema de saúde com especial ênfase nos cuidados primários.

As conclusões e recomendações de Alma-Ata trouxeram um importante reforço para os defensores da estratégia de promoção da saúde, que culminou com a realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, no Canadá, em 1986, na qual foi promulgada a *Carta de Ottawa* – documento que vem se enriquecendo com a série de declarações internacionais periodicamente formuladas nas conferências realizadas sobre o tema.

Nesse documento, a saúde é definida como um recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, caracterizando-se como “produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para as famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde”²⁴, além de supor a existência de recursos fundamentais, como: paz, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

A definição de saúde então proposta traz não só a dimensão individual do compromisso pessoal e da autonomia para tomada de decisões relativas à preservação da saúde, mas chama a atenção também para a necessidade de que sejam proporcionadas condições para que tais escolhas sejam feitas, garantindo o pleno exercício do direito à saúde, nos diferentes espaços e situações do contexto de vida dos sujeitos (o que pressupõe a participação social nos

processos decisórios):

“A saúde se cria e se vive no marco da vida cotidiana, nos centros de aprendizagem, de trabalho e de recreação. A saúde é o resultado dos cuidados que as pessoas se dispensam a si mesmas e aos demais, da capacidade de tomar decisões e controlar a própria vida e de assegurar que a sociedade em que se vive ofereça a todos os seus membros a possibilidade de gozar de bom estado de saúde.”²⁵

Tal concepção ampliada do processo saúde-doença e de seus determinantes supõe uma prática baseada na articulação de saberes técnicos e populares, e na mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

No Brasil, essa reformulação conceitual culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada também em 1986, reunindo trabalhadores de diferentes setores, líderes comunitários e sindicais, representantes de governo e de entidades não-governamentais, estudantes, dentre outros. Esse grande acontecimento do setor de saúde brasileiro representou a conciliação dos posicionamentos e saberes técnicos com as posições críticas e demandas dos movimentos sociais. Em seu relatório final, firma-se a saúde como um direito que supõe: trabalho em condições dignas; moradia higiênica e digna; educação e informação plenas; qualidade adequada do meio ambiente; transporte acessível e seguro; descanso, lazer e segurança; participação da população na organização, gestão e controle dos serviços públicos.

Esta concepção de saúde está presente na Constituição Brasileira, quando define:

“A saúde é algo a ser atingido, que vai desde direito ao trabalho e salário condignos, educação, alimentação, habitação, ao lado de uma política social prioritária e que, assim entendida, transcenderia a questão de médicos, hospitais e medicamentos.” (Brasil 1988: Constituição art. 196)

A saúde plena, a que não envolve apenas a recuperação da doença, pode ser assim considerada parte integrante e fundamental das condições de cidadania, na medida em que é determinada por um conjunto de direitos sociais (e pela possibilidade efetiva de exercê-los).

1.2. O SUS e o redirecionamento do saber/fazer saúde

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a Constituição de 1988 trouxeram, assim, inúmeras conquistas para o setor saúde. Alguns princípios gerais, explicitados nas Leis 8.080 e 8.142²⁶, ambas de 1990, são essenciais e representam um avanço para a saúde pública.

Entre outros aspectos, destacam-se:

- a) saúde como direito de todos e dever do Estado, sem descartar o papel e a responsabilidade do indivíduo e dos grupos;
- b) fim da divisão entre promoção, prevenção, assistência e reabilitação, com ênfase na promoção da saúde;
- c) participação comunitária e controle social efetivo no Sistema Único de Saúde (SUS).

O entendimento de que o processo participativo é uma força social imprescindível para impulsionar mudanças, passando-se da teoria discursiva para as ações práticas e concretas, é assim respaldado legalmente.²⁷

O SUS é, portanto, um sistema proposto com base numa concepção de saúde e vida saudável como direito social (e não uma escolha individual). Está organizado sobre os princípios de proteção universal da saúde, remetendo-se, assim, ao pressuposto do bem-estar social.

Os princípios do Sistema Único de Saúde que regem e sustentam as políticas de saúde em todo o país são a universalidade do acesso, a integralidade da atenção, a equidade das ações de saúde e o controle social do sistema. Essas ações, pelo disposto no Artigo 198 da Constituição Federal de 1988, integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.

O SUS vem passando por grandes avanços, como a adoção de práticas efetivas de participação e controle social que permitem a interferência no nível decisório e uma relação mais orgânica entre serviços e população.

Todos os municípios e estados, e também a União, têm de compor um Conselho de Saúde, para fiscalizar e avaliar as políticas públicas da área. Um conselho (municipal, estadual ou nacional) é formado por usuários do SUS, trabalhadores da saúde, gestores governamentais e prestadores de serviços privados. Além disso, existem também as conferências nacionais de saúde, que ocorrem de quatro em quatro anos e servem para fazer com que delegados eleitos em todo o Brasil proponham novas ações ao governo.

A criação de conselhos locais de saúde com poder deliberativo e fiscalizador tem viabilizado o diagnóstico e planejamento participativo das ações de saúde e o redirecionamento das ações educativas presentes nas relações entre profissionais de saúde e população.

A educação em saúde é considerada como processo potencializador da descentralização de ações e serviços na rede hierarquizada do Sistema Único de Saúde, bem como do exercício do controle social sobre esses serviços, no sentido de que estes respondam às necessidades da população e esta, de forma consciente, o procure para melhoria da qualidade de vida, sua e da coletividade.

Trata-se de um processo que busca romper com a tradição autoritária e normatizadora do modo de pensar e fazer saúde, valorizando a escuta e o diálogo, assim como reconhecendo o saber construído no cotidiano das relações sociais.

1.3. O compromisso do SESC com a promoção da saúde como qualidade de vida

Essas questões associadas às transformações do conceito de saúde servem de baliza importante para implementação de ações que configurem uma prática educativa, cuja situação-objetivo seja o alcance da qualidade de vida e saúde das comunidades atendidas.

De fato, o SESC comprometeu-se, desde sua criação, com a promoção da saúde como elemento inseparável na relação entre padrão de vida e bem-estar, ao estabelecer e reafirmar como suas finalidades: “1. Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores no comércio e seus dependentes; 2. Contribuir, no âmbito de suas áreas de ação, para o desenvolvimento econômico e social, participando do esforço coletivo para assegurar melhores condições de vida para todos.” – entendendo por qualidade de vida “as condições materiais e imateriais da existência do trabalhador e de sua família, as condições de emprego e de salário que garantem essas condições e o estado físico, psíquico e social dos componentes do grupo familiar.”²⁸

Contribuir para a melhoria da qualidade de vida é o desafio que sustenta o compromisso e a esperança da ação educativa em saúde. Com esse propósito,

as ações do SESC na área de Educação em Saúde devem ser uma resposta clara aos desafios colocados pela clientela e pelo contexto no qual está inserida, considerando os múltiplos aspectos envolvidos na produção do processo saúde-doença, na perspectiva da reflexão sobre seus determinantes e contribuição para resolução concreta dos problemas identificados.

2. COMPLEXIDADE DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

A reformulação da concepção do processo saúde-doença, deixando de considerar a doença de forma isolada e combatida de modo individual, mas como conseqüência de uma soma de fatores sociais referentes a outras áreas de atuação – as quais precisam estar articuladas de alguma forma para buscar a saúde –, determina duas estratégias fundamentais da promoção da saúde: a *intersetorialidade* e a *mediação estratégica*.

A formação de parcerias para a saúde, desenvolvendo uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas, é fundamental. “Há uma clara necessidade de romper barreiras tradicionais dentro dos setores governamentais e entre os setores público e privado. Cooperação é essencial. Especificamente, isso requer a criação de novas parcerias para a saúde com poderes compartilhados nas sociedades entre os diferentes setores e todos os níveis de governo.”²⁹ As parcerias existentes necessitam ser fortalecidas e parcerias potenciais precisam ser exploradas. Essa é uma das prioridades para a promoção da saúde no século XXI.

Problemas ligados a saneamento, alimentação, habitação, produção, escolarização e condições de trabalho constituem grandes dificuldades e só poderão encontrar soluções efetivas a partir de decisões políticas e com a integração de esforços de outros setores da sociedade.

Isso significa que a construção da saúde se dá como espaço transdisciplinar, onde várias áreas e setores envolvidos (governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia) estarão dando suas contribuições, para implementação de ações efetivas de promoção, proteção e desenvolvimento, assim como para realização do potencial humano. Para tal, devem ser agregadas

funções de mediação estratégica intersetorial para que seja possível traduzir, na prática, a promoção da saúde.

Nesse contexto, a educação em saúde atua em favor da participação e da interlocução de saberes e práticas, integrando esforços às iniciativas implementadas por diferentes órgãos da sociedade que visam contribuir para a redução do risco de doenças e outros agravos à saúde, bem como para a melhoria da qualidade de vida da comunidade.

O setor saúde não pode, sozinho, melhorar a qualidade de vida das pessoas. Mas ele deve contribuir para que os problemas possam ser compreendidos além de suas manifestações individuais e imediatas, conduzindo a busca de soluções dentro de um universo mais amplo de opções. Discutir com as pessoas, as famílias, as populações, a história natural *real* das doenças que mais as afligem, considerando na relação causa-efeito todas as variáveis que interferem na *situação saúde*, é função importante do setor, fortemente ligada à área da educação em saúde.³⁰

E, para além da esfera da ação direta da Atividade Educação em Saúde, a atuação complementar às demais Atividades do SESC amplia as possibilidades de realização da vocação da educação em saúde: a de desenvolver a autonomia das pessoas e fortalecer a capacidade de intervenção coletiva sobre a realidade, contribuindo para a melhoria da saúde individual e da qualidade de vida nos diferentes espaços de convivência da comunidade.

3. PROCESSOS DE CONSTRUÇÃO DA SAÚDE: DIALÉTICA DO INDIVIDUAL E DO COLETIVO

Os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde, que, compreendida como bem-estar e qualidade de vida, transcende a idéia de formas sadias de vida.

Remete-se aos estilos de vida, os quais são influenciados por fatores sociais e ambientais, estando intimamente ligados aos valores, às prioridades e às possibilidades ou condicionamentos práticos de situações culturais, sociais e econômicas determinadas.

Operar uma escolha esclarecida com relação aos estilos de vida não depende apenas de possuir ou não os conhecimentos necessários para optar. Muitas

vezes, o sistema de valores das pessoas não as motiva de forma suficiente para fazerem opções de acordo com os seus conhecimentos. E, mesmo quando os conhecimentos e as motivações existem, nem sempre são suficientes para introduzirem uma modificação.

Os estilos de vida modelados pela experiência e pelos fatores ambientais não levam a decisões individuais de evitar ou de aceitar certos riscos de saúde. As opções oferecidas aos indivíduos defrontam-se com limites impostos, quer pelo ambiente físico, social e cultural, quer pelos respectivos meios financeiros. Sem mencionar o fato de que, além da influência das necessidades da vida cotidiana, o comportamento das pessoas é também grandemente determinado por aquilo que elas entendem como agradável e gratificante.³¹

Freqüentemente, comportamentos prejudiciais à saúde fazem parte de alguns esquemas de interação social, de comportamento simbólico e de redução das tensões legitimados pela nossa sociedade – um exemplo muito comum é o uso do tabaco ou do álcool para auxiliar no enfrentamento das exigências do dia-a-dia e/ou para facilitar os contatos sociais. Estes mesmos produtos costumam ser alvo de campanhas publicitárias que os associam a estilos de vida atraentes e desejáveis ou utilizam o tema “maturidade e independência” quando se dirigem às mulheres e aos jovens.

Vivemos numa sociedade que mercantiliza tudo, estimula o consumo de tudo e, paradoxalmente, quando se pensa em tabagismo, alcoolismo e abuso de outras drogas lícitas e ilícitas, o foco da intervenção não é essa mercantilização e, sim, a mudança no comportamento das pessoas. Culpabiliza-se individualmente os sujeitos ao invés de se desenvolver uma luta política pela saúde, responsabilizando as empresas e interferindo sobre a propaganda e a comercialização, bem como cobrando ações intersetoriais para garantir, por exemplo, que os agricultores possam encontrar alternativas de produção e renda, não precisando se submeter às regras da indústria do fumo.³²

As políticas nacionais igualmente influenciam as escolhas e os estilos de vida. Flagrantes desigualdades na distribuição da renda podem gerar uma situação tal de pobreza e miséria que determinem a total impossibilidade das

pessoas nessas condições fazerem opções saudáveis.

Há que se ter lugar para a atenção voltada ao indivíduo, mas as questões de saúde, se envolvem as pessoas, responsabilizam as relações nas quais elas estão envolvidas e, portanto, as instituições, as empresas, os governos.

É necessário discutir com a clientela e os técnicos a conexão entre saúde e condições de vida, de forma a possibilitar que profissionais e representantes dos diferentes segmentos sociais contribuam com seus conhecimentos, discutindo estratégias conjuntas para o enfrentamento das questões associadas à saúde e à qualidade de vida.

Na origem das práticas saudáveis estão, portanto, fatores complexos. Os programas educativos em saúde não devem, assim, dirigir-se a hábitos individuais, mas precisam estar voltados às influências estruturais que se exercem sobre os estilos de vida, desenvolvendo estratégias capazes de:

- a) tornar o ambiente físico, social, cultural e econômico propício a um estilo de vida saudável;
- b) ampliar os conhecimentos pessoais, analisando criticamente os fatores determinantes dos estilos de vida e identificando os recursos necessários para prevenção de agravos à saúde e melhoria da qualidade de vida;
- c) reforçar a capacidade dos indivíduos de tomar decisões, operar escolhas e enfrentar situações difíceis sem recorrer a tipos de comportamentos nocivos à saúde;
- d) reforçar o sistema de apoio social (famílias, clubes, associações, grupos e organizações de ajuda mútua etc.), de forma a fortalecer as capacidades individuais e coletivas para enfrentar dificuldades e implementar soluções;
- e) disponibilizar conhecimentos técnicos e estimular a participação social, ampliando a influência dos indivíduos e grupos nos processos de decisão dos setores público e privado que têm impacto na saúde.

4. PROCESSO EDUCATIVO

A educação em saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que se tem ocupado mais diretamente da criação de vínculos entre a atenção em saúde e o pensar e fazer cotidianos da população, buscando romper com a tradição autoritária e normatizadora da relação entre os serviços de saúde e

as comunidades.

O processo educacional não deve pretender substituir alguns dogmas e regras (que se avaliem errados) por outros julgados corretos. Ao contrário, a ação educativa deve possibilitar a construção de novos conhecimentos que capacitem as pessoas a escolher os comportamentos e caminhos a seguir.

Procura-se a melhor estratégia para desenvolver a autonomia e o poder decisório visando à efetiva participação no processo de conquista de melhor qualidade de vida e saúde (e não apenas conhecimentos associados a processos de saúde ou de doença). Os processos cognitivos são elementos fundamentais para o desenvolvimento humano, mas não são suficientes para garantir a construção de uma condição saudável de vida, caso não se constituam como forças protetoras da saúde.

Isso significa que, para a educação em saúde, a sociedade deve atuar como protagonista e intervir sobre os recursos e determinantes de sua qualidade de vida e saúde. Essa forma de protagonismo da sociedade pressupõe, inclusive, sua atuação no controle dos processos que criam as condições necessárias à sua efetiva participação na tomada de decisões, influenciando a formulação e consolidação de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde.

4.1. Educação problematizadora

Trata-se de uma educação dialógica e participativa que reforça a confiança da comunidade em si mesma e fomenta a responsabilidade individual e a cooperação, trabalhando o desafio de preparar cidadãos para a vida e não para o simples acúmulo de conhecimentos.

Esse enfoque rompe com o *modelo tradicional* da educação em saúde, com ênfase nos conteúdos temáticos, marcado pela pedagogia da transmissão. Conflita também com o *modelo condutor*, baseado em estratégias de persuasão e direcionado aos efeitos da ação educativa.

Tais modelos, de caráter preventivista, assumem predominantemente o objetivo de promover uma decisão informada sobre riscos à saúde pela clientela, cujo comportamento é tratado como total responsabilidade própria, concebendo que o indivíduo é o maior responsável por sua saúde ou culpado por sua doença.

Em contraste, a opção pedagógica com ênfase no *processo* destaca a

transformação das pessoas, grupos e comunidades, estando mais de acordo com o entendimento contemporâneo de que as soluções dos problemas de saúde requerem ações socialmente sustentadas do ponto de vista cultural e político-econômico.

“Esta pedagogia, chamada por Paulo Freire de *problematizadora*, libertadora, parte do princípio de que, num mundo de mudanças rápidas e profundas, o importante não são os conhecimentos ou idéias, nem os comportamentos corretos e fiéis ao esperado, senão o aumento da capacidade das pessoas/grupos para detectar os problemas reais e buscar-lhes solução original e criativa. A experiência que deve ser valorizada é a observação grupal da própria realidade, o diálogo e a participação na ação transformadora das condições de vida.”³³

O diálogo, entendido como uma relação horizontal, pressupõe a crença de que todas as pessoas possuem um potencial para serem protagonistas de sua própria história e de que estão fortemente motivadas para se organizarem e desenvolverem ações comunitárias.

Um elemento fundamental do seu método é o fato de tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber popular. Os sujeitos possuem um nível de expectativas sobre as possibilidades de mudança social de sua realidade cotidiana e um acúmulo de experiências de vida, valores, crenças e conhecimentos que constituem um universo cultural que deve ser respeitado.

Nesta concepção, o conhecimento não pode advir de um ato de “doação” que o educador faz ao educando, mas, sim, um processo que se realiza no contato do homem com o mundo vivenciado, o qual não é estático, mas dinâmico e em transformação contínua.

Nesse sentido, não se reproduz a passividade usual dos modelos pedagógicos tradicionais. Trata-se de um projeto pedagógico que valoriza a diversidade e a heterogeneidade dos grupos sociais, a intercomunicação entre diferentes atores, as iniciativas dos educandos e o diálogo entre o saber popular e o saber científico.

Essa interação é mediada por relações de poder e de resistência. Por decorrência, o processo educativo só é possível quando tais relações são tornadas transparentes. O instrumento fundamental que possibilita essa revelação é a reflexão coletiva.

Diante de um grupo ou uma pessoa cujas falas remetem o educador a dúvidas

e conflitos, é necessário problematizar para conseguir dialogar. Entender não é suficiente. Há que questionar o outro e a si próprio sobre suas razões, saberes e interesses. Aceitar as diferenças sem tentar a problematização é negar a possibilidade de construir um conhecimento em comum, conhecimento este sobre o qual o profissional de saúde tem a sua contribuição a dar, mas que a clientela sem dúvida tem muito a acrescentar.

“Nesse espaço [educativo], onde todos podem ser agentes das mudanças, a vivência individual e coletiva é o suporte do processo. Uma vivência que não diz respeito apenas aos fatores, mas também às emoções e fantasias. Como o objeto de mudança são as relações que os sujeitos estabelecem entre si, é preciso explicitar as estruturas sociais, econômicas e também psíquicas nas quais se sustentam os mecanismos de poder.”³⁴

4.2. Construção compartilhada do conhecimento

No lugar de impor soluções técnicas restritas para problemas culturais e sociais globais, a prática educativa em saúde assim concebida busca uma síntese entre o saber técnico e o saber da clientela (que supõe a dimensão subjetiva do desejo, do prazer, dos valores culturais, da realização pessoal e da relação com o contexto social), considerando a experiência cotidiana dos atores envolvidos. Sua finalidade é a conquista, pelos indivíduos e grupos, de maior poder e intervenção nas relações sociais que influenciam a qualidade de suas vidas.

Enfatiza-se a ampliação dos espaços de interação cultural e negociação entre os diversos atores envolvidos num determinado problema social para a construção compartilhada do conhecimento e da organização política necessários à sua superação. A ação educativa supõe sempre um processo de troca, que resulta na produção de um saber.

Essa metodologia incorpora, portanto, o conceito de **construção compartilhada do conhecimento**, que implica um processo comunicacional e pedagógico, em que sujeitos com experiências diversas e saberes diferentes, porém não hierarquizados, se relacionam a partir de interesses e motivações coletivas.³⁵

É preciso estar atento para as técnicas locais de enfrentamento da vida,

construídas na vivência. Atuando a partir de problemas de saúde específicos, busca-se entender e sistematizar a lógica, os conhecimentos e os princípios que regem a forma de lidar com os fatores associados à saúde e à doença, por parte dos vários atores envolvidos. O conhecimento técnico do educador, associado ao saber da clientela acerca dos seus problemas de saúde e respectivos agravos existentes no seu local de moradia, estudo e trabalho, possibilita a reflexão crítica (ou *problematização*) acerca da situação, de forma a superar as incompreensões e os mal-entendidos ou tornar conscientes e explícitos os conflitos de interesse a ela relacionados.

Novos questionamentos vão surgindo e, à medida que se vai convivendo, discutindo e dialogando, concretiza-se a ação em torno da busca de soluções para problemas, articulando recursos materiais e emocionais, que favorecem encontrar soluções coletivas.

É o ato de problematizar que permite perceber o fenômeno de uma forma mais complexa, com outra visão. Ou seja, o problema, que a princípio parecia simples, “transforma-se” numa realidade complexa e cheia de contradições.

Desse processo, advém um conhecimento que é crítico, porque foi obtido de uma forma autenticamente reflexiva, com base em um ato constante de desvelar a realidade, posicionando-se nela. “E as pessoas mudarão quando desejarem mudar e quando tiverem condições objetivas e subjetivas de optar por um ou outro jeito de viver.”³⁶

4.3. Apreciação dos resultados do processo educativo

Muitos tipos diferentes de resultados podem ser analisados como conseqüências do processo educativo em saúde, dependendo dos objetivos estabelecidos e do estilo de educação em saúde adotado: os cognitivos, os de atitude, os comportamentais, os de autocapacitação ou empoderamento, os de participação social.

Entende-se que um processo de avaliação do impacto de um programa educativo em saúde deve ser estruturado com base na investigação de mudanças comportamentais e culturais em torno do processo saúde-doença: desde representações e práticas culturais relevantes para tal processo a estratégias utilizadas pelos indivíduos e grupos no enfrentamento de problemas de

saúde.

Considera-se, portanto, que essa é a mais difícil tarefa da avaliação. “Isso será tão mais verdadeiro quanto mais claramente for o compromisso ético e político desse projeto com a autonomia de seus sujeitos-alvo. É fácil de entender: quanto mais queremos que os indivíduos assumam uma postura autodeterminada, livre, responsável, maior abertura de resultados precisamos perseguir, maior indeterminação dos efeitos.”³⁷

O fato é que todo processo educativo deve ser avaliado, a partir de instrumentos e técnicas dirigidos aos resultados da aprendizagem e à condução do processo, incluindo uma avaliação do educador e do grupo, dos conteúdos e materiais, das relações no grupo e das condições de infraestrutura.

Nunca é demais lembrar que um bom protocolo de avaliação tem seu começo em um bom planejamento da atividade a ser avaliada. Toda atividade se coloca em relação a interesses, princípios, instrumentos que têm que estar claros para quem vai avaliar. A avaliação se inicia com a “antecipação” do que terá sido importante ter avaliado no final da intervenção.

A formalização da programação em programas/projetos possibilita assegurar-se de que existem os pré-requisitos para a avaliação:

- a) metas e objetivos claramente definidos;
- b) indicadores de sucesso e resultados precisamente especificados;
- c) público-alvo definido com clareza;
- d) atividades bem definidas no que se refere às estratégias e formas de implementação;
- e) vínculos causais plausíveis entre as atividades e os resultados.

Evidenciando a **relação dinâmica do planejamento com a avaliação** e reconhecendo a necessidade de estruturação de projetos sistemáticos para que as ações possam ser avaliadas quanto aos seus resultados, apresentamos no Anexo I uma estrutura básica de elaboração de projeto que auxilia a transmitir a quem o lê todas as informações necessárias para que a proposta seja bem compreendida, não só nos seus componentes como nas suas inter-relações.

5. CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO

O planejamento deve resultar de uma **construção coletiva**, em que é necessário chegar a um consenso quanto aos objetivos, estratégias e resultados pretendidos, supondo uma dimensão de **cooperação e articulação**, pela exigência de se integrar esforços para solução de problemas comuns, potencializando a capacidade de intervenção sobre eles.

Deve ser, sobretudo, um **processo participativo**, caracterizado pelo diálogo e pela negociação. É, em si, uma estratégia de empoderamento, entendido como poder compartilhado, “poder em relação”, que permite a ampliação da capacidade de ação e a complementaridade de experiências e especialidades.

Por sua **dimensão pedagógica**, constitui-se num mecanismo necessário do processo educativo em saúde que favorece a interação cultural e a construção compartilhada de conhecimentos, bem como a organização política necessária à superação dos problemas. “Descrever, analisar e sintetizar fatos e informações; saber comunicar-se, persuadir, convencer; compreender e operar nosso entorno social; reconhecer e aceitar diferenças; saber trabalhar em grupo de maneira participativa, tudo isso faz parte de um importante aprendizado social.”³⁸

5.1. Raciocínio estratégico

A complexidade do processo saúde-doença, com seus múltiplos determinantes, aponta para a necessidade da cooperação multissetorial. É somente através de ações intersetoriais e interdisciplinares que se torna possível conseguir os pré-requisitos da saúde, promover políticas a ela favoráveis e reduzir os riscos provenientes do ambiente físico, econômico e social.

Acontece que o envolvimento de diferentes atores sociais supõe a probabilidade de existência de diferentes interesses ou projetos em relação a uma mesma situação, gerando conflito e incerteza.

O pensamento estratégico ajuda na formulação de táticas para abordagem dos conflitos e viabilização de soluções, partindo do princípio de que não há um conhecimento único e que a explicação da realidade depende da inserção de cada ator que participa do problema, sendo assim parcial e múltiplo.

Tal compreensão vai nortear uma determinada forma de conduzir o planejamento que contempla a diversidade das necessidades de saúde e a multicausalidade do processo saúde-doença, delineando estratégias de

enfrentamento das dificuldades e de reconhecimento das oportunidades, necessárias para uma aproximação progressiva da situação que se pretende alcançar por meio da prática de educação em saúde.

Contribui, assim, para o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade, orientando a definição de *prioridades estratégicas* a partir da associação e relativização dos diferentes fatores envolvidos: necessidades identificadas coletivamente, potencialidades existentes para intervenção sobre elas e capacidade de gestão desse processo, incluindo a definição de caminhos alternativos e propostas de negociação.

Dessa análise resulta, ainda, o aperfeiçoamento de estratégias para construção de viabilidade de atuação sobre as causas de problemas relevantes que, no momento do planejamento, se encontram fora do nível de resolutividade do Departamento Regional, mas que por sua importância precisam ser alvo de intervenção.

5.2. Enfoque participativo

O desafio que se coloca para a educação em saúde é o de implementar estratégias capazes de fortalecer o desenvolvimento da consciência crítica de pessoas e grupos, construir valores de saúde, desenvolver a autonomia e o poder decisório, a criatividade, a solidariedade – elementos fundamentais para efetiva participação no processo de conquista de melhor qualidade de vida e saúde.

Em conformidade com esse propósito, a metodologia participativa está baseada no diálogo, envolvendo profissionais e clientela no processo de discussão capaz de definir os problemas que se revelam prioritários e identificar as oportunidades e intervenções estratégicas para atuação sobre seus determinantes, desencadeando o processo de resolução, a partir do engajamento dos diferentes atores sociais.

Todas as pessoas possuem um nível de expectativa sobre as possibilidades de mudança social, bem como desenvolveram experiências de vida, valores, crenças e conhecimentos que constituem seu universo cultural.

O processo de planejamento participativo reúne pessoas e grupos distintos, os quais passam a compreender e conviver com os anseios dos outros atores

sociais. A negociação entre grupos torna-se viável e o compromisso de todos com a concretização dos ideais coletivos fica muito ampliada, favorecendo sua consolidação.

“O outro (e aqui nos referimos também aos nossos colegas profissionais) com o qual trabalhamos a questão de saúde é um sujeito que tem uma história para contar, uma explicação a dar sobre seus problemas e necessidades e, o mais importante e que na maioria das vezes é negado, uma solução para apresentar e discutir seus problemas.”³⁹

A programação da Atividade Educação em Saúde deve, portanto, ser o resultado da contribuição de diferentes atores: técnicos responsáveis pela coordenação e execução das ações, parceiros internos (equipes das demais Atividades do SESC) e externos (secretarias estaduais e municipais, ONGs, universidades, clubes de serviço, pastorais, associações, representações comunitárias etc.) e clientela.

III | PRINCÍPIOS NORTEADORES DA PRÁTICA EDUCATIVA EM SAÚDE

As ações de educação em saúde, para alcançarem êxito, precisam considerar a diversidade cultural, a qualidade de vida e a cidadania, além de aspectos subjetivos como felicidade e aspirações individuais. De igual importância, figuram o espaço, o tempo e o lugar de quem propõe ou participa de ações de promoção da saúde, considerando o processo contínuo, articulado e articulador entre gestores, organizações e atores sociais.

Nessa medida, resumimos, a seguir, os fundamentos conceituais e metodológicos que norteiam a Atividade Educação em Saúde no SESC, propondo os seguintes princípios orientadores da prática educativa em saúde:

Princípio 1: A ação educativa visa ao desenvolvimento da capacidade crítica para intervenção sobre a realidade.

O fim da ação educativa é desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar criticamente a sua realidade; de decidir ações conjuntas para resolver

problemas e modificar situações; de organizar e realizar a ação, e de avaliá-la com espírito crítico.⁴⁰

Princípio 2: *A busca da melhoria da qualidade de vida requer compreensão e análise crítica da multicausalidade do processo saúde-doença.*

O desenvolvimento de uma consciência crítica das causas dos problemas identificados pela clientela e a potencialização da prontidão para atuar no sentido da mudança tornam-se fundamentais para a busca da melhoria das condições de saúde e possibilidade de intervenção sobre os fatores estruturais que condicionam o processo saúde-doença.

Princípio 3: *O diálogo e a troca entre diferentes saberes e experiências devem envolver a problematização de concepções e valores que possibilite reformulações favoráveis à melhoria das condições de vida.*

Todas as pessoas têm uma história pessoal e coletiva e um conhecimento sobre a sua realidade. É necessário que a equipe técnica empreenda esforços no sentido de identificar e compreender as representações de saúde da clientela, suas crenças e valores, a fim de estabelecer estratégias para, através de um diálogo constante e da discussão sobre os limites e possibilidades de sua ação como sujeitos, poder reafirmar ou reformular de forma dinâmica essas concepções e promover mudanças políticas, econômicas e sociais.

Princípio 4: *O planejamento das ações educativas requer um processo participativo de definição de prioridades e estratégias de intervenção, para que esteja de acordo com as necessidades e interesses da clientela.*

É preciso conhecer os sujeitos e seus contextos antes de planejar a atividade educativa, garantindo a utilização real de suas informações e experiências como critérios para eleição de prioridades e conteúdos das atividades, de modo a assegurar a consonância da ação com os interesses e necessidades expressas da clientela. É importante viabilizar a participação ativa dos diferentes atores envolvidos no planejamento (clientela, parceiros, técnicos, elementos-chave da comunidade etc.), implementando um processo coletivo de identificação das

questões prioritárias, proposição de soluções e construção de sua viabilidade.

Princípio 5: *Os métodos de trabalho devem estar de acordo com os objetivos de viabilização da participação social e de intervenção sobre os determinantes da saúde.*

A seleção de métodos de trabalho deve priorizar aqueles que permitam motivar, organizar e difundir os princípios da atenção básica em saúde, incluindo-se aí: consonância da ação com os modos de vida da população a que se destina; definição de necessidades a partir de decisões conjuntas da clientela e equipe técnica; correlação das ações com os fatores sociais, políticos, econômicos, ambientais, culturais e individuais que influenciam os níveis de qualidade de vida e saúde.

Princípio 6: *A multicausalidade do processo saúde-doença determina a necessidade de atuação intersetorial.*

A conquista do mais alto grau de saúde exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde, exigindo os esforços coordenados de todos esses campos de atividades conexas do desenvolvimento econômico e comunitário.

Princípio 7: *O trabalho pedagógico deve possibilitar o aprendizado e o engajamento cidadão também por parte da equipe técnica.*

O processo educativo deve permitir uma aprendizagem partilhada pela clientela e equipe técnica, em que uns e outros aprendem não somente a se envolver ativamente nos problemas de saúde da sua localidade, mas também a adquirir juntos conhecimentos técnicos necessários ao estabelecimento de um diálogo conseqüente, articulando saber estruturado e experiência vivida.

Princípio 8: *A construção compartilhada do conhecimento favorece a interatividade e a cooperação, ampliando o poder de decisão e de intervenção sobre a realidade.*

Uma estratégia educacional crítica e interativa, baseada na participação e troca de informações articuladas à experiência concreta dos sujeitos, deixa de ser um

processo organizado de persuasão ou um processo limitado de transferência de conhecimento. Através de um crescimento conjunto, passa a ser um meio de construção compartilhada do conhecimento e de desenvolvimento de uma visão crítica acerca das questões associadas à saúde e à qualidade de vida, ampliando as possibilidades de transformação da realidade.

Princípio 9: *O processo educativo em saúde envolve os sujeitos na integralidade do pensar, sentir e agir.*

Um processo educativo que pretende a integralidade da saúde deve levar em conta que a aprendizagem envolve os sujeitos por inteiro, não se limitando à esfera intelectual ou cognitiva. A história pessoal, as crenças, os afetos e desejos também estão presentes durante a atividade educativa e devem ser considerados quando do seu planejamento e realização. Não levar isso em conta pode dificultar a identificação dos sujeitos com os conteúdos, limitando a possibilidade de apropriação dos conceitos trabalhados.

Princípio 10: *A avaliação participativa é uma estratégia educativa que possibilita a produção de informação para tomada de decisões segundo interesses coletivos.*

A avaliação participativa é um mecanismo necessário ao processo educativo em saúde que favorece a tomada de decisões e a organização política para a superação dos problemas. Constitui-se numa estratégia de empoderamento, contribuindo para a democratização de informações e decisões que realimentam a formulação e implementação de ações que buscam alteração nas situações-problema identificadas pela clientela.

IV | ÁREAS DE ATUAÇÃO

As áreas de atuação da Atividade Educação em Saúde no SESC são a **promoção da saúde**, a **prevenção de doenças e agravos à saúde** e o **controle social da saúde**. Em termos de efeitos práticos, tais áreas são complementares e inter-relacionadas, dizendo respeito a dois mecanismos básicos da estratégia geral de atuação: o **desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas**

e o **reforço da ação comunitária**.

“A prevenção e a promoção perseguem como meta a saúde. O objetivo da prevenção é a ausência de doença, enquanto o da promoção é maximizar o estado de saúde. **Apesar da diferença em seus enfoques, ambas conseguem distintos níveis de saúde e o que as une é que os programas de prevenção são portas de entrada para a promoção.**”⁴¹

É partindo dessa compreensão que o SESC tem dado ênfase à dimensão de prevenção de riscos e agravos à saúde, como recurso para a qualidade de vida e estratégia para a promoção do bem-estar.

Essa opção política decorre do entendimento de que, perante as dificuldades dos governos em tomar decisões suficientes para implementar políticas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida, o SESC, a partir de um posicionamento ético e cumprindo com sua função suplementar, fomenta e viabiliza ações educativas voltadas para o reforço da auto-estima, a ampliação de conhecimentos, o desenvolvimento da autonomia e o apoio à organização comunitária para identificação, prevenção e solução dos problemas relacionados ao processo saúde-doença-cuidado.

A característica da atuação que perpassa todas as áreas é o **empoderamento**, entendido como o fortalecimento de habilidades e recursos das pessoas para que possam ganhar poder e controle sobre os fatores determinantes de sua própria saúde e da coletividade.⁴²

A separação entre capacitação individual e empoderamento coletivo é mais artificial do que real, uma vez que, na prática, a compreensão de um problema e a percepção de competência e eficácia para controlá-lo são o germe das ações coletivas para as mudanças sociais.

A prática educativa em saúde viabiliza a compreensão dos aspectos que condicionam e determinam o processo saúde-doença e a identificação dos recursos existentes para prevenção dos riscos, promoção e recuperação da saúde.

Essa consciência sanitária assim construída é ponto de partida para o exercício da cidadania, traduzido no controle social da saúde e na real participação na tomada de decisões – o que significa ajudar as pessoas a assumir o controle dos fatores que influenciam a sua saúde e o seu bem-estar.

Tais mecanismos coordenados de atuação da educação em saúde possibilitam, assim, um posicionamento ativo da clientela no uso dos conhecimentos para fazer opções saudáveis e alcançar mudanças nas condições que determinam a saúde.

1. PROMOÇÃO DA SAÚDE

Este enfoque orienta a promoção de ações voltadas ao desenvolvimento de competências e habilidades, com estímulo ao pensamento crítico e à solidariedade, fomentando o desenvolvimento emocional e social dos indivíduos, objetivando atingir todo o potencial individual e de atuação coletiva.

O objetivo contínuo é um nível ótimo de vida e saúde, requerendo identificar os seus respectivos fatores determinantes, buscando fortalecer tudo aquilo que contribui para melhoria da saúde e do desenvolvimento humano:

a) ***as condutas associadas à saúde***: alimentação, atividade física, tabagismo, consumo de álcool e drogas, violência, conduta sexual e outras;

b) ***os fatores ambientais***: contaminação (ar, água, solo, alimento), infraestrutura sanitária básica, condições físicas do ambiente escolar e de trabalho (contemplando o ambiente emocional e social que afeta o bem-estar e a produtividade), condições físicas, sanitárias e de segurança das instalações e equipamentos do SESC, dentre outros;

c) ***fatores socioeconômicos e protetores***: nível de renda, moradia, educação, desenvolvimento pessoal, solidariedade e outros;

d) ***características demográficas e de atenção à saúde***: composição da população de interesse; formas de organização social e estruturas existentes; acessibilidade, qualidade e cobertura dos serviços ambientais, sociais e de saúde, dentre outros.

Além de corresponder ao nível de atuação direta da Atividade, correlaciona-se também ao potencial educativo e de promoção da saúde das demais áreas do SESC, guiando o planejamento de ações voltadas para os diferentes segmentos da clientela ou para a comunidade que:

a) desenvolvam uma imagem positiva das práticas alimentares saudáveis e favoreçam a elaboração de cardápios balanceados em casa, no ambiente escolar

e no local de trabalho;

b) reforcem a facilidade e segurança na prática de exercícios, estimulando a atividade física de forma regular;

c) instrumentalizem indivíduos e grupos para o desenvolvimento de práticas de combate ao desperdício em casa, no ambiente escolar e no local de trabalho;

d) levem a condutas tendentes a melhorar as condições do meio ambiente e não a sua deterioração, incluindo a instrumentalização técnica e o reforço da ação comunitária que viabilizem medidas individuais e coletivas voltadas para a garantia ou melhoria das condições de infra-estrutura sanitária básica, coleta de lixo, áreas de lazer etc;

e) reforcem a auto-estima e o autocuidado por meio da ampliação dos conhecimentos sobre os fatores que influenciam a saúde e da competência para atuação sobre eles, apresentando opções para abrir o campo de possibilidades de escolhas do indivíduo;

f) promovam a saúde do trabalhador do comércio tanto em nível individual (novos conhecimentos, atitudes, valores e comportamentos em relação à saúde, melhoria da saúde) quanto organizacional (melhoria do ambiente físico e psicossocial de trabalho com implicações na saúde e bem-estar);

g) potencializem a mobilização social, a sensibilização política e a formação de alianças em prol da transformação da realidade para melhoria da qualidade de vida do meio em que a clientela vive;

h) integrem, ao currículo escolar (no próprio SESC ou influenciando escolas da comunidade), conteúdos básicos de saúde, relacionados ao contexto e condições de vida das crianças atendidas, de forma a contribuir para o desenvolvimento de um programa com uma seqüência lógica e progressiva desde a educação infantil e utilizar as oportunidades educativas para promover, melhorar, manter e recuperar a saúde.

2. PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS À SAÚDE

Quando orientados para a prevenção, os programas educativos em saúde voltam-se para reduzir os fatores de risco relacionados a enfermidades específicas e que constituem ameaça à saúde das pessoas, podendo provocar-

lhes incapacidades e doenças, ou, por outro lado, reforçar fatores pessoais que diminuam a suscetibilidade à enfermidade.

Essa dimensão da atuação da Atividade Educação em Saúde, tradicionalmente desenvolvida pelo SESC, se reafirma como área indispensável ao alcance dos objetivos de otimização das condições de saúde e qualidade de vida da clientela e da comunidade em geral.

Contempla ações de detecção e controle dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de doenças ou de uma doença específica, requerendo a identificação e socialização de informações sobre os fatores de proteção à saúde. Compreende, ainda, um elenco bastante vasto e diversificado de ações de natureza eminentemente educativo-preventivas.

O objetivo é a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, incluindo fatores de risco e de proteção à saúde, assim como possibilitar à clientela fazer opções saudáveis apoiadas na conquista de sua autonomia.

No nível individual, refere-se à instrumentalização das pessoas com conhecimentos básicos e ferramentas que lhes permitam buscar novos saberes, de forma a possibilitar que cada sujeito seja capaz de escolher comportamentos e caminhos a seguir.

Mas, “para que um conhecimento seja significativo, ele deve ser reelaborado pelo sujeito, que rearranja, então, seu repertório de conceitos e informações com os quais dá sentido aos acontecimentos e situações do cotidiano e orienta sua ação. Tal mecanismo está longe de ser simples: nele influenciam, além dos aspectos cognitivos do indivíduo e da natureza do conhecimento propriamente dito, fatores de ordem familiar, social, religiosa e afetiva, dentre outros”.⁴³

É fundamental, portanto, que a construção das ações de prevenção leve em consideração a contextualização do estilo e dos modos de vida do grupo familiar e da comunidade, bem como supere os riscos de “culpabilização” da vítima e da “medicalização” da vida cotidiana.

Neste sentido, uma das tarefas da educação em saúde é o apoio social⁴⁴, que se constitui na oferta de informações e apoios, por parte de grupos e/ou pessoas já conhecidas, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, que beneficia tanto quem recebe, como quem oferece o apoio, permitindo dessa forma que ambos tenham mais

sentido de controle sobre suas vidas. Remete-se à noção de empoderamento, quer dizer, um processo pelo qual indivíduos, grupos sociais e organizações passam a ter mais controle sobre seus próprios destinos.

O apoio mútuo, entendido como organização comunitária, possibilita uma intervenção mais efetiva sobre as causas estruturais da saúde e do bem-estar. Para contribuir com esse processo, a educação em saúde deve promover a discussão a partir do que as pessoas pensam sobre seus próprios problemas e que soluções efetivamente buscam, estimulando reflexões e proposições que, além de contribuir para medidas individuais de autocuidado, promovam um sentimento de eficácia coletiva, aumentando o poder de controle sobre os fatores sociopolíticos e ambientais que determinam a saúde e a qualidade de vida.

Esse procedimento potencializa seus resultados, pois não se limita às medidas individuais de prevenção. No caso da prevenção de dengue e cólera, por exemplo: é sabido que as causas das cíclicas epidemias não estão exatamente na falta de conhecimento ou na resistência das pessoas, principalmente das classes populares, para cumprir os conselhos preventivos. Quando as epidemias já se fazem presentes, aconselha-se manter tampados os receptáculos de água ou a pingar na água gotas de cloro. Mas é preciso viabilizar, além disso, uma contribuição técnica necessária, que é a discussão acerca dos motivos e das possibilidades de solução para falta de abastecimento de água que faz com que as pessoas tenham que armazenar água de forma irregular em seus terrenos.

Sem essa discussão e instrumentalização para organização comunitária, capaz de encaminhar reivindicações organizadas e conseqüentes para real solução dos problemas, a educação em saúde estará apenas contribuindo para que as pessoas saibam as medidas de caráter urgente, sem favorecer a intervenção sobre os fatores que poderão efetivamente gerar a melhoria da qualidade de vida da comunidade.

3. CONTROLE SOCIAL DA SAÚDE

Numa perspectiva ampliada, a educação em saúde se revela como um recurso estratégico fundamental tanto para a reorganização dos sistemas e serviços, no sentido da construção de uma atenção à saúde integral em que as pessoas e os grupos sociais assumam um maior controle sobre sua saúde

e suas vidas, quanto para efetiva participação popular crítica e criativa na construção de políticas públicas saudáveis como caminho para a conquista do direito humano à vida plena.

A educação em saúde no SESC desempenha um importante papel nesse processo, na medida em que contribui para a participação ativa de uma população bem informada com capacidade de análise e reflexão, pretendendo não somente a criação de uma nova consciência sanitária, mas a construção da participação popular na gestão partilhada de ações sociais.

Para consolidação desse processo, uma atividade importante como espaço de participação popular e controle social da saúde é o diagnóstico participativo que “tem o caráter aglutinador de forças sociais num processo coletivo de autoconhecimento, que não se restringe ao mapeamento de doenças, mas se preocupa com qualquer situação ou problema que possam provocar agravos à saúde”.⁴⁵

No diagnóstico participativo, cabe ao educador em saúde e demais técnicos das diferentes Atividades sensibilizar e estimular o trabalho do grupo, assumindo a posição de facilitadores da análise e discussões, sistematizando os pontos levantados, inserindo-os numa problemática mais ampla e gerando questões para um novo momento de problematização.

É um trabalho eminentemente educativo, com troca de experiências, valorização do conhecimento técnico, como também do científico/popular. A vivência de cada participante é levada em conta, e todos, num trabalho conjunto, contribuem para mudanças na situação, visando à saúde coletiva

Os instrumentos e as técnicas utilizadas permitem o questionamento, o diálogo, o confronto do conhecimento científico atual e o popular, e a participação real dos profissionais e da clientela.

De forma dinâmica, técnicos, clientela, população situam-se como participantes de um grupo de trabalho, identificando sua parcela de responsabilidade pela configuração geral de sua situação, conhecendo e analisando seu contexto, e propondo ações para modificá-lo.⁴⁶

Essa metodologia traz grandes vantagens, em conformidade com os

princípios da ação educativa em saúde no SESC e a intenção de contribuir para a participação/controlar social da saúde:

a) envolve a clientela na identificação de seus problemas e na busca de soluções, trabalhando com diferentes fontes de dados;

b) evidencia os problemas que afetam a clientela e seus determinantes sociais, econômicos e ambientais, permitindo o levantamento das necessidades educativas;

c) considera os pontos de vista dos diferentes atores sociais na conclusão do diagnóstico de saúde;

d) integra os profissionais das diferentes áreas do SESC no levantamento das necessidades e estabelecimento de prioridades de intervenção, viabilizando um planejamento coerente com os recursos e a programação geral do Departamento Regional.

Ao mesmo tempo, é preciso conhecer as diferentes intervenções de educação em saúde possíveis, para que a estratégia mais eficaz seja escolhida.

Tal processo representa uma inserção real do SESC em sua área, uma proximidade com a clientela que permite conhecer as formas como vive, trabalha e se organiza em torno das questões cotidianas.

O segundo momento do diagnóstico participativo refere-se à objetivação, de forma coletiva, das prioridades (causas dos problemas prioritários que irão se constituir em alvo da intervenção educativa em saúde) e à identificação dos recursos existentes (humanos, materiais, financeiros) para o desenvolvimento dessa intervenção, considerando as contrapartidas dos parceiros.

Essa relação mais orgânica entre o SESC e a clientela/ comunidade não só potencializa as tradicionais ações de controle de doenças transmissíveis (dengue, sarampo, diarreia etc...) e de monitoramento dos riscos de adoecimento e morte, como também abre espaços para uma resposta social organizada aos problemas de saúde em todas suas dimensões, atuando sobre os fatores condicionantes da qualidade de vida.

V | DIRETRIZES POLÍTICAS, TÉCNICAS E OPERACIONAIS

1. DEVERES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE QUANTO À ESTRUTURAÇÃO DA ATIVIDADE E SUA RELAÇÃO COM AS DEMAIS ÁREAS

1.1. Ser operacionalizada como processo e valorizada enquanto ação permanente dentro do SESC, promovendo o desenvolvimento, implementação e avaliação de estratégias de promoção da saúde, prevenção de doenças e preservação do ambiente, tanto através da ação direta da própria Atividade quanto no seu papel complementar às demais.

1.2. Nortear a prática por conceitos de educação e de saúde abrangentes e inter-relacionados.

1.3. Integrar as áreas técnicas a partir do marco conceitual e metodológico da promoção da saúde e da educação popular em saúde.

1.4. Pesquisar e disponibilizar às equipes técnicas metodologias e tecnologias facilitadoras de práticas de educação e formas de comunicação que respeitem a cultura local e a participação real dos grupos na mobilização social.

1.5. Atuar de forma intersetorial, envolvendo instituições públicas e privadas, organizações e representações comunitárias no planejamento, execução e avaliação de ações educativas em saúde que visem intervir sobre os determinantes do processo saúde-doença e contribuir para a melhoria da qualidade de vida da comunidade em que o SESC está inserido.

1.6. Estimular o desenvolvimento de processos educativos em saúde que envolvam a clientela comerciária, sua família e a comunidade, de forma a promover o engajamento das diferentes áreas do SESC e setores da sociedade no encaminhamento de soluções coletivas às questões de saúde identificadas como prioritárias.

1.7. Implementar programas de capacitação dos recursos humanos a partir do marco teórico da educação permanente, articulando os saberes técnico-profissionais com as experiências vivenciadas no cotidiano da prática profissional no SESC.

2. QUANTO AOS OBJETIVOS

2.1. Desenvolver a capacidade de análise crítica acerca dos determinantes das condições de vida e saúde, fortalecendo a competência para intervenção sobre

a realidade através de ações individuais e coletivas que contribuam para a saúde pessoal e a melhoria da qualidade de vida da comunidade.

2.2. Favorecer a compreensão integrada dos fenômenos saúde/doença, ampliando o conhecimento da clientela a respeito dos fatores determinantes da saúde e das medidas de intervenção na cadeia de transmissão das doenças e outros agravos à saúde prevalentes em cada região.

2.3. Contribuir para o rompimento de barreiras culturais em relação a doenças cuja representação social está associada a tabus e preconceitos.

2.4. Mobilizar indivíduos e grupos sociais para organização de redes de apoio social (grupos de ajuda mútua, associações, cooperativas etc.), que, através da oferta de apoios e do diálogo entre diferentes saberes, possam fortalecer a capacidade da clientela para participar nas decisões que afetam suas vidas e influenciam a possibilidade de optar por modos de vida saudáveis.

2.5. Controlar e reduzir os agravos à saúde em espaços do SESC, da residência, do trabalho e da comunidade.

2.6. Divulgar os serviços de saúde da comunidade e favorecer à clientela a reivindicação, a utilização e o controle social de serviços de atendimento em âmbito comunitário, garantindo que estejam de acordo com suas necessidades para prevenção e tratamento de suas doenças e para a promoção de sua saúde e da coletividade.

2.7. Reduzir demandas para a medicina curativa.

2.8. Capacitar recursos humanos no SESC e da comunidade para desenvolver ações de promoção e de educação em saúde, contribuindo para reorientação dos serviços sociais e de saúde no que se refere à concepção ampliada de saúde e visão integral do sujeito e à abordagem educativa baseada no diálogo entre saberes.

3. QUANTO AOS ASPECTOS DE METODOLOGIA E PROGRAMAÇÃO

3.1. Implementar processos de planejamento participativo, programando as ações de acordo com as necessidades regionais e prioridades locais, identificadas em conjunto com a clientela e equipes parceiras.

3.2. Garantir uma clara relação do planejamento com os recursos locais, através da identificação das potencialidades da comunidade onde o SESC está

inserido para estabelecimento de parcerias e desenvolvimento de trabalho integrado com as diferentes instituições e grupos organizados.

3.3. Envolver as demais Atividades das diferentes áreas de atuação do SESC no processo de planejamento participativo, de forma a estimular e instrumentalizar as diversas equipes para proposição e desenvolvimento de ações integradas que visem intervir sobre as questões de saúde prioritizadas.

3.4. Fundamentar a programação em pesquisas e investigações que possibilitem conhecer o modo de viver da clientela, seus ideais de vida e concepções acerca do processo saúde-doença.

3.5. Adotar linhas metodológicas capazes de facilitar a comunicação adequada às peculiaridades dos diferentes grupos socioeconômicos e suas questões de saúde.

3.6. Desenvolver projetos sistemáticos em substituição às ações pontuais.

4. QUANTO AO PROCESSO DE AVALIAÇÃO

4.1. Adotar postura permanente de acompanhamento e avaliação processual que incorpore indicadores qualitativos e quantitativos, de forma a verificar a compatibilização ou a inadequação entre os objetivos previstos e os realizados, informando e realimentando o desenvolvimento da programação.

4.2. Implementar processos de avaliação participativa, democratizando informações e decisões que contribuam para o repensar das opções políticas e programáticas.

4.3. Eleger indicadores e critérios que dêem conta da avaliação da Atividade Educação em Saúde, em seus aspectos de conteúdo, método e organização.

VI | INDICADORES OU CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ESTRUTURAÇÃO DA ATIVIDADE

Os princípios norteadores da prática educativa e as diretrizes políticas, técnicas e operacionais fixadas orientam a proposição de indicadores que auxiliam na avaliação do nível de estruturação da Atividade Educação em Saúde. A partir deles, é possível para cada Departamento Regional verificar o grau de

organização e de efetividade em que a Atividade se encontra, possibilitando identificar que medidas devem ser implementadas para que essa área possa se desenvolver de forma integral.

Tais indicadores referem-se às diferentes dimensões que caracterizam a organização da Atividade:

a) Estrutural: diz respeito aos recursos ou infra-estrutura necessária e fundamental à realização da Atividade, viabilizando a operacionalização de seus princípios e diretrizes.

b) Operacional: refere-se aos processos e atividades associados aos componentes dos profissionais ou agentes implicados na consolidação das diretrizes fixadas.

c) Sistêmica: está relacionada basicamente ao aspecto de relação com as demais Atividades e Programas, bem como com órgãos e instituições da comunidade, na perspectiva do trabalho integrado e intersetorial.

d) Estratégica: corresponde aos componentes de gestão da Atividade.

e) Específica: essa dimensão refere-se ao impacto dos programas e projetos desenvolvidos. Nessa perspectiva, são apresentados os indicadores específicos do programa como um todo, considerando as várias possibilidades de ação da Atividade Educação em Saúde. É certo que estarão na dependência dos objetivos e características de cada projeto que venha a ser realizado em cada Departamento Regional.

DIMENSÕES

INDICADORES OU CRITÉRIOS

Estrutural
(recursos ou
infra-estrutura)

- a) Distribuição do pessoal em função das necessidades de atenção à clientela.
- b) Formação de acervo didático próprio.
- c) Destinação de recursos.
- d) Pessoal com dedicação exclusiva à Atividade (em substituição ao acúmulo de funções).

Operacional (processos e atividades associados aos componentes dos profissionais ou agentes do programa)	<ul style="list-style-type: none">a) Pessoal qualificado para desempenhar suas atribuições e responder às necessidades da clientela.b) Incorporação, pelas equipes das demais Atividades, dos conceitos ampliados de saúde e educação, ampliando e aprofundando as práticas de promoção da saúde.c) Coesão da equipe multiprofissional.
Sistêmica (contexto externo ao programa)	<ul style="list-style-type: none">a) Ampliação de ações realizadas em parceria de outras instituições e/ou grupos organizados, evidenciando uma clara relação do planejamento com os recursos locais.b) Complementaridade com outros programas e serviços.
Estratégica (políticas e práticas de gestão)	<ul style="list-style-type: none">a) Capacidade interna de resolução de problemas.b) Programa de capacitação a partir do marco teórico da educação permanente.

Específica
(resultados e impactos dos programas e projetos)

- a) Melhoria das condições de vida e de saúde dos grupos populacionais atendidos pelo SESC.
- b) Redução de agravos à saúde em espaços do SESC, da residência, do trabalho e da comunidade.
- c) Ampliação do conhecimento da clientela a respeito dos fatores determinantes da saúde e das medidas de intervenção na cadeia de transmissão das doenças e outros agravos à saúde prevalentes na região.
- d) Rompimento de barreiras culturais em relação a doenças cuja representação social está associada a tabus e preconceitos.
- e) Desenvolvimento da capacidade de análise crítica acerca dos determinantes das condições de vida e saúde e fortalecimento da autonomia para intervenção sobre a realidade, expressos em medidas de atuação individual e coletiva para melhoria da saúde pessoal e da qualidade de vida das comunidades atendidas pelo SESC.
- f) Constituição de agentes multiplicadores de saúde em diferentes cenários, propiciando a institucionalização de programas educativos e de promoção da saúde em empresas, escolas e no próprio SESC.
- g) Mobilização de indivíduos e grupos no sentido da organização de redes de apoio social (grupos de ajuda mútua, associações, cooperativas etc), desenvolvendo ações que visem à melhoria da qualidade de vida da comunidade.
- h) Ampliação dos níveis de identificação, reivindicação e utilização, pela clientela, dos serviços sociais e de saúde da comunidade.
- i) Reorientação dos serviços de saúde, no que se refere à abordagem educativa em suas dimensões direta e complementar à atuação clínica.

- ¹ CRUZ, Oswaldo G. – Relatório de 1906, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1907 apud COSTA, N. R. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. In: *Educação e saúde: Cadernos do Cedes*, São Paulo: Cortez/Cedes, 1984. n.4, p.5-27.
- ² SMEKE, Elizabeth de Leone Monteiro & OLIVEIRA, Nayara Lúcia Soares de – Educação em Saúde e Concepções de Sujeito. In: VASCONCELOS, Eymar Mourão – *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. Hucitec, SP, 2001.
- ³ COSTA, N. R. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. In: *Educação e saúde: Cadernos do Cedes*, São Paulo: Cortez/Cedes, 1984. n.4, p.5-27.
- ⁴ MASCARENHAS, R. dos S. – História da saúde pública no estado de São Paulo. In: *Revista Saúde Pública*, São Paulo. 7:433-46, 1973 apud CARDOSO DE MELO, J. A. – Educação Sanitária: uma visão crítica. In: *Educação e saúde: Cadernos do Cedes*, São Paulo: Cortez/Cedes, 1984. n.4, p.28-43.
- ⁵ CARDOSO DE MELO, J. A. – Educação Sanitária: uma visão crítica. In: *Educação e saúde: Cadernos do Cedes*, São Paulo: Cortez/Cedes, 1984. n.4, p.28-43 (p.37).
- ⁶ O conjunto de informações e considerações acerca da evolução histórica da Atividade Educação em Saúde no SESC, constante deste documento, faz parte do estudo realizado pela Professora e Pesquisadora da ENSP/ Fiocruz Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares, com base nos documentos institucionais aqui referenciados, como parte integrante do Modelo da Atividade Educação em Saúde no SESC – documento preliminar, 2001. Mimeo.
- ⁷ SESC/DN, 1962. Fundamentos Teóricos da Ação do SESC. Rio de Janeiro: Mimeo.
-----, 1982. Proposta Preliminar do Projeto: Modelo de Ação em Saúde. Rio de Janeiro: Mimeo.
- ⁸ SESC/DN, 1971. Primeira Convenção Nacional de Técnicos do SESC. Publicação 410. Rio de Janeiro: Mimeo.
-----, 1974. Diagnóstico do DN. Rio de Janeiro: Mimeo.
- ⁹ SESC/DN, 1971. Fundamentos Teóricos da Ação do SESC. Publicação 356. Rio de Janeiro: Mimeo.
- ¹⁰ SESC/DN, 1972. Convenções Nacionais de Técnicos do SESC. Publicação 306. Rio de Janeiro: Mimeo.
-----, 1969. Convenções Nacionais de Técnicos do SESC – 1951-1956-1961. Publicação 307. Rio de Janeiro: Mimeo.
- ¹¹ *Idem*.
- ¹² SESC/DR, 1976. Seminário SESC/DR. Rio de Janeiro: Mimeo.

- ¹³ SESC/DN, 1968. Normas de Assistência Técnica em Educação Sanitária. Rio de Janeiro: Mimeo. (p. 1).
- ¹⁴ BRANDÃO, Carlos Rodrigues – A educação popular na área da saúde. In: VASCONCELOS, Eymar Mourão – *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. Hucitec, SP, 2001. (p.)
- ¹⁵ *Idem* (p.3).
- ¹⁶ SESC/DN, 1982. Proposta Preliminar do Projeto: Modelo de Ação em Saúde. Rio de Janeiro: Mimeo.
- ¹⁷ GENTILI, Marilena – Promoção da Saúde. In: Ministério da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde – *Promoção da Saúde*. Ano 1/ nº 1 – ago/ out, 1999 (pp 9-11).
- ¹⁸ CHIESA, Ana Maria & VERÍSSIMO, Maria De La Ó Ramallo – A educação em saúde na prática do PSF. In: Manual de Enfermagem www.ids-saude.org.br/enfermagem.
- ¹⁹ SMEKE, Elizabeth de Leone Monteiro & OLIVEIRA, Nayara Lúcia Soares de – Educação em Saúde e Concepções de Sujeito. In: VASCONCELOS, Eymar Mourão – *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. Hucitec, SP, 2001.
- ²⁰ STOTZ, E. N. – Enfoques sobre educação e saúde. In VALLA, V. V. & STOTZ, E. N. – *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993 apud SMEKE, Elizabeth de Leone Monteiro & OLIVEIRA, Nayara Lúcia Soares de – Educação em Saúde e Concepções de Sujeito. In: VASCONCELOS, Eymar Mourão – *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. Hucitec, SP, 2001
- ²¹ SCHALL, Virgínia T. – Debate sobre el articulo de Briceño-Leon. In *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 12(1): 7-30, jan-mar, 1996.
- ²² TAVARES, M^a de Fátima L. – Modelo da Atividade Educação em Saúde – Documento Preliminar, SESC/DN, 2001. Mimeo.
- ²³ BOFF, Leonardo – *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999 (p. 144).
- ²⁴ BUSS, Paulo Marchiori – Promoção da saúde e qualidade de vida. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1):163-177, 2000. (p. 167).
- ²⁵ WHO, 1986. Carta de Ottawa. Pp. 11-18. In: Ministério da Saúde/ Fiocruz. *Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Ministério da Saúde/ IEC, Brasília (p.17).
- ²⁶ Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes

e dá providências. Brasília, 1990.

Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providências. Brasília, 1990.

²⁷ VALLA, V. V.; CARVALHO, M; ASSIS, M. – *Participação popular e os serviços de saúde: o controle social como exercício da cidadania*. Rio de Janeiro: Pares. Fundação Oswaldo Cruz, 1993.

²⁸ Ação Finalística do SESC. (p.8)

²⁹ WHO, 1997. Declaração de Jacarta. Pp. 43-48. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *Promoção da saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaises e Declaração do México*. Ministério da Saúde, Brasília, 2001 (p.45).

³⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. “Educação em saúde: um processo participativo”. In: *Ação Participativa: Avaliação de Experiências*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

³¹ OMS/ MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL – *As Metas da Saúde para Todos*. Lisboa, 1986.

³² Baseado em mensagem de Eduardo Stotz na Rede de Educação Popular em Saúde.

³³ NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE/ PROGRAMA ESTADUAL DO CONTROLE DE HANSENÍASE/ CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA/ SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO – *Educação em Saúde – Planejando as ações educativas (Teoria e prática)*, SP, 1997 (versão para Internet) (p.56).

³⁴ XAVIER, Dulcinéia; ÁVILA, Maria Bethânia & CORREA, Sonia – Questões Feministas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral (p. 222). In: LABRA, Maria Eliana (org) – *Mulher, saúde e sociedade no Brasil*. Vozes, Petrópolis, 1989.

³⁵ CARVALHO, Maria Alice Pessanha de; ACIOLI, Sonia & STOTZ, Eduardo Navarro – O Processo de Construção Compartilhada do Conhecimento. In: VASCONCELOS, Eymar Mourão – *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. Hucitec, SP, 2001.

³⁶ VASCONCELOS, Eymar Mourão – *Educação popular, um jeito especial de conduzir o processo educativo no setor saúde*. <http://www.redepopsaude.com.br/redepopsaude/index2.htm>.

³⁷ AYRES, J. R. – Educação preventiva e vulnerabilidade às DST/Aids e uso de drogas entre escolares: como avaliar a intervenção? In: *Série Idéias*, 29.

³⁸ ÁVILA, Célia M. de – *Gestão de Projetos Sociais*, 3ª ed., São Paulo, AAPCS (Associação de

Apoio ao Programa de Capacitação Solidária), 2001.

³⁹ RAUPP, Bárbara et alii – A vigilância, o planejamento e a educação em saúde no SSC: uma aproximação possível? (p. 214) In: VASCONCELOS, Eymar Mourão – *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. Hucitec, SP, 2001.

⁴⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. “Ação educativa: diretrizes”. In: Encontro de Experiências de Educação e Saúde, 1, Brasília, 1981. Anais... Brasília, Divisão Nacional de Educação em Saúde, 1981. pp. 16-33. [Educação e Saúde, 1]

⁴¹ OPS/ OMS – *Lineamiento metodológico para la ejecución de un análisis sectorial em promoción da la salud*. Washington, D.C., 1995.

⁴² *Idem*, p. 10 (grifo nosso).

⁴³ MOHR, Adriana – Debate sobre o artigo de Briceño-León. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 12(1):21-22, jan-mar, 1996. (p. 22).

⁴⁴ VALLA, Victor Vincente & STOTZ, Eduardo Navarro – Refuerzo de la acción comunitaria. In: BUSS, Paulo Marchiori (org.) - *Promoción de la salud y la salud pública*. RJ, 2000. Mimeo.

⁴⁵ VALLA, V. V.; CARVALHO, M; ASSIS, M. – *Participação popular e os serviços de saúde: o controle social como exercício da cidadania*. Rio de Janeiro: Pares. Fundação Oswaldo Cruz, 1993. (p. 19)

⁴⁶ SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO – *Educação em Saúde. Planejando as ações educativas. Teoria e prática*. São Paulo, 1997/ revisto em 2001 (versão para Internet).

MÓDULO PROGRAMAÇÃO

“Não é possível (...) educar para a democracia ou experimentá-la sem o exercício crítico de reconhecer o sentido real das ações, das propostas, dos projetos, sem a indagação em torno da possibilidade comprovável de realização das promessas feitas, sem se perguntar sobre a real importância que tem a obra anunciada ou prometida para a população como uma totalidade bem como para cortes sociais da população.”

“Nos tornamos seres da opção, da decisão, da intervenção no mundo. Seres da responsabilidade.”

Paulo Freire

I | CRITÉRIOS PARA ESTABELECIMENTO DA PROGRAMAÇÃO

A prática educativa em saúde partirá sempre da força criativa da equipe, associada ao seu compromisso ético-político. Esta força tem que ser orientada por uma análise clara e objetiva da realidade para que as opções feitas se tornem efetivas, definindo uma linha de ação coerente com os princípios e diretrizes da Atividade, na sua relação com as condições estruturais e prioridades estratégicas do Departamento Regional.

Nessa medida, torna-se fundamental o processo de planejamento, que permite definir onde se quer chegar e como concretizar os objetivos traçados, elegendo estratégias e tomando decisões capazes de produzir resultados que levem ao futuro desejado.

Para tal, é necessário relacionar o presente com o futuro, baseado numa opção teórica que fundamente a prática, articulando conhecimento com a ação. É necessária uma reflexão constante, sistemática e sistematizada.

Trata-se, em sua essência, de um processo que envolve: “analisar e entender um sistema, avaliar suas capacidades, formular suas metas e objetivos, formular cursos alternativos de ação para atingir essas metas e objetivos, avaliar a efetividade dessas ações ou planos, escolher o(s) plano(s) prioritário(s), iniciar as ações necessárias para a sua implantação e estabelecer um monitoramento contínuo do sistema, a fim de atingir um nível ótimo de relacionamento entre

o plano e o sistema”.¹

Tal processo é dinâmico, caracterizado não propriamente por etapas distintas e seqüenciais, mas por *momentos* inter-relacionados e interativos, que se constituem basicamente em:

- a) identificação, seleção/priorização e análise dos problemas;
- b) proposição de soluções para enfrentar os problemas priorizados;
- c) construção de viabilidade das soluções propostas;
- d) execução, acompanhamento e avaliação do plano.

É sempre oportuno lembrar que o planejamento em saúde não visa a produtos, mas a resultados. Ou seja, ao se estruturar a programação, o objetivo não são os atendimentos produzidos, mas, sim, os resultados que esses atendimentos terão sobre a qualidade de vida dos indivíduos e o impacto que as ações planejadas terão sobre os indicadores de saúde da população de interesse. Trata-se de uma proposição de trabalho e de produção social.

Assim, a organização da programação deverá assumir como ponto de partida a clientela e suas peculiaridades (nos aspectos socioeconômicos, culturais e epidemiológicos), contemplando os diversos momentos do ciclo de vida, tanto em nível do próprio espaço de atuação do SESC como na direção de construção de parcerias para organização dos demais cenários que constituem o cotidiano da população-alvo. (No Anexo II, apresentamos alguns instrumentos e categorias de dados que podem auxiliar no processo de levantamento e estudo de necessidades educativas da clientela para estabelecimento da programação).

Baseada no pensamento estratégico e no enfoque participativo, a estruturação da programação da Atividade Educação em Saúde deverá, portanto, adotar os seguintes critérios básicos:

a) Características e demandas da clientela: A ação educativa envolve a relação do educador com o grupo que participará da ação e deste com seu contexto sociocultural. Para serem eficazes, os programas de educação em saúde devem basear-se nos quadros socioculturais locais e estarem intimamente ligados à formação dos sistemas de valores dos indivíduos.

Além das necessidades de saúde objetivas da clientela (que orientam a definição das prioridades de atuação), a forma como as pessoas pensam, cuidam de si e lidam com o processo saúde-doença tem que ser considerada na

compreensão de suas demandas, a fim de que se possam eleger as estratégias educativas mais adequadas.

São essas informações, também, que irão possibilitar avaliar o quanto de mudança foi alcançado, ao final da intervenção.

b) Programas locais, na área da saúde: É fundamental saber sobre a existência, capacidade de atendimento e modalidades de programas desenvolvidos pelos serviços de saúde locais, a fim de poder referenciar a clientela e também para evitar o risco de oferecer uma programação que se sobrepõe aos serviços já disponíveis e acessíveis à clientela do SESC.

Isso é especialmente importante em projetos que requerem insumos ou procedimentos clínicos disponíveis na rede básica, de forma que o SESC favoreça que sua clientela se beneficie desse nível de atendimento, ao mesmo tempo garantindo a abordagem educativa necessária ao sucesso dos programas de saúde correlatos (como é o caso da prevenção às DST e Aids e o fornecimento de preservativos; o planejamento familiar e a garantia de acesso aos métodos; o acompanhamento e controle das enfermidades crônico-degenerativas e o acesso a medicamentos e exames clínicos; dentre outros).

c) Potencial de estabelecimento de parcerias internas e externas: A fim de otimizar as condições de trabalho e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde e dos agravos passíveis de prevenção, é necessário avaliar a possibilidade real de estabelecimento de parcerias, ou, por outro lado, a exigência de contratação de serviços e a aquisição de equipamentos necessários à sustentabilidade dos programas educativos.

As parcerias são concebidas não apenas na dimensão da complementação de recursos, mas fundamentalmente como resultado do trabalho de mediação estratégica e defesa da saúde, necessário ao amplo engajamento dos diferentes setores da sociedade potencialmente capazes de intervir positivamente na melhoria da qualidade de vida, atuando sobre os motivos e condições que levam as pessoas à adoção de um estilo de vida saudável e proporcionando apoios que reforçam as decisões saudáveis desencadeadas pelo processo educativo.

d) Programação do Departamento Regional, nas diferentes áreas (visando ao trabalho integrado às demais Atividades): A relação dos

fatores acima referidos com a análise das condições estruturais de execução da Atividade (recursos humanos, físicos e materiais disponíveis, parcerias internas e externas) e com a programação do Departamento Regional possibilitará definir quais segmentos da clientela serão priorizados (grupos organizados pelo próprio SESC, clientela das diferentes Atividades, escolas, empresas do comércio, comunidade etc.), avaliando o potencial de intervenção do SESC sobre as causas dos problemas identificados juntamente com esses grupos sociais.

A adoção desses critérios contribui para o sucesso do planejamento – ou seja, para a efetividade dos resultados –, evitando o risco de planejar atividades inadequadas e de avaliar resultados sem considerar todos os fatores envolvidos. Além disso, levar em conta esses diferentes fatores em razão de força que eles têm para influenciar a saúde habilita os educadores a serem mais realistas acerca das limitações de seus programas.

Em oposição ao desenvolvimento de ações pontuais e de caráter aleatório (que pulverizam os resultados e desperdiçam recursos que poderiam estar sendo canalizados para problemas prioritários e grupos mais necessitados), a lógica de planejamento aqui proposta cria condições para o estabelecimento de uma programação conseqüente, com maior potencial para gerar impacto positivo sobre a qualidade de vida da clientela, pois parte da análise do nível de relevância e de necessidade de realização da ação.

II | EIXOS PARA PROGRAMAÇÃO

A estruturação da programação, visando à implantação e à implementação de projetos de educação em saúde que estão baseados na pesquisa de necessidades e interesses da clientela, assim como nas negociações feitas com as demais equipes do SESC e parceiros externos, remete-se ao momento do diagnóstico, requerendo:

- a) a sistematização dos dados coletados;
- b) a identificação dos problemas para os quais as intervenções de educação em saúde se fazem necessárias;

- c) o claro entendimento dos objetivos a serem alcançados;
- d) a análise crítica de diferentes possibilidades de intervenções.

Evitaremos, assim, a padronização de áreas temáticas a serem trabalhadas pela Atividade, compreendendo que a relevância dos temas de saúde deve ser relativizada no contexto das prioridades identificadas pela equipe técnica juntamente com a clientela e da análise feita quanto ao potencial do Departamento Regional para intervenção sobre elas.

Pretendemos, dessa forma, evitar o risco de prejudicar a equipe na sua capacidade de definição de prioridades, engessando seu potencial de atuação sobre as reais necessidades de sua clientela. Por outro lado, reconhecemos a existência de temáticas de relevo no cenário nacional, bem como colocamos sensíveis às demandas mais frequentes das equipes, resultantes das questões despertadas pelo cotidiano do trabalho.

Com base nesses critérios, o Departamento Nacional vem elaborando (e dará continuidade a esse processo) guias e manuais de orientação técnica³ que visam instrumentalizar teórica e tecnicamente as equipes para o desenvolvimento de projetos específicos. São documentos que se baseiam nas experiências dos Departamentos Regionais, reforçando suas iniciativas e articulando essas vivências a formulações conceituais e metodológicas e às principais orientações do Ministério da Saúde e Órgãos Internacionais (OMS, OPAS, OIT, Unesco) com relação às doenças de relevância epidemiológica.

1. EIXO PRINCIPAL: CICLO DE VIDA

Tendo como propósito básico a sistematização de ações educativas em saúde voltadas para os principais interesses e necessidades dos diferentes grupos de clientela que frequentam as diversas Atividades do SESC, propomos adotar como referência básica para organização das linhas programáticas as **fases ciclo de vida**⁴, nas suas dimensões individual e familiar:

a) o *ciclo de vida*, também chamado de ***ciclo vital individual***, são as diferentes etapas pelas quais o ser humano deve passar, desde seu nascimento até a morte. É importante, entretanto, considerar que o desenvolvimento humano, apesar da importância da individualidade, não pode prescindir do componente coletivo, cujo epicentro é a família.

b) o ***ciclo vital familiar*** é a seqüência normal de etapas pelas quais passa uma família ao longo da vida e que devem ser localizadas e analisadas segundo as características e manifestações críticas de cada um dos membros.

Dessa forma, a saúde da família é concebida como unidade, ao mesmo tempo em que terá como campo de ação o indivíduo integral, situado em determinado período de seu ciclo de vida e inserido no seu contexto familiar, procurando entender as dinâmicas familiares.

É importante ter em mente que o conceito ampliado de *Saúde da Família* não se restringe a laços de consangüinidade, mas sim como uma rede de solidariedade que favorece a sobrevivência. Assim, família são aqueles com quem se pode contar. E os grupos se estabelecem a partir de laços, afetivos e morais, de parentesco e vizinhança, que possibilitam a solidariedade, a troca de favores e a manutenção dos hábitos, linguagem e valores culturais. Inclui, portanto, quatro elementos fundamentais:

- a) Convivência sob o mesmo teto
- b) Apoio afetivo
- c) Apoio econômico
- d) Socialização

A concepção de ciclo de vida introduz a compreensão de que os períodos de transição e mudanças na vida da pessoa estão ligados não só à idade do indivíduo, mas também às expectativas sociais que o envolvem. Ao ordenar/classificar a população-alvo por idades da vida, são considerados quatro períodos de vida que marcam fortemente o desenvolvimento da capacidade humana:¹

a) A ***infância***, que é a primeira fase, começa desde a gestação e pode ser dividida do nascimento até o primeiro ano de idade e após o primeiro ano até os 5 anos para alguns autores ou até o início da idade escolar, para outros. Contudo, com o objetivo de estabelecer uma padronização que facilite o planejamento e considerando peculiaridades quanto a transições e transformações previsíveis, estaremos adotando a classificação de faixas etárias definidas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)² e, dessa forma, a programação voltada para a etapa da infância deverá considerar a idade limite de 11 anos.

b) A **adolescência**, compreende a faixa cronológica que vai dos 12 aos 18 anos, caracterizando a fase de transição entre a infância e a idade adulta, marcada por profundas transformações biológicas e psicossociais que envolvem intenso crescimento e desenvolvimento.

c) A **maturidade ou adultice**, é definida pela fase de inserção do indivíduo em atividades economicamente produtivas, isto é, tem como centro o mundo do trabalho, principal característica dessa idade da vida. Propomos a esquematização de fases da vida adulta, fixando os seguintes períodos cronológicos: jovem adulto (19 a 39 anos) e meia-idade (40 a 59 anos).

d) O **envelhecimento ou terceira idade**, com demandas próprias para o alcance da saúde, que incluem: contribuição para a melhoria da auto-estima, bem como desenvolvimento de estratégias que concorram para diminuição da solidão e sentimento de abandono, comuns nesta faixa etária (que se inicia aos 60 anos), que tem estado em constante crescimento proporcional nas duas últimas décadas em todo o mundo.

Em todas estas etapas do ciclo de vida fazem parte **as oportunidades, o potencial e as interações**, que variam de acordo com cada momento desse ciclo e cuja ocorrência de episódios que ocorrem contra sua saúde são de fácil predição e intervenção oportuna por uma equipe promotora da saúde.

2. CENÁRIOS DE ATUAÇÃO

As linhas programáticas se organizam, ainda, pelo eixo dos **cenários de atuação**, concebidos como **espaços de relações** e vinculados às condições e estilo de vida, na sua intrínseca conexão com os diversos fatores de risco correspondentes aos vários grupos que convivem nesses espaços cotidianamente.

De forma geral, destacam-se: a família e organizações socioculturais e religiosas; creches e escolas; mundo do trabalho; serviços de saúde.

Chamamos a atenção para o fato de que na esfera de atuação do SESC, que tem como clientela prioritária o trabalhador do comércio de bens e serviços e seus dependentes, a família e o mundo do trabalho são cenários privilegiados.

Neste sentido, o próprio ambiente de trabalho do SESC figura como cenário de atuação e seus recursos humanos clientela em potencial. A construção de

um ambiente de trabalho favorável à saúde e a atenção às características e necessidades de saúde dos trabalhadores do SESC caracterizam a entidade como empresa saudável, ampliando seu potencial de atuação nas empresas do comércio, pelo reconhecimento óbvio da legitimidade dos projetos de saúde que propõe.

Na classificação desses cenários estaremos optando pelos espaços de atuação do SESC, conforme hierarquizados no documento *A Ação Finalística do SESC*⁶:

1º) as unidades físicas do SESC, onde “a Entidade desenvolve suas atividades principais, atendendo diretamente sua clientela, de forma prioritária”;

2º) as empresas comerciais (considerando que “um dos aspectos fundamentais da qualidade de vida do trabalhador são suas condições de trabalho”);

3º) a comunidade, “alcançando a população em geral, sem exclusividade para o comerciário”, inclusive através da proposição de ações sociais interinstitucionais.

Neste último espaço de atuação, destacamos o cenário escola, pelo reconhecimento do potencial desse ambiente para a educação em saúde, na perspectiva do desenvolvimento de ações que a escola pode realizar para proteger e melhorar a saúde da comunidade (envolvendo professores, alunos, pessoal não-docente, pais e responsáveis, assim como todas aquelas pessoas que se relacionam com a comunidade escolar).*

III | ESTRUTURA DE PROGRAMAÇÃO

1. ESTRATÉGIAS E AÇÕES

A educação em saúde tem como principais estratégias:

a) **capacitação/ empoderamento** – consiste em uma forma de atuação profissional que visa favorecer a auto-estima e a autoconfiança, bem como desenvolver competências e habilidades de gerar modificações nos determinantes sociais da saúde e intervir sobre a realidade, inclusive através da mobilização coletiva. Esta é a principal tarefa da educação em saúde, relacionada aos campos da promoção,

* Consultar Anexo V : Componentes e ações essenciais de uma escola promotora de saúde

que dizem respeito ao desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e ao reforço da ação comunitária.

b) **intersetorialidade** – engajamento de diferentes setores da sociedade, através do desenvolvimento de alianças e parcerias que visam intervir sobre os fatores determinantes do processo saúde-doença.

c) **construção de espaços favoráveis à saúde** – possibilidade de ações intersetoriais que podem ser ampliadas através de mediação estratégica com o poder público.

Em outras palavras, a programação tem como características:

1. ampliação da capacidade de análise crítica e dos níveis de conhecimento da clientela acerca dos fatores determinantes do processo saúde-doença, viabilizando a identificação dos riscos à saúde para intervenção sobre eles;

2. desenvolvimento de habilidades pessoais e coletivas, na perspectiva da auto-eficácia e dos estilos de vida saudáveis;

3. fortalecimento da articulação comunitária, visando à participação social e ao desenvolvimento da comunidade;

4. programas integrados que dêem conta não somente da execução orçamentária, mas das metas propostas, incluindo planejamento participativo com engajamento de diferentes segmentos e setores;

5. proteção do meio ambiente e estímulo a medidas de controle e redução de agravos à saúde nos espaços do SESC, da residência, do trabalho e da comunidade.

As ações são implementadas através de intervenções ou atividades intersetoriais de:

a) educação e capacitação/formação;

b) participação social e trabalho comunitário;

c) informação e comunicação social;

d) investigação e vigilância/control social.

No Anexo IV apresentamos quadros esquemáticos (Modelos Lógicos) referentes à estrutura de programação de cada linha programática, de forma a evidenciar para cada estratégia/componente da Atividade (a intersetorialidade, a capacitação e a criação de ambientes saudáveis) os objetivos de implantação; os grupos-alvo; os objetivos em curto prazo e indicadores de curto prazo correspondentes; os objetivos em longo prazo e indicadores de longo prazo correlatos.

2. METODOLOGIA

O conceito de metodologia⁸ que estará sendo usado aqui articula a concepção que se tem do fenômeno educativo ao próprio processo em que esta educação se dá.

Pensando no campo da educação e da intervenção social, isso significa dizer que a metodologia não diz respeito apenas às técnicas, dinâmicas e exercícios. É um processo mais amplo que exige uma clara compreensão acerca das concepções que embasam os diferentes instrumentos educativos para que se possam identificar quais são os mais próximos das concepções de educação e de saúde que orientam a ação do SESC, possibilitando uma intervenção na realidade social em conformidade com os objetivos políticos mais amplos da Entidade.

Para que o trabalho educativo cumpra sua função não basta ter conhecimento teórico e domínio das técnicas. É fundamental entender os processos interpessoais e sociais para identificar quais as técnicas mais adequadas aos objetivos educativos propostos, segundo as prioridades identificadas quanto à situação social e sanitária da clientela ou população-alvo.

Da mesma forma, os conteúdos informativos e teóricos devem estar relacionados aos temas de interesse dos sujeitos e guardar relação com os recursos e equipamentos sociais e sanitários locais. Não se deve perder de vista que, em matéria de saúde, a informação sobre atitudes individuais não é suficiente. Para favorecer a intervenção sobre a realidade, influenciando as condições que afetam a saúde e a qualidade de vida, é necessário considerar, no momento do planejamento, os vários aspectos correlacionados à temática de saúde que se pretende trabalhar.

Os objetivos educativos específicos da ação de saúde procuram sempre intervir nos determinantes da saúde, provocando mudanças nos motivos que levam à adoção de um determinado estilo de vida, nas condições que favorecem essa decisão e nos apoios sociais e estruturais que a reforçam.

Os princípios que orientam a ação educativa* sustentam a compreensão de que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção. A ação educativa supõe sempre um

* Vide item 4 da seção *Fundamentos Conceituais e Metodológicos do Módulo Político*, integrante deste documento

processo de troca, que resulta na produção de um saber. O que se busca no encontro com a clientela é partilhar experiências e informações, num cíclico movimento de “ensinar enquanto se aprende”.

A educação em saúde é, assim, concebida como muito mais matéria de socialização do conhecimento do que de ensino, referindo-se à autocapacitação dos indivíduos e dos grupos de uma sociedade com as questões da saúde. Uma tal educação exige a adoção de linhas metodológicas capazes de facilitar a comunicação adequada às peculiaridades dos diferentes grupos socioeconômicos e seus problemas de saúde.

E, neste sentido, o ponto de partida é sempre aquilo que a clientela tem a dizer, o que ela conhece sobre sua realidade, a sua compreensão de saúde e de doença, os aspectos que ela identifica como atenuantes ou agravantes do seu mal-estar. São esses dados que subsidiam a ação educativa em saúde, informando sobre que estratégias utilizar e indicando os conteúdos que devem ser trabalhados.

É imperativo, portanto, que se opte por estratégias metodológicas dinâmicas que estimulem a participação da clientela. A construção de novos conhecimentos e a vivência de experiências a partir do fazer do grupo, que se integra e interage, favorecem a autonomia, na perspectiva de formação de pessoas aptas a participarem ativamente da vida comunitária para conquista de melhor qualidade de vida e saúde.

No Anexo VI, são elencados os recursos metodológicos mais comumente adotados na área de educação em saúde. A escolha da modalidade deve ser orientada pela intenção de assegurar as características do processo educativo – participativo e transformador –, observando-se que todos os métodos, atividades e materiais são igualmente importantes e válidos, desde que adequados aos objetivos, às características dos envolvidos no processo educativo e ao tempo e recursos disponíveis.

3. ÁREAS TEMÁTICAS RELEVANTES E ATIVIDADES BÁSICAS

Assumindo como ponto de partida a clientela e suas peculiaridades, as linhas programáticas serão organizadas pelas fases do ciclo de vida – eixo principal da estruturação da programação.

Sendo assim, a classificação de temas de trabalho relevantes, pertinentes a cada

linha programática, foi orientada pelo conhecimento acerca das características de cada fase, na sua relação com o contexto social, econômico e cultural brasileiro.

Serviu-nos também de base para tal classificação a noção de *transição epidemiológica*, que reside nos extremos contrastes sanitários produzidos pela sociedade brasileira, aliando males “arcaicos” (como: malária, cólera, tuberculose, dengue) com novos e crescentes agravos à integridade física e psíquica do homem, como as doenças cardiovasculares, os acidentes de trânsito, a violência urbana, o estresse emocional, a Aids.

O Brasil vem apresentando, nas últimas décadas, transformações socioeconômicas rápidas e profundas, marcadas pela concentração da riqueza e o aumento da pobreza e da exclusão entre regiões e entre classes sociais no interior de territórios aparentemente homogêneos.

Nesse contexto, o novo perfil epidemiológico que aos poucos se sobrepõe sem substituir completamente o perfil anteriormente predominante determina um modelo de transição epidemiológica caracterizado pelos seguintes aspectos: 1) não há transição mas superposição entre as etapas onde predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas; 2) a reintrodução de doenças como dengue e cólera, ou o recrudescimento de outras como a malária, hanseníase e leishmaniose indicam uma natureza não-unidirecional denominada “contra-transição”; 3) o processo não se resolve de maneira clara, criando uma situação em que a morbimortalidade persiste elevada por ambos os padrões, caracterizando uma “transição prolongada”; 4) as situações epidemiológicas de diferentes regiões em um mesmo país tornam-se contrastantes, de forma que diferentes segmentos socioeconômicos e territórios apresentam perfis epidemiológicos substancialmente diferentes e contraditórios (polarização epidemiológica).

As atividades básicas que serão propostas para cada linha programática correspondem às principais estratégias (capacitação, intersetorialidade e criação de ambientes saudáveis) e áreas de atuação da Educação em Saúde (promoção da saúde, prevenção de doenças, agravos e riscos à saúde e controle social da saúde). Referem-se, em grande parte, às experiências de trabalho já implementadas com êxito pelas equipes dos Departamentos Regionais, contemplando os dois níveis de atuação da Educação em Saúde: as esferas direta e complementar às demais Atividades/Programas.

IV | LINHAS PROGRAMÁTICAS

Na proposta de trabalho aqui desenvolvida estão sendo consideradas as dimensões de atuação da Atividade Educação em Saúde em sua integralidade, mas a definição quanto às linhas programáticas e cenários de intervenção estará a cargo das equipes, a partir da avaliação quanto aos seguintes aspectos:

a) Perfil social e de saúde da clientela matriculada em Atividades do SESC e frequentadoras das Unidades Operacionais identificando prioridades cujas causas são passíveis de intervenção pela ação educativa em saúde.

b) Perfil das comunidades próximas às Unidades Operacionais, do SESC: quantitativo de escolas, de professores e de alunos que compõem as respectivas instituições da região; quantitativo de empresas do comércio e número de funcionários, particularmente aquelas cujos trabalhadores já costumam frequentar o SESC em algum horário/Atividade; histórico/ relatório dos possíveis trabalhos já realizados com a mesma natureza; potencial da comunidade para estabelecer parcerias (Secretarias de Saúde, de Educação, de Ação Social etc.; associações de moradores; igrejas; fundações, profissionais de diferentes áreas, comércio etc.).

c) Proximidade entre as Unidades Operacionais e as instituições candidatas, tendo em vista que isso facilitará o acompanhamento que o Departamento Regional deverá fazer dos trabalhos posteriormente realizados pelos professores/agentes multiplicadores em suas respectivas instituições, como um desdobramento das ações de capacitação de programas específicos.

d) Potencial de articulação de parcerias que o SESC e/ou a comunidade pode estabelecer com profissionais/instituições de diferentes áreas (Saúde, Educação, Serviço Social etc.); órgãos públicos e/ou privados (Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde, de Educação, fundações de proteção à criança e ao adolescente, conselhos tutelares, clínicas de atendimento ao adolescente, universidades etc.); instituições comunitárias (igrejas, associações de moradores etc.).

e) Instituições que atendam a maior parte dos filhos/dependentes/familiares dos comerciários.

f) Disponibilidade de recursos humanos e condições estruturais da Atividade no Departamento Regional para assumir o trabalho em maior nível de complexidade.

1. INFÂNCIA

A atenção à saúde da criança parte da concepção de uma visão integral sobre o desenvolvimento humano, apontando para um conjunto de ações e intervenções direcionadas não só à criança, mas aos seus responsáveis e a todo o seu meio. Faz-se necessária a permanente busca das condições apropriadas para a capacidade de aprender e crescer de cada criança.

As atividades aqui definidas são orientadas pelas seguintes premissas básicas⁹:

a) Os conceitos de crescimento e desenvolvimento vistos de forma integral e pluridimensional, envolvendo os fatores biológicos, psicológicos e sociais.

b) A interação existente entre os aspectos psicológicos e sociais e a nutrição, com vistas ao desenvolvimento saudável da criança.

c) A participação ativa da criança na construção de suas características e de sua personalidade, interagindo, permanentemente, com o meio em que vive, cujo desenvolvimento pode ser considerado ideal quando está em equilíbrio com o seu meio, seus costumes, seus valores e seus conhecimentos.

d) Não se perder de vista os diversos setores que interagem com a criança – saúde, educação, agricultura, recreação, esporte, cultura e outros.

e) Tomar por base a produção familiar de saúde, centrando nas pessoas do seu meio familiar a apropriada capacitação para o cuidado e a interação com a criança, visando ao seu permanente processo de desenvolvimento, e compreender a instituição “família estendida” (avós, tios etc.) como importante apoio e complementação para o seu bem-estar.

1.1. Áreas Temáticas relevantes

Cuidados do período pré-natal; amamentação; crescimento e desenvolvimento físico; controle das condições sanitárias de moradia e da escola; educação para o trânsito; imunização; controle da acuidade visual e auditiva; controle das doenças respiratórias, infecciosas e parasitárias; saúde bucal; alimentação/

vigilância nutricional; o direito ao brincar; a prevenção de acidentes domésticos, dentre outros.

1.2. Cenários de atuação

Unidades Operacionais do SESC, creches e escolas da comunidade.

1.3. Atividades básicas

A implementação de um programa integrado de promoção da saúde da criança deve estar baseado no desenvolvimento de procedimentos coletivos de planejamento e acompanhamento de atividades sistemáticas, dentre as quais são fundamentais as seguintes:

a) estabelecimento de contatos com instituições públicas que se constituam em referência na região e/ou articulação de parcerias com instituições privadas de assistência clínica especializada para encaminhamento de crianças com problemas nutricionais, visuais e outras questões de saúde que sejam alvo dos programas educativos em saúde pela relevância dos índices evidenciados;

b) oficinas e reuniões para discussão com os professores acerca do conceito ampliado de saúde e dos aspectos relacionados às diferentes áreas de atenção à saúde integral da criança, conhecendo a percepção que têm a respeito do estado de saúde de seus alunos, de forma a traçar linhas de ação e estabelecer um planejamento conjunto;

c) discussão com pais, familiares, professores e alunos a respeito dos agravos à saúde presentes na comunidade de referência, identificando os fatores que interferem no processo saúde-doença para promoção de ações que instrumentalizem a comunidade escolar, viabilizando encaminhamento de soluções aos problemas identificados;

d) oferta de cardápios balanceados que atendam às necessidades de saúde das crianças (particularmente no que se refere à frequência de desnutrição, baixo peso e obesidade), bem como orientação aos profissionais que acompanham o momento do lanche para que saibam lidar com as diferenças individuais quanto às restrições alimentares;

e) atividades que visem orientar pais e familiares, a respeito da relação entre alimentação saudável e desenvolvimento; oficinas que trabalhem as questões

afetivas presentes na relação com a criança nos momentos das refeições; instrumentalização para elaboração e oferta de cardápios saudáveis, discutindo aspectos culturais e determinantes sociais e econômicos dos hábitos alimentares comuns à clientela etc;

f) oficinas voltadas para gestantes e profissionais da rede pública, visando ao estímulo à amamentação, inclusive através do uso de recursos da arte-educação, como a confecção de bonecas de pano ou mama de crochê para instrução dos exercícios preparatórios da mama para a amamentação;

g) promoção de cursos que instrumentalizem os professores para lidar com questões relativas à saúde e à segurança das crianças, incluindo temas de primeiros socorros que viabilizem o atendimento de urgências passíveis de ocorrência no cotidiano escolar;

h) desenvolvimento de habilidades individuais para a remoção da placa bacteriana, através da inclusão da “escovação supervisionada – controle da placa bacteriana” nas atividades diárias dos escolares;

i) ampliação de parcerias que visem ao maior engajamento de instituições, profissionais e clientela na implementação das diferentes etapas do projeto Ver para Aprender¹⁰;

j) desenvolvimento de oficinas de saúde voltadas para as temáticas relevantes da fase, lançando mão de estratégias metodológicas compatíveis com a fase do desenvolvimento cognitivo e psicomotor das crianças, que contribuam para o desenvolvimento da auto-estima, visando facilitar as escolhas saudáveis;

k) identificação, acompanhamento e análise do perfil epidemiológico relacionado ao nível de saúde bucal e quadro das principais doenças bucais, do estado nutricional e da saúde visual, ao longo do desenvolvimento do programa.

2. ADOLESCÊNCIA

A adolescência é aqui entendida como construção social, “que tem conotações culturais. As percepções da infância e da adolescência, assim como a maneira em que seus direitos são protegidos, têm suas raízes em realidades culturais e políticas que variam de um país a outro. Como qualquer outra população, é difícil estabelecer características ou semelhanças que definam o grupo em sua

totalidade. Os adolescentes não conformam um grupo homogêneo: o que têm em comum é a idade. Vivem em circunstâncias diferentes e têm necessidades diversas e é uma fase especial de desenvolvimento da identidade e afirmação da autonomia do indivíduo”.¹¹

Por isso, diferentes adolescências se configuram a partir de diferentes relações que os sujeitos deste ciclo de vida estabelecem com a família, com o mundo da escola, com o mundo do trabalho, com a cultura, esporte e lazer, com o próprio corpo, dentre tantas outras esferas da vida.

2.1. Áreas temáticas relevantes

Crescimento e desenvolvimento físico; controle das condições sanitárias de moradia e da escola; educação para o trânsito; imunização; controle da acuidade visual e auditiva; controle das doenças respiratórias, infecciosas e parasitárias; saúde bucal; o direito ao brincar; a prevenção de acidentes domésticos. Temas de saúde reconhecidos como de urgência social e indispensáveis, tais como sexualidade, DST/Aids, gravidez precoce, drogas, alimentação saudável, estilos de vida saudável (arte/lazer/atividade física, alimentação/vigilância nutricional); entre estes temas deve se dar ênfase à prevenção e ao tratamento da obesidade, do tabagismo e do alcoolismo e suas conseqüências, como a violência. Atividades que estimulem a auto-estima, desenvolvam a capacidade potencial, fortaleçam a capacidade de tomar decisões e desestimulem o comportamento violento.

2.2. Cenários de atuação

Unidades Operacionais do SESC, escolas e associações da comunidade.

2.3. Atividades básicas

O atendimento à clientela adolescente envolve os grupos organizados pelo próprio SESC e a clientela já matriculada em alguma Atividade, assim como pode estar voltado para crianças em idade escolar e jovens da comunidade, particularmente através do desenvolvimento de projetos em escolas e instituições da localidade.

No que se refere ao trabalho voltado para os jovens, a entrada na escola

pode se dar através da implantação do projeto Transando Saúde¹², cujo Manual de Orientação Técnica (distribuído para todos os Departamentos Regionais e trabalhado em treinamento com os coordenadores da Atividade) apresenta, de forma detalhada, todas as etapas de execução.

Considerando as peculiaridades dessa etapa do ciclo de vida, marcada pelo desenvolvimento da capacidade de abstração e do pensamento crítico, juntamente com um maior senso de independência emocional e autoconhecimento, torna-se ainda mais importante que a construção do conhecimento ocorra de forma coletiva, num processo onde cada sujeito atua como um elemento formador do outro e, através de uma dinâmica ensino-aprendizagem, em que o saber não se dá apenas pelo desenvolvimento cognitivo, mas igualmente pela interação da emoção, do afeto, do prazer, da vontade, do simbólico, enfim, pela integração entre corpo, razão e emoção.

Uma vez que, para efeitos da organização da atenção, considera-se incluída nessa fase a criança no início da vida escolar (6 a 10 anos), assinalamos que são recursos também comuns a essa linha programática as atividades básicas listadas como proposta para o trabalho voltado para a clientela infantil. Além delas, propomos as seguintes:

a) estabelecimento de contatos com instituições públicas que se constituam em referência na região e/ou articulação de parcerias com organizações não-governamentais que se ocupam das questões relativas à adolescência, a fim de criar condições para o desenvolvimento de programas integrados e complementares que visem à saúde integral dos adolescentes, inclusive contribuindo para a expansão do acesso aos serviços de saúde humanizados e receptivos às demandas específicas dos jovens;

b) desenvolvimento de cursos de capacitação, debates e seminários voltados para os profissionais que lidam com os jovens e para os pais ou familiares de adolescentes, instrumentalizando-os para lidar com os processos de adolescência e juventude, a partir da abordagem de temas tais como: educação; saúde, sexualidade e cidadania; o perfil do adolescente no estado; protagonismo juvenil; a construção do sujeito; adolescência e puberdade; o profissional como educador; gênero; sexualidade; reprodução; contracepção; gravidez na adolescência; aborto; DST/Aids; drogas; violência; estatuto

da criança e do adolescente; direitos e deveres de pais, profissionais e adolescentes;

c) discussão com profissionais e jovens atendidos acerca das estratégias necessárias para viabilizar a participação de pais e familiares nas atividades que visam ampliar a discussão e o conhecimento acerca dos processos de adolescência e juventude (é comum ocorrer a necessidade de que tais atividades sejam desenvolvidas de forma simultânea a outras que atuem sobre os motivos mais comuns que impossibilitam a participação dos pais, como por exemplo o fato de não terem com quem deixar outros filhos mais novos);

d) sistematização de ações (oficinas, grupos de estudos, debates, apresentações teatrais, expressão corporal, jogos e gincanas, concursos etc.) que estimulem a participação dos jovens em processos de construção do conhecimento e desenvolvimento de competências e habilidades relacionadas às transformações psicossociais e orgânicas peculiares a essa fase da vida, aos principais riscos aos quais estão vulneráveis e às questões contemporâneas da sociedade, visando ao posicionamento cidadão;

e) identificação, junto com os adolescentes, de fatores que se constituem em agravos à saúde e os que contribuem ao pleno desenvolvimento de suas potencialidades no contexto da família, da escola e da comunidade, a fim de decidir coletivamente estratégias de atuação sobre eles (o que supõe o desdobramento em atividades que visam trabalhar conhecimentos; ampliar a relação dos adolescentes com profissionais e com jovens de outras instituições de assistência, ensino e pesquisa; desenvolver competências capazes de contribuir para a maior participação dos jovens nos processos decisórios);

f) formação de agentes multiplicadores de saúde para atuação em creches, escolas e instituições da comunidade eleitas a partir de prioridades definidas coletivamente com os adolescentes, segundo critérios pautados nos conhecimentos trabalhados durante o processo de formação;

g) estímulo ao compromisso dos adolescentes com a formação dos colegas mais jovens, constituindo-se como monitores nas ações de formação desenvolvidas;

h) garantia de processo contínuo de avaliação das ações sistemáticas, viabilizando aos jovens a reflexão acerca do alcance das metas assumidas

e verificação de medidas que devem ser implementadas, participando da construção de viabilidade dessas condições necessárias;

i) criação de estratégias para acompanhamento e continuidade de subsídio teórico e técnico para que profissionais e jovens capacitados possam dar continuidade ao trabalho implementado de “multiplicação” de experiências educativas.

3. ADULTICE OU MATURIDADE

Os pilares da capacidade humana para o desenvolvimento são as oportunidades, o potencial e as interações com que o indivíduo se depara durante a sua vida. Tais oportunidades surgem durante todo o ciclo de vida e variam de acordo com cada momento.

A vida adulta é marcada por períodos de estabilidade e transição. Aos períodos de transição sucedem-se momentos de integração, a que correspondem mudanças na estrutura do indivíduo, ou seja, na forma de ele se ver a si próprio, o mundo e os outros.

Mas o desenvolvimento não se dá apenas na esfera individual. Resulta de interações entre o indivíduo e a sociedade, estando na interdependência de diversos fatores: problemas econômicos, sociais, culturais e ambientais.

Nas regiões urbanas brasileiras, “as mulheres ocupam um papel importante na manutenção da vida diária do grupo familiar, exercendo o trabalho doméstico, o preparo e manutenção dos alimentos, a confecção do vestuário, a procura de preços mais baixos nas compras, o que contribui para diminuir os gastos domésticos e para manter o orçamento familiar. A sua participação com trabalho remunerado na geração da renda familiar, realizada dentro ou fora do ambiente doméstico, soma-se às outras atividades, potencializando sobrecarga física e emocional e conseqüentes agravos à saúde.”¹³

“A contribuição masculina na provisão do sustento e na defesa dos princípios morais é fundamental, principalmente nas famílias de baixa renda. Nesses grupos, as expectativas colocadas expressam: que a presença do homem é que dá respeito à casa, o homem é o chefe da família e sua condição de trabalhador lhe dá o reconhecimento na sua comunidade. A dificuldade de desempenho destas funções, quando o homem tem remuneração inferior, está desempregado

ou aposentado, pode ser fonte de estresse e de danos à saúde.”¹⁴

3.1. Áreas temáticas relevantes

Autocuidado, hábitos alimentares saudáveis, atividade física, prevenção de doenças cardiovasculares e crônico-degenerativas, prevenção da osteoporose, câncer de mama e de colo uterino, diagnóstico do câncer de próstata, prevenção do alcoolismo e do tabagismo, prevenção de DST e Aids, planejamento familiar e saúde reprodutiva, gravidez, parto, puerpério, menopausa, saúde e segurança do trabalhador, proteção do meio ambiente, combate ao desperdício, lazer, dentre outros.

3.2. Cenários de atuação

Unidades Operacionais do SESC, empresas do comércio, comunidade.

3.3. Atividades básicas

Em geral, a clientela adulta que frequenta as Unidades Operacionais do SESC o faz em horários alternativos ao expediente laboral, organizando-se para conciliar sua agenda de interesses com as exigências do seu cotidiano de trabalho e convívio com a família.

Além da participação em atividades/serviços específicos (aulas, consultas, refeições etc.), é comum usufruírem desses espaços em seus horários de lazer ou descanso. Estes são momentos em que as pessoas, em geral, não estão predispostas a participarem de atividades diretivas, ainda mais quando as afastam de seus familiares e amigos.

Torna-se mais evidente a necessidade de que as ações dirigidas a esse segmento da clientela, realizadas nas Unidades, adotem estratégias dinâmicas e criativas integradas às características das atividades de lazer, ou, por outro lado, adequadas às exigências do cotidiano apressado dos trabalhadores.

No que se refere ao local de trabalho, com base nas análises efetuadas pelo Centro de Colaboração do Gabinete Europeu da OMS para a Promoção da Saúde nas Empresas, é possível identificar alguns fatores que parecem ser comuns a alguns dos melhores programas implementados. São eles:

a) A promoção da saúde organiza-se de forma a que, na empresa, todos os

participantes atinjam os melhores resultados.

b) A promoção da saúde na empresa associa estratégias de mudança estrutural e comportamental, desenvolvimento organizacional e pessoal, desenho de tarefas que promovam a saúde e o reforço das competências individuais e profissionais.

c) A promoção da saúde na empresa procura reduzir e eliminar a discriminação no que diz respeito à saúde de grupos específicos de trabalhadores, numa base sustentada.

d) Objetivos centrados no indivíduo e uma gestão participativa criam um clima favorável à promoção da saúde.

e) Responsabilidades claras e estruturas interdisciplinares de cooperação facilitam a articulação na área da saúde.

f) A análise dos pontos fracos, das necessidades e dos recursos existentes é um pré-requisito para o estabelecimento racional de prioridades.

g) Os objetivos da promoção da saúde, embora formulados com base num conceito abrangente de saúde, devem orientar-se para a ação, isto é, devem ser concretos no seu conteúdo, ou seja: no que se pretende alcançar e quanto aos grupos-alvo a abranger.

h) A promoção da saúde na empresa adquire maior relevância e melhor aceitação através de uma participação ativa dos trabalhadores em todas as fases dos projetos e programas.

i) A promoção da saúde na empresa deve ser implementada progressivamente, com objetivos claros e consensuais.

j) A promoção da saúde na empresa deverá ser sustentada pela difusão de informação por todos os participantes, desde o início do processo, e pelo investimento nas relações públicas.

k) A monitorização permanente e o balanço regular dos custos e resultados positivos da promoção da saúde proporcionam argumentos para uma política de saúde sustentável na empresa e permitem uma adaptação eficiente de medidas específicas para a satisfação das necessidades existentes.

Dentre recursos fundamentais e atividades básicas no SESC e no local de trabalho da clientela comerciária, citamos:

a) estabelecimento de contatos com as secretarias estaduais e municipais de

Saúde, a fim de obter dados a respeito de como estão estruturados os programas de saúde na região, com especial atenção aos programas e ações voltadas para a saúde do trabalhador e aos equipamentos de saúde localizados próximos às Unidades Operacionais do SESC, visando constituir banco de dados e investigar possibilidades de ações integradas e complementares;

b) oficinas e reuniões para discussão com as diferentes equipes acerca do conceito ampliado de saúde e dos aspectos relacionados às diferentes áreas de atenção à saúde, conhecendo a percepção que têm a respeito do estado de saúde da clientela, de forma a traçar linhas de ação e estabelecer um planejamento conjunto com base nas prioridades identificadas;

c) criação de uma comissão formada por representantes das diferentes equipes, juntamente com o setor de Recursos Humanos do SESC, para identificação de interesses e prioridades dos funcionários, visando à constituição de um programa de qualidade de vida para a entidade;

d) estabelecimento de contatos com os setores de assistência médica e recursos humanos das empresas do comércio para investigar as condições de saúde, os principais agravos no local de trabalho e causas mais frequentes de absenteísmo da clientela comerciária (podem ser usados como critérios para eleição das empresas-alvo fatores como: locais onde o SESC já desenvolve algum trabalho sistemático, ou que já tenham demandado algum nível de atuação na área de saúde, empresas que pela proximidade às Unidades Operacionais caracterizam-se por ter um maior número de funcionários freqüentando as dependências do SESC; se já houver dados sistematizados a respeito do perfil de saúde da clientela, pode-se usar essas informações para definição das empresas com maior grau de necessidade de desenvolvimentos dos projetos educativos em saúde);

e) implementação de estratégias de sensibilização de diretores, gerências e chefias das empresas do comércio quanto à importância de liberação dos funcionários para participação em atividades educativas específicas voltadas para intervenção sobre as causas dos problemas de saúde identificados (o Projeto Transando Saúde – cujo manual de orientação técnica aborda de forma detalhada todos os passos necessários à sua implantação – pode ser adotado como ponto de partida para entrada nas empresas);

f) implementação de estratégias para detecção da frequência de casos de enfermidades não-transmissíveis (hipertensão, dislipidemias, diabetes, coronariopatias etc.) junto aos frequentadores dos restaurantes, alunos das atividades esportivas e pessoas que circulam nas Unidades Operacionais em diferentes ocasiões, tendo em vista que são doenças cuja prevenção, controle e tratamento requerem como recurso indispensável um trabalho educativo que favoreça o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos para decidirem sobre sua saúde em diferentes situações do cotidiano;

g) formação de grupos por área de interesse para desenvolvimento de oficinas que visem à elaboração e testagem de materiais didáticos voltados para o trabalho informativo e educativo em torno das prioridades de saúde identificadas;

h) formação de grupos de auto-ajuda e apoio mútuo conforme interesses demonstrados pela clientela ou em complementação a serviços prestados pelas Unidades de Saúde da região, visando ampliar conhecimentos, desenvolver habilidades e reforçar a ação comunitária para a prevenção de doenças, controle de fatores de risco, vivência de situação de vulnerabilidade (gravidez, doenças crônicas, desempenho de atividades como cuidador de doentes ou idosos etc.) e melhoria das condições de vida na comunidade e no trabalho;

i) desenvolvimento de campanhas informativas nos diferentes espaços de atividades e de circulação da clientela, que estejam articuladas a projetos de cunho educativo voltados para as prioridades de saúde identificadas;

j) implementação de ações articuladas às demais Atividades, trabalhando os temas considerados prioritários, de forma integrada às programações e serviços frequentados pela clientela, tais como: inserção de esquetes teatrais nos espaços dos restaurantes, lanchonetes, pátios; desenvolvimento de atividades de relaxamento e meditação em horários estratégicos como intervalos de aulas ou pós-almoço;

k) ações de informação e educação em saúde voltadas para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e Aids que contribuam também para compreensão do binômio saúde/sexualidade, trabalhando conhecimentos sobre o corpo, práticas de sexo seguro, anticoncepção, direitos reprodutivos e cidadania;

l) sessões de trabalho corporal com exercícios de fácil execução que estimulem

a integração do grupo e a adoção da atividade física de forma constante e regular, possibilitando que os participantes: tenham maior consciência corporal e respiratória, reconhecendo seu próprio corpo e suas potencialidades; apreendam os movimentos corretamente para reproduzir com autonomia; eliminem tensões; trabalhem a musculatura do corpo com exercícios de força e aumentem a capacidade cardiorrespiratória; tenham maior facilidade de livre expressão corporal; expressem-se harmoniosamente;

m) criação de espaços de aprendizagem com o alimento, onde seja possível aprender e trocar receitas de preparações saudáveis que contribuam para: redução do desperdício e aproveitamento integral dos alimentos; desenvolvimento de habilidades voltadas para higiene e segurança alimentar; ampliação de conhecimentos acerca da alimentação saudável (inclusive atuando para a prevenção e tratamento de problemas nutricionais que tenham se apresentado relevantes, tais como: desnutrição infantil; introdução inadequada de alimentos para crianças menores de 2 anos; anemia ferropriva em crianças, escolares, adolescentes e gestantes; obesidade em escolares, adolescentes, adultos e as doenças crônico-degenerativas decorrentes dessa problemática; hábitos alimentares inadequados perante a inatividade física, acarretando em hipertensão, cardiopatias, diabetes e câncer);

n) orientações quanto aos alimentos que favorecem a aquisição de massa óssea adequada antes da menopausa e, posteriormente, à reposição de estrogênios, de modo a reduzir a incidência de fraturas e suas complicações na terceira idade;

o) implementação de cursos de curta duração (dez horas distribuídas em duas horas semanais, por exemplo) sobre educação em saúde do adulto com conteúdo programático definido com base nas prioridades identificadas junto à clientela que frequenta as diferentes Atividades, articulando conhecimentos relacionados a diferentes dimensões da qualidade de vida: saúde individual e coletiva, meio ambiente, preparação para o envelhecimento, relacionamento interpessoal, participação comunitária e cidadania etc;

p) criação de estratégias para acompanhamento e continuidade de subsídio teórico e técnico para que as pessoas capacitadas possam dar continuidade ao trabalho implementado de “multiplicação” de experiências educativas;

q) acompanhamento e análise do perfil epidemiológico relacionado às

temáticas-alvo de ações de prevenção, ao longo do desenvolvimento dos programas.

4. TERCEIRA IDADE/ENVELHECIMENTO

O propósito da Política Nacional de Saúde do Idoso¹⁵ “é a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria ao máximo possível, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde daqueles que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida”.

Busca-se o estabelecimento de uma rede de apoio social, o aumento do nível de funcionalidade e do estado de saúde geral, uma maior integração dos idosos com a família e a sociedade, propiciando a melhora do seu bem-estar e qualidade de vida.

O trabalho de educação em saúde voltado para esse segmento da clientela costuma ter repercussões no meio familiar e na comunidade em que vivem pelo potencial de multiplicação de informações para familiares, vizinhos e amigos.

Ao se abordar o idoso no grupo familiar, deve-se levar em conta o gênero e a sua relação com os demais membros.¹⁶

No caso das mulheres, por exemplo, a experiência acumulada durante a existência no manejo do cotidiano da vida familiar lhes proporciona, quando idosas, um papel mais definido no grupo, o que pode não ocorrer no gênero masculino.

No idoso, a inadequação ao projeto familiar e a perda dos papéis masculinos anteriormente exercidos têm impacto na auto-estima, fator de proteção considerado importante na manutenção da saúde.

4.1. Áreas temáticas relevantes

Prevenção e controle das doenças de grande incidência nesse grupo etário, como hipertensão e doença cardiovascular, diabetes, derrames cerebrais, bem como as práticas de imunização contra pneumococo e *Influenza* e os esquemas de vacinação disponíveis. A orientação alimentar, o combate ao alcoolismo e tabagismo, a prevenção de acidentes domésticos (principalmente quedas) e de trânsito e a orientação quanto ao exercício físico também são algumas medidas

importantes para a atenção integral aos idosos. Devem ser amplamente divulgadas e seguidas as recomendações para detecção precoce de neoplasias de mama, cervical, colorretal e de próstata. Prevenção de perdas dentárias e outras afecções da cavidade bucal. Estimula-se a formação de grupos de pessoas que compartilhem dos mesmos interesses ou problemas de saúde, o que, em última análise, é uma forma de melhorar a auto-estima e diminuir a solidão e o sentimento de abandono, muito comum nessa faixa etária.

4.2. Cenários de atuação

Unidades Operacionais do SESC, instituições da comunidade.

4.3. Atividades básicas

a) estabelecimento de contatos com as secretarias estaduais e municipais de Saúde, a fim de obter dados a respeito de como está estruturado o programa de saúde do idoso e conhecer os equipamentos de saúde localizados próximo às Unidades Operacionais do SESC, visando constituir banco de dados e investigar possibilidades de ações integradas e complementares;

b) oficinas e reuniões para discussão com as diferentes equipes acerca do conceito ampliado de saúde e dos aspectos relacionados às diferentes áreas de atenção à saúde, conhecendo a percepção que têm a respeito do estado de saúde da clientela idosa, de forma a traçar linhas de ação e estabelecer um planejamento conjunto com base nas prioridades identificadas;

c) implementação de estratégias para detecção da frequência de casos de enfermidades não-transmissíveis (hipertensão, dislipidemias, diabetes, coronariopatias etc) junto aos frequentadores dos restaurantes, idosos do grupo da terceira idade, pessoas que circulam nas Unidades Operacionais em diferentes ocasiões;

d) oficinas e grupos de capacitação, instrumentalizando os idosos para o cuidado consigo mesmo, através da construção de conhecimentos acerca do processo saúde-doença, formas de prevenção e controle dos agravos comuns a essa etapa da vida (principalmente os relacionados às doenças crônico-degenerativas);

e) sessões de trabalho corporal com exercícios de fácil execução que estimulem

a integração do grupo e a adoção da atividade física de forma constante e regular, possibilitando que os participantes: tenham maior consciência corporal e respiratória, reconhecendo seu próprio corpo e suas potencialidades; apreendam os movimentos corretamente para reproduzir com autonomia; eliminem tensões; trabalhem a musculatura do corpo com exercícios de força e aumentem a capacidade cardiorrespiratória; tenham maior facilidade de livre expressão corporal; expressem-se harmoniosamente;

f) sessões de caminhada supervisionada, de forma a estimular a prática regular de atividade física de forma autônoma e desenvolver o hábito dos exercícios de alongamento, além de proporcionar a integração e o convívio social;

g) criação de espaços de aprendizagem com o alimento, onde seja possível aprender e trocar receitas de preparações saudáveis que contribuam para: redução do desperdício e aproveitamento integral dos alimentos; desenvolvimento de habilidades voltadas para higiene e segurança alimentar; ampliação de conhecimentos acerca da alimentação saudável com ênfase nos alimentos mais indicados à prevenção de doenças crônico-degenerativas (ou adequado ao controle de glicemia, colesterolemia, pressão arterial etc.) e nos que favorecem a aquisição de massa óssea (de modo a contribuir para redução da incidência de fraturas e suas complicações na terceira idade);

h) grupos de lazer e socialização desenvolvidos em complementaridade às demais Atividades do SESC, contribuindo para o convívio intergeracional e a manutenção de uma vida ativa e integrada à comunidade;

i) grupos de informação, apoio e acompanhamento de cuidadores informais de idosos (pessoas – em geral familiares de idosos – que se incumbem de prestar a ajuda necessária ao exercício das atividades diárias destes idosos, tais como higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços requeridos no cotidiano, como ida a bancos ou farmácias);

j) oficinas para troca de experiências e conhecimentos, de composição intergeracional e formados conforme os diferentes focos de interesse relacionados à saúde e ao contexto de vida das pessoas – por exemplo, oficina de autocuidado: trabalhar os cuidados com a pele, cabelos, dentes, unhas, pés, adotando como metodologia a manipulação de receitas caseiras (shampoos, loções, misturas hidratantes etc.) trazidas pelos próprios participantes; técnicas

de massagem tanto auto-aplicáveis como feitas em duplas; instruções a respeito de penteados (em que as pessoas tenham oportunidade de contar suas histórias sobre os penteados das diferentes épocas), dentre outras possibilidades;

k) ações educativas dirigidas a profissionais de diferentes áreas, trabalhando conteúdos relacionados ao processo de envelhecimento, prevenção e controle de agravos e riscos ambientais à capacidade funcional dos idosos;

l) debates e mesas-redondas voltados a estudantes, profissionais e comunidade em geral, para discussão acerca do Estatuto do Idoso e medidas intersetoriais para sua implantação.

V | ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

A complexidade das práticas educativas em saúde tem dificultado avaliações mais consistentes, “pois, além de serem práticas transversalizadas por mil e uma temáticas, requerem instrumentos adequados como a articulação entre técnicas quantitativas e qualitativas de análise, que por sua vez estão em contínuo debate”.¹⁷

É preciso uma concepção totalizante da avaliação que busque apreender a ação desde sua formulação, implementação, execução, resultados e impactos. Não é uma avaliação apenas de resultados, mas também de processos. Objetivos, estratégias e resultados são elementos que só podem ser compreendidos na sua articulação, inseridos num dado processo e dinâmica de ação, sendo impossível que sejam avaliados de forma isolada. Não é uma avaliação que apenas mensura quantitativamente os benefícios ou malefícios de uma política ou programa, mas que qualifica decisões, processos, resultados, impactos.¹⁸

A avaliação deve, sobretudo, ajudar na tomada de decisões, realimentando ações que buscam alteração na qualidade de vida da população beneficiária, ou seja, contribuindo para repensar as opções políticas e programáticas.

No contexto do planejamento participativo a avaliação é um processo que contribui para a democratização de informações e decisões, facilitando a participação na formulação, implementação e desenvolvimento de programas/projetos, com base em discussões com todos os atores envolvidos.

Mas não se trata apenas de colher informações e opiniões desse coletivo de sujeitos implicados no programa. “É o ato de pôr em comum, no debate avaliativo, a diversidade de opiniões, valores, expectativas e representações que se têm da ação que torna esses sujeitos partícipes da avaliação.”¹⁸

O ponto de partida são os problemas que o programa/projeto pretende resolver. A avaliação, portanto, remete-se ao momento do diagnóstico, cujas informações permitem descrever a situação-problema, indicando natureza e magnitude dos problemas ou das oportunidades que justificam o desenvolvimento da ação educativa, os grupos sociais que serão afetados pela intervenção e as tendências de estabilidade ou de mudança da situação.

Entendendo que a avaliação é um dispositivo de produção de informação que tem como objetivo final ajudar na tomada de decisões, é fundamental que os resultados sejam devolvidos aos interessados (gerências, equipes, parceiros, clientela) por meio de relatórios escritos e/ou apresentações, no intuito de mantê-los informados, engajá-los nos processos decisórios e conquistar sua adesão às mudanças que os resultados da avaliação recomendam.

1. CATEGORIAS PRINCIPAIS

Na situação ideal, um programa é desenvolvido com base nas necessidades da comunidade ou grupo à qual está destinado. A avaliação, entendida como coleta, análise e elaboração sistemáticas de relatórios de informação a respeito de um programa, constitui-se em fonte de dados para formulação do plano de ação, estando remetida a diferentes momentos desse processo de planejamento e execução dos programas e projetos.

São definidas três categorias principais²⁰, em função do ponto em que a avaliação está sendo realizada e do tipo de informação que é coletada. Para auxiliar na operacionalização dos conceitos aqui abordados, apresentamos no Anexo VII quadros que demonstram como construir indicadores de estrutura, de processo e de resultado.

1.1. Avaliação diagnóstica

A *avaliação diagnóstica*, aplicada na fase de planejamento, é utilizada para se ter certeza de que se está elaborando um programa com base nas necessidades

dos interessados e de que se está usando materiais e procedimentos eficazes e apropriados, assegurando-se de que as atividades tenham uma ligação lógica com os resultados pretendidos. Inclui elementos como: avaliações de necessidades e interesses, apreciação da possibilidade de que os resultados pretendidos podem ser avaliados, testagem prévia dos materiais dos programas, análise do público-alvo.

Refere-se, portanto, ao momento do diagnóstico, correspondendo, na apresentação formal do projeto, à *análise do contexto e justificativa*.

1.2. Avaliação de processo

Quando um projeto é implementado, a *avaliação de processo* é utilizada para examinar os procedimentos e tarefas, investigando em que medida as atividades são adequadas para atingir os resultados esperados. Permite, assim, a identificação de modos de aperfeiçoar o funcionamento do programa, ao apreciar a adequação das atividades às necessidades da clientela (dimensão técnica); a interação psicológica e social que existe entre os clientes e os profissionais (dimensão das relações interpessoais); e a acessibilidade às atividades, a extensão da cobertura dos serviços oferecidos, assim como a globalidade e a continuidade dos projetos (dimensão organizacional).

1.3. Avaliação global

A *avaliação global* aplica-se a programas já em curso ou terminados e envolve a avaliação de impacto e a avaliação de resultado. “As avaliações de resultado podem apreciar tanto os resultados a curto prazo quanto as mudanças imediatas nos indivíduos ou participantes (tais como índices de participação, conscientização, conhecimento ou comportamento) e resultados a longo prazo (o que às vezes é denominado avaliação de impacto).”²¹

A **avaliação de resultado ou de eficácia** relaciona as características da situação inicial com os resultados alcançados, determinando o quanto o projeto – em sua execução – foi capaz de alcançar os objetivos e as metas propostas e o quanto ele foi capaz de cumprir os resultados previstos, enquanto a **avaliação de impacto ou de efetividade** vai além, medindo também as mudanças que ocorrem como consequência desses resultados.

A avaliação de resultado também pode analisar os resultados em relação aos custos do programa. Trata-se da **análise de rendimento (ou da eficiência)**, que consiste em relacionar a análise dos recursos empregados com os efeitos obtidos. É geralmente efetivada através de análises de custo/benefício, custo eficácia ou custo/utilidade.

“Nas análises custo/eficácia e custo/utilidade, os custos são expressos em termos monetários, mas as vantagens são expressas ou por índices reais de resultados (anos de vida ganhos, índice de satisfação, redução da dor etc.) ou pela utilidade que traz a intervenção para aqueles aos quais ela se destina.”²²

A interpretação deste tipo de análise requer que os interessados decidam se o benefício recebido vale o custo do programa ou se outros programas menos onerosos poderiam proporcionar resultados com benefícios semelhantes ou superiores. A dificuldade deste tipo de análise na área da saúde é que pode haver benefícios que não sejam comparáveis aos de outros programas. Por exemplo, mesmo se um programa para deixar de fumar que usa medidas individuais possa custar menos do que um programa que prevê atividades coletivas, as pessoas podem desejar ter a opção de um programa de grupo.²³

As análises de custo/benefício medem tanto os custos como os resultados (benefícios) do programa em termos monetários. “Elas implicam saber determinar o valor das vantagens e dos custos de uma intervenção para otimizar a atribuição de recursos. Este tipo de análise é muito difícil de se conduzir na área da saúde, particularmente por causa da dificuldade que se tem de dar um valor monetário para variações no estado de saúde.”²⁴

2. INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Para que os dados obtidos a partir dos instrumentos e técnicas adotados possam se *transformar* em informação, é necessário interpretá-los, procurando entender os motivos que justificam as ocorrências verificadas.

De posse dos resultados da avaliação, ao elaborar o relatório final²⁵:

a) **Reavaliar metas e objetivos** – os objetivos e as metas estabelecidos eram realistas, mensuráveis e factíveis? Estavam em consonância com as necessidades e demandas do público-alvo? Eram compatíveis com a disponibilidade financeira, logística e de recursos humanos? Houve algumas mudanças

de práticas, atitudes e comportamentos do público-alvo que aconselhem mudanças nos objetivos e metas? Há conhecimentos novos que devem ser considerados?

b) **Identifique áreas que requeiram esforços especiais** – existem objetivos e metas que não estão sendo alcançados? Por quê? Alguma estratégia não teve o êxito esperado? Por quê? O que pode ser feito para aprimorar este componente? A escolha dos diferentes materiais e atividades mostrou-se acertada? Os resultados poderiam ser mais significativos se outros materiais e atividades fossem utilizados? Há necessidade de novos recursos humanos, financeiros ou materiais?

c) **Identifique estratégias ou atividades bem-sucedidas** – a que estratégias e atividades determinados resultados podem ser associados? Por quê? Desse modo, é desejável que se ampliem essas estratégias e atividades? De que forma e com que meios isso poderia ser feito? Outros segmentos da clientela podem vir a ser beneficiados por essas estratégias e atividades? Quais foram os pontos fortes do programa/projeto, segundo a clientela?

d) **Busque ampliar o apoio ao projeto** – os resultados do projeto ou da atividade estão sendo ou foram compartilhados com outros membros da instituição? E com membros de instituições que atuam na mesma área ou em áreas similares? De que forma isso foi ou está sendo feito? Os órgãos governamentais das áreas social, de saúde e de educação receberam informações sobre o projeto e seus resultados? De algum modo as lições aprendidas ficarão registradas? Por quê?

Esse trabalho de interpretação de dados é constante no processo avaliativo, estando remetido aos diferentes momentos do planejamento: diagnóstico, estabelecimento da programação, execução e acompanhamento das ações. Deve ser operacionalizado com o envolvimento dos diferentes atores sociais, mantendo o espírito do trabalho educativo como experiência viva de encontro, do diálogo, da interação.

Com esse espírito, a avaliação deverá acompanhar todas as etapas do processo, com vistas a elevar a qualidade das ações desenvolvidas e alcançar o mais alto grau de adequação possível da programação ao público a que se destina, em termos de temáticas, conteúdo, linguagem, enfoque, metodologia e, sobretudo, na constituição de sujeitos sociais.

- ¹ LEEVEY, S. e LOOMBA, N. P. – *Health care administration: a managerial perspective*. Philadelphia, Leppincott, 1973. In: TANCREDI, Francisco Bernadini – Planejamento em Saúde, volume 2. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania) (p.13).
- ² BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. “Ação educativa: diretrizes”. In: *Encontro de Experiências de Educação e Saúde*, 1, Brasília, 1981. Anais ... Brasília, Divisão Nacional de Educação em Saúde, 1981. p. 16 – 33. [Educação e Saúde, 1]
- ³ *Manual de Saúde da Mulher* (elaborado com objetivo de orientar o uso de módulos didáticos sobre essa temática, pertencentes ao projeto SESCsaúde); *Manual de Orientação Técnica do Projeto OdontoSESC*; *Manual de Orientação Técnica do Projeto Ver para Aprender*; *Manual de Orientação Técnica do Projeto Transando Saúde*.
- ⁴ TAVARES, Maria de Fátima L. – *Modelo da Atividade Educação em Saúde* – Documento preliminar, SESC/ DN, 2001. Mimeo.
- ⁵ UNGUERER, R. – Promoção da saúde no ciclo de vida. In: BUSS et al., 1998. *Desenvolvimento Humano Sustentável em Nível Local da Perspectiva da Saúde*. Rio de Janeiro: Mimeo.
- ⁶ Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990.
- ⁷ SESC/ DN, 2002 – *Ação Finalística do SESC*, Rio de Janeiro: Mimeo. (pp. 9-11).
- ⁸ PORTELLA, Ana Paula; GOUVEIA, Taciana – *Idéias e dinâmicas para trabalhar com gênero*. SOS Corpo Gênero e Cidadania, Recife, 1999.
- ⁹ Educação Permanente/COSTA NETO, Milton Menezes da (Org.) – *Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. Educação Permanente. Caderno 3*. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000 (44 p.).
- ¹⁰ Projeto realizado em nível nacional, que tem como objetivo principal: detectar problemas oftalmológicos em escolares de diferentes idades, visando ao tratamento das patologias identificadas e a recuperação da saúde ocular, através de metodologia específica que prevê a formação de agentes multiplicadores e o estabelecimento de parcerias com instituições da comunidade. É um processo que possibilita a capacitação da clientela, engaja outros setores na solução dos problemas de saúde, reforça a auto-estima, pelo incremento do desempenho escolar, além de fortalecer a articulação comunitária no encaminhamento de soluções coletivas para os problemas encontrados.
- ¹¹ Unicef – *Adolescência em América Latina y el Caribe: orientaciones para la formulación de políticas*. Panamá: Unicef – Oficina Regional para America Latina y el Caribe – Tacro, 2001.

¹² Projeto de âmbito nacional, destinado a instrumentalizar teoricamente os Recursos Humanos do SESC e a clientela comerciária acerca dos principais aspectos ligados às problemáticas DST e Aids, de forma a estimular a constituição de monitores para a implantação de programas de prevenção a essas doenças nos locais de trabalho e desenvolver uma consciência social e atitude solidária com os portadores do HIV. Objetiva, ainda, através da atuação em escolas, capacitar professores para planejar, executar e avaliar ações educativas nessa área. (Para sua implantação, foi realizado, no exercício de 2003, em parceria com o Ministério da Saúde, treinamento específico voltado para os Coordenadores da Atividade Educação em Saúde, do qual apenas o DR Acre não pôde participar).

¹³ SENNA, Dulce Maria & ANTUNES, Eleonora Haddad - Abordagem da família (a criança, o adolescente, o adulto e o idoso no contexto da família). Abordagem da Família. *Manual de condutas médicas* www.ids-saude.org.br/medicina (pp. 4,5).

¹⁴ *Idem.* (p. 5)

¹⁵ BRASIL, 1999 – *Programa Nacional de Saúde do Idoso*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde.

¹⁶ SENNA, Dulce Maria & ANTUNES, Eleonora Haddad - Abordagem da família (a criança, o adolescente, o adulto e o idoso no contexto da família). Abordagem da família. *manual de condutas médicas* www.ids-saude.org.br/medicina.

¹⁷ PEDROSA, José Ivo dos Santos – Avaliação das Práticas Educativas em Saúde (pp. 267 e 269). In: VASCONCELOS, Eymar Mourão (Org.) – *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. Hucitec, SP, 2001.

¹⁸ CARVALHO, M^a do Carmo Brant de – Avaliação Participativa – Uma escolha metodológica. In: RICO, Elizabeth Melo (Org.) - *Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate*. Cortez Editora, SP, 2001.

¹⁹ *Idem*, p. 91.

²⁰ Unidade de Comunicação sobre Saúde, Centro de Promoção da Saúde, Universidade de Toronto – *Avaliação de programas de promoção da saúde*. Rio de Janeiro: Mimeo.

²¹ *Idem* (p. 8).

²² CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; CHAMPAGNE, François; DENIS, Jean-Louis; PINEAULT, Raynald – A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos (p. 44). In: HARTZ, Zulmira de Araújo (Org.) – *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programa*. Fiocruz, RJ, 1997.

²³ Unidade de Comunicação sobre Saúde, Centro de Promoção da Saúde, Universidade de

Toronto – *Avaliação de programas de promoção da saúde*. Rio de Janeiro: Mimeo.

²⁴ CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; CHAMPAGNE, François; DENIS, Jean-Louis; PINEAULT, Raynald – A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos (p. 44). In: HARTZ, Zulmira de Araújo (Org.) – *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programa*. Fiocruz, RJ, 1997.

²⁵ Guia de Produção e Uso de Materiais Educativos/Coordenação Nacional de DST e Aids – Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

²⁶ UNGUERER, R. – Promoção da saúde no ciclo de vida. In: BUSS et al., 1998. *Desenvolvimento humano sustentável em nível local da perspectiva da saúde*. Rio de Janeiro: Mimeo.

MÓDULO RECURSOS HUMANOS

“Rigorosamente, a importância de nossas tarefas tem que ver com a seriedade com que levamos a cabo, com o respeito que temos ao executá-las, com o respeito aos outros em favor de quem as exercemos, com a lealdade aos sonhos que elas encarnam. Tem que ver com o sentido ético de que as tarefas devem ‘molhar-se’ com a competência com que as desempenhamos, com o equilíbrio emocional com que as efetivamos e com o brio com que por elas brigamos.”

Paulo Freire

I | PROCESSO DE TRABALHO NO CAMPO DA SAÚDE

Abordar os perfis profissionais necessários e adequados à área de educação em saúde no SESC requer o resgate dos princípios que orientam o setor saúde no contexto nacional, centrados na integralidade, universalidade e equidade da atenção, bem como na participação da comunidade e na descentralização da gestão.

A idéia de saúde como um recurso fundamental para a vida cotidiana, condição da cidadania que assegura mais e melhores anos à vida, aponta para certas especificidades dos trabalhadores de saúde. O compromisso desses agentes com uma concepção ampliada de saúde, associada à qualidade de vida, determina um tipo de atuação que transcende a dimensão estrita do setor, diversificando os seus campos de práticas.

O desafio posto pela realidade de adequar a incorporação tecnológica à estrutura de necessidades de saúde determina a superação do modelo médico-hospitalar na organização da atenção.

A “nova cultura da saúde” supõe o reconhecimento da integralidade como princípio que contempla as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do processo saúde-doença, requerendo ações de promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação que respeitem a integridade do ser humano.

Contemporaneamente, o paradigma da promoção da saúde aponta para a intersectorialidade como estratégia para atuação sobre os condicionantes

econômicos e sociais da saúde, e para a interdisciplinaridade como forma de atuação profissional.

Além disso, a visão atual de qualidade em saúde considera não só os aspectos técnico-instrumentais envolvidos na prática profissional, mas inclui a humanização do cuidado na perspectiva do cliente. Trata-se de interagir com o cliente para ver melhor o que lhe satisfaz. Essa visão valoriza a autonomia das pessoas de assumirem a gestão de sua própria saúde.

Essas mudanças no processo de trabalho requerem do trabalhador em saúde¹:

a) articular as intervenções e atividades realizadas pelo profissional com as ações dos demais agentes das diferentes equipes, destacando o caráter multiprofissional da prática;

b) redimensionar a autonomia profissional, superando o modelo de trabalho parcelarizado em prol de uma dinâmica integradora das práticas especializadas;

c) articular conhecimentos oriundos de várias disciplinas ou ciências, destacando o caráter interdisciplinar da prática;

d) maior qualificação profissional, tanto na dimensão técnica especializada, quanto na dimensão ético-política, comunicacional e de inter-relações pessoais.

II | PERFIL FUNCIONAL DO EDUCADOR EM SAÚDE

O perfil funcional do educador em saúde está orientado pelos princípios conceituais e metodológicos que regem essa prática profissional no SESC, dentre os quais destacam-se as concepções ampliadas de saúde e de educação.

A compreensão do processo saúde-doença como resultante da interação de múltiplos fatores que devem ser abordados de forma interdisciplinar orienta uma prática educativa que visa ao reforço da autonomia e estimula a participação social para conquista de melhores condições de vida, além de mediar a cooperação dos diferentes setores da sociedade no encaminhamento

de soluções para as questões da saúde.

Tal processo exige um fazer pedagógico que privilegia a interação e integração grupal, entendendo que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção, aliando saber técnico ao popular.

Assim, a especificidade da ação educativa em saúde exige do profissional uma série de atributos relacionados principalmente a sua forma de aproximação da clientela e a sua afinidade pelo trabalho social.

1. FORMAÇÃO ACADÊMICA

Considerando que a Educação em Saúde é uma área temática localizada na interseção das **ciências humanas, sociais e da saúde**, estando relacionada a uma prática que se caracteriza por ser essencialmente multiprofissional, a formação básica exigida para o cargo não está circunscrita a uma disciplina específica. O fundamental é que o profissional, para além de sua formação universitária, apresente o perfil funcional que o habilita ao cargo, sendo desejável, principalmente no caso do coordenador da Atividade, que tenha uma **formação especializada**, em nível de aperfeiçoamento, especialização ou mestrado, na área de Educação em Saúde ou de Saúde Pública.

2. QUALIDADES, ATRIBUTOS E HABILIDADES IMPORTANTES

2.1. No campo do conhecimento acadêmico, ter domínio conceitual na área, principalmente no que se refere a:

- a) conceitos ampliados e inter-relacionados de educação e de saúde
- b) processo de planejamento e avaliação das ações educativas
- c) metodologias educativas dinâmicas e participativas

2.2. Na esfera cognitiva

- a) fluência verbal

b) capacidade de expressão através da linguagem escrita

2.3. Na esfera psicológica

- a) iniciativa
- b) dinamismo
- c) criatividade
- d) flexibilidade
- e) capacidade de cooperação e integração

2.4. No que se refere à postura ético-política

- a) comprometimento social
- b) identificação com as necessidades dos beneficiários dos programas

2.5. No que se refere à experiência profissional

- a) experiência de trabalho em saúde pública, educação de base ou projetos comunitários
- b) habilidade na coordenação de grupos
- c) experiência de trabalho em equipe multiprofissional

2.6. Qualidades relacionadas ao cargo de Coordenação da Atividade

- a) habilidade para enfrentar situações de incerteza e turbulência, desenvolvendo a capacidade de aprender com a própria realidade
- b) estar preparado para atuar como um facilitador dos processos que devem surgir dos próprios protagonistas e ser conduzidos por eles
- c) ter capacidade de negociação para operar projetos interinstitucionais
- d) ser capaz de fazer acordos com órgãos de outras áreas e com a sociedade civil

Essa capacidade de articulação é essencial para o cargo de educador em saúde, mesmo que não desempenhe função de gestor, a fim de garantir o engajamento das demais áreas do SESC e diferentes setores da sociedade no desenvolvimento de ações que visam à promoção da saúde e à melhoria da qualidade de vida, de acordo com a ação finalística da Entidade.

III | COMPOSIÇÃO DA EQUIPE

É imprescindível a constituição de uma equipe em cada Departamento Regional, que se caracteriza pela existência de pelo menos:

- a) um técnico coordenador da Atividade, em nível central;
- b) um técnico responsável, em cada Unidade Operacional.

Os resultados do processo educativo em saúde são sempre alcançados a médio e longo prazo, exigindo, portanto, sistematização das ações. Mesmo ações pontuais, quando avaliadas, apontam, invariavelmente, para a necessidade de desdobramentos, em resposta às necessidades e interesses expressos pela clientela.

Não é recomendável o acúmulo de funções, relativas a diferentes Atividades, principalmente quando exige a realização de viagens, pois acaba por limitar as possibilidades de atuação do profissional, prejudicando o planejamento, a articulação interprofissional e interinstitucional, o acompanhamento e avaliação das ações e, dessa forma, comprometendo a qualidade do trabalho. Deve-se, assim, procurar a constituição de equipes formadas por **técnicos com dedicação exclusiva**, para que possam cumprir com êxito suas atribuições.

IV | ATRIBUIÇÕES

1. COORDENADOR DA ATIVIDADE

1.1. Planejar, acompanhar e avaliar as práticas de educação em saúde, em conjunto com os técnicos responsáveis pela Atividade, nas diferentes Unidades Operacionais, de acordo com os documentos norteadores da área;

1.2. Assessorar a seleção, produção e utilização de recursos didáticos e materiais educativos;

1.3. Elaborar e/ou selecionar materiais instrucionais que subsidiem os técnicos na prática da Atividade;

1.4. Coordenar a seleção dos recursos humanos necessários;

- 1.5. Participar dos processos de planejamento, execução e avaliação dos programas de desenvolvimento de recursos humanos, na área;
- 1.6. Acompanhar a supervisão de estagiários lotados na Atividade, em cada Unidade Operacional, apoiando o profissional supervisor no encaminhamento dessa tarefa e na articulação com as universidades;
- 1.7. Organizar os arquivos e formar banco de dados relativos às fases de planejamento, execução e avaliação da Atividade Educação em Saúde;
- 1.8. Proceder a levantamentos, estudos e pesquisas na área da saúde;
- 1.9. Estabelecer relações entre as condições de vida e os problemas de saúde identificados e definir prioridades entre tais problemas;
- 1.10. Identificar as diversidades culturais com que a população enfrenta seus problemas de saúde, destacando as que representam riscos;
- 1.11. Identificar as doenças transmissíveis e não-transmissíveis prevalentes na sua região;
- 1.12. Garantir o entrosamento com serviços de saúde e demais setores da comunidade, visando à medicação para saúde;
- 1.13. Realizar ações educativas em saúde junto à clientela;
- 1.14. Promover ações educativas em saúde que propiciem a formação de agentes multiplicadores junto à equipe e clientela;
- 1.15. Participar das ações de Promoção da Saúde, de interesse do SESC e de sua clientela, promovidos pelos movimentos sociais locais;
- 1.16. Articular-se com as demais Atividades do SESC e desenvolver trabalhos integrados, estimulando o engajamento das diferentes equipes no processo de promoção da saúde;
- 1.17. Desenvolver ações de capacitação que venham contribuir para instrumentalização teórica e técnica das equipes parceiras, visando à sustentabilidade de ações desenvolvidas junto à comunidade;
- 1.18. Organizar o trabalho de forma participativa, com base na programação do Departamento Regional, tomando por referência critérios de eficiência, eficácia e efetividade;
- 1.19. Identificar e aplicar instrumentos de avaliação das ações educativas em saúde: cobertura, impacto e satisfação;

1.20. Utilizar os meios de comunicação para interagir com sua equipe, com os demais integrantes da organização e com a clientela;

1.21. Atender às rotinas administrativas próprias da Atividade.

2. EDUCADORES EM SAÚDE NA UNIDADE OPERACIONAL

2.1. Identificar os recursos da comunidade (serviço de saúde e de educação, associações comunitárias, pastorais, clubes de serviço etc.), a fim de estabelecer o perfil sócio-sanitário da clientela e identificar os parceiros em potencial;

2.2. Proceder ao levantamento do perfil social e de saúde da região;

2.3. Manter contatos interinstitucionais, visando firmar parcerias que favoreçam o desenvolvimento do trabalho;

2.5. Realizar ações educativas em saúde junto à clientela e comunidade com o objetivo de formar agentes multiplicadores;

2.6. Participar das ações de promoção da saúde, de interesse do SESC e de sua clientela, promovidos pelos movimentos sociais locais;

2.7. Identificar os interesses e necessidades da clientela, mantendo atitude investigativa e interessada no que diz respeito ao conhecimento do seu contexto de vida, visando estabelecer prioridades para o encaminhamento das ações educativas em saúde;

2.8. Estabelecer relações entre as condições de vida e os problemas de saúde identificados e definir prioridades entre tais problemas;

2.9. Identificar as diversidades culturais com que a população enfrenta seus problemas de saúde, destacando as que representam riscos;

2.10. Identificar as doenças transmissíveis e não-transmissíveis prevalentes na sua região;

2.11. Promover um ambiente de troca e respeito mútuo, favorecendo a compreensão da clientela quanto à multideterminação do processo saúde-doença e às medidas individuais e coletivas para a conquista da saúde;

2.12. Discutir com as equipes das diferentes Atividades os dados de que dispõe sobre a clientela, visando ao planejamento conjunto das ações educativas em saúde e estimulando o engajamento de cada profissional no processo de promoção da saúde;

2.13. Encaminhar ao coordenador as solicitações de materiais didáticos que venham a favorecer o desenvolvimento do trabalho educativo em saúde, a fim de que possam ser requisitados, como empréstimo, ao Departamento Nacional;

2.14. Manter contato permanente com organizações representativas da comunidade, registrando suas opiniões, impressões e reivindicações, assim como avaliando os efeitos da ação educativa sobre a melhoria da qualidade de vida da clientela (expressas sob a forma de: desenvolvimento de hábitos e atitudes correspondentes a um estilo de vida saudável; adoção de medidas coletivas e/ou organização comunitária para construção e conquista de recursos favoráveis à saúde etc.);

2.15. Registrar informações que contribuam para a elaboração dos relatórios de acompanhamento das ações;

2.16. Preencher e discutir com a Coordenação da Atividade os instrumentos protocolares de monitoramento e avaliação de programas e projetos;

2.17. Organizar o arquivo da Atividade, reunindo manuais instrucionais, planejamento das ações, registro de reuniões e demais realizações, resultados dos instrumentos adotados para levantamento do perfil da clientela e avaliação do impacto da ação educativa;

2.18. Atender às rotinas administrativas próprias da Atividade.

3. ESTAGIÁRIOS

A participação de estagiários, aqui considerada, refere-se às condições definidas pelo Programa Especial de Bolsa de Estágio do Departamento Nacional.

Dessa forma, estão sendo definidas, no Anexo IX, atribuições gerais, comuns a todos os estagiários lotados na Atividade Educação em Saúde, além de funções específicas de cada área de formação. Para definição das disciplinas e respectivas atribuições, foi adotada como critério a experiência de trabalho relativa ao atual quadro de recursos humanos que compõe as equipes dos Departamentos Regionais.

Nessa medida, as atribuições relativas a algumas áreas de formação não estarão sendo explicitadas – o que, contudo, não deve implicar em

impedimento para contratação de estagiários de outras disciplinas. De acordo com o caráter interdisciplinar e multiprofissional da educação em saúde, o que deverá reger a seleção dos estagiários lotados na Atividade é a área de formação do educador em saúde responsável pela supervisão.

V | SELEÇÃO DE PESSOAL

O estabelecimento de critérios para seleção dos profissionais que ocuparão os cargos de coordenação e de execução da Atividade deverá ser orientado pelo perfil funcional aqui descrito.

De acordo com as possibilidades de cada Departamento Regional e os recursos disponíveis em cada estado, os processos seletivos poderão ser organizados tendo por base dois modelos principais, hierarquizados a partir do maior nível de complexidade quanto a sua forma de execução e de eficiência quanto aos seus resultados:

1. PROCESSO SIMULTÂNEO DE SELEÇÃO E CAPACITAÇÃO

Trata-se da realização de um curso que deve ter, preferencialmente, carga horária mínima de vinte horas, sendo composto de módulos teóricos e práticos, abordando os fundamentos teóricos e metodológicos da educação em saúde no SESC, em sua articulação com a missão institucional.

Do ponto de vista do processo pedagógico, de acordo com os parâmetros que orientam a ação educativa em saúde, o trabalho deverá promover o envolvimento de todos no processo educativo a partir da opção por métodos e técnicas ativas, que estimulem debates, vivências e troca de experiências.

Deve-se procurar estabelecer conexões sucessivas entre os diversos conteúdos abordados, instituindo uma dinâmica processual e associativa de construção coletiva do conhecimento.

No que tange ao processo de seleção, a avaliação deverá ocorrer de forma processual e sistemática, lançando mão dos seguintes recursos: observação participante, técnicas de dinâmica de grupo, seminários, experimentação de recursos metodológicos, coordenação de oficinas, monitoria de materiais

didáticos, planejamento e execução de oficinas educativas, e trabalho escrito (individual e coletivo).

Ao final, elege-se o profissional para trabalhar como educador em saúde, com base na avaliação do desempenho dos participantes, no que se refere a:

a) Nível de conhecimento técnico e domínio conceitual dos principais conteúdos relacionados à prática educativa em saúde numa entidade de bem-estar: saúde associada à qualidade de vida; educação problematizadora e construção compartilhada do conhecimento; metodologias educativas dinâmicas e participativas; planejamento e avaliação das ações educativas.

b) Habilidades demonstradas com relação à fluência verbal, iniciativa, liderança, capacidade de integração com o grupo, potencial para negociação visando ao estabelecimento de parcerias, criatividade e capacidade de comunicação e aproximação com a clientela.

c) Análise de currículo: experiência de trabalho (coordenação de grupos, atuação em programas de âmbito comunitário, ações de educação de base etc); cursos de extensão na área de saúde pública.

Esta modalidade, apesar de ser mais completa do ponto de vista seletivo, pois permite uma avaliação mais integral dos candidatos, demanda mais tempo, mais recursos e um patamar razoável de estruturação da Atividade, os quais nem sempre são compatíveis com a realidade dos Departamentos Regionais. Nestes casos, o indicado é optar por uma modalidade de seleção mais simples e viável, como a descrita a seguir.

2. PROCESSO CONVENCIONAL

Utiliza recursos como análise de Curriculum Vitae, prova escrita e entrevista, a fim de aferir as qualificações dos candidatos.

A entrevista permite obter informações complementares acerca do informado no currículo, incluindo a análise crítica que o candidato faz da sua experiência profissional, possibilitando avaliar aspectos relacionados à articulação entre teoria e prática.

Havendo condições, é interessante reunir o grupo de candidatos em uma entrevista coletiva, lançando mão de técnicas de dinâmica de grupo para avaliar características subjetivas, tais como: capacidade de integração,

liderança, iniciativa, criatividade.

No que se refere à prova escrita, deve ser dissertativa, propondo questões tanto de caráter conceitual quanto relacionadas à práxis, de forma a permitir avaliar: domínio da concepção ampla de saúde; compreensão do fenômeno educativo como processo de troca e de construção coletiva do conhecimento, visando ao desenvolvimento de autonomia e fortalecendo a participação social; prática na abordagem interdisciplinar e intersetorial das questões relacionadas ao processo saúde-doença; conhecimento de estratégias metodológicas dinâmicas e participativas; competência para estruturar o planejamento das ações educativas em saúde; compreensão do propósito da promoção da saúde numa entidade de bem-estar social.

VI | CAPACITAÇÃO TÉCNICA

“Hoje é consenso que o conhecimento tornou-se fator principal da produção. O **aprender a aprender** coloca-se como uma competência fundamental para a inserção numa dinâmica social que se reestrutura continuamente. A perspectiva do processo educacional é, então, desenvolver meios para uma **aprendizagem permanente**, que permita uma formação continuada, tendo em vista a construção da cidadania.”²

As peculiaridades do trabalho em saúde, principalmente no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS) e da Promoção da Saúde, onde quase sempre se impõe o desenvolvimento de estratégias para lidar não só com a problemática saúde/doença, mas também com seus determinantes, diretamente relacionados ao cotidiano dos serviços e ao contexto de vida da clientela, apontam para a pertinência de que a qualificação profissional adote como ponto de partida as experiências vivenciadas pelos sujeitos em seu processo laboral, envolvendo contínua problematização e reflexão sobre as possibilidades de reorganização do próprio trabalho.

Na área de educação em saúde, é necessário ter profissionais capazes de trabalhar em equipe, interagir com as pessoas e grupos, adquirir e processar informações, comunicar-se e expressar suas idéias, articular equipes e

instituições na perspectiva do trabalho interdisciplinar e intersetorial, além de serem capazes de utilizar conhecimentos e habilidades específicos para desempenhar as atribuições próprias do seu trabalho.

Nessa perspectiva, o modelo das competências vem se revelando como parâmetro conceitual mais adequado para elaboração de programas educativos, por contemplar não somente saberes técnico-profissionais, mas também a capacidade de mobilizá-los e articulá-los a habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar os imprevistos na situação de trabalho e em um determinado contexto social e cultural.

Acreditamos que o desafio que se configura, na proposição de um programa de desenvolvimento técnico aos Departamentos Regionais, diz respeito à capacidade de responder efetivamente às necessidades dos níveis locais. Corresponder a contextos diferentes, realidades distintas e resultados diversos implica em:

- a) identificar necessidades educativas com base nos problemas e demandas dos Departamentos Regionais e suas diferentes Unidades Operacionais, de forma integrada com as equipes;
- b) programar, de forma conjunta, os respectivos processos educativos;
- c) garantir, através da eleição da modalidade de execução mais efetiva e apropriada, que os programas sejam pertinentes e relevantes com relação a essas necessidades identificadas e que incorporem, desde o princípio, os componentes de avaliação das atividades de capacitação;
- d) implementar um processo educativo que articule os saberes técnico-profissionais às experiências vivenciadas no cotidiano da prática no SESC;
- e) avaliar os programas a partir do marco teórico da educação permanente em saúde.

1. FORMULAÇÃO DOS PROGRAMAS DE CAPACITAÇÃO:

1.1. Componentes

A construção de processos de capacitação relevantes e efetivos tem relação direta com o levantamento e análise das necessidades educativas, condicionadas pela realidade de cada Departamento Regional. Para tal, é fundamental

compreender o processo de trabalho de educação em saúde, em todas as suas dimensões.

De modo geral, a forma de organização do processo de trabalho em saúde supõe duas concepções básicas que devem orientar a formulação dos programas de capacitação:

a) A cooperação, que direciona para a necessidade de contemplar os aspectos gerais das **relações interpessoais**, requerendo a compreensão das relações éticas e cooperativas para a consecução dos objetivos do trabalho em saúde.

b) A direcionalidade técnica, que aponta para a necessidade de incorporar aos processos educativos as questões relativas aos **conhecimentos e tecnologias específicas**.

Além disso, a questão da horizontalidade da divisão técnica e social do trabalho, baseada na intercomplementaridade das práticas e na integralidade da ação, implica a necessidade de incluir nos programas educativos **aspectos de planejamento, de gerência e de supervisão** relativos ao controle do processo de trabalho como um todo.

Na área de educação em saúde, o aperfeiçoamento técnico e a atualização de conhecimentos visam principalmente:

a) promover oportunidades de reflexão sobre o processo de trabalho, buscando a compreensão ampliada da promoção e educação em saúde;

b) instrumentalizar os profissionais para realização de diagnóstico de necessidades e proposição de alternativas de solução para os problemas de saúde;

c) favorecer o desenvolvimento de estratégias metodológicas em conformidade com os objetivos de facilitar a apropriação social do conhecimento em saúde e desenvolver/reforçar a autonomia dos sujeitos;

d) subsidiar o planejamento de ações voltadas para os principais cenários de atuação do SESC (família/ciclo de vida; ambiente do trabalho; escolas; municípios saudáveis);

e) oferecer instrumental conceitual e metodológico para o monitoramento e avaliação dos programas, projetos e ações desenvolvidas.

Em especial, no caso do coordenador da Atividade, é recomendável que participe de um programa educativo que o habilite para o enfrentamento,

de forma articulada, das questões sociais e de saúde como também de seus determinantes, que freqüentemente não se restringem exclusivamente ao setor. Pretende-se, portanto, o desenvolvimento da capacidade de análise, gestão e intervenção intersetorial, equilibrando ações de prevenção e de promoção da saúde. É fundamental a capacitação para a negociação intersetorial, a mediação Estado-população no campo da saúde e a *advocacy* (defesa) da saúde.

O processo de capacitação em serviço deve ser permanente e contínuo para toda equipe, sendo operacionalizado por meio de diferentes modalidades, desde que articuladas segundo uma concepção pedagógica baseada nos princípios da “indivisibilidade método-conteúdo, coerência do método com a natureza do objeto de conhecimento em construção e apropriação da estrutura do conhecimento pelo ator da aprendizagem”.³ Como exemplos, citamos:

- a) reuniões sistemáticas para estudos específicos, visando acompanhamento dos programas e planejamento eficiente das ações;
- b) reuniões e oficinas de caráter interdisciplinar para estudos de casos, experimentação de novas tecnologias metodológicas e articulação de conhecimentos das diferentes áreas;
- c) cursos, congressos e eventos de capacitação promovidos por instituições ligadas à pesquisa, ao ensino e à oferta de serviços na área, viabilizando a articulação teoria-prática e o intercâmbio de experiências com vistas à atualização profissional;
- d) eventos de âmbito nacional, oportunizando o intercâmbio entre os Departamentos Regionais e visando à unicidade da ação do SESC na área.

1.2. Competências, habilidades e conhecimentos

No intuito de orientar a elaboração de programas de capacitação, serão indicadas, a seguir, as competências consideradas indispensáveis para atuação na área de educação em saúde. Tais competências estão relacionadas a um conjunto de habilidades que deverão servir de base para constituição dos indicadores de avaliação dos programas educativos implementados, conforme estejam em conformidade com as necessidades identificadas pelas equipes, chefias e gerências.

Na seqüência, serão descritos os conhecimentos necessários para o desenvolvimento dessas habilidades, os quais orientaram a formulação de algumas ementas de cursos (apresentadas no Anexo X), referentes às duas grandes categorias de componentes ou de programas de capacitação: aqueles que se orientam mais especificamente aos coordenadores, instrumentalizando esses profissionais para estruturação da Atividade, organização do serviço e gestão das equipes; e aqueles voltados para os profissionais diretamente responsáveis pela execução das ações, visando sua capacitação para condução dos projetos e a garantia da qualidade do serviço prestado à clientela.

É importante voltar a assinalar que os programas educativos devem ser elaborados com base nas demandas e necessidades locais e em conformidade com as equipes. De acordo com essa perspectiva estratégica, as competências e habilidades aqui listadas deverão se constituir em eixos orientadores, elegendo-se aquelas que se mostrem relevantes com relação à análise dos níveis de qualificação dos recursos humanos e de estruturação da Atividade no Departamento Regional.

Além disso, há que se considerar o potencial de recursos da comunidade que viabilizem o estabelecimento de parcerias e/ou a contratação de serviços responsáveis por executar os programas de capacitação.

Tratando-se de processos educativos inseridos em uma dimensão de educação permanente, não há exigência de que todas as competências e habilidades aqui propostas façam parte integralmente dos programas voltados para capacitação das equipes de educação em saúde.

A identificação das necessidades educativas, na sua relação com os objetivos finalísticos do Departamento Regional, permitirá definir as competências e habilidades que precisam ser desenvolvidas ou aprimoradas, orientando a constituição e hierarquização das etapas que irão compor o programa de desenvolvimento técnico na área.

Competência 1: Planejamento das ações

Capacidade para elaboração e avaliação, de forma coordenada com parceiros e comunidade, dos planos e projetos capazes de produzir impacto sobre a qualidade de vida e saúde da clientela.

A) Habilidades

- a) Utilizar meios que possibilitem conhecer os determinantes do processo saúde-doença da população, famílias e indivíduos.
- b) Aplicar instrumentos que possibilitem evidenciar as demandas relativas ao processo saúde-doença da população, famílias e indivíduos.
- c) Desenvolver ações que possibilitem identificar as formas que a população, famílias e indivíduos utilizam para resolver seus problemas de saúde.
- d) Conhecer e analisar os critérios utilizados pelos serviços para a priorização dos problemas de saúde identificados na população, famílias e indivíduos.
- e) Conhecer e analisar os critérios utilizados pelo sistema local de saúde para a definição da oferta de serviços para a população.
- f) Conhecer o perfil sócio-sanitário da população.
- g) Conhecer os objetivos e metas dos programas e projetos do Ministério da Saúde.
- h) Identificar os fatores que podem dificultar o enfrentamento dos problemas de saúde prioritários da clientela comerciária e da comunidade em geral.
- i) Envolver a comunidade na elaboração dos planos de ação.
- j) Articular intra e intersetorialmente para a elaboração dos planos de ação.
- k) Identificar os recursos disponíveis para implementação dos projetos (recursos humanos, materiais, equipamentos, medicamentos, normas administrativas e assistenciais, financeiros, outros).
- l) Estimar os recursos necessários para o desenvolvimento das ações.
- m) Identificar pontos que facilitam ou dificultam a obtenção dos recursos necessários para a operacionalização dos projetos da Atividade.
- n) Identificar objetivos e metas para a Atividade.
- o) Elaborar o plano de ação anual, considerando o planejamento do Departamento Regional.
- p) Construir e aplicar instrumentos que possibilitem avaliar a qualidade das ações (impacto, satisfação do usuário e da equipe de trabalho).
- q) Identificar e desenvolver indicadores de avaliação de processo e resultado.
- r) Apoiar a participação da comunidade no processo de avaliação do plano de ação.

s) Identificar e aplicar os instrumentos protocolares de acompanhamento dos projetos, compreendendo sua relação com a busca da qualidade na prestação dos serviços de saúde.

t) Operar mudanças no plano de ação, conforme as necessidades apontadas pela avaliação.

B) Conhecimentos correspondentes

a) Metodologias de avaliação das condições de vida da população, famílias e indivíduos: indicadores epidemiológicos, demográficos e socioeconômicos.

b) Metodologias para identificação, junto à população, famílias e indivíduos, das formas utilizadas para a resolução dos problemas de saúde (técnicas de entrevistas, questionários etc.).

c) Metodologias para identificação dos problemas de saúde e para a seleção de prioridades (conceitos de magnitude, transcendência, vulnerabilidade, apelo popular e outros).

d) Metodologias para a avaliação dos fatores sociais de risco e vulnerabilidade em populações, famílias e indivíduos (condições de vida, renda, consumo, acesso à informação, outros).

e) Princípios do planejamento sob o enfoque estratégico (conceitos de problema, ator social, pontos de estrangulamento, e outros).

f) Estudos de avaliação das ações e dos resultados obtidos (indicadores de processo e de resultados).

g) Fundamentos e técnicas de comunicação aplicadas à saúde.

h) Conceitos de eficiência, eficácia e efetividade.

i) Fundamentos de supervisão.

j) Metodologias para elaboração do plano de ação.

k) Dados epidemiológicos e operacionais relativos aos principais agravos à saúde da comunidade (especialmente a clientela comerciária).

Competência 2: Promoção da saúde

Capacidade de identificar os fatores determinantes da qualidade de vida, bem como compreender o sentido da responsabilização compartilhada como base para desenvolver ações que contribuam para o alcance de uma vida saudável.

A) Habilidades

a) Realizar estudos e atividades que evidenciem os fatores determinantes da qualidade de vida e saúde (sociais, políticos, econômicos, ambientais, culturais e individuais).

b) Compreender o papel do Estado, das organizações, entidades e instituições, da comunidade, dos indivíduos e do sistema de saúde na promoção da saúde.

c) Articular com outros setores da sociedade, integrando as ações que contribuam com a qualidade de vida da população, famílias e indivíduos.

d) Organizar, disponibilizar e discutir com a população, informações relativas ao seu perfil de morbi-mortalidade e acerca das ações desenvolvidas pelos serviços públicos de saúde e pelo SESC.

e) Estimular a participação da comunidade no planejamento, funcionamento e controle da atenção básica.

f) Participar e apoiar a comunidade em ações pela melhoria da qualidade de vida, respeitando seus valores e práticas culturais.

g) Identificar os fatores que influenciam o comportamento de indivíduos e famílias em relação à saúde.

h) Desenvolver ações que estimulem o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde, em todas as etapas da vida.

i) Desenvolver ações que visem a construção de ambientes saudáveis.

j) Apoiar movimentos sociais que visem a melhoria da qualidade de vida da comunidade.

B) Conhecimentos correspondentes

a) Conceitos de:

- promoção da saúde
- qualidade de vida
- determinação social do processo saúde-doença
- multisetorialidade
- participação
- controle social
- *empowerment*
- responsabilização

- b) Estrutura política do Estado.
- c) Organizações sociais e seu funcionamento.
- d) Técnicas de informação, educação e comunicação.
- e) Regulamentação das políticas de saúde.
- f) Metodologias para coleta de dados junto à população.
- g) Metodologias de comunicação individual e coletiva.
- h) Protocolos dos programas institucionais de promoção da saúde.
- i) Tecnologias de promoção da saúde voltadas para o fortalecimento das potencialidades individuais e reforço da ação comunitária.

Competência 3: Educação em saúde

Capacidade para desenvolver ações educativas voltadas para a clientela comerciária e comunidade em geral, que possam contribuir para o fortalecimento da autonomia das pessoas para gestão de sua saúde e a melhoria das condições de vida dos indivíduos, famílias e população.

A) Habilidades

- a) Desenvolver ações educativas voltadas para a comunidade, com uma abordagem crítica e interativa acerca de suas condições de vida e saúde.
- b) Organizar grupos para discussão e trocas de experiências segundo as necessidades da população e dos serviços de saúde.
- c) Participar de capacitações a pessoas da comunidade envolvidas com práticas de cuidado à saúde.
- d) Participar da elaboração de material informativo e educativo, segundo as necessidades da população e as prioridades estabelecidas pelo planejamento local.

B) Conhecimentos correspondentes

- a) História e concepções de educação e saúde.
- b) Doença, cuidado e sua relação com a educação em saúde.
- c) Estratégias e práticas pedagógicas: diagnóstico e planejamento participativo, construção compartilhada do conhecimento
- d) Técnicas de elaboração de materiais educativos.

- e) Metodologias pedagógicas.
- f) Técnicas de planejamento didático:
 - comunicação na ação educativa
 - organização de conteúdos
 - recursos didáticos e pedagógicos

Competência 4: Prevenção de enfermidades

Capacidade para desenvolver ações de prevenção individual e coletiva, visando romper com a cadeia de transmissão e reduzir os índices de doenças de relevância epidemiológica.

A) Habilidades

- a) Diferenciar doenças transmissíveis das não-transmissíveis.
- b) Identificar as doenças transmissíveis e não-transmissíveis prevalentes na sua região.
- c) Conhecer fatores determinantes das doenças prevalentes na região.
- d) Conhecer os meios utilizados para o reconhecimento das doenças prevalentes na região.
- e) Conhecer as medidas de intervenção na cadeia de transmissão das doenças e outros agravos à saúde prevalentes na região.
- f) Identificar como as condições de vida interferem na qualidade vida de indivíduos, famílias e comunidade.
- g) Realizar ações educativas para a população abordando aspectos relativos à transmissão, sinais e sintomas e mecanismos para evitar o aparecimento das doenças prevalentes na região.
- h) Identificar e apoiar ações intersetoriais necessárias para o enfrentamento das doenças prevalentes na região.
- i) Identificar e desenvolver ações que visem romper com as barreiras culturais em relação a doenças cuja representação social está associada a tabus e preconceitos.

B) Conhecimentos correspondentes

- a) Anatomia e Fisiologia.

- b) Microbiologia.
- c) Etiologia e patologia de doenças de relevância epidemiológica.
- d) Noções de semiologia e imunologia.
- e) Epidemiologia (conceitos de: prevenção; grupo de risco; casos suspeitos; contatos; doenças transmissíveis e não-transmissíveis).
- f) Biossegurança.
- g) Princípios das ciências sociais e biológicas.
- h) Conceito de representação social.
- i) Metodologias de comunicação nos processos educativos.
- j) Sistema de informação.
- k) Protocolos institucionais das doenças de relevância epidemiológica.
- l) Vigilância epidemiológica.

Competência 5: Intersetorialidade

Capacidade para articular intersetorialmente as diferentes estratégias para atuação sobre os determinantes da saúde e de intervenção sobre os agravos à saúde da clientela comerciária e da população em geral.

A) Habilidades

- a) Conhecer o papel do Estado e de outros setores na implementação das políticas públicas.
- b) Compreender as relações existentes entre o setor saúde e os outros setores (educação, meio ambiente, habitação, transporte, agricultura etc.).
- c) Compreender o papel dos diferentes setores na determinação e solução dos vários problemas de saúde da população.
- d) Identificar movimentos sociais organizados e outros atores, a fim de estabelecer parcerias.
- e) Estabelecer parcerias com outros setores para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e atenção curativa.

B) Conhecimentos correspondentes

- a) Políticas públicas.
- b) Organização e funcionamento do setor saúde.

- c) Estrutura e funcionamento das organizações sociais.
- d) Metodologias para coleta de dados acerca dos grupos organizados na comunidade.
- e) Tecnologias de comunicação oral, escrita e outros meios.

Competência 6: Trabalho em equipe

Capacidade para reconhecer a relevância do trabalho em equipe e a importância da educação permanente para o desenvolvimento das ações educativas em saúde.

A) Habilidades

- a) Conhecer e analisar o processo de trabalho da equipe (na Unidade Operacional e na comunidade).
- b) Compreender o papel de cada participante da equipe no processo de trabalho (na Unidade Operacional e na comunidade).
- c) Compreender o sentido da complementaridade do trabalho em equipe (incluindo o entrosamento com as demais equipes das diferentes Atividades).
- d) Utilizar princípios éticos nas relações profissionais.
- e) Democratizar conhecimentos e informações para o desenvolvimento do trabalho em equipe.
- f) Identificar as necessidades de capacitação para os trabalhadores de saúde.
- g) Organizar as capacitações para os trabalhadores de saúde.
- h) Desenvolver atividades de ensino.
- i) Participar de atividades de estudos e pesquisas.
- j) Participar de atividades de avaliação do processo de trabalho da equipe.
- k) Identificar as cargas presentes nos ambientes de trabalho (Unidade Operacional, empresas, escolas e comunidade) e seus efeitos sobre a saúde do trabalhador.
- l) Conhecer e aplicar formas de prevenção às doenças provocadas pelas cargas de trabalho.

B) Conhecimentos correspondentes

- a) Característica organizacional dos serviços de saúde: diversidade de ações;

divisão técnica do trabalho; cooperação; produtividade; uso de tecnologias; outros.

- b) Princípios éticos nas relações profissionais.
- c) Metodologias e técnicas de comunicação oral, escrita e outros meios.
- d) Regulamentação do exercício profissional das várias categorias.
- e) Metodologias de ensino em serviço.
- f) Técnicas de dinâmica de grupo.
- g) Modelos de estudo e pesquisa.

1.3. Avaliação continuada

Os objetivos dos programas educativos estão voltados para os efeitos do processo pedagógico implementado, no alcance das metas e consolidação das diretrizes políticas, técnicas e operacionais da Atividade Educação em Saúde.

A prática educativa em saúde exige, para além de saberes técnico-profissionais, a relação destes com os diferentes aspectos do cotidiano do trabalho e com o contexto de vida da clientela.

A avaliação dos resultados dos programas educativos deve, assim, adotar critérios e indicadores amplos, não se restringindo ao domínio conceitual quanto aos conteúdos específicos da área.

Referem-se, portanto, aos avanços alcançados com relação a mudanças relativas a:

- a) cultura organizacional;
- b) estruturação da Atividade em seus aspectos de conteúdo, método e organização;
- c) relação interprofissional;
- d) negociação intersetorial;
- e) qualidade do serviço prestado à clientela;
- f) correspondência da programação com os interesses e necessidades da clientela;
- g) experimentação e domínio de metodologias e técnicas dinâmicas e participativas, adequadas aos sistemas socioculturais da clientela;
- h) ampliação do potencial da Atividade para intervenção sobre os fatores associados à saúde e à qualidade de vida.

Considerando, ainda, que na perspectiva da educação continuada os programas de capacitação técnica devem guardar relação direta com os problemas e demandas identificados no cotidiano da prática profissional, a avaliação do processo educativo deve se dar de modo contínuo.

Só assim será possível readequar o planejamento dos programas conforme a intenção de garantir condições para a constante problematização e reflexão sobre as possibilidades de reorganização do trabalho em relação às mudanças verificadas quanto às características sociais, epidemiológicas e culturais da clientela; quanto aos recursos sociais e de saúde; aos aspectos de infra-estrutura da localidade; ao nível de articulação comunitária e capacidade de ação dos grupos atendidos; às demandas e necessidades sentidas e expressas pela clientela – todos aspectos que repercutem sobre o cotidiano do trabalho.

¹ PEDUZZI, M. Painel – *Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde*. Texto elaborado para o Seminário: A Formação Técnica em Ciência e Tecnologia em Saúde. Fiocruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 21 e 22 de maio de 1997. p.16.

² SÓRIO, Rita Elizabeth da Rocha – *Educação e trabalho em saúde: perspectivas de debate sob os marcos legais da educação profissional*. Texto elaborado especialmente para o Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – CADRHU.

³ Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. Organização Panamericana de Saúde, 1997 (p.6).

⁴ Descrição, com algumas adaptações, das competências apresentadas no documento *Diretrizes Nacionais para Elaboração de Programas de Capacitação para a Equipe de Saúde da Rede Básica Atuar nas Ações de Controle de Hanseníase*. Área Técnica de Dermatologia Sanitária – Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MÓDULO INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

“A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros.”

Carta de Ottawa

I | CENÁRIOS DE ATUAÇÃO E AMBIENTES SAUDÁVEIS

A Atividade Educação em Saúde tem como cenários de atuação os diversos espaços nos quais as pessoas vivem: a comunidade, suas casas, seu local de estudo, seu trabalho e lazer. Concebendo suas esferas direta e complementar, tem como locais de realização, no SESC, os diferentes ambientes existentes em cada Unidade Operacional (restaurantes, salas de cursos, biblioteca, ginásios, clínicas médicas e odontológicas, salas de projeção etc.).

Dessa forma, estarão sendo abordados neste documento elementos que se constituem em critérios para escolha dos locais mais adequados para realização das ações, considerando não só as instalações do próprio SESC, mas também os diferentes espaços institucionais e cenários de atuação eleitos de acordo com os grupos de clientela priorizados.

Será feita uma abordagem que enfatiza os aspectos físico-ambientais, sem perder de vista, contudo, a compreensão acerca da importância da criação de ambientes favoráveis à saúde, como propósito da Atividade e do SESC como um todo, na forma de planejar e organizar seus espaços.

Entende-se que, além das características relacionadas ao espaço físico, a execução da Atividade supõe a compreensão do ambiente em sua extensão ampla, relacionado às dimensões social, econômica, política e cultural, conforme o compromisso de promoção da qualidade de vida, saúde e bem-estar do comerciário no entorno produtivo, familiar e comunitário.

Sendo assim, para além da preocupação com as condições físico-sanitárias

e de segurança das instalações, não se pode perder de vista alguns **princípios gerais** relacionados às relações interpessoais e de cuidado com o ambiente, que se estabelecem nesses espaços e que estão relacionados ao objetivo da Atividade Educação em Saúde com a criação de ambientes saudáveis:

a) Garantir a segurança, os direitos e o respeito que propiciam relações mais harmoniosas e solidárias entre as pessoas, inclusive na questão de gênero, cultura e etnia, construindo uma cultura de paz e de prevenção da violência.

b) Valorizar as relações de convivência, envolvendo grupos diversos em atividades integradas, de forma a desenvolver a auto-estima, o respeito mútuo e a troca de experiências, contribuindo para a criação de um clima de afetividade que pode ser incorporado à vida dos indivíduos.

c) Possibilitar que os procedimentos e os processos de comunicação, as tecnologias utilizadas e a concepção dos espaços de trabalho levem em conta princípios de ergonomia e de gestão democrática, de forma a assegurar a saúde e a segurança e a promover um bom clima organizacional.

d) Identificar e mobilizar recursos humanos, materiais e ambientais existentes na região para nortear intervenções dirigidas à qualidade de vida, visando ao manejo dos fatores ambientais determinantes da saúde: o abastecimento de água potável; o destino dos dejetos domésticos e industriais; a qualidade do ar; o combate ao desperdício; a prevenção da violência; os lugares de trabalho e outros ambientes coletivos (como as escolas, creches, asilos, pensões, hospitais, áreas de lazer etc.), as habitações e o habitat.

II | ESTRUTURA FÍSICA PARA FUNCIONAMENTO DA ATIVIDADE

1. SALA DO COORDENADOR E EDUCADORES EM SAÚDE

Ainda que a educação em saúde envolva cenários de atuação e metodologias diversas que conferem à Atividade uma característica de transversalidade, podendo ter suas ações realizadas em diferentes espaços e ambientes institucionais, é imprescindível que seja reservada, em cada Unidade Operacional, uma sala destinada especificamente para a respectiva equipe (ou técnico responsável).

Este local deverá ter dimensões e estar organizado para permitir não só a realização de reuniões de trabalho (planejamento, negociações estratégicas para estabelecimento de parcerias, acompanhamento e avaliação das ações, supervisão de estagiários etc.), como também a efetivação de entrevistas e orientações individuais – o que significa garantir privacidade.

Sua estruturação deve ainda prever a existência e disposição de mobiliários (armários, arquivos e estantes) adequados à organização de documentos e materiais de apoio necessários aos processos técnicos e administrativos específicos da Atividade.

É recomendável a existência de um painel de cortiça ou imantado que sirva de quadro de avisos, socialização de informações, divulgação de eventos e exposição de registro fotográfico das realizações.

2. CARACTERÍSTICAS DOS LOCAIS DE REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE

A Atividade Educação em Saúde guarda características que exigem considerar diferentes variáveis na organização dos locais de realização das ações – variáveis estas que orientam a definição de critérios para a análise e escolha do local mais adequado para o alcance dos objetivos.

Tais elementos devem ser considerados de forma inter-relacionada, entendendo-se que a conjunção dos diferentes fatores e a análise de vantagens e desvantagens, na sua relação com os objetivos que se pretende alcançar, servirão de baliza para definição, no momento do planejamento, do local mais apropriado para a realização que se pretende.

São eles:

2.1. Adequação aos princípios e objetivos do processo educativo

O primeiro fator que deve ser considerado como critério para eleição do local onde será realizada a ação é a sua adequação aos propósitos de estimular e favorecer o diálogo e a participação da clientela, visando à construção compartilhada do conhecimento.

Assim, é importante que, de acordo com as possibilidades de cada Departamento Regional, seja disponibilizada para a Atividade em cada

Unidade Operacional uma sala – exclusiva ou de uso comum às diferentes Atividades – com características de “multiuso” (espaço amplo para formação e movimentação de subgrupos; cadeiras móveis; intensidade de luz regulável; paredes livres ou equipamento próprio para afixação de pôsteres e cartazes, assim como para projeção de slides e lâminas de retroprojeter; piso lavável ou de fácil limpeza etc.).

Conforme os objetivos de cada ação, deverão ser eleitos outros locais de uso comum da Unidade Operacional ou, ainda, recursos da comunidade. Por exemplo, uma ação voltada para educação alimentar que tenha como objetivo potencializar habilidades para confecção de preparos baseados no combate ao desperdício irá requerer, preferencialmente, o espaço de uma cozinha ou laboratório culinário (para que o tema não seja abordado somente de forma teórica, sem a vivência prática das diferentes etapas e procedimentos). É possível que a Unidade Operacional disponha desse local, mas pode ser que seja necessário recorrer a uma instituição da comunidade.

Assim como é possível que, mesmo havendo as instalações adequadas no SESC, seja avaliado que, visando ao fortalecimento dos recursos do grupo de clientela que está sendo atendido (merendeiras da rede municipal de ensino; cozinheiras de um asilo ou orfanato etc.), o mais indicado é desenvolver a ação no próprio local de trabalho dessas pessoas.

2.2. Compatibilidade com as características dos grupos da clientela

Um importante eixo do planejamento que pode servir de critério para eleição do ambiente ideal para cada ação a ser desenvolvida refere-se ao grupo de clientela que se pretende atingir.

Deve-se considerar a faixa etária e respectivas peculiaridades de cada fase do ciclo de vida, cuidando para que o local de realização da ação educativa apresente condições compatíveis com os potenciais e com as dificuldades peculiares aos grupos atendidos, favorecendo as possibilidades de alcance dos objetivos.

Dois grupos etários que merecem especial atenção são: as crianças e os idosos. Crianças precisam de espaço amplo, livre de objetos cortantes ou pontiagudos e quinas de móveis em altura que possa machucar; sendo preferível que haja

mobiliário em proporções ergonômicas. Deve ser dada especial atenção a algumas condições e objetos que se constituem em agravos: cordões soltos de persianas ou cortinas (que podem ser enrolados pela criança no pescoço, braços ou pernas e acabar por provocar acidentes); pisos encerados e escorregadios, tapetes sem antiderrapante; escadas sem proteção; presença de produtos químicos em altura acessível às crianças etc.

No que se refere aos idosos, é comum a ocorrência de dificuldades de locomoção, a perda de sensibilidade tátil, a redução da acuidade visual – fatores que determinam cuidados especiais com os ambientes, tais como: privilegiar locais com elevadores ou rampas de acesso (com corrimão); evitar pisos encerados ou escorregadios, bem como o uso de tapetes; observar o nível de tráfego das ruas que dão acesso ao local e a existência de sinais de trânsito que facilitem a travessia; dentre outros.

2.3. Acessibilidade

É fundamental considerar as condições de acessibilidade, na sua relação com as características do grupo e os objetivos da ação. Ou seja, podemos, por exemplo, partir do princípio de que nossa clientela adulta tem acesso fácil a diferentes locais, além do SESC, desde que sejam bem servidos de transporte público ou que estejam próximos dos centros de comércio, e que isso basta como critério para eleição do local de atuação. Por outro lado, se os objetivos da ação educativa em pauta requererem a mobilização de trabalhadores em diferentes níveis, assim como estiverem voltados para mudanças organizacionais ou institucionalização de programas de prevenção, só a acessibilidade não basta como critério de escolha. É possível que, nessas condições, seja mais indicado desenvolver as ações no próprio local de trabalho do grupo de clientela em questão.

Essa relação necessária entre acessibilidade/características da clientela/objetivos da ação pode ser evidenciada também usando grupos específicos como exemplo: é o caso de ações voltadas para gestantes ou grupos de mães. Faz-se necessário levar em consideração a importância de atender às peculiaridades referentes às dificuldades no deslocamento, à exigência de cuidado de outros filhos, incluindo horário de saída da escola, se essas crianças

estão em atividades no próprio SESC ou não etc. Essas variáveis irão permitir a avaliação quanto ao nível de acessibilidade dos possíveis locais de realização das ações, orientando a eleição daquele mais indicado ao alcance dos objetivos fixados.

2.4. Condições físicas de saúde e segurança

Em toda e qualquer circunstância de atuação, seja no SESC ou em instituições parceiras, é fundamental cuidar para que o ambiente tenha condições básicas de saúde e segurança, tais como: ventilação; luminosidade; higiene e limpeza; água potável; banheiros higienizados; escadas com corrimão; extintores de incêndio etc.

III | EQUIPAMENTOS E INSUMOS NECESSÁRIOS À OPERACIONALIZAÇÃO DA ATIVIDADE

1. DE USO COMUM À UNIDADE OPERACIONAL

- microcomputador
- impressora
- retroprojektor
- projetor de slides
- *data-show*
- aparelhagem de som
- discos/fitas /CDs
- televisão
- vídeo
- copiadora
- expositores (para cartazes, *banners* e painéis)
- *flip-chart*
- quadro branco

2. MATERIAIS DE APOIO

- livros de apoio didático
- utensílios e vestimentas para dramatização

- fantoches, máscaras e fantasias
- esteiras ou colchonetes
- tesouras
- réguas

3. ACERVO DIDÁTICO

- jogos pedagógicos
- modelos anatômicos
- vídeos
- álbuns-seriado

Esses itens que compõem o acervo didático, cujas temáticas deverão estar relacionadas aos programas sistemáticos da Atividade, baseados nas principais necessidades da clientela, poderão ser adquiridos diretamente com fornecedores de reconhecimento no mercado ou com entidades de pesquisa, como também através de solicitação a entidades parceiras e secretarias estaduais e municipais de Saúde.

4. MATERIAIS DE CONSUMO

- lápis preto nº 2
- caneta esferográfica azul ou preta e vermelha
- hidrocores
- giz de cor e branco
- lápis estaca/giz de cera
- tintas diversas: guache, anilina, nanquim etc.
- papéis de diferentes medidas e texturas
- plástico-bolha
- cola branca
- barbantes
- fita adesiva e fita crepe
- massa de modelar plástica e artesanal
- argila/barro
- sucatas diversificadas: caixas, retalhos, botões, lãs, fios, lantejoulas etc.

ANEXOS

ANEXO I | Estrutura básica de elaboração de projetos

ANEXO II | Dados que auxiliam a identificação de prioridades para o estabelecimento da programação

ANEXO III | Instrumentos e técnicas para coleta de dados necessários ao diagnóstico e ao processo avaliativo

ANEXO IV | Modelos Lógicos referentes à estrutura de programação de cada Linha Programática

ANEXO V | Componentes e ações essenciais de uma escola promotora de saúde

ANEXO VI | Relação de recursos metodológicos mais freqüentemente utilizados na Educação em Saúde

ANEXO VII | Exemplos de componentes para construção de indicadores de estrutura, de processo e de resultado

ANEXO VIII | Exemplo de modelo para construção de indicadores de avaliação

ANEXO IX | Relação de atribuições dos estagiários

ANEXO X | Sugestões de ementas de cursos para programa de capacitação dos recursos humanos

ANEXO XI | Desenho do modelo lógico do projeto Transando Saúde

ANEXO I

ESTRUTURA BÁSICA DE ELABORAÇÃO DE PROJETOS¹

1. ANÁLISE DO CONTEXTO E JUSTIFICATIVA

A análise do contexto reúne as informações resultantes do diagnóstico implementado e deve descrever as deficiências e potencialidades da região onde o SESC irá atuar, as características da população local, as iniciativas já desenvolvidas por outras organizações etc. Deve analisar a natureza do problema e suas implicações, fornecendo dados e indicadores significativos que cubram de maneira suficiente o problema, indicando sua natureza e magnitude.

A justificativa consiste na exposição de argumentos, correlacionando as deficiências locais, necessidades e potencialidades descritas e analisadas com a solução proposta e a alternativa de intervenção educativa escolhida, demonstrando a relevância e a necessidade de realização da ação, bem como sua capacidade de transformação da realidade analisada no sentido da melhoria da qualidade de vida e saúde da clientela.

2. META

A definição da meta de um programa resume a sua direção final ou o que se espera do mesmo. É uma forma de dimensionar o objetivo em seus aspectos quantitativo, temporal e espacial, delimitando o quanto, em que tempo e em que lugar o objetivo pretendido irá se realizar.

3. GRUPOS SOCIAIS DE INTERESSE

Não há como avaliar os resultados de uma intervenção educativa sem saber, desde o início, quem são exatamente os participantes da atividade, qual conteúdo deve ser trabalhado, qual é o nível de conhecimento do grupo, associado a valores, experiências etc.

Além disso, todo planejamento ou avaliação de intervenção requer clareza quanto ao que se pretende fazer e o que se pode esperar num determinado período e para um determinado grupo de interesse. Portanto, supõe a descrição das características (faixa etária, sexo, nível de escolaridade, situação

socioeconômica) dos beneficiários do projeto, caracterizando os grupos sociais que serão afetados pela intervenção.

Para cada meta pode haver diferentes populações de interesse.

4. OBJETIVOS

Tratando-se do propósito de monitorar os efeitos da intervenção, é necessário analisar as relações entre as ações desenvolvidas e suas conseqüências. É necessário obter dados sob a perspectiva dos que estavam envolvidos, respondendo à indagação sobre o que as ações efetivamente causaram em relação aos problemas que justificaram a intervenção.

Para construir um protocolo de avaliação de uma intervenção ou de um processo educativo é necessário definir critérios operacionais, que por sua vez estão relacionados aos princípios básicos norteadores da ação.

Os objetivos devem ser claros e precisos, possíveis de serem avaliados, pertinentes (coerentes com o propósito/meta do programa), realistas e programados (supõe-se cronograma específico para seu alcance).

4.1. Objetivo geral e objetivos específicos

O primeiro passo é transformar os interesses e finalidades do trabalho em um *objetivo geral*. Em seguida, no planejamento da intervenção e na construção de sua avaliabilidade, será necessária a tradução desse objetivo geral em *objetivos específicos*, os quais expressam os resultados esperados, orientando diretamente as ações. São passos para o alcance do objetivo geral e indicam o que é preciso fazer para alcançá-lo.

5. INDICADORES

Aos objetivos estão relacionados os indicadores. O *indicador* é uma variável que de alguma forma pode ser medida. Para fins de planejamento e avaliação do programa, os indicadores são utilizados como parâmetros, ou medidas *proxy* (aproximadas), para avaliar até que ponto os objetivos foram alcançados.

Os indicadores devem estar emparelhados aos objetivos, estabelecendo-se parâmetros que descrevam qual direção ou quanta mudança é possível esperar de forma realista.

Um cuidado que se deve ter, considerando o caráter complexo dos resultados esperados das intervenções educativas em saúde, é dimensioná-los no tempo, ou seja: curto, médio e longo prazo. Isso permitirá também melhor configurar o que se quer avaliar.

Dizer se um objetivo é de curto ou de longo prazo está relacionado ao tempo necessário para se alcançar a meta do programa. De modo geral, o cronograma para objetivos de curto prazo é de 2-3 meses a 2 anos. Já para os objetivos de longo prazo, estabelece-se geralmente o período de 2-5 anos.

Para auxiliar o entendimento da estrutura de construção de indicadores mensuráveis, apresentamos no Anexo VIII um quadro com base em exemplos de indicadores utilizados na avaliação de programas de atenção à saúde do adolescente. É um modelo que auxilia evidenciar a forma de cálculo e as fontes utilizadas para verificação dos indicadores.

5.1. Relação entre objetivos e indicadores

Os *objetivos de curto prazo* especificam os resultados de curto prazo, ou intermediários, necessários para que ocorram mudanças de longo prazo sustentáveis.

Os *indicadores de curto prazo* medem o impacto direto de um programa na população de interesse (são exemplos de indicadores mensuráveis de curto prazo aqueles relacionados a: mudanças nas políticas, mudanças no conhecimento ou nas convicções, benefícios para os participantes, barreiras aos participantes, aumento do número de pessoas atingidas).

Os *objetivos de longo prazo* especificam os resultados ou mudanças necessárias para se alcançar as metas do programa. Associados a eles estão os *indicadores de longo prazo*, que fornecem medições diretas ou indiretas dos resultados esperados (são exemplos de indicadores mensuráveis de longo prazo aqueles relacionados a: mudanças na utilização do serviço, morbidade/mortalidade, situação de saúde, normas sociais).

Dependendo da característica, as mudanças na utilização do serviço também podem ser consideradas *indicadores intermediários*. Nesta mesma categoria se encontram as mudanças de comportamento.

Ao desenvolver objetivos e indicadores de longo prazo, é importante

lembrar-se que a coleta de dados de resultados de longo prazo pode ser mais demorada e dispendiosa do que a coleta de dados intermediários, de curto prazo. Em muitos casos, os programas não têm como coletar diretamente dados de resultados de longo prazo, tendo de se basear em fontes de dados disponibilizadas por outros órgãos, tais como unidades de saúde ou secretarias de planejamento social, a fim de determinar o efeito do programa através de um determinado período de anos.

6. METODOLOGIA

A definição desses objetivos operacionais envolve a eleição, dentre uma série de possibilidades, das *estratégias de intervenção* que serão adotadas, ou seja, as **atividades** a serem executadas dentro de um determinado período de tempo.

Na formalização do plano de ação, visando ao entendimento de como o projeto vai se desenvolver e compreensão quanto à pertinência de sua proposta, é necessário, ainda, explicitar o marco teórico utilizado e descrever as rotinas e estratégias planejadas para atingir os objetivos e a meta geral.

A descrição das atividades é importante para se ter idéia da coerência entre objetivos e resultados esperados, identificando em cada uma o tipo e a quantidade de recursos necessários, os responsáveis por seu desenvolvimento e, no momento da avaliação, o estágio que atingiram no cronograma do projeto (atividades realizadas/atividades programadas e não-implementadas/atividades em implementação).

6.1. Atividades e indicadores de processo

Os *indicadores de processo/atividade* devem ser, assim, desenvolvidos para rastrear e monitorar a implementação das atividades do programa. Estes indicadores podem medir a quantidade, a duração e a eficiência dessas atividades (são exemplos de indicadores mensuráveis aqueles relacionados a: trabalho realizado, tempo do pessoal, gastos/custos, promoção/publicidade, participação, investigações, recursos distribuídos, grupos formados, sessões de treinamento realizadas, rotatividade do pessoal, contatos feitos, satisfação do cliente).

Nesse nível de avaliação é importante verificar o nível de *cobertura* das ações,

ou seja, o montante do grupo-alvo efetivamente atingido pelas atividades do programa ou de um projeto, obtendo dados que serão capazes de informar o alcance e a legitimidade da intervenção.

Igualmente importante, para avaliar se a abrangência das ações está distribuída satisfatoriamente, é verificar o número de atividades de que cada indivíduo do grupo-alvo participou. Esse dado possibilitará averiguar a efetividade e adequação técnica da intervenção.

Em outras palavras, num programa educativo voltado para um público específico (como por exemplo: saúde bucal para clientela da Educação Infantil, planejamento familiar para funcionárias de determinada empresa do comércio, ou prevenção de acidentes domésticos para o grupo da terceira idade) não basta fazer o levantamento do número de participações efetivamente realizadas nas atividades propostas, contando os atendimentos realizados, de forma geral. É possível que se obtenha resultados satisfatórios em termos de quantidade de atendimentos realizados que, contudo, não se traduzem em impacto da ação educativa, se representarem a participação das pessoas apenas em atividades esporádicas, pontuais. Nessa medida é que se faz também necessário verificar quem foi, de verdade, que participou da programação, de forma sistemática, para não correr o risco de se estar fazendo “coisa nenhuma” para muita gente.

7. CRONOGRAMA

Ao planejar as atividades, é necessário também programar o tempo e a seqüência em que se desenvolverá cada uma delas. O cronograma permite identificar as ações no tempo e visualizar a possibilidade de algumas ações acontecerem em paralelo, revelando a relação de interdependência entre elas. Além disso, é um instrumento que auxilia o monitoramento das ações, permitindo identificar alguns desvios em relação ao planejado.

8. PREVISÃO DE RECURSOS

Para cada atividade prevista no plano devem ser explicitados claramente quais os recursos físicos, financeiros e humanos necessários, pois só assim será possível elaborar um orçamento realista.

É como se houvesse um fio de ligação, unindo objetivos, indicadores e atividades do programa aos recursos disponíveis para sua implementação.

A composição do orçamento mostrará de onde virão os recursos para cada item da despesa, indicando quais virão do próprio Departamento Regional e quais serão financiados por outras organizações por meio de parceria ou patrocínio e, ainda, se haverá participação financeira do Departamento Nacional.

8.1. Previsão orçamentária

Apresentamos abaixo um modelo que pode servir de exemplo e ser adaptado, de acordo com os projetos que compõem a programação e com os instrumentos e formulários em uso no Departamento Regional:

ITENS DE DESPESA	DR	Parceiro A	Parceiro B	DN	Total
Recursos Humanos					
Materiais (*)					
Alimentação					
Transporte					
Outros					
Total de Despesas					

(*) Abrir tantas linhas quanto necessárias para discriminar os diferentes itens relacionados: materiais de consumo, de divulgação, específicos da ação (tais como preservativos, glucofitas e similares), acervo didático etc.

8.2. Cronograma físico-financeiro

É importante elaborar também o cronograma físico-financeiro, que especifica, no tempo, os gastos necessários à realização das atividades do projeto. No caso de apoio financeiro do Departamento Nacional, esse instrumento possibilita a programação da liberação dos recursos. Para sua elaboração, basta adaptar a planilha de orçamento, fazendo o detalhamento das despesas nas unidades de tempo do período de realização do projeto, como no exemplo:

ITENS DE DESPESA	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Acumulado
Recursos Humanos						
Materiais						
Alimentação						
Transporte						
Outros						
Total geral						

9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

A avaliação se realiza por meio de técnicas e instrumentos, os quais podem ser mais ou menos complexos e abrangentes, propiciando estudos mais ou menos aprofundados e demandando mais ou menos tempo e recursos para serem aplicados.

As técnicas de avaliação identificam os diferentes métodos utilizados para a obtenção das informações necessárias (observação participante, entrevistas com questionários auto-administrados, entrevistas em profundidade, grupos focais, estudos de caso, pesquisas etc.).

Os instrumentos são os vários recursos que podem ser utilizados com esse fim (questionários, roteiros de entrevistas, roteiros de discussão, gravações em áudio e/ou vídeo, registros de serviços etc.).

No Anexo III encontram-se relacionados os principais instrumentos e técnicas para coleta de dados necessários tanto ao processo diagnóstico quanto ao avaliativo.

10. DESENHO DO MODELO LÓGICO

Os componentes aqui descritos constituem-se em elementos-chave para o desenho do modelo lógico do projeto, que nada mais é que sua representação visual – um esquema capaz de descrever e representar o programa/projeto, facilitando o entendimento da proposta e a compreensão de sua avaliabilidade.

O modelo lógico tem a vantagem de sumarizar objetivos, metas, estratégias e

efeitos, além de tornar visível a inter-relação desses componentes.

Como exemplo, apresentamos, no Anexo XI, o Modelo Lógico do projeto Transando Saúde², seguido das matrizes lógicas que detalham os parâmetros adotados para avaliação desse projeto.

¹ A descrição dos componentes e os conceitos que os orientaram correspondem em grande parte ao texto de apoio do Curso: Avaliação de Programas e Projetos Sociais, ministrado pela Professora Zulmira Maria de Araújo Hartz, em set/2003 – tradução preliminar da publicação: Unidade de Comunicação sobre Saúde, Centro de Promoção da Saúde, Universidade de Toronto – Avaliação de programas de promoção da saúde. Rio de Janeiro: Mimeo.

² Projeto de âmbito nacional, destinado a instrumentalizar teoricamente os Recursos Humanos do SESC e a clientela comerciária acerca dos principais aspectos ligados às problemáticas DST e Aids, de forma a estimular a constituição de monitores para a implantação de programas de prevenção a essas doenças nos locais de trabalho e desenvolver consciência social e atitude solidária com os portadores do HIV. Objetiva, ainda, através da atuação em escolas, capacitar professores para planejar, executar e avaliar ações educativas nessa área. (Para sua implantação, foi realizado, no exercício de 2003, em parceria com o Ministério da Saúde, treinamento específico voltado para os Coordenadores da Atividade Educação em Saúde, do qual apenas o DR Acre não pôde participar).

ANEXO II

I | DADOS QUE AUXILIAM A IDENTIFICAÇÃO DE PRIORIDADES PARA O ESTABELECIMENTO DA PROGRAMAÇÃO

1. COLETA DE DADOS

Na educação em saúde, os dados a serem pesquisados devem possibilitar a compreensão e sistematização dos problemas e necessidades de saúde da clientela, bem como o conhecimento de suas características socioeconômicas e culturais. Deve permitir ainda o conhecimento das causas e conseqüências de seus agravos de saúde e como estes influenciam e são influenciados por fatores econômicos, políticos e de organização dos serviços de saúde e da sociedade.

Para que se possa elaborar uma programação consistente, definindo sobre quais necessidades e determinantes de saúde o SESC irá atuar e quais são as estratégias metodológicas pertinentes, é necessário que se obtenha o maior número de informações relacionadas à clientela prioritária e ao entorno onde o SESC está inserido.

1.1. Fontes de dados

a) Primária: uma fonte primária de dados é o próprio grupo ou população com quem se pretende trabalhar, além dos parceiros internos (equipes das diferentes Atividades no SESC) e externos. Podem ser obtidos por meio de diversos instrumentos e/ou técnicas (questionário, formulário, ficha de observação, entrevista, observação participante, dramatização, dentre outros), seja diretamente com os freqüentadores das Unidades Operacionais matriculados nas diferentes Atividades, seja junto aos comerciários e prestadores de bens e serviços, em seus locais de trabalho ou ainda com representantes comunitários, associações de moradores etc. (No Anexo III, apresentamos um quadro-resumo a respeito desses recursos)

Uma vez que a opção seja trabalhar prioritariamente com a clientela específica do SESC, é importante a articulação com as áreas de assistência, educação, nutrição, esportes, odontologia e assistência médica, para que se lance mão das informações já disponíveis e sistematizadas ou se encaminhe o levantamento

de dados junto aos diferentes segmentos, como Educação Infantil, Terceira Idade, Projeto SESC LER, alunos das atividades esportivas, frequentadores dos restaurantes etc.

Essas informações podem ser organizadas em um protocolo único para cada segmento da clientela, que dê subsídios para o planejamento das diferentes Atividades, na intenção de desenvolver ações de educação em saúde que intervenham sobre as causas dos problemas identificados.

b) Secundária: os dados secundários têm como fontes possíveis os relatórios, planilhas, fichas, prontuários próprios das diferentes Atividades do SESC, boletins epidemiológicos, artigos científicos, livros de atas, pesquisas e outros que estejam à disposição, devendo ser utilizados selecionando os dados que sejam úteis para o diagnóstico pretendido.

Não é necessariamente obrigatório que a equipe se ocupe desse levantamento quando não houver tempo e recursos para fazê-lo. Órgãos como secretarias de Saúde, universidades e organizações da sociedade civil que atuam em áreas afins, costumam ter esses dados de forma sistematizada e os disponibilizam quando solicitados.

É comum utilizar dados primários e secundários para se chegar a uma compreensão mais global e abrangente da situação de saúde de um determinado grupo de interesse ou população-alvo.

A identificação e a análise crítica do conjunto dos dados irão sugerir caminhos para o planejamento das ações de educação em saúde, orientando a definição da programação da Atividade.

2. CATEGORIAS DE DADOS

O ideal é que se obtenha o mais amplo espectro de informações possível a respeito dos grupos com que se vai trabalhar e de seu contexto de vida e relações. Contudo considerando que possa haver limitações impostas pelas condições estruturais da Atividade, dificultando, assim, a coleta de dados, serão listadas aqui as principais categorias de informações necessárias, classificadas por nível de atuação: clientela específica do SESC ou comunidade.

2.1. Dados relativos à clientela específica do SESC

- composição: gênero, faixa etária, grau de instrução, ocupação etc;
- condições de moradia: tipo de habitação, infra-estrutura sanitária básica, ocupação do solo, pavimentação, limpeza urbana, poluição etc;
- características socioeconômicas: nível de escolaridade, renda, inserção no mercado de trabalho etc;
- perfil de morbimortalidade: principais doenças e causas de mortes, demandas expressas pela clientela;
- necessidades, expectativas e prioridades em relação à saúde individual e ao seu contexto de vida;
- representações de saúde dos diferentes grupos que compõem a clientela;
- sistemas e códigos culturais: crenças, valores, tabus, preconceitos etc;
- objetivos, lógicas e linguagens associados ao processo saúde-doença e à forma de resolver seus problemas de saúde;
- opiniões sobre existência, cobertura, acesso e aceitabilidade dos serviços de saúde, ambientais (abastecimento de água, coleta de lixo etc.) e sociais (creches, escolas, centros sociais, áreas de recreação, incluindo o próprio SESC).

2.2. Dados relativos à atuação na comunidade¹

2.2.1. estruturas, interesses e capacidade de agir

da clientela | *análise do potencial de atuação a partir dos seguintes dados:*

- composição da população de interesse (gênero, faixa etária, grau de instrução, ocupação etc.);
- organização e estruturas (grupos e suas relações);
- capacidade de ação da população de interesse (mobilização, atuação conjunta etc).

2.2.2. aspectos socioeconômicos e de infra-estrutura da localidade | *investigação dos potenciais e das barreiras existentes para as melhorias nas condições de vida, com base nas seguintes informações:*

¹ ACÚRCIO, Francisco de Assis; SANTOS, Max André dos & FERREIRA, Sibe M. Gonçalves - A aplicação da técnica de estimativa rápida. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). *A organização da saúde no nível local*. Hucitec, São Paulo, 1998.

- ambiente físico (condições de habitação, infra-estrutura sanitária básica, ocupação do solo, pavimentação, limpeza urbana, poluição etc.);
- ambiente socioeconômico (nível de escolaridade, renda, inserção no mercado de trabalho, perfil de ocupação e de oportunidades econômicas etc.);
- perfil de morbimortalidade (principais causas de doenças e mortes).

2.2.3. fatores socioculturais e sistemas de valores da população de interesse | *estudo das necessidades de aprendizagem e estratégias educativas mais adequadas, com base nas seguintes informações:*

- representações de saúde dos diferentes grupos que compõem a população de interesse (incluindo as representações que atribuem aos serviços de saúde);
- sistemas e códigos culturais (crenças, valores, tabus, preconceitos etc.);
- objetivos, lógicas e linguagens associados ao processo saúde-doença e à forma de resolver seus problemas de saúde.

2.2.4. existência, cobertura, acesso e aceitabilidade dos serviços | *características do território em relação aos recursos sociais e de saúde, que incluem:*

- serviços de saúde (acessibilidade, qualidade, adequação à demanda)
- serviços ambientais (abastecimento de água, coleta de lixo etc.)
- serviços sociais (creches, escolas, centros sociais, áreas de recreação etc.)

2.2.5. políticas sociais, com ênfase nas políticas de saúde | *avaliar as características de gestão política no que se refere ao compromisso com a atenção à saúde, tendo por base informações sobre:*

- evolução da política do governo local com relação à saúde e problemas a ela relacionados;
- atuação no Conselho de Saúde;
- elaboração e execução da Programação Pactuada Integrada.

(Esses dados contribuem para a análise da viabilidade das propostas, bem como para avaliar o nível de necessidade de atuação da educação em saúde no sentido da instrumentalização para participação social)

Matriz para levantamento das necessidades de informação e respectivas fontes para coleta.

Informações Necessárias	Fontes		
	Observação	Entrevista	Registros
População			
Número de habitantes por sexo e faixa etária	-	-	Seplama/IBGE
Estrutura familiar	-	-	Censo Favela/1993
História da população	-	sim	SAR Norte/Seplama
Modos de organização e de mobilização da população	-	sim	-
Aspectos positivos da região	-	sim	-
Principais problemas da região	-	sim	-
Socioeconômicas			
Nível de escolaridade	-	sim	Censo Favela/1993
Perfil de ocupação			
*tipo de ocupação por sexo e faixa etária	-	sim	Coordenadoria de Ação Social Diagnóstico do Procen
*vínculo empregatício (formal/informal)	-	sim	Coordenadoria de Ação Social Diagnóstico do Procen
Atividades econômicas na região	sim	sim	-
Renda Familiar (ou per capita)	-	sim	Censo/IBGE
Número de pessoas por domicílio	-	sim	Seplama/IBGE
			Sanasa Censo Favela/1993
Atividades culturais e de lazer	-	sim	-
Infra-estrutura			
Tipo de moradia	sim	sim	Seplama/IPTU
Abastecimento de água	sim	sim	Sanasa/Seplama Censo Favela/1993
Situação do lixo	sim	sim	Secretaria Serviços Públicos Censo Favela/1993

Iluminação domiciliar e de vias públicas	sim	-	CPEL
Áreas de risco	sim	-	Defesa do Procen Secretaria de Obras
Pavimentação das vias	sim	-	Secretaria de Obras
Perfil de doenças			
Morbidade ambulatorial por sexo e faixa etária	-	sim	Vigilância à Saúde Amostragem de prontuários dos Centros de Saúde
Morbidade hospitalar por sexo e faixa etária	-	sim	Controle e Avaliação Hospital Municipal Hospital da PUC
Saúde bucal	-	sim	Coordenadoria de Saúde
Cobertura vacinal	-	-	Unidades de Saúde
Mortalidade por causa, sexo e faixa etária	-	sim	Sistema de Mortalidade da SMS
Número de nascidos vivos por tipo de risco	-	-	Sinasc/SMS
Doenças de notificação compulsória	-	-	Sinan/SMS
Recursos			
Equipamentos de lazer	sim	sim	-
Equipamentos de saúde (públicos e privados)			
* tipos	-	sim	Coordenadoria de Saúde Serviço de Controle e Avaliação
*acesso			
*cobertura			
Equipamentos educacionais (públicos e privados)	-	sim	Coordenadoria de Educação
Outros equipamentos sociais (igrejas, associações, núcleos, entidades, grupos etc.)	-	sim	-

Fonte: ACÚRCIO, Francisco de Assis; SANTOS, Max André dos & FERREIRA, Sibebe M. Gonçalves - A aplicação da técnica de estimativa rápida. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). *A organização da saúde no nível local*, São Paulo, Editora Hucitec, 1998.

ANEXO III

INSTRUMENTOS E TÉCNICAS PARA COLETA DE DADOS NECESSÁRIOS AO DIAGNÓSTICO E AO PROCESSO AVALIATIVO¹

TIPO	DESCRIÇÃO	USO
Dados Secundários	Informações obtidas por meio de documentos impressos (estudos, boletim de produção, documentos oficiais, mapas geográficos etc.), manuscritos pessoais ou audiovisuais já existentes, documentação fotográfica etc.	Nas abordagens quantitativa e qualitativa. Podem permitir a coleta de dados importantes evitando perda de tempo e outros recursos na obtenção de informações já existentes.
Observação Direta	Conjunto de operações que visa testar hipóteses por meio da confrontação com dados observáveis. Baseada na observação da área. É um ótimo instrumento, quando agregado à coleta de dados de entrevistas.	Na abordagem qualitativa (pois produz dados qualitativos). A observação deve ser feita sobre os dados de diagnóstico ou indicadores de avaliação selecionados. Deve-se construir um instrumento-guia da observação.
Grupo Focal	Técnica de discussão não-diretiva em grupo. Reúne pessoas com alguma característica ou experiência comum. O foco da discussão deve ser o tema ou área de interesse. A técnica não busca o consenso e sim as diferentes opiniões e atitudes sobre o tema abordado.	Quando se quer obter dados qualitativos, principalmente relativos à opinião do grupo participante. Permite análise de atitudes e expressões verbais, além das diferenças existentes entre as opiniões expressadas.
Entrevista Estruturada	É um dos métodos mais ricos de coleta de informações. É realizada por meio de um conjunto estruturado de perguntas precisas.	É muito utilizada na obtenção de dados qualitativos, permitindo também obtenção e análise de dados quantitativos.

<p>Entrevista Semi-Estruturada</p>	<p>A entrevista semi-estruturada difere da anterior por não ser conduzida por muitas questões preestabelecidas. Baseia-se apenas em uma ou poucas questões-guia, quase sempre abertas. Nem todas as perguntas elaboradas são utilizadas. Durante a realização da entrevista pode-se introduzir outras questões que surgem de acordo com o que acontece no processo em relação às informações que se deseja obter.</p>	<p>Recomenda-se sua utilização quando se tem claramente definidos os meios de análise das informações obtidas.</p>
<p>Entrevista Não-Estruturada</p>	<p>Baseada apenas em uma questão motivadora inicial. Não deve sofrer a interferência do entrevistador durante sua realização.</p>	<p>Permite a obtenção de grande quantidade de dados qualitativos. É mais utilizada em estudos de caráter sociológico e psicológico.</p>
<p>Inquérito por Questionário</p>	<p>Série de perguntas dirigidas a uma amostra representativa de pessoas.</p>	<p>Principalmente para obtenção de dados quantitativos com perguntas pré-codificadas para facilitar a análise. Exige uma análise estatística dos dados.</p>

1. COMO ELABORAR UM QUESTIONÁRIO PARA COLETAR INFORMAÇÕES QUANTITATIVAS

Questionário é um instrumento para levantar informações a que se deve responder sem a interferência do avaliador/pesquisador. Antes de elaborar esse instrumento, identifique quais questões podem interferir nas respostas que você pretende obter.

1.1. O que deve ser evitado na elaboração do questionário

- Não inclua duas perguntas em uma: isso leva a respostas que podem não ser relevantes ou podem ser induzidas, além de não se poder identificar a que questão uma resposta se refere.
- De preferência não utilize questões com *e* ou *ou*. Elas podem ser, na verdade,

duas questões diferentes. Esteja certo de quando usar essa terminologia.

- Evite questões ambíguas: atente para as palavras utilizadas (principalmente para as expressões muito coloquiais ou as palavras muito difíceis para a compreensão do informante).
- Cada pergunta deve ser concreta e específica e permitir uma resposta também concreta.
- Evitar palavras que possam induzir ou influenciar a resposta, como: “Você não acha que...”, “Não é verdade que...”
- Redobre a atenção ao formular perguntas que abordem assuntos delicados, muito íntimos ou incômodos para o informante.
- Antes de usar seu questionário, faça um teste com ele. Esse teste deve ser feito com um informante com as mesmas características do informante-alvo da investigação.

1.2. Algumas sugestões na elaboração do questionário

- Comece com as perguntas mais fáceis.
- Use uma ordem lógica para o informante no ordenamento das questões, variando seu tamanho e tipo sempre que possível.
- Informações que são necessárias para outras perguntas devem vir primeiro.
- No caso de utilização de questões abertas, estas devem vir no final, junto a questões que abordem temas mais delicados para o informante.
- Quando for necessário verificar a resposta do informante para uma questão mais delicada, faça a mesma pergunta na forma negativa mais adiante. Um exemplo: O aborto deve ser legalizado: Concordo __ Discordo __. E mais adiante no questionário: O aborto não deve ser legalizado: Concordo __ Discordo __.

1.3. Tipos de escalas mais utilizadas em questionários

O mais recomendável é que se utilize caixas para assinalar a alternativa escolhida.

- Grande concordância / Concorda / Neutro / Discorda / Grande discordância.

- Excelente / Adequado / Pouco adequado / Inadequado / Ruim / Incapaz de responder.

- Excelente / Bom / Regular / Pobre / Ruim / Incapaz de responder.

- Frequentemente / Às vezes / Quase nunca.

- Muito importante / Importante / Pouco importante / Não importante / Não sei.

- Muito

Muito

raramente

frequentemente

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7

2. ROTEIRO DE ENTREVISTA

O modelo de entrevista considerado apropriado baseia-se em um questionário semi-estruturado, ou seja, formado por questões que estimulem o entrevistado a responder de modo livre.

Deve-se ter em mente que o objetivo da entrevista não é conhecer a opinião pessoal do entrevistado, mas apreender seu conhecimento sobre seu local de moradia e contexto de vida.

Devem ser identificados os informantes-chave da comunidade de interesse. (Informantes-chave são as pessoas que ocupam uma posição na comunidade que os habilita a representar pontos de vista da coletividade: trabalhadores dos serviços de saúde, líderes comunitários, líderes religiosos, organizações comunitárias, trabalhadores das escolas, moradores antigos, comerciantes, lideranças informais, frequentadores antigos do SESC etc.).

Apresentamos, a seguir, um exemplo de roteiro de entrevista resultante da experiência de trabalho da equipe da Prefeitura de Campinas, São Paulo.

Roteiro para entrevista de informantes-chave

Identificação do(s) entrevistador(es)

Nome(s):

Data:

Horário:

Identificação do entrevistado

Nome:

Sexo:

Idade:

Função ou posição que ocupa na comunidade:

Há quanto tempo está e/ou mora na região:

As informações que pode fornecer referem-se a que parte(s) da região:

Roteiro de perguntas:

Assunto: História da população

1. Quando e como este bairro ou região se formou?

Assunto: Modo de organização e mobilização da população

2. Como a população se organiza neste bairro ou região?

Assunto: Aspectos positivos da região

3. O que a população acha que este bairro ou região tem de bom?

Assunto: Principais problemas da região

4. Quais os principais problemas deste bairro ou região para a comunidade?

Assunto: Nível de escolaridade

5. Como é o “estudo” das pessoas (crianças e adultos) neste bairro ou região?

Assunto: Perfil de ocupação (tipo de ocupação por sexo, faixa etária e tipo de vínculo empregatício)

6. As pessoas (homens, mulheres, crianças) deste bairro ou região trabalham com o quê? Considerar também a questão do desemprego.

Assunto: Renda familiar

7. Em geral a renda das famílias neste bairro ou região é de quantos salários- mínimos?

Assunto: Atividades econômicas na área

8. Que tipo de comércio (formal e informal) existe neste bairro ou região?

Assunto: Fome

9. Existem pessoas passando fome neste bairro ou região? Onde e por quê?

Assunto: Atividade de cultura e de lazer/Tipos de equipamentos de lazer

10. Como e onde a comunidade (crianças, jovens, homens, mulheres e idosos) se diverte neste bairro ou região?

Assunto: Equipamentos educacionais

11. O número de escolas e creches é suficiente para este bairro ou região?

Assunto: Segurança

12. Como é a segurança neste bairro ou região?

Assunto: Equipamentos de saúde (acesso)

13. Aonde as pessoas deste bairro ou região vão quando adoecem?

Assunto: Morbidade

14. De que mais adoecem as pessoas (crianças, homens e mulheres) neste bairro ou região?

Assunto: Mortalidade

15. De que mais morrem as pessoas (crianças, jovens, homens, mulheres) neste bairro ou região?

Assunto: Moradia

16. Como é a situação de moradia neste bairro ou região: própria, alugada, cedida, invadida, emprestada?

Assunto: Abastecimento de água

17. De onde vem a água que as pessoas deste bairro ou região consomem?

Assunto: Destino do esgoto

18. Para onde vai o esgoto das casas deste bairro ou região?

Assunto: Situação do lixo

19. O que as pessoas deste bairro ou região fazem com o lixo?

20. O senhor ou a senhora gostaria de fazer mais algum comentário ou observação?

21. O senhor ou a senhora poderia indicar outra(s) pessoa(s) que pudesse(m) nos dar essas informações?

(nome, endereço e telefone se houver)

22. Impressões sobre a entrevista.

3. ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO

No processo de observação de campo, é importante fazer as anotações no ato da observação e a análise no mesmo dia. Cada dia deve ser previamente planejado, de acordo com as observações do dia anterior e as pistas das entrevistas que vão sendo realizadas.

A etapa de observação de campo é feita de forma simultânea às entrevistas e a análise dos dados coletados permite organizar a continuidade do trabalho para o dia seguinte.

Devem ser registradas as impressões que o pesquisador tem a respeito do ambiente físico da área, do perfil dos moradores, dos tipos de serviços públicos oferecidos e das atitudes dos informantes em relação à entrevista (se transmitiu sinceridade ou se pareceu ter alguma intenção em manipular a entrevista em favor de interesses de grupos).

Apresentamos, a seguir, um exemplo de roteiro de observação elaborado pela equipe da Prefeitura de Campinas, São Paulo.

Roteiro para observação

1. Responsável(is) pelo preenchimento

2. Data do preenchimento:

3. Horário:

4. Delimitação da região observada:

5. Atividades econômicas na área

Observar presença de estabelecimentos comerciais e de serviços (bares, mercearias, venda doméstica de chup-chup, cabeleireiro, costureira etc.).

6. Tipo de moradia

Observar: material de que são feitas as casas, estado de conservação, presença de janelas, distância entre as casas.

7. Abastecimento de água

Observar: tipo de armazenamento (tambores, caixa-d'água com ou sem cobertura) e tipo de abastecimento (hidrômetro, bica, torneira coletiva etc.)

8. Destino do esgoto

Observar: esgoto a céu aberto, despejado no córrego etc.

9. Situação do lixo

Observar: destino do lixo (caçamba, pontos de acúmulo, acondicionamento em sacos plásticos etc.).

10. Iluminação domiciliar e de vias públicas

Observar: presença de “gatos” (gambiarra), postes (lâmpadas quebradas?), ligação coletiva.

11. Áreas de risco

Observar: a presença de áreas de risco de enchentes, desabamento (presença de moradias nesses locais), acidentes (rodovia) etc.

12. Pavimentação das vias

Observar: tipo de pavimentação e estado de conservação delas.

13. Equipamentos de lazer

Observar: a presença e o estado de conservação de quadras, campo de futebol, parques, praças, lagoa, locais para dança etc.

14. Outros equipamentos sociais

Observar: presença de igrejas, outras entidades religiosas, organizações populares (clube de jovens, clube de mães etc.).

15. Equipamentos de segurança

Observar: presença de policiais nas ruas, viaturas, guaritas etc.

16. Outros pontos observados que chamaram a atenção.

ANEXO IV

MODELOS LÓGICOS REFERENTES À ESTRUTURA DE PROGRAMAÇÃO DE CADA LINHA PROGRAMÁTICA

1. LINHA PROGRAMÁTICA INFÂNCIA

Componentes/ Estratégias principais	Intersetorialidade e interdisciplinaridade	Capacitação/ empoderamento	Criação de ambientes saudáveis
<p>Objetivos de implantação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar as áreas técnicas no desenvolvimento de ações educativas em saúde que visem atuar sobre os determinantes e agravos à saúde comuns à infância. • Pesquisar, através de consulta aos demais profissionais e às fichas clínicas de odontologia e nutrição, as condições de saúde das crianças atendidas em Atividades específicas (particularmente a Educação Infantil.) • Conhecer as ações e como está organizado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança na área de atuação do SESC. • Mobilizar os diferentes órgãos e instituições da comunidade para o encaminhamento de ações conjuntas voltadas para a saúde da clientela infantil, inclusive no sentido de garantir assistência clínica em casos específicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar, através de entrevista com os familiares, os fatores socioculturais e sistemas de valores da clientela, bem como suas condições de vida, identificando os fatores de risco e os fatores protetores existentes em seus locais de moradia. • Sensibilizar e instrumentalizar os profissionais das diferentes áreas para intervenção sobre os problemas identificados. • Constituir banco de dados a respeito do perfil de saúde da clientela infantil e dos serviços de apoio e assistência pública da comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar, através de questionário fechado aplicado junto aos profissionais do SESC, as condições de risco à saúde e à segurança das crianças atendidas nas Unidades Operacionais. • Investigar, através de questionário fechado aplicado junto aos profissionais que atuam em instituições da comunidade ou informantes-chave, as condições de risco à saúde e à segurança das crianças.

Grupos-alvo	<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais do SESC nos diferentes níveis de gestão e operacionalização. • Secretarias estaduais e municipais de Saúde e de Educação; • Universidades; • Associações; • ONGs; • Conselhos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Crianças com até 5 anos de idade matriculadas em Atividades do SESC ou em instituições da comunidade. • Pais e familiares de crianças com até 5 anos de idade matriculadas em Atividades do SESC (em especial na Educação Infantil ou em instituições da comunidade. • Profissionais envolvidos no atendimento às crianças matriculadas em Atividades do SESC ou em instituições da comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais envolvidos no atendimento às crianças matriculadas em Atividades do SESC ou em instituições da comunidade. • Crianças com até 5 anos de idade matriculadas em atividades do SESC ou em instituições da comunidade.
Objetivos a curto prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Traçar linhas de ação e estabelecer planejamento conjunto para intervenção sobre as prioridades identificadas quanto à saúde das crianças atendidas. • Estabelecer parcerias que tragam resolubilidade aos problemas de saúde identificados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o conhecimento dos profissionais que trabalham com as crianças a respeito do perfil de saúde dessa clientela. • Instrumentalizar pais e familiares para análise crítica e compreensão acerca dos agravos à saúde da criança para adoção de medidas individuais e coletivas de prevenção. • Desenvolver competências e habilidades de pais e responsáveis para que favoreçam que seus filhos façam opções saudáveis. • Estimular a amamentação exclusiva e contribuir para a manutenção dessa opção. • Reforçar a auto-estima e o autocuidado, favorecendo que as crianças desenvolvam um estilo de vida saudável. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir agravos à saúde das crianças nos espaços do SESC. • Propiciar que as instalações sejam adequadas à expansão das habilidades infantis e que estejam em condições adequadas de limpeza e segurança. • Instrumentalizar os profissionais que trabalham com as crianças para prestarem atendimentos de primeiros socorros. • Propiciar o desenvolvimento de um clima de segurança afetiva para as crianças e de boa convivência profissional.

Indicadores/ Resultados de curto prazo	<ul style="list-style-type: none"> • N° de instituições e equipes parceiras que se fazem representar nas reuniões e demais estratégias adotadas no processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações. • Constância na frequência desses representantes nessas atividades. • % de equipes do SESC sensibilizadas e engajadas no processo de planejamento participativo voltado para a saúde da criança. • Ações integradas desenvolvidas a partir do planejamento conjunto para atuação sobre as prioridades identificadas, inclusive com incorporação de temáticas de saúde no programa curricular da Educação Infantil. • Parcerias estabelecidas com órgãos sociais e de saúde para encaminhamento de casos que se revelarem necessários. 	<ul style="list-style-type: none"> • N° de profissionais que demonstram ter aumentado seu conhecimento a respeito do perfil social e sanitário das crianças, expresso através da proposição de ações específicas para intervenção sobre os problemas e potencialidades identificadas. • % de profissionais que demonstram ter ampliado seu conhecimento e desenvolvido habilidades para lidar com urgências provocadas por acidentes vividos pelas crianças. • % de crianças que alcançaram o controle de placa bacteriana através da escovação. • % de crianças com problemas alimentares que mudaram seus hábitos de alimentação na escola. • % de familiares que passou a adotar cardápios saudáveis e passaram a favorecer a opção das crianças por alimentos saudáveis. • % de familiares que demonstram saber supervisionar a escovação de dentes das crianças. • % de crianças com a carteira de vacinação em dia. • % de mulheres que fizeram opção pela amamentação exclusiva e mantiveram essa opção durante todo o período de aleitamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • iniciativas implementadas (reformas e restaurações, organização de equipes para acompanhamento das crianças, destinação de funcionários para limpeza de banheiros, salas de aula etc.) para garantia das condições de saúde e segurança nos ambientes de convívio das crianças. • mobiliários e equipamentos adquiridos conforme objetivos de ergonomia e segurança. • n° de cursos realizados, visando capacitar os profissionais para lidarem com urgências determinadas por acidentes vividos pelas crianças. • iniciativas implementadas para integração das equipes. <ul style="list-style-type: none"> • relatos de familiares, crianças e profissionais acerca da satisfação das crianças e do tipo de vínculo afetivo estabelecido entre estas e os profissionais na frequência às Atividades do SESC. • aumento do nível de engajamento de pais e familiares nos processos de planejamento, execução e avaliação dos projetos desenvolvidos junto às crianças.
---	---	---	---

Objetivos a longo prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Propiciar a implantação de um programa integrado de promoção da saúde da criança, inclusive proporcionando, na Educação Infantil, creches e escolas da comunidade, a incorporação dos componentes fundamentais de uma escola promotora de saúde.
Indicadores/ Resultados de longo prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento do número de profissionais e de parceiros engajados na implantação de propostas voltadas para a promoção da saúde da clientela infantil. • Sistematização e institucionalização de um programa integrado de promoção da saúde da criança, inclusive proporcionando, na Educação Infantil, creches e escolas da comunidade, a incorporação dos componentes fundamentais de uma escola promotora de saúde.

2. LINHA PROGRAMÁTICA ADOLESCÊNCIA

Componentes/ estratégias principais	Intersetorialidade e interdisciplinaridade	Capacitação/ empoderamento	Criação de ambientes saudáveis
Objetivos de implantação	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar as áreas técnicas no desenvolvimento de ações educativas em saúde que visem atuar sobre os determinantes e agravos à saúde comuns à adolescência. • Conhecer as ações e como está organizado o Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente na área de atuação do SESC. • Mobilizar os diferentes órgãos e instituições da comunidade para o encaminhamento de ações conjuntas voltadas para a saúde da clientela adolescente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar, através de questionário fechado e/ou grupo focal, os fatores socioculturais e sistemas de valores da clientela adolescente, bem como suas condições de vida, identificando os fatores de risco e os fatores protetores existentes em seus locais de moradia e de convivência. • Sensibilizar e instrumentalizar os profissionais das diferentes áreas para intervenção sobre os problemas identificados. • Constituir banco de dados a respeito do perfil de saúde da clientela adolescente e dos serviços de apoio e assistência pública da comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar, através de questionário fechado aplicado junto aos profissionais do SESC, as condições de risco à saúde e à segurança das crianças e adolescentes atendidos. • Identificar os fatores de risco à segurança das crianças e adolescentes existentes no entorno do SESC, particularmente no que diz respeito ao acesso às Unidades. • Investigar, através de questionário fechado aplicado junto aos profissionais que atuam em instituições da comunidade ou informantes-chave, as condições de risco à saúde e à segurança das crianças e adolescentes.

Objetivos de implantação	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar as áreas técnicas no desenvolvimento de ações educativas em saúde que visem atuar sobre os determinantes e agravos à saúde comuns à adolescência. • Conhecer as ações e como está organizado o Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente na área de atuação do SESC. • Mobilizar os diferentes órgãos e instituições da comunidade para o encaminhamento de ações conjuntas voltadas para a saúde da clientela adolescente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar, através de questionário fechado e/ou grupo focal, os fatores socioculturais e sistemas de valores da clientela adolescente, bem como suas condições de vida, identificando os fatores de risco e os fatores protetores existentes em seus locais de moradia e de convivência. • Sensibilizar e instrumentalizar os profissionais das diferentes áreas para intervenção sobre os problemas identificados. • Constituir banco de dados a respeito do perfil de saúde da clientela adolescente e dos serviços de apoio e assistência pública da comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar, através de questionário fechado aplicado junto aos profissionais do SESC, as condições de risco à saúde e à segurança das crianças e adolescentes atendidos. • Identificar os fatores de risco à segurança das crianças e adolescentes, existentes no entorno do SESC, particularmente no que diz respeito ao acesso às Unidades. • Investigar, através de questionário fechado aplicado junto aos profissionais que atuam em instituições da comunidade ou informantes-chave, as condições de risco à saúde e à segurança das crianças e adolescentes.
Grupos-alvo	<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais do SESC nos diferentes níveis de gestão e operacionalização. • Secretarias estaduais e municipais de Saúde e de Educação; • Universidades; • Associações; • ONGs; • Conselhos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Crianças em idade escolar e adolescentes matriculados em Atividades do SESC e em instituições da comunidade. • Pais e familiares de crianças em idade escolar e adolescentes matriculados em Atividades do SESC. • Profissionais envolvidos no atendimento às crianças em idade escolar e adolescentes matriculados em Atividades do SESC e em instituições da comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Crianças em idade escolar e adolescentes matriculados em Atividades do SESC. • Profissionais envolvidos no atendimento às crianças em idade escolar e adolescentes matriculados em Atividades do SESC e em instituições da comunidade.

Objetivos a curto prazo

- Estabelecer/ampliar parcerias com órgãos sociais e de saúde da rede pública, a fim de contribuir para o estabelecimento/reforço de uma relação de confiança dos jovens com esses equipamentos, favorecendo sua frequência nesses lugares.
- Estabelecer/ampliar parcerias com ONGs que tratam das questões do adolescente, de forma a unir esforços para o desenvolvimento de um espaço social que contribua para o desenvolvimento integral dos jovens em sua comunidade.
- Aumentar o conhecimento dos profissionais que trabalham com as crianças em idade escolar e adolescentes a respeito do perfil de saúde dessa clientela.
- Instrumentalizar pais e familiares para análise crítica e compreensão acerca dos agravos à saúde da criança e do adolescente para adoção de medidas individuais e coletivas de prevenção.
- Desenvolver competências e habilidades de pais e familiares para que favoreçam que seus filhos façam opções saudáveis.
- Reforçar a auto-estima e o autocuidado, favorecendo que as crianças desenvolvam um estilo de vida saudável.
- Ampliar o conhecimento dos jovens sobre seus direitos e deveres para com a família, a comunidade e a sociedade em geral.
- Reduzir agravos à saúde das crianças e adolescentes nos espaços do SESC.
- Propiciar que as instalações sejam adequadas à expansão das habilidades infantis e que estejam em condições adequadas de limpeza e segurança.
- Instrumentalizar os profissionais que trabalham com as crianças para prestarem atendimentos de primeiros socorros.

Objetivos a curto prazo (cont.)	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer parcerias internas para desenvolvimento de ações coordenadas que visem atuar sobre as causas dos agravos e determinantes da saúde do adolescente. • Desenvolver parcerias internas e externas que contribuam para o aprimoramento de estratégias metodológicas compatíveis com as peculiaridades desse ciclo de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuir para a criação de um ambiente de apoio e segurança na família, na escola e na comunidade. • Promover a participação do jovem nas tomadas de decisão da família e da comunidade. • Ampliar os níveis de informação e conhecimento sobre saúde geral e saúde sexual em particular para o desenvolvimento das habilidades necessárias para que o jovem se mantenha saudável. • Desenvolver a auto-estima e o autocuidado. • Reduzir a vulnerabilidade dos jovens à gravidez precoce, abuso de álcool e drogas, DST e Aids e violência. • Constituir agentes multiplicadores de saúde para atuação em escolas e demais instituições da comunidade que desenvolvem trabalho voltado para crianças e jovens. • Promover a discussão sobre o direito de o adolescente ter acesso ao aconselhamento e aos insumos contraceptivos, bem como aos relativos à prevenção das DST e Aids. 	<ul style="list-style-type: none"> • Propiciar o desenvolvimento de um clima de segurança afetiva para as crianças e adolescentes e de boa convivência profissional. • Contribuir para criação/manutenção de espaços seguros para o desenvolvimento de atividades físicas e de lazer. • Contribuir para a redução da violência, promovendo a solidariedade, o sentimento de bem comum e a afetividade. • Contribuir para o desenvolvimento de ações recreativas, culturais e de lazer.
--	--	---	--

Indicadores/ Resultados de curto prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de instituições e equipes parceiras que se fazem representar nas reuniões e demais estratégias adotadas no processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações. • Constância na frequência desses representantes nessas atividades. • % de equipes do SESC sensibilizadas e engajadas no processo de planejamento participativo voltado para a saúde do adolescente. • Ações integradas desenvolvidas a partir do planejamento conjunto para atuação sobre as prioridades identificadas. • Implementação de recursos e estratégias metodológicas dinâmicas, participativas e criativas, facilitadoras da abordagem educativa das questões de saúde com os adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • % de profissionais que demonstram ter ampliado seu conhecimento e desenvolvido habilidades para lidar com os processos de adolescência e juventude. • % de crianças com problemas alimentares que mudaram seus hábitos de alimentação na escola. • % de familiares que passou a adotar cardápios saudáveis e passaram a favorecer a opção das crianças por alimentos saudáveis. • % de familiares que demonstram saber supervisionar a escovação de dentes dos filhos. • % de crianças com a carteira de vacinação em dia. • % de jovens que demonstram ter ampliado seus níveis de conhecimento a respeito dos assuntos trabalhados nos programas/projetos. • % de jovens que desenvolveram habilidades relacionadas aos cuidados com a sua saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas implementadas (reformas e restaurações, organização de equipes para acompanhamento das crianças, destinação de funcionários para limpeza de banheiros, salas de aula etc.) para garantia das condições de saúde e segurança nos ambientes de convívio das crianças e adolescentes. • Mobiliários e equipamentos adquiridos conforme objetivos de ergonomia e segurança. • Nº de cursos realizados, visando capacitar os profissionais para lidarem com urgências determinadas por acidentes vividos pelas crianças e adolescentes. • Iniciativas implementadas para integração das equipes. • relatos de pais, crianças e profissionais acerca da satisfação das crianças e do tipo de vínculo afetivo estabelecido entre estas e os profissionais, na frequência às Atividades do SESC e na escola. • Aumento do nível de engajamento de pais e familiares nos processos de planejamento, execução e avaliação dos projetos desenvolvidos junto às crianças e adolescentes.
---	---	---	---

**Indicadores/
Resultados de
curto prazo
(cont.)**

- % de jovens que passaram a conhecer uma fonte de informação/serviço de saúde reprodutiva.
- % de jovens com atividade sexual que declaram usar sempre preservativo.
- % de jovens que tenham feito uso de álcool, fumo ou drogas ilícitas.
- % de jovens que se tornaram agentes multiplicadores de saúde em sua escola e/ou comunidade.
- % de jovens que se engajaram em projetos voltados para o incremento da qualidade de vida da comunidade.
- Nº de cursos e eventos desenvolvidos para profissionais, pais e comunidade em geral, ampliando o debate sobre os direitos da criança e do adolescente.
- Iniciativas desenvolvidas para ampliação da participação dos jovens nos processos decisórios.
- Iniciativas coletivas implementadas pelos participantes dos programas para: melhoria das condições de vida e saúde no seu local de moradia ou escola; para influir nos processos de organização dos serviços de assistência da comunidade.
- Melhoria das condições de vida e saúde no local de moradia ou escola, expressa em modificação nos serviços e equipamentos ambientais (abastecimento de água, luz, esgoto, coleta de lixo, espaços de lazer etc.)

Objetivos a longo prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Propiciar a implantação de um programa integrado de promoção da saúde da criança em idade escolar e do jovem, inclusive proporcionando, nas escolas do SESC e da comunidade, a incorporação dos componentes fundamentais de uma escola promotora de saúde. • Contribuir para a reorientação dos serviços de saúde locais no sentido de que se tornem mais receptivos às demandas específicas da população jovem.
Indicadores/ Resultados de longo prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de 80% no número de profissionais e de parceiros engajados na implantação de propostas voltadas para a promoção da saúde da clientela adolescente. • Sistematização e institucionalização de um programa integrado de promoção da saúde do adolescente, inclusive proporcionando, nas escolas do SESC e da comunidade, a incorporação dos componentes fundamentais de uma escola promotora de saúde.

3. LINHA PROGRAMÁTICA MATURIDADE OU ADULTICE

Componentes/ estratégias principais	Intersetorialidade e interdisciplinaridade	Capacitação/ empoderamento	Criação de ambientes saudáveis
Objetivos de implantação	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar as áreas técnicas no desenvolvimento de ações educativas em saúde que visem atuar sobre as prioridades estratégicas definidas coletivamente. • Investigar como se encontra organizada a atenção à saúde e em especial a saúde do trabalhador, conhecendo as características dos programas locais e os sistemas de referência e contra-referência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar os fatores socioculturais e sistemas de valores da clientela, suas condições de vida e de acesso aos serviços sociais e de saúde e o perfil de morbimortalidade da região, de modo a identificar coletivamente as prioridades de ação. • Sensibilizar e instrumentalizar os profissionais das diferentes áreas para intervenção sobre os problemas identificados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar através de questionário fechado aplicado junto aos profissionais do SESC e clientela comerciária os focos de desperdício (água, energia, insumos etc.) e condições de risco e insalubridade identificadas em seus ambientes de trabalho para si próprio e para a clientela. • Identificar, junto à equipe de trabalho, as competências que precisam ser desenvolvidas, a fim de compor o programa de desenvolvimento técnico da área.

Objetivos de implantação (cont.)	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar os diferentes órgãos e instituições da comunidade para o encaminhamento de ações conjuntas voltadas para a preservação e promoção da saúde da clientela comerciária. • Mobilizar os diferentes órgãos e instituições da comunidade para o encaminhamento de ações conjuntas voltadas para a promoção da saúde do trabalhador e a prevenção de doenças laborais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Constituir banco de dados a respeito do perfil social e sanitário da clientela, com particular atenção aos agravos no local de trabalho. 	
Grupos alvo	<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais do SESC nos diferentes níveis de gestão e operacionalização. • Secretarias estaduais e municipais de Saúde e de Educação; • Universidades; • Associações; • ONGs; • Conselhos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Clientela e beneficiários dos serviços prestados nos Centros de Atividades. • Clientela comerciária em seu local de trabalho. • Profissionais do SESC nos diferentes níveis de gestão e operacionalização. 	<ul style="list-style-type: none"> • Clientela e beneficiários dos serviços prestados nos Centros de Atividades. • Clientela comerciária em seu local de trabalho. • Profissionais do SESC nos diferentes níveis de gestão e operacionalização.

Objetivos a curto prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Instituir processo participativo de planejamento e avaliação com o envolvimento de parceiros internos e externos no desenvolvimento de ações integradas. • Contribuir para a ampliação do conceito de saúde e de educação em saúde no cotidiano das práticas institucionais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar o conhecimento acerca do processo saúde-doença, desenvolvendo a capacidade de análise crítica acerca dos determinantes da saúde. • Potencializar a clientela para intervenção sobre os principais agravos à saúde identificados e adoção de medidas individuais e coletivas de prevenção. • Reforçar a auto-estima e o autocuidado, favorecendo a adoção de um estilo de vida saudável (particularmente no que se refere à atividade física, práticas alimentares saudáveis, abandono do tabagismo, ingestão responsável de bebidas alcoólicas). • Contribuir para reversão do quadro de vulnerabilidade das mulheres com relação às DST e à Aids. • Aumentar o conhecimento da clientela a respeito dos serviços sociais e de saúde existentes na região, potencializando as pessoas para utilização dos recursos da comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir agravos à saúde nos espaços do SESC, do trabalho e do local de moradia. • Contribuir para a oferta de meios que reforcem a facilidade e a segurança na prática de atividade física. • Contribuir para a oferta de espaços em que a clientela possa gozar seus períodos de descanso e de lazer. • Reduzir o desperdício no que diz respeito ao consumo de alimentos, uso racional da água e de energia etc. • Facilitar a participação ativa e informada dos profissionais do SESC, democratizando conhecimentos e informações para o desenvolvimento do trabalho. • Incentivar o desenvolvimento pessoal e profissional dos técnicos. • Estimular práticas solidárias no local de trabalho.
--------------------------------	---	---	---

<p>Objetivos a curto prazo (cont.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formar agentes multiplicadores de saúde para atuação em seu local de trabalho e/ou seu local de moradia. • Instrumentalizar os profissionais do SESC para o desenvolvimento de ações relativas às diferentes áreas de atuação da educação em saúde (promoção, prevenção e controle social da saúde). 		
<p>Indicadores/ Resultados de curto prazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de instituições e equipes parceiras que se fazem representar nas reuniões e demais estratégias adotadas no processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações. • Constância na frequência desses representantes nessas atividades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de pessoas inscritas nos programas desenvolvidos e participantes em pelo menos 50% das atividades que os compõem. • % de pessoas atendidas que demonstraram ampliação do conhecimento acerca dos determinantes do processo saúde-doença e das formas de prevenção das doenças epidemiologicamente relevantes na região. • % de pessoas atendidas que demonstraram aquisição de habilidades no decorrer dos programas desenvolvidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas implementadas para melhoria dos aspectos de ergonomia, segurança e saúde dos ambientes (luminosidade, ventilação, refrigeração, rampas de acesso, limpeza, etc.) • Oferta de cardápios saudáveis como forma de ampliar o espectro de opções da clientela.

Indicadores/ Resultados de curto prazo (cont.)	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas implementadas pelos atores envolvidos, que evidenciem a incorporação das concepções ampliadas de educação e de saúde no cotidiano das práticas institucionais. • Ações integradas desenvolvidas visando intervir sobre os agravos à saúde identificados, contribuindo para a prevenção de doenças de alta evidência no grupo-alvo. • Parcerias estabelecidas para favorecer o acesso da clientela do SESC a medidas de tratamento que se revelam necessárias ou aquisição de insumos correspondentes ao programas educativos desenvolvidos (preservativos, métodos anticoncepcionais etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • % de pessoas atendidas que passaram a adotar alimentação saudável e balanceada. • % de pessoas atendidas em programas específicos de prevenção e controle de doenças crônico-degenerativas que conseguiram controlar suas taxas de colesterol, diabetes, pressão arterial e demais índices correlacionados. • % de pessoas atendidas que passaram de um estilo de vida sedentário para um estilo de vida ativo. • % de pessoas atendidas que conhecem os recursos sociais e de saúde da comunidade. • % de pessoas atendidas que recorreram a serviços sociais e de saúde da comunidade a partir da participação em algum dos programas. • iniciativas coletivas implementadas pelos participantes dos programas para: melhoria das condições de vida e saúde no seu local de moradia ou trabalho; para influir nos processos de organização dos serviços de assistência da comunidade. • Redução dos índices de absenteísmo no trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adesão dos profissionais ao uso de equipamentos e adoção de medidas de segurança, particularmente nos restaurantes, piscinas, ginásios de esportes e colônias de férias. • Capacitações feitas voltadas para primeiros socorros e atendimentos de urgência. • Aumento da implementação de estratégias de desenvolvimento e valorização pessoal e profissional dos trabalhadores. • Melhoria das condições de vida e saúde no local de moradia ou trabalho, expressa em modificação nos serviços e equipamentos ambientais (abastecimento de água, luz, esgoto, coleta de lixo, espaços de lazer etc.)
---	--	---	--

Objetivos a longo prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Intervir sobre os indicadores sociais e de saúde da clientela, reduzindo a incidência de doenças passíveis de prevenção e melhorando sua qualidade de vida. • Propiciar a implantação de programas de qualidade de vida para os profissionais do SESC e nas empresas do comércio. • Contribuir para a institucionalização de processos de educação permanente no desenvolvimento profissional das equipes.
Indicadores/Resultados de longo prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da incidência de doenças passíveis de prevenção. • Sistematização de ações e institucionalização de programas de qualidade de vida para os profissionais do SESC e nas empresas do comércio. • Estabelecimento de um programa de capacitação em educação em saúde baseado no enfoque da educação permanente.

4. LINHA PROGRAMÁTICA ENVELHECIMENTO

Componentes/ estratégias principais	Intersetorialidade e interdisciplinaridade	Capacitação/ empoderamento	Criação de ambientes saudáveis
Objetivos de implantação	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar as áreas técnicas no desenvolvimento de ações educativas em saúde que visem atuar sobre as prioridades estratégicas definidas coletivamente. • Investigar como se encontra organizada a atenção à saúde do idoso, conhecendo as características dos programas locais e os sistemas de referência e contra-referência. • Mobilizar os diferentes órgãos e instituições da comunidade para o encaminhamento de ações conjuntas voltadas para a preservação e promoção da saúde da clientela idosa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar os fatores socioculturais e sistemas de valores dos idosos atendidos, suas condições de vida e de acesso aos serviços sociais e de saúde e o perfil de morbimortalidade da região, de modo a identificar coletivamente as prioridades de ação. • Sensibilizar e instrumentalizar os profissionais das diferentes áreas para intervenção sobre os problemas identificados. • Constituir banco de dados a respeito do perfil social e sanitário da clientela idosa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as condições de risco à saúde e à segurança da clientela idosa atendida, em particular o Grupo da Terceira Idade.

Grupos-alvo	<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais do SESC nos diferentes níveis de gestão e operacionalização. • Secretarias estaduais e municipais de Saúde; • Universidades; • Associações; • ONGs; • Conselhos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Idosos que freqüentam as Atividades do SESC, em particular o Grupo da Terceira Idade. • Profissionais que atuam com idosos no SESC e na comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Idosos que freqüentam as Atividades do SESC, em particular o Grupo da Terceira Idade. • Profissionais que atuam com idosos no SESC e na comunidade.
--------------------	---	--	--

Objetivos a curto prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Instituir processo participativo de planejamento e avaliação com o envolvimento de parceiros internos e externos no desenvolvimento de ações integradas. • Contribuir para a ampliação do conceito de saúde e de educação em saúde no cotidiano das práticas institucionais.
--------------------------------	---

Objetivos a curto prazo

- Estimular o planejamento de ações integradas que visem atuar sobre os agravos e fatores determinantes da saúde do idoso.
- Estabelecer parcerias que favoreçam o acesso dos idosos aos equipamentos sociais e de saúde da comunidade, ampliando os níveis de resolubilidade das questões identificadas como prioritárias.
- Manter e melhorar a capacidade funcional dos idosos.
- Reforçar a auto-estima, ampliando as condições de saúde, independência e autonomia dos idosos na comunidade.
- Contribuir para a modificação de atitudes negativas com relação ao envelhecimento e à velhice.
- Contribuir para a abstenção do cigarro e controle da hipertensão sistólica – importantes fatores na prevenção de doenças cardiovasculares (de alto índice na população idosa).
- Estimular e fornecer apoios para a prática regular de atividade física, de modo a contribuir para maior longevidade, melhora da capacidade fisiológica em portadores de doenças crônicas, redução do número de medicamentos prescritos, prevenção do declínio cognitivo, manutenção de status funcional mais elevado, redução da frequência de quedas e incidência de fraturas e benefícios psicológicos, como melhora da auto-estima.
- Reduzir os fatores de risco ambientais para a saúde e segurança dos idosos, inclusive contribuindo com informações técnicas para o planejamento de obras e reformas estruturais que se façam necessárias.
- Instrumentalizar os profissionais que trabalham com os idosos para prestarem atendimento de primeiros socorros e urgências.
- Contribuir para criação/ manutenção de espaços seguros para o desenvolvimento de atividades físicas e de lazer.
- Propiciar um clima de segurança afetiva e de respeito aos idosos.

Objetivos a curto prazo (cont.)

- Ampliar conhecimentos e potencializar habilidades para prevenção de perdas dentárias e outras afecções da cavidade bucal (em especial as decorrentes do uso de próteses).
- Instrumentalizar profissionais do SESC e de instituições da comunidade para compreensão acerca do processo de envelhecimento e sobre as formas de prevenção e controle de agravos comuns a essa fase.
- Capacitar profissionais de diferentes áreas e agentes comunitários para atuar como cuidadores informais de idosos.
- Ampliar o conhecimento a respeito dos serviços sociais e de saúde da comunidade.
- Promover o debate acerca do Estatuto do Idoso, potencializando essa clientela para uso pleno de seus direitos.

Indicadores/ resultados de curto prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de instituições e equipes parceiras que se fazem representar nas reuniões e demais estratégias adotadas no processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações. • Constância na frequência desses representantes nessas atividades. • Iniciativas implementadas pelos atores envolvidos, que evidenciem a incorporação das concepções ampliadas de educação e de saúde no cotidiano das práticas institucionais. • Ações integradas desenvolvidas visando intervir sobre os agravos à saúde identificados, contribuindo para a prevenção de doenças de alta evidência no grupo-alvo e para a melhoria da capacidade funcional dos idosos. • Parcerias estabelecidas para ampliar o acesso da clientela idosa a medidas de tratamento que se revelam necessárias ou aquisição de insumos correspondentes ao programas educativos desenvolvidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de pessoas inscritas nos programas desenvolvidos e participantes em pelo menos 50% das atividades que os compõem. • % de pessoas atendidas que demonstraram ampliação do conhecimento acerca dos determinantes do processo saúde-doença e das formas de prevenção e controle da doenças prevalentes na população idosa. • % de pessoas atendidas que demonstraram aquisição de habilidades no decorrer dos programas desenvolvidos. • % de pessoas atendidas que passaram a adotar alimentação saudável e balanceada. • % de pessoas atendidas com diagnóstico de diabetes ou doença cardiovascular que passaram a controlar os níveis dos fatores de risco associados (pressão arterial, glicemia, colesterolemia etc). • % de pessoas atendidas que passaram a desenvolver atividade física regularmente. • % de pessoas que conhecem e seguem o esquema de vacinação próprio dessa fase. 	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas implementadas para melhoria dos aspectos de ergonomia, segurança e saúde dos ambientes (luminosidade, ventilação, refrigeração, rampas de acesso, corrimões, limpeza etc.) nos espaços do SESC e da comunidade e nos locais de moradia. • Redução do número de quedas nos espaços do SESC e nos locais de moradia. • Capacitações feitas voltadas para primeiros socorros e atendimentos de urgência. • Ações intergeracionais implementadas.
---	--	--	--

**Indicadores/
Resultados de
curto prazo
(cont.)**

- % de pessoas atendidas que conhecem os recursos sociais e de saúde da comunidade, em especial aqueles relacionados à melhoria das condições de vida, integração e apoio social aos idosos.
 - % de pessoas atendidas que recorreram a serviços sociais e de saúde da comunidade a partir da participação em algum dos programas.
 - Nº de cuidadores informais capacitados.
 - Estratégias implementadas para acompanhamento dos cuidadores informais capacitados.
 - Debates promovidos visando à ampliação da discussão acerca da questão do idoso na comunidade e iniciativas intersetoriais decorrentes desse processo, visando consolidar o Estatuto do Idoso.
 - Iniciativas implementadas pelos profissionais capacitados nos programas educativos para melhoria das condições de assistência ao idoso em instituições da comunidade.
-

Objetivos a longo prazo	Contribuir para o desenvolvimento de ações intersetoriais em conformidade com os princípios e diretrizes do Estatuto do Idoso, contribuindo para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida desse segmento da população.
Indicadores/ Resultados de longo prazo	Aumento de 80% no desenvolvimento de ações intersetoriais em conformidade com os princípios e diretrizes do Estatuto do Idoso, contribuindo para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida desse segmento da população.

ANEXO V

COMPONENTES E AÇÕES ESSENCIAIS DE UMA ESCOLA PROMOTORA DE SAÚDE

Os escolares vivem uma etapa da vida marcada por transformações cognitivas, emocionais e sociais, caracterizada por intensos processos de aprendizagem. É nessa fase que se desenvolvem valores e atitudes que se constituem as bases dos estilos de vida na idade adulta. Da ação conjunta entre professores, pessoal de saúde e familiares é que dependerá o acesso e oportunidade de crianças e jovens para transformar (ou não) as informações em conhecimentos, atitudes e práticas que lhes permitam cuidar e proteger sua saúde, bem como se envolver com a melhoria da qualidade de vida da coletividade. Nesse período, portanto, a promoção da saúde e a educação para a saúde encontram enormes possibilidades, e ao mesmo tempo grandes desafios.

As interfaces saúde e educação vêm sendo tratadas de diferentes maneiras, acompanhando a evolução dos conceitos e pressupostos de cada uma dessas áreas ao longo da história.

No campo da educação, a importância da educação para a saúde foi reconhecida e fortalecida pela preocupação crescente com os estudos sobre as comunidades, especialmente no tocante ao seu papel na formação da cidadania, e pela necessidade de construção de uma escola mais articulada com o seu contexto e mais flexível quanto à organização de seus próprios currículos.

Assim, em 1996, a nova LDB definiu a educação como abrangendo *“processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais”*, devendo estar vinculada ao mundo do trabalho e da prática social. A nova Lei previu a elaboração de uma parte diversificada no currículo de Ensino Fundamental, a ser definida em cada sistema de ensino e estabelecimento escolar, em conformidade com as características regionais e locais da sociedade, da cultura, da economia e da clientela. Tal abertura apontava para a necessidade de integração, extensão e aprofundamento da discussão sobre saúde, o que possibilitaria a mobilização

de ações e o desenvolvimento de um trabalho sistemático e contínuo de promoção da saúde no contexto escolar.

E é na prática escolar que se configura o quadro de convergências de propósitos do setor saúde e do setor educação. É no cotidiano escolar que ficam também fortalecidas as formas de atuação e execução de planejamentos capazes de promover a aut capacitação dos indivíduos e dos vários grupos de uma sociedade para lidarem com os problemas fundamentais da vida cotidiana e determinantes de sua saúde.¹

Assim, experiências isoladas sobre escolas promotoras de saúde foram iniciadas no mundo, principalmente no continente europeu, sendo organizada, em 1991, através da Oficina Regional da OMS para a Europa e a Comissão das Comunidades Europeias, a primeira rede dessas escolas que, em cinco anos, apresentou abrangência em 34 países, sendo 500 delas consideradas principais e 1.600 afiliadas.

Na América Latina, a iniciativa de desenvolver e fortalecer a promoção e a educação em saúde no âmbito escolar, com uma perspectiva integral, tem início em 1995. Enquanto no Brasil, particularmente desde 1997-98, a reforma curricular indicou uma série de conteúdos sobre saúde nas disciplinas básicas, com a sua incorporação como um tema transversal.

De acordo com a OPS/OMS², a promoção da saúde no âmbito escolar parte de uma visão integral do ser humano, que considera as pessoas em seu contexto familiar, comunitário, social e ambiental. Assim, a escola promotora de saúde oferece oportunidades e requer compromissos para criar um ambiente físico e um entorno social positivo e seguro e, dessa forma, alunos, professores, funcionários e direção necessitam buscar, criar e manter espaços para projetos que levem essas pessoas a viver melhor e resolver as questões que envolvem especialmente os alunos, não apenas na escola, mas também em seu ambiente familiar e comunitário.

A escola promotora de saúde utiliza todas as oportunidades educativas em nível formal e informal para promover a saúde, entendida como uma construção social. Dessa forma, aborda a inter-relação dos problemas de saúde com seus fatores determinantes, dentro de cada contexto, respondendo às necessidades do aluno em cada etapa do seu desenvolvimento.

Nesse contexto a educação em saúde tem enfoque integral, sendo incorporada em nível curricular e como parte do projeto institucional.

Promove a reflexão e a análise crítica da informação; facilita o “empoderamento” dos estudantes e da comunidade educativa como um todo. Busca desenvolver novos conhecimentos e habilidades que contribuam para a adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis, por meio de técnicas participativas e atividades significativas que possam transcender o âmbito escolar.

O desenvolvimento de habilidades para a vida é parte integrante desta estratégia, promovendo a adoção e a manutenção de atitudes que permitam aos indivíduos responder às demandas e aos desafios da vida diária, incluindo o ensino de habilidades para fazer, pensar, se comunicar e tomar decisões.

Os **componentes essenciais** para a implantação de uma escola que trabalha a promoção da saúde são:

- Prover um ambiente saudável que favoreça a aprendizagem, através de prédios, áreas de recreação, instalações sanitárias, facilidades de preparo e administração de alimentos e medidas de segurança.
- Promover a responsabilidade individual, familiar e comunitária.
- Apoiar o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis e apresentar uma gama de atividades realista e atrativa para jovens e professores.
- Ajudar todos os jovens a alcançar seu potencial físico, psicológico e social e promover sua auto-estima.
- Definir objetivos claros para a promoção da saúde e a segurança de toda a comunidade escolar, jovens, adolescentes e adultos.
- Fomentar relações positivas e construtivas entre alunos, entre alunos e professores, com os pais e entre a escola e a comunidade.
- Explorar a disponibilidade de recursos comunitários para apoiar ações de promoção da saúde.
- Implementar um desenho curricular sobre educação em saúde com métodos pedagógicos críticos, reflexivos e facilitar a participação ativa dos alunos.
- Instrumentalizar os alunos com o conhecimento e as habilidades necessárias para tomar decisões saudáveis acerca da saúde pessoal, da conservação e da melhoria da saúde e da segurança física e ambiental.

A esses componentes correspondem as seguintes **ações**:³

- *Construir ambientes favoráveis à saúde:*

Favorecer espaço físico adequado com boa iluminação, ventilação, instalação de água e esgoto; cuidar para que escadas, rampas e áreas de recreação e esporte sejam planejadas de modo a evitar acidentes; favorecer um ambiente psíquico e emocional capaz de propiciar melhores relações interpessoais na comunidade escolar e a construção de uma cultura de paz, além de prevenir a violência, são atitudes que geram ambientes favoráveis a saúde.

- *Estimular alimentação saudável*

Refletir e pensar estratégias que garantam a todos acesso ao alimento com qualidade e quantidade adequada ao desenvolvimento do ser humano, bem como garantir Programas de Alimentação Escolar, incentivando os alunos à opção por alimentos saudáveis, são atitudes promotoras de saúde.

- Incentivar a prática de atividade física

O corpo em movimento, além da manifestação de expressão das pessoas, revigora suas energias, libera tensões, desenvolve autoconfiança e contribui para a integração social. Assim, a prática de atividades físicas como caminhar, nadar, correr, dançar, andar de bicicleta, entre outras, pode melhorar a saúde na comunidade escolar.

- Elevar a auto-estima

Estimular a convivência com carinho, respeito e afeto, incentivando a participação de crianças e adolescentes como protagonistas em suas tarefas e afazeres, inclusive extracurriculares, é atitude que melhora a auto-estima e favorece as condições de saúde na comunidade.

- Estimular o bom desempenho escolar

O processo de construção do conhecimento, que estimula melhor desempenho escolar do aluno, também propicia uma visão mais crítica e reflexiva na comunidade escolar e contribui para a promoção de saúde, além de estimular a responsabilidade com o desenvolvimento da sociedade.

- *Instrumentalização técnica de profissionais e membros da comunidade*

Incentivar a realização de cursos, seminários ou oficinas para professores, pediatras, outros profissionais e grupos da comunidade escolar sobre temas relacionados à questão de saúde ou outros que não fazem parte de sua

formação, conhecimento ou domínio é estratégia importante na promoção de saúde na escola.

- *Desenvolver habilidades para a vida*

Propiciar estratégias que desenvolvam destreza e conhecimento, que estimulem crianças e adolescentes a fazerem escolhas positivas e opções por atitudes saudáveis perante necessidades no cotidiano de suas vidas é uma atividade importante da Escola Promotora de Saúde e, certamente, contribui para a prevenção de fatores de risco e da violência.

- *Uso de tabaco, álcool e outras drogas*

O uso dessas drogas compromete as condições de saúde e da própria qualidade de vida de seus usuários. Portanto, a abordagem desses temas no espaço da escola e nos serviços de saúde articulados pode ser importante para que se estimule a opção por atitudes mais saudáveis, que valorizem a vida.

- *Sexualidade e questões relacionadas à saúde reprodutiva*

As dúvidas, incertezas e ansiedade do adolescente, relacionadas ao início da atividade sexual, gravidez não-planejada, doenças sexualmente transmissíveis e Aids colocam essas questões na pauta da análise de saúde na escola. A questão de abordar o tema e garantir acesso a métodos contraceptivos envolve a estratégia de instrumentalização técnica de professores e alunos e a parceria e compromisso dos serviços de saúde.

- *Prevenção de acidentes e violência*

As causas externas, representadas pelos acidentes e a violência, têm hoje grande participação no adoecimento e na morte de crianças e adolescentes. O cuidado com o espaço físico pode evitar a ocorrência de acidentes na comunidade escolar. Os investimentos na criação de ambientes de respeito, de afeto e de convivência harmônica na escola propiciam melhor relacionamento entre seus membros, principalmente entre alunos, favorecem a solidariedade, a cultura de paz e facilitam o desenvolvimento de habilidades para a vida com atitudes de prevenção da violência.

- *Outras demandas*

Diversos outros problemas podem surgir, como questões relacionadas à pele (piolho e sarna); ou problemas oculares, auditivos, fonoaudiológicos e de saúde bucal que acometem os alunos e, por vezes, comprometem sua qualidade de

vida, impedindo-os de brincar, sorrir, correr, ler, aprender e até de se divertirem. Numa escola promotora de saúde é importante que as medidas práticas e os cuidados necessários tenham um encaminhamento coletivo de propostas e de compromisso para soluções participativas.

1 PARREIRA, Clélia e SILVA, Rui Anastácio (consultores do projeto de Promoção da Saúde – Ministério da Saúde – As interfaces saúde e educação – <http://www.tvebrasil.com.br/salto/se1/se1txt.htm>

2 ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD – *Modelo e guia para la acción basados em la experiencia latinoamericana y caribeña*

3 SILVA, Carlos dos Santos – Escola Promotora de Saúde: uma revisão crítica da saúde escolar. In: *Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde* – I. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Saúde Escolar. Mimeo.

ANEXO VI

RELAÇÃO DE RECURSOS METODOLÓGICOS MAIS FREQUENTEMENTE UTILIZADOS NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE¹

1. Oficinas

É um dos recursos que mais estimula a participação ativa da clientela, mostrando-se mais eficiente nos trabalhos de promoção da saúde e prevenção às enfermidades.

Por trabalhar não só com a informação (dimensão cognitiva), mas também com os aspectos subjetivos relacionados às histórias pessoais, as oficinas permitem que os sujeitos repensem suas posições e seus comportamentos, avaliando aqueles que aumentam o risco de adoecimento, admitindo a possibilidade de mudar seu estilo de vida, considerando seu contexto social. O processo de troca implementado contribui para a reflexão sobre os determinantes estruturais dos problemas identificados e a reflexão conjunta sobre soluções coletivas para intervenção sobre a realidade.

Esse procedimento utiliza técnicas de sensibilização de grupo, onde os sentimentos, sensações e vivências podem ser compartilhados e discutidos, instigando os participantes a exporem seus temores e incertezas – o que muitas vezes pode gerar certa resistência, exigindo habilidade do educador para criar um ambiente propício à livre expressão.

É um espaço que favorece que todos se manifestem, opinem e contribuam efetivamente para o processo de troca entre diferentes saberes e experiências, fundamental à compreensão dos conteúdos e à construção do conhecimento.

2. Dinâmicas de grupo

São atividades de curta duração realizadas em grupo, geralmente com o objetivo de integrar, descontrair e criar condições para as diferentes formas de expressão de sentimentos e emoções. Tudo isso é uma preparação prévia da

¹ Versão adaptada da relação apresentada na publicação: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids – *Manual de diretrizes técnicas para elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência das DST/Aids no Local de Trabalho*. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

clientela para abordar o tema proposto para o encontro. Elas têm se mostrado como um recurso de grande valor, pelas características aqui apontadas e por não exigir, na maioria das vezes, recursos materiais sofisticados nem longos períodos de tempo para sua execução.

3. Palestras

Consistem numa exposição oral sobre um assunto específico em um período curto de tempo, em torno de uma a duas horas. É um recurso pedagógico que não deve ter um fim em si mesmo, o que o tornaria desinteressante e descontextualizado de um processo mais global. Aconselha-se que seja acompanhado de uma estratégia de interação com o público, permitindo sua participação mais efetiva, através de debate ou discussão em pequenos grupos, a fim de que a exposição inicial faça sentido para o grupo específico.

Sua duração dependerá da demanda da clientela, da sua expectativa e da capacidade do palestrante de envolver o público, estimulando comentários, troca de experiências, opiniões etc.

4. Seminários, debates e mesas-redondas

Destinam-se a aprofundar junto à clientela os assuntos de maior interesse, podendo ser planejados para atender demandas específicas de alguns grupos e para viabilizar a abordagem de assuntos polêmicos que requerem conhecimento e discussão de diferentes pontos de vista.

Pelo seu caráter, essas são atividades que, na sua maioria, exigem custo adicionais, pois há necessidade de contratar profissionais especializados nos assuntos – o que pode ser amenizado com a articulação das parcerias.

5. Exposições

Esse é um recurso interessante para lançamento de campanhas, projetos, programas ou trabalhos dessa mesma natureza. Contudo, a dificuldade em adquirir um bom acervo de materiais para exposição pode ser um complicador. Além do acervo do SESCsaúde, existem várias organizações da sociedade civil e organizações governamentais que dispõem de acervo e podem ser contactadas para essa finalidade.

Cartazes, *buttons*, camisas e outros materiais sobre o tema podem ser utilizados como recursos eficazes na divulgação do evento.

6. Produção e/ou distribuição de materiais educativos

Os projetos atuais na área da saúde podem contar com uma vasta literatura e uma rica produção de material informativo elaborado por organizações governamentais e não-governamentais que têm desenvolvido pesquisas e trabalhos a esse respeito.

Cabe ressaltar, no entanto, que é preciso selecionar bem esses recursos, de acordo com as características de cada clientela (faixa etária, sexo, grau de escolaridade etc.).

Além disso, é fundamental ter a clareza de que esses materiais servem apenas de apoio para um trabalho mais sistemático, tendo em vista que a distribuição é uma ação limitada que, isolada, não atinge o objetivo proposto. Neste sentido, recomenda-se que essa distribuição seja estratégica, complementar a outra atividade paralela (palestras, oficinas, grupos focais, vídeos etc.) e que o material vá ao encontro dos anseios do grupo.

Também é possível que os materiais informativos (folhetos, cartazes, vídeos, cartilhas etc.) sejam produzidos pela própria clientela, desde que sejam considerados os princípios básicos que norteiam a elaboração de um material educativo: a sua proposta político-pedagógica e seu objetivo (informar, problematizar o tema, propor mudança de comportamento etc.); o público-alvo para o qual se destina (faixa etária, sexo, local previsto para sua divulgação etc.); a linguagem e as imagens que correspondam à realidade da clientela, tendo o cuidado em não reproduzir estereótipos de gênero, classe, etnia, dentre outros.

7. Exibição monitorada de vídeos

Há uma extensa variedade de vídeos educativos sobre diferentes temas relevantes na área da saúde produzidos por organizações governamentais, não-governamentais e por empresas privadas. A maioria deles tem curta duração, variando entre dez e trinta minutos, tempo considerado adequado para as diferentes situações e propósitos do uso desse material.

Os vídeos educativos podem ser utilizados em salas de espera (teor mais

informativo) ou em encontros educativos (teor questionador/problematizador), onde sua exibição será monitorada, incitando posterior discussão sobre o tema.

Os procedimentos e princípios citados para produção de materiais cabem também para utilização e produção dos vídeos educativos.

8. Orientação

Em geral, as ações de educação em saúde geram demanda espontânea de pessoas que, de alguma forma, estão vivenciando situações relacionadas aos assuntos abordados. Por isso, a orientação individual se faz importante para que as pessoas que não se sentiram à vontade para fazer suas colocações em outros momentos possam então fazê-las ao profissional da equipe técnica designado para essa função.

O profissional deverá estar bem preparado para lidar com assuntos confidenciais, exposição da intimidade, inseguranças, medos etc. e, independente da sua formação, discernir quando deverá encaminhar os sujeitos para profissionais de outras áreas, se necessário for.

Essa é uma atividade que precisa ser bem divulgada durante a execução dos projetos, esclarecendo os meios de acesso a ela (horários, local etc.) e o seu caráter de sigilo, para que não haja constrangimento ou dificuldades para as pessoas procurarem o serviço.

9. Concursos e gincanas

Atividades cuja realização é muito indicada para projetos realizados em locais de trabalho porque permitem a participação de muitas pessoas sem, necessariamente, deslocá-las das suas funções cotidianas, além da vantagem de ser de baixo custo para a instituição.

A participação da clientela pode ser incentivada pelas premiações aos participantes/vencedores, utilizando-se insumos que podem ser adquiridos também por meio de articulação de parcerias.

As diferentes possibilidades de envolvimento das pessoas podem ser os grandes atrativos desses recursos: concurso sobre mensagens para murais e contracheques dos funcionários; poesias; desenhos; cartazes etc.

Constituem-se recursos lúdicos que permitem trabalhar o conhecimento de

conteúdos relacionados a diferentes áreas temáticas (DST e Aids; álcool e drogas, cuidados com a pele; saúde bucal; educação para o trânsito, entre outros).

10. Teatro

É uma forma de linguagem que tem muito sucesso entre as pessoas de diferentes faixas etárias. Através dela, as idéias, informações, valores, atitudes e comportamentos não são apenas transmitidos, mas também vividos, gerando grande empatia entre público e elenco.

Tem ainda a vantagem de ser viável em termos de tempo e espaço, pois concentra uma quantidade razoável de pessoas para a atividade em um período curto de tempo.

Esse é um recurso que tem um grande potencial de contextualização das questões associadas ao processo saúde-doença no cotidiano das pessoas, facilitando a interação entre emissor e receptor das mensagens.

Alguns cuidados precisam ser tomados para utilização desse instrumento: garantir a adequação das informações ao interesse da clientela; não reproduzir preconceitos e estereótipos de gênero, classe, etnia; problematizar as questões sem pretensão de impor valores ou condutas; proporcionar um espaço de discussão pós-apresentação das peças, considerando que, dependendo do tema, elas geram muitas questões, dúvidas e curiosidades que precisam ser debatidas, com o apoio da equipe técnica.

11. Música

A música se constitui num recurso privilegiado pelo seu potencial para mobilizar os sentimentos das pessoas. É possível formar corais ou promover eventos, nos quais os participantes podem apresentar músicas elaboradas e cantadas pela própria clientela sobre temas tais como solidariedade, meio ambiente, condições de vida – o que permite um grande envolvimento dessas pessoas nos projetos desenvolvidos.

12. Divulgação maciça de informações

As informações podem ser divulgadas através de murais, jornais internos, contracheques de funcionários e veículos similares. O uso desses recursos

deve ser periódico e estratégico para não saturar a clientela. Devem-se divulgar informações que estejam de acordo com os temas abordados pelos projetos em desenvolvimento, de forma a possibilitar que atuem como reforço do aprendizado de determinados conteúdos, assim como estímulo à participação nas atividades propostas, cuidando ainda para não criar resistências que venham reforçar preconceitos e estereótipos muitas vezes relacionados a determinadas doenças.

13. Rádio-informação

A divulgação de informações através da rádio interna da instituição ou de rádios comunitárias pode ser um recurso muito viável para sensibilização da clientela, a respeito das questões de saúde.

Em momentos estratégicos (como nos horários de almoço ou do lanche, por exemplo) poderão ser divulgados, além de informações, depoimentos de pessoas sobre benefícios percebidos a partir da adoção de um estilo de vida saudável ou da organização comunitária, resultados obtidos por instituições parceiras que desenvolvem projetos e oferecem serviços à clientela, divulgação dos eventos promovidos pelo SESC e incentivo das chefias/direção para participação dos funcionários nas atividades.

14. Internet e correio eletrônico

Semelhantemente à rádio-informação, as páginas das empresas na Internet, bem como seu correio eletrônico interno podem ser um recurso privilegiado para divulgação de informações sobre promoção da saúde e prevenção de doenças; sobre os eventos promovidos pela instituição; sobre as experiências bem-sucedidas na organização de comunidades que trouxeram benefícios coletivos e que podem servir de estímulo a iniciativas de mesmo teor etc.

Apesar de não ser oneroso para a instituição, imputará aos responsáveis pela operação de computadores a função de atualizar as informações sobre o assunto, juntamente com a equipe técnica da Atividade Educação em Saúde.

15. Disque-informação

É um meio muito eficiente para sanar dúvidas sobre diferentes temas de saúde, podendo ser realizado através de ramal próprio em cada Unidade Operacional.

Todavia, alguns cuidados precisam ser tomados para o sucesso desse recurso, garantindo que seja bem utilizado pela clientela: uma boa divulgação do serviço e do seu horário de funcionamento; garantia do anonimato e do sigilo das informações e competência técnico-pedagógica do profissional responsável pelas orientações.

16. Participação em eventos públicos

A participação pode se dar através da organização de eventos externos (passeios ciclísticos, caminhadas de solidariedade, marchas, feiras e tantos outros) ou da integração àqueles organizados por outras instituições (que pode ser feita através de apoio financeiro ou presença efetiva nos eventos).

Para as empresas e demais instituições participantes, a imagem institucional e o marketing social são contribuições garantidas com essas ações. Quanto mais as instituições ultrapassarem seus limites físico-espaciais, melhor será o resultado de suas ações junto à comunidade e às famílias. Para as instituições de educação, essas vantagens vão além, contribuindo ainda para a integração da família no processo educativo dos seus filhos, o que em muito fortalece a possibilidade de crianças, jovens e adolescentes adotarem estilos de vida saudáveis.

17. Participação em TV, rádio e imprensa escrita

A possibilidade de divulgar suas experiências na mídia é um fator de incentivo às outras instituições, para que também desenvolvam trabalhos dessa natureza, mostrando a sua responsabilidade em cumprir com seu compromisso social.

18. Campanhas

Consiste num conjunto de ações que podem reunir várias das atividades acima citadas em um período relativamente curto e específico. Geralmente as campanhas levam em consideração datas comemorativas (Dia dos Namorados, Dia Mundial de Luta Contra Aids, Dia Internacional da Mulher, Dia da Criança, Dia da Saúde, dentre outras do calendário nacional e internacional) e/ou eventos sociais que permitam a abordagem do tema (carnaval, festa junina, shows).

Para o êxito da programação, há que se atentar para: divulgar previamente objetivos e período da campanha entre os participantes, bem como a política global da instituição e seu engajamento no contexto mais amplo do projeto; pensar em estratégias que possam envolver familiares e comunidades e planejar bem o evento, viabilizando condições, inclusive para que os funcionários do próprio SESC também tenham a oportunidade de participar das atividades.

ANEXO VII

I | EXEMPLOS DE COMPONENTES PARA CONSTRUÇÃO DE INDICADORES DE ESTRUTURA, DE PROCESSO E DE RESULTADO²

O indicador deve procurar demonstrar a pergunta a que se quer responder com a avaliação.

Os quadros apresentados a seguir trazem exemplos que demonstram como construir indicadores de estrutura, de processo e de resultado.

O indicador mais simples utilizado é um número absoluto, que pode ser, por exemplo: número de oficinas de planejamento familiar realizadas com mulheres em idade fértil, nas empresas do comércio eleitas.

Considerando que os programas de educação em saúde caracterizam-se pela complexidade e inter-relação de seus componentes e atividades realizadas, torna-se muito útil para a avaliação a seleção de indicadores construídos na relação entre variáveis.

Por exemplo, no que diz respeito ao processo:

- nº de atividades realizadas por escolas participantes do programa/nº de atividades realizadas pelo serviço de saúde de referência da área
- nº de atividades sobre saúde reprodutiva realizadas para adolescentes/nº de atividades realizadas por iniciativas da comunidade

No que se refere ao resultado:

- nº de treinamentos realizados para adolescentes/conhecimento dos adolescentes sobre métodos contraceptivos disponíveis
- nº de familiares de adolescentes participantes em treinamentos/nº de familiares que buscam aconselhamento no serviço de saúde ou no SESC
- nº de professores que são aconselhadores do programa/nº de professores das escolas participantes do programa

Além das relações entre elementos de um mesmo componente, é possível também estabelecer relações entre os componentes. Por exemplo, a relação entre processo e resultado, verificando o quanto o resultado alcançado está

² TANAKA, Oswaldo Y. & MELLO, Cristina – *Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001. (pp. 67 e 68).

relacionado com a produção realizada:

- nº de adolescentes que relatam mudança no comportamento/nº total de sessões educativas realizadas com a participação do adolescente.

1. COMPONENTES PARA A CONSTRUÇÃO DE INDICADORES DE ESTRUTURA

Dimensão que se quer avaliar	Variáveis observáveis e indicador	Pergunta avaliativa	Modalidade de coleta de informação	Fontes
1. Adequação das instalações e equipamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de equipamentos disponíveis • Nº de salas disponíveis para uso do programa • Aspecto de manutenção das salas • Funcionamento dos equipamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • As instalações e os equipamentos são adequados às normas técnicas estabelecidas pelo programa? 	<ul style="list-style-type: none"> • Dados secundários existentes nos arquivos administrativos • Observação e <i>check list</i> com condições esperadas dos equipamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadastro patrimonial do serviço • Visita ao serviço • Técnicos que utilizaram os equipamentos
2. Critérios que fundamentam uma política social	<ul style="list-style-type: none"> • Pressupostos políticos adotados 	<ul style="list-style-type: none"> • Quais os pressupostos/princípios que estruturam a política? 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos oficiais e outros dados secundários existentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Arquivos e pesquisas existentes
3. Organização estrutural/institucional da política	<ul style="list-style-type: none"> • Relação entre setores envolvidos (público x privado) • Formas de financiamento • Tipos de serviços prestados 	<ul style="list-style-type: none"> • Qual o desenho institucional da política "X" no município, estado ou país? 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos oficiais e outros dados secundários existentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Arquivos e pesquisas existentes

2. COMPONENTES PARA A CONSTRUÇÃO DE INDICADORES DE PROCESSO

Dimensão que se quer avaliar	Variáveis observáveis e indicador	Pergunta avaliativa	Modalidade de coleta de informação	Fontes
1. Alcance ou cobertura do Serviço “X” oferecido	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de casos atendidos no Serviço num período de tempo (A) • Nº de casos conhecidos/ existentes que necessitam de atendimento no Serviço (B) <p>Indicador = $A : B \times 100$</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qual o alcance do Serviço junto à população-alvo? 	<ul style="list-style-type: none"> • Levantamento por meio de formulário específico no arquivo do Serviço • Levantamento de demanda • Análise de documentos institucionais e outros dados secundários 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de discussão com usuários • Arquivos
2. Processo decisório da política	<ul style="list-style-type: none"> • Caráter político do processo • Quem participa da tomada de decisão 	<ul style="list-style-type: none"> • Como se operam as decisões? 	<ul style="list-style-type: none"> • Dados primários (observações e entrevistas) • Análise de documentos institucionais e outros dados secundários 	<ul style="list-style-type: none"> • Arquivos • Relatórios • Entrevistas com dirigentes, técnicos, usuários e outros informantes-chave • Grupos de discussão

3. COMPONENTES PARA A CONSTRUÇÃO DE INDICADORES DE RESULTADO

Dimensão que se quer avaliar	Variáveis observáveis e indicador	Pergunta avaliativa	Modalidade de coleta de informação	Fontes
1. Efeito do programa sobre a população usuária	<ul style="list-style-type: none"> • Grau de utilização de métodos anticoncepcionais • Grau de controle do usuário no tratamento farmacológico para uma doença crônica (ex: diabetes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Quantos adolescentes fazem uso adequado e correto de Anticoncepcionais? • Quantos usuários do programa fazem uso autônomo da medicação prescrita? • Como é feito o uso autônomo da medicação? 	<ul style="list-style-type: none"> • Dados secundários e entrevista com usuários do programa • Entrevista com usuários/ técnicos • Observação em visita domiciliar 	<ul style="list-style-type: none"> • Registros do programa • Usuários e técnicos do programa
2. Efeito da política sobre a população-alvo/ usuários	<ul style="list-style-type: none"> • Relação entre a política adotada e os resultados alcançados 	<ul style="list-style-type: none"> • A política “X” permitiu a universalização da atenção à saúde para a população de adolescentes? 	<ul style="list-style-type: none"> • Dados secundários obtidos nos relatórios e nas pesquisas • Dados primários por inquérito ou entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> • Registros e relatórios produzidos • Entrevistas e grupos de discussão com usuários e técnicos

ANEXO VIII

EXEMPLO DE MODELO PARA CONSTRUÇÃO DE INDICADORES DE AVALIAÇÃO

I | EXEMPLOS DE INDICADORES UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE¹

INDICADOR	CÁLCULO	FONTE
Conhecimento		
% de adolescentes que conhecem uma fonte de informação/serviço de saúde reprodutiva.	Nº de adolescentes que conhecem uma fonte de informação/serviço sobre saúde reprodutiva ÷ todos os adolescentes da população-alvo x 100	Respostas obtidas em inquéritos.
Habilidade		
% de adolescentes que adquiriram uma habilidade específica durante o decorrer de uma intervenção sobre saúde reprodutiva.	Nº de adolescentes que adquiriram uma habilidade específica durante o decorrer de uma intervenção sobre saúde reprodutiva ÷ todos os adolescentes da população-alvo x 100	Respostas de inquérito, entrevistas etc.
Contraceção		
% de adolescentes com atividade sexual que sempre usam métodos contraceptivos.	Nº de adolescentes que sempre usam métodos contraceptivos ÷ todos os adolescentes da população-alvo com atividade sexual x 100	Questionários de inquéritos, entrevistas, grupos de discussão.

¹ TANAKA, Oswaldo Y. & MELLO, Cristina – *Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001. (pp. 70 e 71).

<p>% de adolescentes com atividade sexual que usaram métodos contraceptivos depois da primeira gravidez.</p>	<p>Nº de adolescentes que usaram método contraceptivo antes da primeira gravidez ÷ todas as adolescentes da população-alvo que já estiveram grávidas x 100</p>	<p>Questionários de inquéritos, entrevistas, grupos de discussão.</p>
<p>% de adolescentes que usam métodos contraceptivos.</p>	<p>Nº de adolescentes que usam métodos contraceptivos (especificar) ÷ todos os adolescentes da população-alvo x 100</p>	<p>Questionários de inquéritos, entrevistas, grupos de discussão.</p>
<p>Gravidez</p>		
<p>% de adolescentes que tinham ficado grávidas ou causado gravidez.</p>	<p>Nº de adolescentes do sexo feminino que estiveram grávidas ÷ todas as adolescentes do sexo feminino na população-alvo x 100</p> <p>Nº de adolescentes do sexo masculino que tenham causado uma gravidez ÷ todos os adolescentes do sexo masculino na população-alvo x 100</p>	<p>Auto-respostas, questionários, entrevistas.</p>
<p>% de adolescentes que deixaram a escola por causa de uma gravidez.</p>	<p>Nº de adolescentes do sexo feminino que deixaram a escola por causa de uma gravidez ÷ todas as adolescentes do sexo feminino da população-alvo que freqüentam a escola x 100</p>	<p>Questionários, entrevistas, registros escolares.</p>

Drogas e álcool		
% de adolescentes que tenham bebido álcool.	Nº de adolescentes que tenham bebido ÷ todos os adolescentes da população-alvo x 100	Questionários, entrevistas, grupos de discussão.
Recursos disponíveis		
Qualidade do aconselhamento sobre saúde reprodutiva pela equipe do programa.	Não-disponível quantitativamente, necessitando abordagem qualitativa específica.	Observação do trabalho da equipe. Entrevistas.
Existência de salas privativas para atendimento dos adolescentes.	Verificação da existência.	Entrevistas com gerentes, observação da estrutura disponível.
Aconselhamento pela equipe		
Nº ou % de familiares jovens de adolescentes que têm participado de sessões de aconselhamento.	Nº de familiares jovens que têm participado de sessões de aconselhamento ÷ todos os familiares jovens na área de cobertura do programa x 100	Estatísticas das atividades, questionários, entrevistas e registros de cursos.
Mobilização da comunidade		
Nº e tipo de envolvimento de lideranças locais/ apoiadores no programa.	Verificação em campo.	Questionários, entrevistas, registros de atividades.

Fonte: Adaptado de indicadores utilizados em ADAMCHAK et al. *A guide to monitoring and evaluating adolescent reproductive health programs*. Washington DC: PAHO/ WHO, 1999.

ANEXO IX

I | RELAÇÃO DE ATRIBUIÇÕES DOS ESTAGIÁRIOS

1. Atribuições comuns a todas as Áreas de Formação

- Participar da organização da documentação e do acervo didático da Atividade
- Acompanhar o processo de estabelecimento de relações de parceria com serviços da comunidade
- Participar de pesquisas que subsidiem o banco de dados da Atividade, bem como contribuam para elaboração do trabalho de conclusão de curso
- Contribuir para a construção do perfil da clientela
- Participar de grupos de estudo
- Participar da elaboração e da avaliação de projetos
- Participar das realizações de educação para a saúde não somente relativas a sua área de formação, como também às de caráter interdisciplinar
- Contribuir para a ampliação do acervo didático da Atividade
- Confeccionar relatórios e mapas estatísticos

2. Atribuições específicas de cada Área de Formação

2.1. Graduação em Nutrição:

- Acompanhar exames biométricos
- Acompanhar a verificação da Pressão Arterial
- Acompanhar a realização de anamnese nutricional
- Contribuir para a elaboração de cardápios referentes às diferentes faixas etárias e necessidades nutricionais
- Realizar o acompanhamento de preparações complementares às Atividades
- Acompanhar a realização de orientações dietoterápicas

2.2. Graduação em Enfermagem:

- Acompanhar a realização de exames dermatológicos

- Verificar Pressão Arterial
- Prestar atendimentos de primeiros socorros, com acompanhamento do supervisor
- Acompanhar a realização de consultas de enfermagem
- Realizar procedimentos de enfermagem, com acompanhamento do supervisor
- Acompanhar a realização de exames biométricos

2.3. Graduação em Pedagogia:

- Contribuir para elaboração e avaliação de materiais didáticos
- Auxiliar a coordenação de ações de capacitação pedagógica, visando à instrumentalização metodológica das diferentes equipes

2.4. Graduação em Psicologia:

- Realizar orientações individuais e ações de aconselhamento, sob acompanhamento do supervisor
- Participar de entrevistas individuais e coletivas, visando estabelecimento do perfil da clientela
- Auxiliar a coordenação de ações voltadas para a melhoria das relações interpessoais e do trabalho em equipe
- Atuar como coordenador auxiliar em trabalhos com grupos organizados pelo próprio SESC, da comunidade e com as diferentes equipes.

2.5. Graduação em Serviço Social:

- Contribuir para atualização do banco de dados referentes ao recursos da comunidade
- Participar da elaboração e aplicação de instrumentos de investigação do perfil social da clientela
- Realizar visitas domiciliares, sob acompanhamento do supervisor
- Atuar como coordenador auxiliar em trabalhos com grupos organizados pelo próprio SESC, da comunidade e com as diferentes equipes

2.6. Graduação em Medicina:

- Acompanhar a realização de exames dermatológicos

- Acompanhar a realização de exames biométricos
- Acompanhar a realização de exames clínicos
- Prestar atendimentos de primeiros socorros, com acompanhamento do supervisor
- Participar da programação e avaliação da Atividade Assistência Médica
- Participar da organização da documentação, dos equipamentos e dos materiais em geral da área médica

ANEXO X

SUGESTÕES DE EMENTAS DE CURSOS PARA PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

I | GESTÃO EM SAÚDE

1. Conteúdos Básicos:

Administração da Saúde:

- Legislação sanitária
- Princípios de Administração aplicados à saúde
- Organização dos serviços de saúde
- Técnicas de Administração Pública e Privada
- Informática na Saúde

Recursos Humanos na Saúde:

- Legislação de pessoal
- Recrutamento, seleção e treinamento
- Concepções de liderança e de suas capacidades, segundo vários autores
- Liderança e intersubjetividade
- Processos grupais e mudança organizacional
- Subjetividade e processos coletivos

Planejamento e Gestão Estratégica:

- Teoria do Planejamento Estratégico Situacional (PES)
- Os quatro momentos do PES e seus instrumentos de análise: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional
- Apresentação de casos de processamento de problemas e soluções
- Exercícios de aplicação da lógica de planejamento do PES

O Planejamento da Saúde no Brasil:

- O contexto das organizações de saúde no Brasil
- Tendências em gestão e planejamento
- Planejamento Estratégico e modelos assistenciais em saúde

- Indicadores de saúde e prioridades
- Formas de intermediação de interesses na saúde

Educação em Saúde:

- Distinção entre normal e patológico, doença e endemia
- Medicalização dos problemas sociais e o problema das prioridades da política de saúde
 - Saber científico e estruturação do campo científico sobre saúde e doença.
 - Educação em saúde
 - Educação popular e saúde
 - Natureza do processo de aprendizagem
 - Pedagogias, métodos e técnicas diante do saber instituído e mudança intencionada
 - Comunicação social
 - Cenários e planejamento.
 - Níveis de intervenção (individual, de grupo e comunitário)

II | PROMOÇÃO DA SAÚDE

1. Conteúdos Básicos:

Contextualização Histórica da Promoção da Saúde:

- Bases conceituais
- Funções essenciais da Saúde Pública

Produção Social do Processo Saúde-doença: os Determinantes da Saúde

Promoção e Prevenção

Promoção e Educação em Saúde

Promoção da Saúde/Atenção Primária de Saúde/Programa de Saúde da Família

Considerando a clientela prioritária do SESC – comerciários e seus dependentes –, mostra-se pertinente a abordagem do ciclo vital familiar, trabalhando o conceito ampliado de saúde da família e a organização do cuidado a partir desse olhar mais abrangente.

Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local Integrado e Sustentado (DLIS)

Dentro desta temática, merece particular interesse na abordagem o estabelecimento de parcerias, necessário à consecução do trabalho intersetorial.

Cenários/Ambientes/Territórios/Espaços para a Saúde (“settings”):

- Municípios Saudáveis
- Família/Ciclo de vida
- Ambiente do trabalho
- Escolas
- Serviços de Saúde (*na perspectiva da reorientação*)

Possibilidades do Planejamento Estratégico Situacional na Promoção da Saúde

Avaliação de Programa/Projetos de Promoção da Saúde

Programas Focais:

- Alimentação/ Nutrição
- Atividade física
- Práticas naturais

Problemas de Saúde Prioritários (*tendo como determinante priorizado as condutas associadas à saúde*):

- Tabagismo
- Alcoolismo
- DST/Aids

Planejamento de Ações de Promoção da Saúde

III | EDUCAÇÃO EM SAÚDE

1. Conteúdos Básicos:

Processo de Conhecimento sobre Saúde e Sociedade:

- Demarcação entre as formas de saber e suas respectivas lógicas de conhecimento
- Distinção entre normal e patológico, doença e endemia
- Medicalização dos problemas sociais e o problema das prioridades da política de saúde

- Saber científico e estruturação do campo científico sobre saúde e doença
- Educação e(em) saúde
- Educação popular e saúde

Promoção e Prevenção

Promoção e Educação em Saúde

Dimensões Práticas da Educação e Saúde

- Cenários e planejamento.
- Metodologias para coleta de dados acerca de grupos organizados na comunidade
 - Níveis de intervenção (individual, de grupo e comunitário)
 - Características da política pública perante diferentes grupos da população
 - Pedagogias, métodos e técnicas diante do saber instituído e mudança intencionada
- Formação dos educadores
- Comunicação social

Avaliação do Trabalho Educativo em Saúde

- Avaliação do processo
- Avaliação dos resultados
- Indicadores de avaliação
- Instrumentos de avaliação

IV | EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

1. Conteúdos Básicos:

História e Concepções de Educação e Saúde

Histórico da EP&S no Brasil

- Emergência
- Contexto
- Atores
- Filiação teórico-metodológica

Aspectos que Envolvem as Práticas de Saúde

- Doença - Cuidado - e sua relação com a EP&S

Apresentação de experiências de EP&S

Questões conceituais e princípios da EP&S - Problematizando as experiências

Estratégias e Práticas Pedagógicas

- Diagnóstico e planejamento participativo
- Construção compartilhada do conhecimento

Retrospectiva histórica dos movimentos sociais pela saúde e a proposta da Rede Nacional de Educação Popular e Saúde e da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (Aneps)

V | CAPACITAÇÃO PEDAGÓGICA

1. Conteúdos Básicos:

Aspectos Metodológicos da Prática Educativa em Saúde

- Interdisciplinaridade para além da multiprofissionalidade
- Intersetorialidade – articulação de parcerias e sistematização de ações
- Planejamento Participativo como estratégia de ação da prática educativa em saúde

Concepções Pedagógicas e sua relação com o Campo da Saúde

- Pressupostos pedagógicos nos processos educativos
- Modelos Técnicos e Instrumentais

Aspectos conceituais e metodológicos da elaboração e utilização de materiais educativos

- Abordagens e representações do conhecimento, aplicadas à construção de materiais educativos
- Proposta pedagógica, discurso, linguagem, imagens etc.
- Recursos materiais, humanos e financeiros necessários
- Utilização dos materiais educativos nos diferentes contextos

Avaliação de Materiais e Processos Educativos

- Técnicas e Instrumentos
- Avaliação de Processo

- Avaliação de Resultado
- Avaliação de Impacto

VI | AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

1. Conteúdos Básicos:

Intervenções sociais e de promoção da saúde

- **Conceitos, terminologia e abordagens em avaliação**
- Eficiência, eficácia e efetividade
- Externalidades
- Organizações, parceiros, *stakeholders*
- População-alvo ou beneficiários

Modelos lógicos e Sistemas de monitoramento

- Atividades, objetivos, metas e indicadores
- *Outputs* ou produtos e cadeia de resultados

Desenhos de pesquisas avaliativas

Síntese de Pesquisas e Estudos de casos

Institucionalização, meta-avaliação e controle social

VII | ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE

1. Conteúdos Básicos:

As Interfaces entre a Saúde e a Educação

Promoção da Saúde

- Campos de Ação
- Conceitos Operacionais

Escolas Promotoras de Saúde

- Fundamentos e Princípios Orientadores
- Componentes

- Ações
- Experiências e Estudos de Casos**

VIII | EPIDEMIOLOGIA

1. Conteúdos Básicos:

Delineamento de Estudos Epidemiológicos

- Estudos descritivos
- Medidas de frequência de doença

Indicadores de Saúde. Investigação Epidemiológica

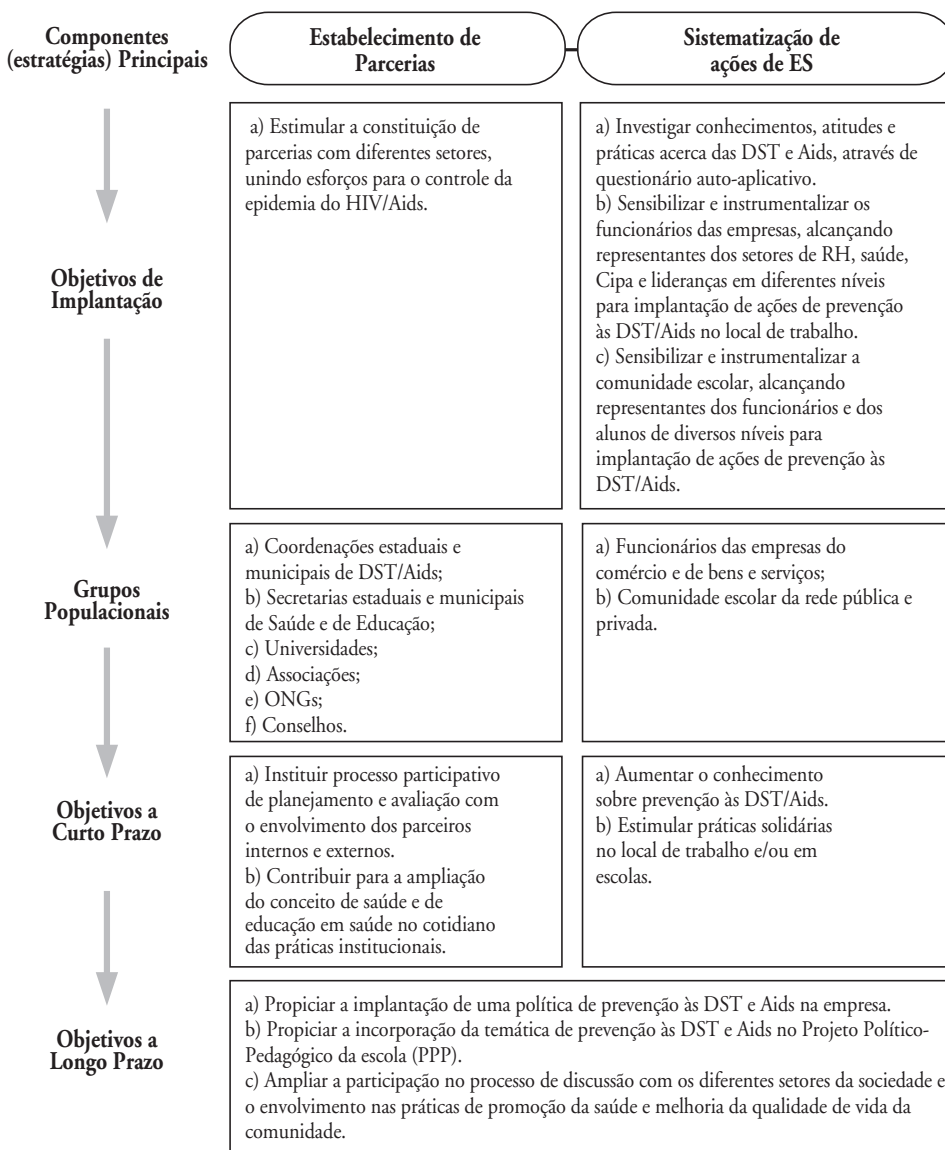
Inquérito Epidemiológico. Elaboração de Questionário

Medidas de Associação. Estudos Analíticos

- Padronização de taxas. Sistemas de informação

ANEXO XI

I | DESENHO DO MODELO LÓGICO DO PROJETO TRANSANDO SAÚDE



II | MATRIZ LÓGICA | PROJETO TRANSANDO SAÚDE

Componente: Estabelecimento de Parcerias

Objetivos de implantação	Produto	Medidas/ fontes	Padrão (*)
<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a constituição de parcerias com diferentes setores, unindo esforços para o controle da epidemia do HIV/Aids. 	<ul style="list-style-type: none"> • N° de parcerias estabelecidas com instituições/organizações nos setores da saúde, educação e sociedade civil organizada. • Constituição de banco de dados com informações acerca das instituições/ organizações que trabalham com a temática de prevenção às DST/Aids. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relação percentual entre o n° de parcerias estabelecidas e o total de instituições/organizações contactadas. • Relação entre o total de informações compiladas e organizadas em banco de dados acerca das instituições/organizações que trabalham com a temática de prevenção às DST/Aids e a quantidade de dados anteriormente existentes e organizados na Atividade Educação em Saúde do SESC. • Nível de respostas às demandas da clientela com base nas informações sistematizadas no banco de dados acerca das instituições/organizações que trabalham com a temática de prevenção às DST/Aids. 	<ul style="list-style-type: none"> • 80% do n° de instituições/ organizações contactadas.

Objetivos de curto prazo	Indicadores de resultado	Medidas/ fontes	Padrão (*)
<ul style="list-style-type: none"> • Instituir processo participativo de planejamento e avaliação com o envolvimento dos parceiros internos e externos. • Contribuir para a ampliação do conceito de saúde e de educação em saúde no cotidiano das práticas institucionais. 	<ul style="list-style-type: none"> • N° de instituições e equipes parceiras representadas nas reuniões e demais estratégias adotadas no processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações. • N° de iniciativas implementadas pelos atores envolvidos, que evidenciem a incorporação das concepções ampliadas de educação e de saúde no cotidiano das práticas institucionais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relação percentual entre as instituições e equipes parceiras representadas nas reuniões e demais estratégias adotadas no processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações e o total de parceiros. • Relação percentual entre as iniciativas implementadas e as já existentes, que evidenciam a incorporação das concepções ampliadas de educação e de saúde no cotidiano das práticas institucionais. 	

Objetivos de longo prazo	Indicadores de resultado	Medidas/ fontes	Padrão (*)
<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar a participação no processo de discussão com os diferentes setores da sociedade e o envolvimento nas práticas de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliação das iniciativas de projetos sociais e/ou de promoção da saúde por parte das empresas e escolas atendidas, planejadas em conjunto com a comunidade. • Mudança no nível de participação dos diferentes setores da sociedade, através do engajamento e da proposição de ações que visem à melhoria da qualidade de vida da comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relação entre o total de projetos sociais e/ou de promoção da saúde já existentes e o número de novas iniciativas implementadas. • Grau de adesão de novos setores na proposição e no desenvolvimento de ações que visem à melhoria da qualidade de vida da comunidade. 	

(*) O padrão ainda está sendo estudado e sua definição será feita com base nos resultados de implantação do projeto nos Departamentos Regionais.

III | MATRIZ LÓGICA | PROJETO TRANSANDO SAÚDE

Componente: Sistematização de Ações de Educação em Saúde

Objetivos de implantação	Produto	Medidas/ fontes	Padrão
<ul style="list-style-type: none"> Investigar conhecimentos, atitudes e práticas acerca das DST e Aids, através de questionário auto-aplicativo. Sensibilizar e instrumentalizar os funcionários das empresas, alcançando representantes dos setores de RH, saúde, Cipa e lideranças em diferentes níveis para implantação de ações de prevenção às DST/Aids no local de trabalho. Sensibilizar e instrumentalizar a comunidade escolar, alcançando representantes dos funcionários e dos alunos de diversos níveis para implantação de ações de prevenção às DST/Aids. 	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de funcionários das empresas e das escolas que responderam à pesquisa CAP. Nº de funcionários-chave participantes do curso de formação de agentes multiplicadores de saúde. Nº de funcionários capacitados que se declaram capazes de implantar ações de prevenção nas empresas. Nº de funcionários-chave e de professores e alunos dos diversos níveis participantes do curso de formação de agentes multiplicadores de saúde. Nº de pessoas capacitadas que se declaram capazes de implantar ações de prevenção nas escolas. 	<ul style="list-style-type: none"> Relação percentual entre as pessoas que responderam à pesquisa CAP e o nº de entrevistas entregues em cada empresa ou escola. Relação percentual entre os inscritos no curso de AMS e o universo total de funcionários em cada empresa ou escola. Relação percentual entre os inscritos no curso de AMS e o nº de funcionários-chave e de professores e alunos dos diversos níveis identificados em cada empresa ou escola. Relação percentual entre os inscritos no curso de AMS e o nº de pessoas que concluíram. Relação percentual entre o nº de funcionários-chave e de professores e alunos dos diversos níveis identificados em cada empresa ou escola que concluíram curso de AMS e aqueles que se declaram capazes de implantar ações de prevenção no seu local de trabalho. Relação percentual entre nº de pessoas que concluíram o curso de AMS e aqueles que se declaram capazes de implantar ações de prevenção no seu local de trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> 80% da quantidade de entrevistas entregues em cada empresa ou escola. 10% do universo total de funcionários em cada empresa ou escola. 80% da quantidade de funcionários-chave e de professores e alunos dos diversos níveis identificados em cada empresa ou escola. 90% dos inscritos no curso de AMS. 90% do nº de funcionários-chave e de professores e alunos dos diversos níveis identificados em cada empresa ou escola que concluíram curso de AMS. 80% do nº de pessoas que concluíram o curso de AMS.

Objetivos de curto prazo	Indicadores de resultado	Medidas/ fontes	Padrão
<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o conhecimento sobre prevenção às DST/Aids. • Estimular práticas solidárias no local de trabalho e/ou em escolas. 	<ul style="list-style-type: none"> • N° de pessoas que aumentaram o conhecimento sobre prevenção às DST/Aids. • N° de pessoas que coordenaram/desenvolveram ações de prevenção em cada empresa e escola. • Total de iniciativas de trabalho voltadas para a prevenção às DST/Aids e ao estímulo à postura solidária com o portador de HIV/Aids, desenvolvidas em cada empresa e escola, no período de um ano de realização do projeto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relação percentual entre os participantes do curso de formação de AMS que demonstraram, no pós-teste, aquisição de conhecimento sobre prevenção às DST/Aids e o n° total de participantes do curso. • Relação percentual entre as pessoas que concluíram o curso de AMS e n° de pessoas que coordenaram/desenvolveram ações de prevenção em cada empresa e escola. • Relação percentual entre o n° de iniciativas de trabalho voltadas para a prevenção às DST/Aids e ao estímulo à postura solidária com o portador de HIV/Aids, desenvolvidas em cada empresa e escola, e a média de ações desenvolvidas no conjunto de empresas e no conjunto de escolas atendidas, no período de um ano. 	<ul style="list-style-type: none"> • 90% dos participantes do curso. • 90% das pessoas que se declararam capazes de implantar ações de prevenção no seu local de trabalho. • 20% acima da média de ações desenvolvidas no conjunto de empresas e no conjunto de escolas atendidas, no período de um ano.
Objetivos de longo prazo	Indicadores de resultado	Medidas/ fontes	Padrão
<ul style="list-style-type: none"> • Propiciar a implantação de uma política de prevenção às DST e Aids na empresa. • Propiciar a incorporação da temática de prevenção às DST e Aids no projeto político-pedagógico da escola. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistematização e institucionalização da política de prevenção às DST e Aids na empresa. • Efetivação das ações previstas no PPP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relação percentual entre as empresas que implementaram política de prevenção às DST/Aids e o total de empresas atendidas pelo projeto. • Relação percentual entre as escolas que efetivaram as ações previstas no PPP e o total de escolas atendidas pelo projeto. 	<ul style="list-style-type: none"> • 80% para ambos indicadores.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

Esta seção se destina a indicações bibliográficas que, embora não tenham sido referidas ao longo do texto, contribuíram para as considerações teóricas elaboradas.

1. Asociación Canadiense de Salud Pública – *Enfocando la salud. La salud pública en la reestructuración de los servicios de salud*. Asociación Canadiense de Salud Pública. Consejo Directivo. Documento de Estudio, 1996.
2. BOLTANSKI, Luc – *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
3. BOSI, Maria Lúcia Magalhães e AFFONSO, Kátia de Carvalho – Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. *Cad. Saúde Pública*, abr./jun. 1998, vol.14, no.2, p.355-365.
4. BRICEÑO-LEON, R. – Siete Tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(1):7-30, 1996.
5. BUSS, Paulo Marchiori – *A promoção da saúde no desenvolvimento humano sustentável*. (Conferência realizada no I Seminário Institucional de Promoção da Saúde – SESC/ RJ, 2 a 5/ 12/ 1997). Mimeo.
6. CANGUILHEM, G. – *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.
7. CHAUI, Marilena – *Cultura e democracia*. São Paulo. Cortez, 1990.
8. COSTA, J. F. – *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1983.
9. DEMO, Pedro – *Política social, educação e cidadania*. São Paulo: Papyrus, 1996.
10. FOUCAULT, M. – *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979
11. FREIRE, Paulo – *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
12. _____.- *Pedagogia da autonomia – Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996 – Coleção Leitura.
13. _____.- *Pedagogia da indignação – Cartas pedagógicas e outros escritos*. São Paulo: Editora Unesp, 2000.
14. _____.- *Pedagogia dos sonhos possíveis*. São Paulo: Unesp, 2001.
15. L'ABBATE, Solange – Comunicação e Educação: uma prática de saúde. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (org.) – *Agir em Saúde. Um desafio para o público*. São Paulo, Hucitec, 1997.

16. MACHADO, Roberto et alii – *Danação da norma*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
17. MINAYO, Maria Cecília de Souza – *A saúde em estado de choque*. Rio de Janeiro: Fase, 1986.
18. _____. – *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996.
19. OLIVEIRA, Rosely Magalhães de e VALLA, Victor Vincent. As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle do dengue. *Cad. Saúde Pública*, 2001, vol.17 supl, p.77-88.
20. OPS/ OMS – *Lineamiento metodológico para la ejecución de un análisis sectorial en promoción de la salud*. OPS, 1995.
21. OPS/ OMS – *Promoción de la salud: una antología*. OPS, 1996.
22. RAMOS, C. L.; MELO, J. C. de & SOUZA SOARES, J. C. R de – Quem educa quem? Repensando a relação médico-paciente. In: COSTA, N. R.; RAMOS, C. L.; MINAYO, M. C. de Souza; STOTZ, E. N. (org.) – *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Vol II. Petrópolis: Vozes - Abrasco, 1989.
23. ROSEN, George – *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
24. STOTZ, Eduardo Navarro – Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. In: *São Paulo em Perspectiva*, 17(1): 25-33, 2003.
25. _____. – *Ações de solidariedade na saúde. Semântica política e ideologia diante da pobreza e da doença*. (Mimeo.)
26. TAVARES, M. F. L. – Saúde da criança e formação continuada - *A prática como e com saber*- Tese de Doutorado, ENSP/Fiocruz - Rio de Janeiro - RJ: Mimeo. 1998.
27. VALLA, Victor Vincent (org.) – *Saúde e educação*. Rio de Janeiro: DP & A, 2000.
28. VALLA, Victor Vincent – Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad. Saúde Pública*, 1999, vol.15 supl.2.
29. _____. – Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14 (Sep. 2): 7-18, 1998.
30. VALLA, Victor Vincent & HOLLANDA, Eliane – Fracasso escolar, saúde e cidadania. In: COSTA, N. R.; RAMOS, C. L.; MINAYO, M. C. de Souza; STOTZ, E. N. (org.) – *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Vol. II. Petrópolis: Vozes

- Abrasco,1989.

31. VALLA, V. V. & SIQUEIRA, S. A. V. de – O centro municipal de saúde e a participação popular. In: COSTA, N. R.; RAMOS, C. L.; MINAYO, M. C. de Souza; STOTZ, E. N. (org.) – *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Petrópolis: Vozes - Abrasco,1989

32. VASCONCELOS, Eymar Mourão – *Educação popular e atenção à saúde da família*. São Paulo – Brasília: Hucitec – Ministério da Saúde, 1999.

33. _____. – Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. In: VALLA, V. V. – Participação Popular e controle de endemias. *Cad. Saúde Pública*, Suplemento 2, vol. 14, 1998, p. 39-58.

34. ZALUAR, Alba – Exclusão e políticas públicas: dilemas teóricos e alternativas políticas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, Fev. 1997, vol.12, nº.35.

35. ZANCAN, L.; BODSTEIN, R. & MARCONDES, W. B. (org.) – *Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local. A experiência de Manguinhos, RJ*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2002.

Equipe Técnica:

Cláudia Márcia Santos Barros (*Coordenação*)

Rita de Cássia Gonzaga Martorelli

Viviane Vieira de Freitas

