

**Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Fundação Nacional de Saúde
Fundação Oswaldo Cruz**

UNIDADE DE APRENDIZAGEM II

Módulo 7

Educação e Ação Comunicativa



PROGRAMA DE FORMAÇÃO
DE AGENTES LOCAIS
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Governo Federal

Ministro da Saúde

Humberto Costa

Secretário de Vigilância em Saúde - SVS

Jarbas Barbosa da Silva Junior

Secretária de Gestão do Trabalho em Saúde e Educação na Saúde - SEGETES

Maria Luiza Jaeger

Presidente da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA

Valdi Camarcio Bezerra

Assessora de Recursos Humanos do Projeto VIGISUS

Jurema Malcher Fonseca

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Paulo Marchiori Buss

Diretor da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - EPSJV

André Paulo da Silva Malhão

Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde - PROFORMAR

Coordenação Geral

Carlos Eduardo Colpo Batistella

Coordenação Técnico-Pedagógica

Carlos Maurício Guimarães Barreto

Grácia Maria de Miranda Gondim

Maurício Monken

Gerentes Regionais

Ana Júlia Calazans Duarte

Claudete Vilche Fonseca

Gladys Miyashiro Miyashiro

Gilberto Estrela Santiago

Mauricio De Seta

Mauro de Lima Gomes

Nair Navarro de Miranda

Secretaria

Aline Andrea Pereira

Aline Macena dos Santos

Denise Ribeiro da Costa

Rafaela Silva Duarte



Ministério da
Saúde



UNIDADE DE APRENDIZAGEM II

Módulo 7

Educação e Ação Comunicativa



PROGRAMA DE FORMAÇÃO
DE AGENTES LOCAIS
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

ficha técnica

Copyright © 2004 by

Todos os direitos desta edição reservados à

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

É permitida a reprodução parcial ou total desta publicação desde que citada a fonte.

Concepção gráfica e editoração

Mediactual- Marketing Comunicação e Design Ltda- mediactual.com.br

Produção Executiva e Editorial

Augustus Almeida

Coordenação

Samara Lazarini Bon

Equipe convidada

Adriana Seixas Magalhães (Administração)

Caio Pimentel Felix de Almeida (Designer)

Felipe Soares Velloso (Designer)

Gustavo Monteiro (Ilustrações e "Avisa")

Guilherme Fonseca de Almeida (Designer)

Romualdo Vieira da Silva (Assistente de produção e logística)

Matheus L. B. Arueira (Designer)

Sérgio Velloso (Designer)

Samara Lazarini Bon (Revisão)

Logomarca PROFORMAR

Alexandra Borges

Sérgio Murilo Thadeu

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

E74e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.)
Educação e ação comunicativa / Brani Rozemberg ... [et al.]. - Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV/
PROFORMAR, 2004.
p: 128 il. -(Série : Material didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância
em Saúde,).
Texto 1: Comunicação e saúde. Texto 2: Educação e saúde: compromisso e prática do agente
vigilância em saúde.

1º Curso de desenvolvimento profissional de agentes locais de vigilância em saúde. Módulo 7.

85-98768-10-3

1. Vigilância em saúde . 2. Comunicação em saúde. 3. Educação em saúde. 4.Trabalho em
saúde.

I. Rozemberg, Brani. II. Xavier, Caco. III. Fonseca, Angélica Ferreira. IV. Pereira, Isabel Brasil
V. Morosini, Márcia Valéria Guimarães Cardoso. VI.Título. VII.Série.

CDD-362.10425



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO



A FIOCRUZ não mede distância
para a sua formação

Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde PROFORMAR - EPSJV

Av. Brasil, 4365, sala 313 - Manguinhos

CEP - 21045-900 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil

Tel: (21) 2270-3319 I (21) 2270-3479

www.epsjv.fiocruz.br/proformar

autoria

Autores

Texto 1

Brani Rozemberg

Caco Xavier

Texto2

Angélica Ferreira Fonseca

Isabel Brasil Pereira

Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini

Organizadores

Carlos Batistella

Grácia Maria de Miranda Gondim

Maurício Monken

Revisão Técnica desta edição

Texto 1

Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini

Texto2

Ana Keila de Barros Stauffer

Revisão Português

Malu Rezende

Parceria

Educação à Distância - EAD/ENSP

Pesquisa de imagens

Ana Lúcia Pinto

Carlos Batistella

Edilene Menezes

Maurício Monken

Ilustrações

Mayrink

Fontes das imagens

Agência Globo

Laboratório de Tecnologias

Educacionais - Lab TEd/EPSJV/

FIOCRUZ

Assessoria de Comunicação -

Presidência da FIOCRUZ

Casa de Oswaldo Cruz / FIOCRUZ

Acervo Brani Rozemberg

Acervo Marcos Lagrotta

Acervo Animação Cultural do C E

Elisiário Matta - RJ

Acervo Núcleo de Estudos Locais

em Saúde – ELOS / ENSP /

FIOCRUZ

Acervo Revista Maricá Já

Enciclopédia História da Medicina

- Abril Cultural

Eletricidade, Aventura Visual,

Editora Globo, 1994

Invenções, Aventura na Ciência,

Editora Globo, 1994

História Geral da Arte, Pintura,

Ediciones del Prado, 1995

Unidades de Aprendizagem

I

1º

Momento presencial

Vigilância em Saúde e Novas Práticas Locais

Módulo 1

O SUS e a Vigilância em Saúde

Módulo 2

O Processo de Trabalho da Vigilância em Saúde

Módulo 3

O Território e a Vigilância em Saúde

Trabalho de Campo (TC1)

2º

Momento presencial

Trabalho, Condições de Vida e Situação de Saúde

Módulo 4

Trabalho e Ambientes Saudáveis

Módulo 5

Informação e Diagnóstico de Situação

Trabalho de Campo (TC2)

II

3º

Momento presencial

Promoção e Proteção da Saúde

Módulo 6

Planejamento em Saúde e Práticas Locais

Módulo 7

Educação e Ação Comunicativa

Trabalho de Campo (TC3)

III

4º

Momento presencial

prefácio

É como se houvesse duas ruas diferentes - Rua Educação e Rua Saúde - que chegassem a um cruzamento a partir do qual elas se encontrassem e caminhassem juntas, transformando-se na Avenida Trabalho Educativo em Saúde, e nós, os trabalhadores, a percorrêssemos no carro da comunicação, com o bagageiro da cultura.

Esta síntese parece ser exemplar da forma didática e integradora que os autores deste módulo procuraram empregar para ressaltar que o trabalho em saúde se dá na interface da saúde, da educação e da comunicação. É uma maneira criativa e oportuna de abordar o caráter interdisciplinar da prática educativa da vigilância em saúde, parte essencial do trabalho do AVISA e que encontramos de forma consistente, e ao mesmo tempo leve, nos dois textos que integram este Módulo.

A relação da educação com a comunicação está presente em muitas ações desenvolvidas no interior do Sistema Único de Saúde e aparece com nitidez nas Campanhas de Vacinação a partir da década de 1980, nas ações de educação sanitária ao longo de toda a segunda metade do século XX, e nas Campanhas de Educação em Saúde que historicamente buscaram a mudança de hábitos para a "reversão de comportamentos" considerados indutores de riscos ao adoecimento e à morte. Os textos que compõem este módulo, além de fundamentarem uma crítica a tais processos, trazem uma visão renovada e de possibilidades de conformação de novas práticas. Com essa orientação, apresentam conceitos e refletem sobre situações que fazem parte do universo de prática do AVISA, impregnadas de múltiplas dimensões.

As ações que deveriam estimular a ação dialógica entre o sistema de saúde e a sociedade adotaram, em muitas experiências, a linha prescritiva, culpabilizando as pessoas pelo não-cumprimento das noções que as "dotariam" de mais saúde e, portanto, de mais felicidade, com mensagens direcionadas tanto ao individual quanto ao coletivo. Os textos apresentados neste módulo apresentam uma visão claramente diferenciada e partem de uma didática sobre o trabalho educativo em saúde calcado na reflexão e na ação, na busca da transformação da realidade e na compreensão da educação como um processo que possibilita ver o homem como autor dos acontecimentos vividos em sociedade, sendo capaz de alterá-la.

Trabalho, Educação e Comunicação compõem a tríade presente em todo o módulo e imprimem uma visão dinâmica da prática do Agente de Vigilância em Saúde e dos conceitos imbricados de forma coerente na construção e na compreensão dessa mesma prática, cujo caráter social associa-se a um território e a uma população.

O pensamento crítico que permeia a Educação apresenta-se em ambos os textos em que os ensinamentos do Mestre Paulo Freire são "guias" que fundamentam uma prática desejada, onde o trabalhador é um sujeito e o seu interlocutor não é uma caixa vazia. Na visão apresentada, indivíduos e

comunidade, mediados pela informação, tornam-se aliados na busca de uma vida saudável no território que também é parte a ser considerada no trabalho do AVISA.

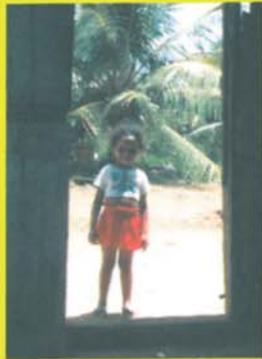
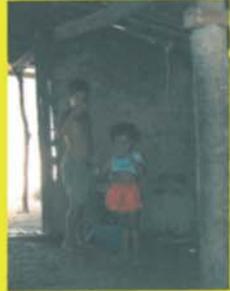
Não há dúvida de que esse agente apóia-se em um conceito ampliado de saúde, está impregnado de uma visão crítica da educação e entende que "saúde é uma conquista dos sujeitos sociais que têm a capacidade de lutar coletivamente para transformarem a si mesmos e o mundo e, assim, aproximarem-se de uma situação de qualidade de vida que favoreça todos". Também atua com a compreensão de que "através do trabalho junto à população se descobre e se constrói um conjunto de possibilidades de ação que vão se alterando com a realidade". E mais uma vez buscando inspiração no mestre Paulo Freire, podemos considerar que a prática desejada deve tomar o conhecimento como "produto das relações dos seres humanos entre si e com o mundo, onde homens e mulheres são desafiados a encontrar soluções para situações para as quais é preciso dar respostas adequadas. Para isso, precisam reconhecer a situação, compreendê-la, imaginar formas alternativas de responder e selecionar a resposta mais adequada".

A cuidadosa construção do texto sobre comunicação também apresenta uma seleção de conceitos que organiza uma base sólida para a conformação de práticas educativas modernas, onde o receptor não seja o "ponto de chegada", como nas históricas produções desse campo, o que se reflete nas campanhas de comunicação de massa já mencionadas, algumas das quais não alcançando muito sucesso, inclusive, em função de fatores relacionados a essa mesma concepção.

Tomando a ação comunicativa como base fundamental do trabalho do AVISA, os autores abordam a comunicação como um ato social que se exercita de diversos modos desde a origem da humanidade. Advertem, no entanto, de que "não há texto sem contexto", quando se busca refletir sobre a necessidade de o trabalho educativo ter como objetivo contemplar os determinantes dos fenômenos e dos processos enfocados no cotidiano do trabalho dos agentes.

Finalmente, vale a pena ressaltar que o Agente de Vigilância em Saúde terá sempre as preciosas contribuições dos autores para o desempenho do seu trabalho. A concepção dialógica da comunicação e de outros conceitos abordados favorece a compreensão de que "não existe o que sabe e o outro que não sabe, mas sim saberes diferentes e igualmente válidos para a ação humana". Nessa proposta, técnicos e populações - portadores de saberes - propõem-se a construir e a partilhar novos conhecimentos, tomando o território como uma arena de práticas educativas transformadoras da realidade e construtora de novos modos de conhecer, viver e exercitar as práticas de saúde.

Tânia Celeste Matos Nunes
Vice-presidente de Ensino e
Recursos Humanos- FIOCRUZ/MS



sumário

TEXTO 1

Comunicação e Saúde	10
1 Introdução	12
2 O que é Comunicação?	16
2.1 Brevíssima história da Comunicação	27
3 Estratégias intencionais de Comunicação no trabalho do Agente Local de Vigilância em Saúde	36
3.1 O passo-a-passo da Comunicação Social	38
4 Uma idéia geral dos modelos e abordagens no Comunicação em Saúde	54
4.1 Modelo Mecânico	57
4.2 Abordagem dialógica da comunicação	62
4.3 Outras abordagens e olhares sobre a prática comunicativa	63

TEXTO 2

Educação e Saúde: Compromisso e Prática do Agente Local de Vigilância em Saúde	64
1 Introdução	66
2 A importância do conceito ampliado de Saúde	72
3 Notas sobre Educação em Saúde	80
4 Comunicação e Educação	92
5 Cultura e o Trabalho em Saúde	96
6 Educação em Saúde e o Cotidiano	106
7 Educação para a Saúde	108
Fechando o Trabalho de Campo	122
Referências Bibliográficas	124
Anotações	125



Comunicação e Saúde

*Brani Rozemberg
Caco Xavier*





introdução

1. Introdução

Neste módulo, vamos relembrar todo o caminho percorrido até aqui, as coisas aprendidas e compartilhadas e procurar achar o “ponto de encontro” entre a teoria e a prática de trabalho. É preciso sempre estabelecer as várias relações que podem existir entre o conhecimento teórico e a prática, que nos fala das condições reais em que o trabalho acontece e do dia-a-dia de uma maneira geral.



Você gostaria de narrar, a partir de fatos ocorridos em seu trabalho de campo, algum episódio que exemplifique como você aplicou os conhecimentos adquiridos no curso?



A pergunta que nesse momento se coloca é:

- "O que estamos fazendo com os (*novos*) conhecimentos acumulados?";
- "Para que estão servindo?";
- "De que modo nós pretendemos, a partir deles, interferir na realidade, nos processos de trabalho e na qualidade de vida da comunidade e das pessoas?";
- "Nós temos partilhado o conhecimento adquirido?";
- "Esse conhecimento modificou a nossa percepção da realidade, a nossa maneira de escutar e conversar com as pessoas?"

Formulamos estas perguntas porque entendemos que o conhecimento adquire maior **relevância** quando é aplicado, colocado em prática, partilhado.

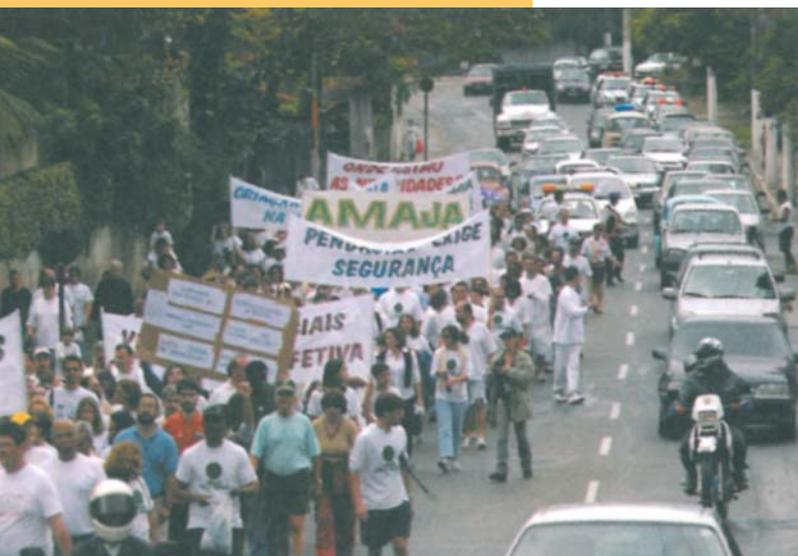
► **RELEVÂNCIA**

Algo relevante é o que tem grande valor ou interesse; o que é importante ou necessário.



Já deu para perceber que essas questões dizem respeito à nossa ação comunicativa? Vimos, ao longo do curso, que a Educação é um dos compromissos do Agente de Vigilância em Saúde. Mas vimos também que a ação educativa implica sempre uma ação comunicativa.

Na verdade, é impossível falar em Educação sem levar em conta a Comunicação, e vice-versa. Para alguns autores, a Comunicação e a Educação estão tão próximas que poderíamos inverter a posição dos termos: **Comunicar é Educar; Educar é Comunicar**. Já outros autores preocupam-se com as diferenças; entretanto, todos concordam que aquilo que as une e as torna semelhantes é muito mais forte e relevante do que aquilo que as distingue. Você poderá chegar às suas próprias conclusões sobre os aspectos comuns a ambas, após a leitura do texto 2 deste Módulo. Mas agora é hora de aprofundar nossa reflexão sobre a Comunicação em Saúde.



Neste módulo, falaremos sobre a Comunicação e como ela está profundamente inserida na atuação do Agente Local de Vigilância em Saúde. A ação do agente é um trabalho comunicativo.

Mas, afinal, que tipo de comunicação estamos exercendo ou pretendemos estabelecer em nosso trabalho? É o que vamos descobrir juntos ao longo deste texto.



O apresentador "Chacrinha" - fenômeno de comunicação (foto acima).

Comunicação. Será que comunicar é somente transmitir e receber mensagens? Ora, isso até uma máquina é capaz de fazer! Ao longo deste texto vamos entender a origem desta definição “mecânica” da comunicação.

Mas para começar bem o nosso trabalho, vejamos outras definições:

- **“Comunicação é a capacidade de trocar ou discutir ideias, de dialogar, de conversar, com vistas ao bom entendimento entre as pessoas”.**
- **“Convivência, trato, convívio”.**

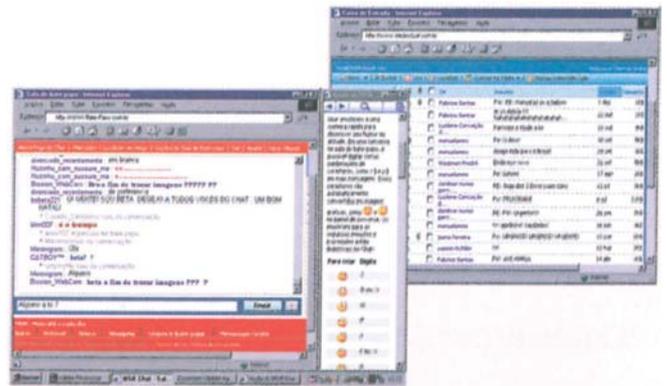
► **Comunicação:**

Ato ou efeito de emitir, transmitir e receber mensagens por meio de métodos e/ou processos convencionados, quer através da linguagem falada ou escrita, quer de outros sinais, signos ou símbolos, quer de aparelhamento técnico especializado, sonoro e/ou visual.



E é bom lembrar ainda que existem várias formas de comunicação:

[1] a **comunicação interpessoal**, direta, estabelecida entre duas ou mais pessoas frente a frente, ou por carta, telefone, "e-mail" ou batepapo virtual;



[2] a **comunicação de massa**, dirigida a uma faixa grande de público - anônimo, disperso e abrangente - efetuada por meios de comunicação de massa como jornais, revistas, TV, rádio etc.;



[3] a **comunicação não-verbal**, baseada em signos independentes da linguagem falada, como as imagens, a música etc.



Mas o mais importante de se notar é que **“comunicar”** vem da palavra latina **“communicare”**, que quer dizer **“tornar comum, partilhar, repartir, associar”**.

Uma definição da qual gostamos é a do filósofo J. Dewey, (1859-1952) que diz: “Comunicação é o processo de **repartir a experiência** para que ela se torne **patrimônio comum** e que **modifica** a disposição mental das partes associadas”. Isso quer dizer que a comunicação é um ato social e está na raiz do que podemos chamar de humanidade. A comunicação permite que experiências, sensações, idéias ou pensamentos possam ser compartilhados com outros. Comunicar significa “estar em relação com”, representa a ação de “pôr em comum”.

**Comunicação
é o processo
de repartir a
experiência para
que ela se torne
patrimônio comum
e que modifica
a disposição
mental das partes
associadas”**

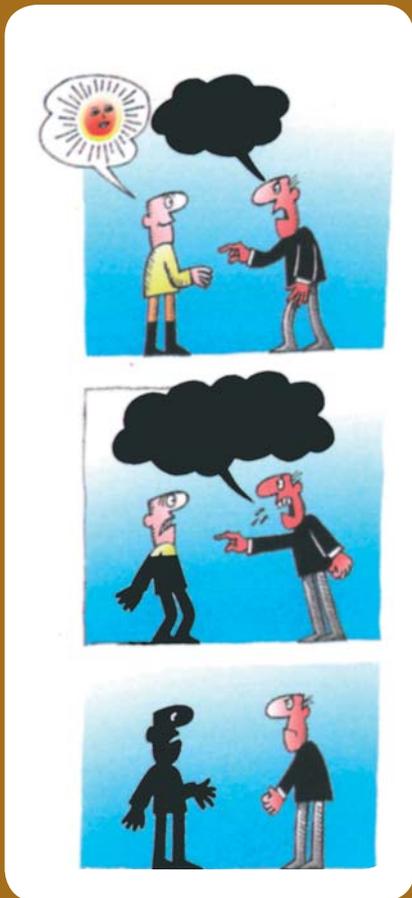
J. Dewey



Nesse sentido, identifica-se com um processo social básico, a **interação**. Este, inclusive, é o melhor sentido da expressão "comunidade". Assim "comunidade" é bem mais do que um grupo de pessoas que têm algo em comum ou que simplesmente moram na mesma região, mas sim um ambiente no qual as experiências e o conhecimento possam ser postos em comum, onde há diálogo e interação social.

Agora sim. Se comunicar é "compartilhar, dialogar, tornar comum uma experiência ou conhecimento", não temos dificuldade em entender o trabalho do Agente Local de Vigilância em Saúde como uma ação comunicativa, na qual a **interação em sociedade** tem enorme importância, em que experiências são compartilhadas tornando-se comuns a todos, em que o diálogo é imprescindível e, no caso do nosso trabalho, sempre voltado para uma vida com mais qualidade.

Fica claro, portanto, que é preciso levar em conta a complexidade dos processos comunicativos, já que a comunicação é inseparável da própria estrutura sociocultural. Sendo assim, os processos comunicativos dão-se quer o **AVISA** queira, quer não, ou seja, mesmo que ele não esteja **intencionalmente** comunicando

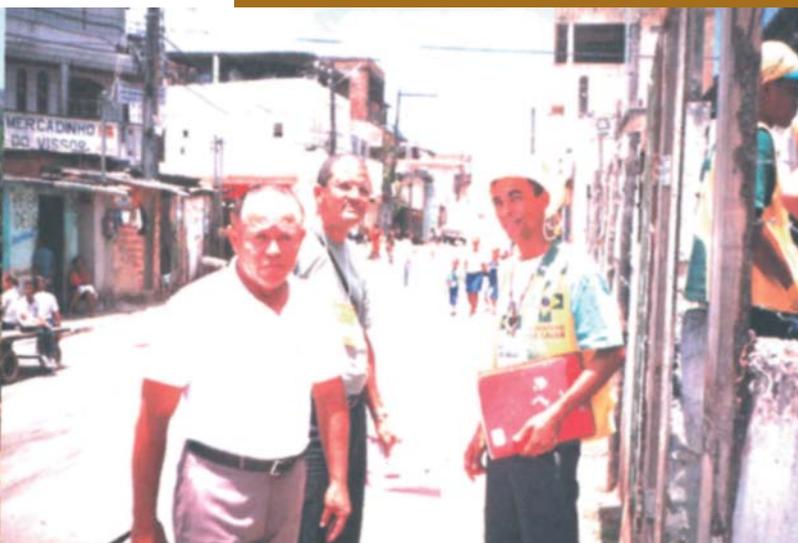


algo, sua presença e suas práticas na comunidade estão de qualquer forma “passando uma mensagem”, ou melhor, várias mensagens.

Vamos ver alguns exemplos de situações de comunicação não-intencionais ao longo de sua atividade?



As pesquisas que realizamos nas últimas décadas demonstraram a forte influência do trabalho dos então chamados guardas sanitários na forma como as comunidades rurais entendiam as doenças. Demonstraram também que, apesar de terem de modo geral boas relações nas comunidades, os guardas sanitários dificilmente consideravam-se educadores ou percebiam com clareza os efeitos de sua ação comunicativa, o que era uma pena, pois perdiam excelentes oportunidades de consolidar **intencionalmente** os conhecimentos populares.



...?!



As comunidades aprendiam e “confirmavam” os conhecimentos ao observarem o trabalho dos guardas sanitários, o qual as influenciavam mais do que as palestras dadas intencionalmente por educadoras.

Por exemplo, quando os guardas pediam ao morador uma amostra de fezes para exame, a população entendia que devia *mesmo* haver alguma evidência de doença nas fezes, caso contrário, o governo não iria gastar gasolina nos carros oficiais para ir e vir com aquele material nos potes. Quando os guardas faziam buscas de moluscos transmissores da esquistossomose nas águas dos córregos, os moradores da região percebiam que aqueles animais, aparentemente “lesmas inofensivas”, deveriam realmente oferecer algum perigo, pois aqueles “guardas” com uniforme semelhante aos dos militares, transitando em carro de “chapa branca”, viajando para tão longe, não estariam “caçando lesmas” à toa. Como no dito popular, um exemplo valia mais que mil palavras.



Sendo assim, torna-se evidente que a comunicação não se dá apenas pela fala. E mesmo na fala, há diferentes

entonações de voz, silêncios, pausas, alterações de volume que também são signos, isto é, formam um sentido para aquele que ouve.

Temos que lembrar que nossa presença fala e, ainda, que nosso corpo fala enquanto falamos. Chamamos a isso de comunicação não-verbal. Erguer a sobrancelha, sorrir, apertar as mãos, mexer no cabelo, fechar os olhos, movimentar a cabeça, além da própria postura e posição do corpo frente ao outro, tudo isso também diz muita coisa, tem um significado, um sentido no decorrer de uma fala, o qual aprendemos intuitivamente a reconhecer.

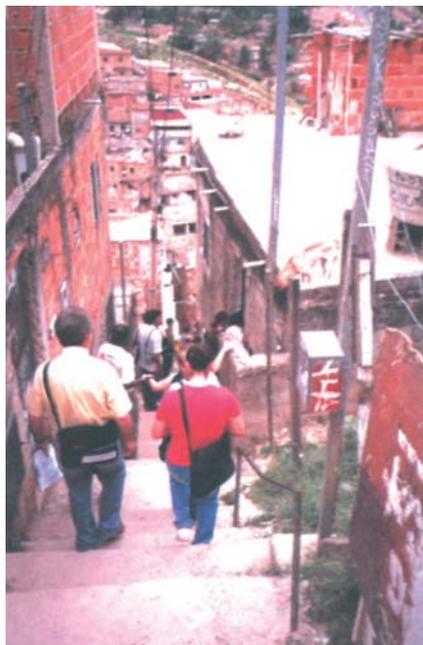
Além disso, a comunicação é uma via de mão dupla, ou seja, todos os envolvidos numa situação de interlocução emitem signos. Enquanto ouve, uma pessoa mostra as suas reações: sorri, franze a testa, mexe-se, muda sua postura corporal. Todos entendem simultaneamente esses sinais. A comunicação é um jogo dinâmico, simultâneo e rico, mesmo que se trate de uma simples conversa entre duas pessoas que se conhecem.

Calcule então como é complexa a relação de comunicação entre o profissional de saúde e a comunidade para a qual ele trabalha. Seu uniforme, sua abordagem, o veículo que o trouxe, seus contatos locais, o andamento de suas atividades anteriores na localidade trazem inúmeras outras informações que interferem no que ele **intencionalmente** pretende comunicar. Chamamos a isso de contexto da comunicação, isto é, as situações externas e internas em que esta comunicação está ocorrendo.



...?!





Por exemplo, se o **Agente Local de Vigilância em Saúde** convoca uma reunião para uma palestra sobre determinado problema de saúde, ele pode descobrir posteriormente que as pessoas da comunidade não compareceram à reunião simplesmente porque ele foi visto dialogando com alguém de má reputação local, como um vereador corrupto ou outro elemento com quem sua imagem teria sido associada. Ou ainda, porque a palestra ocorreria em local cedido por esse político. Embora isso não tenha nada a ver com os conteúdos da palestra, ou melhor, com o **texto** da palestra que ele pretendia dar, constituiu-se um **contexto** muito desfavorável para a palestra. **“Não há texto sem contexto”**, dizem todos os professores de Comunicação. Não há texto sem contexto é algo que todos sabemos, mesmo que pensássemos que não sabíamos.

Estes são exemplos corriqueiros no dia-a-dia do trabalho de campo, onde verificamos o quanto a comunicação perpassa todo o fazer estratégico da área da saúde.



Relembrando: No Módulo 6, você conheceu como se deve interagir com a comunidade utilizando a técnica do Planejamento Estratégico para que o seu trabalho em vigilância em saúde seja de fato uma ação que tem como finalidade responder aos problemas e necessidades da população de sua área de atuação - o seu território. A essa forma de agir, que escuta e dialoga com a população, chamamos de fazer estratégico, por isso, fique atento.

A população com a qual o **Agente Local de Vigilância em Saúde** interage tem suas próprias *referências*, não apenas em relação aos conhecimentos e às práticas propostos, mas também em relação à atuação dos profissionais de saúde, do **AVISA** e de outros atores sociais locais. O que se chama referência é a base da produção de sentido. Cada pessoa, bem como os grupos, têm internamente uma certa referência acerca das coisas, do modo como as experimentou ou as conheceu. Como já vimos, não há um só saber nem uma só forma de conhecer. Se o trabalho do agente possui um conhecimento, a população que ele atende também tem os seus próprios saberes, os modos de encontrar soluções e capacidade de resolver problemas.

Finalmente, nunca é demais lembrar que em torno da ação comunicativa há relações de poder. Não é difícil imaginar exemplos que ilustrem o fato de que "quem concentra a informação concentra o poder". São muitas as situações em que uma pessoa (*ou um grupo*) comanda, em benefício próprio e segundo os seus interesses, o uso do poder da informação, enquanto outro grupo é comandado e passa a depender e a reverenciar o "saber" do outro.



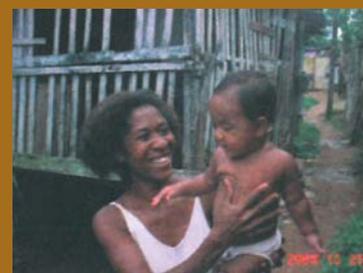
...?!



- **Procure refletir**, com base no que foi dito até aqui, sobre a idéia de que o trabalho do Agente é uma ação comunicadora. **Tente ilustrar** com exemplos, imaginando ou lembrando de situações em que a comunicação foi mais do que uma ferramenta, mais do que um meio intencionalmente utilizado para se passar uma mensagem, tornando-se até mesmo decisiva para o sucesso do trabalho.



- Antes mesmo de aprofundarmos nossos conhecimentos sobre o que seja Comunicação em Saúde, **tente formar**, intuitivamente, uma definição sua, lembrando o que foi dito sobre a Comunicação até agora, neste módulo, e também sobre o que já foi dito sobre o conceito ampliado de Saúde. **Experimente enxergar** essa definição em sua forma prática, isto é, de que maneira a ação comunicadora em saúde realmente se dá no dia-a-dia.



- **Procure imaginar** de que modo a relação entre o **AVISA** com a população pode vir a se tornar uma relação **perniciosa** de poder. E que idéias você teria sobre essa relação de modo a minimizar as chances desse problema.



*Revolta da Vacina”
Rio de Janeiro, início
do séc, XX, charge de
jornal da época (última
foto da sequência)*

O importante é ter sempre em mente que todo o fazer estratégico da área da saúde implica comunicação e que o comunicar traz em si um dever e uma responsabilidade. Há ainda as relações de poder envolvidas que devem ser levadas em consideração.

2.1 Brevíssima história da Comunicação



Para melhor compreender porque a Comunicação se encontra tão profundamente **imbricada** em todo o fazer estratégico da área da saúde, é preciso refletir que a idéia de comunicação é inseparável da linguagem, e que faz parte, portanto, da própria condição humana. Em um dado momento de sua história, o homem “inventou” a linguagem. Essa “invenção” pode ter sido construída ao longo de milhões de anos; pensa-se mesmo que é impossível falar em humanidade sem o atributo da linguagem, a qual se encontra em sua raiz. Para alguns autores, a linguagem diferencia o homem de todas as outras criaturas com as quais compartilha este planeta; para outros, todos os sistemas vivos possuem “linguagens”, sendo o conceito estendido para a comunicação química e molecular. Não precisamos entrar nesse debate agora. Para nosso objetivo de trabalho, vamos considerar aqui apenas a comunicação humana.

A princípio, na história humana, sons inarticulados e batidas de mãos e pés, ou movimentos com o corpo e assobios - comuns a várias espécies de animais - receberam sentidos **arbitrários** e **convencionais**.

▶ **PERNICIOSA**

Algo que é mau, nocivo, reuinoso.No texto, pode ser sinônimo de vil, perversa,

▶ **IMBRICADA**

Aquilo que faz parte, que incluído no contexto, em todas as situações. É parte integrante.

▶ **ARBITRÁRIOS**

Resoluções que foram definidas a pártir de uma só vontade.

▶ **CONVENCIONAIS**

Aquilo que é comum, que é a regra e faz parte do entendimento geral de uma comunidade ou grupo social.

► **SIMBÓLICO**

Algo que pode representar ou substituir uma determinada coisa. Pode ser uma palavra, um gesto, uma cor, um som, um objeto, um desenho ou outras coisas que nossa imaginação possa criar.



Isto quer dizer que um grunhido ou um som qualquer poderia significar algo além de mero jogo de atrair-afastar (*aproximação e fuga*) que acontece entre os grandes primatas. Dos primeiros sons surgem as primeiras palavras soltas, os primeiros gestos **simbólicos**.

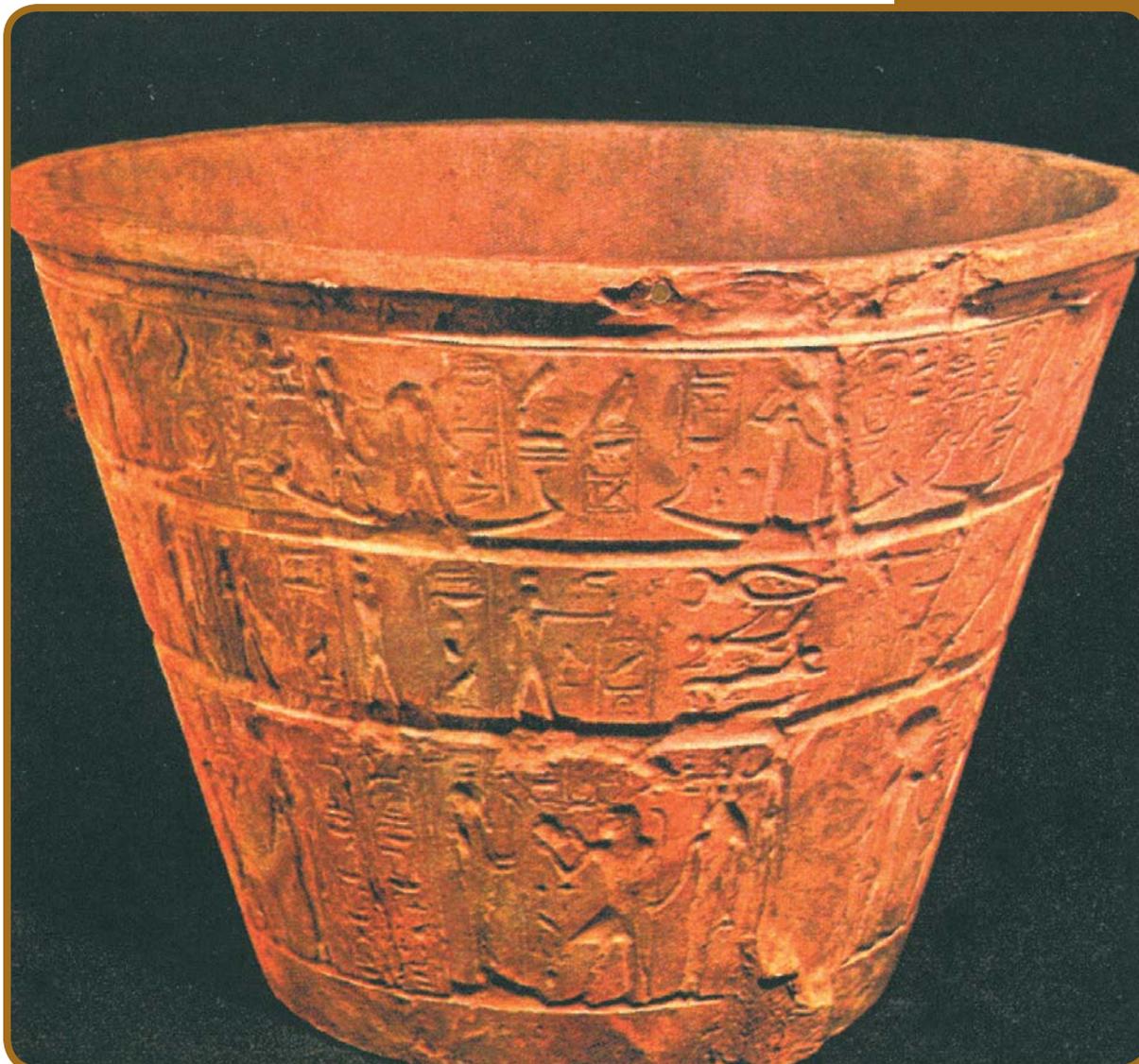
Uma criatura primitiva já conseguia transmitir para outra o que lhe ia na cabeça:

"Vamos para lá";
"Olhe, um leão";
"Fogo!".

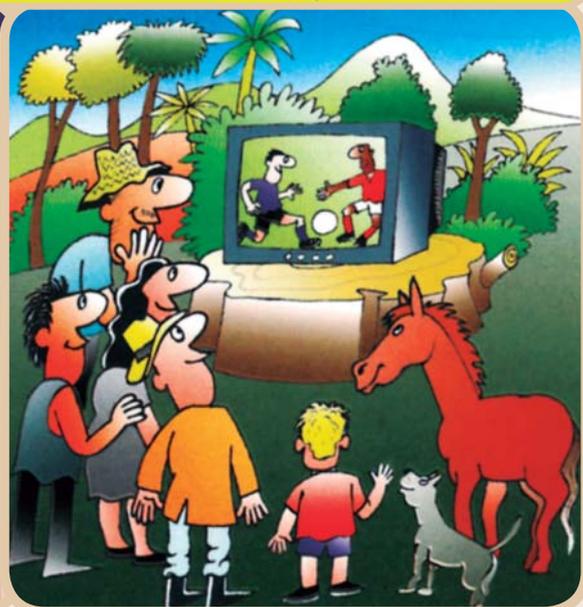
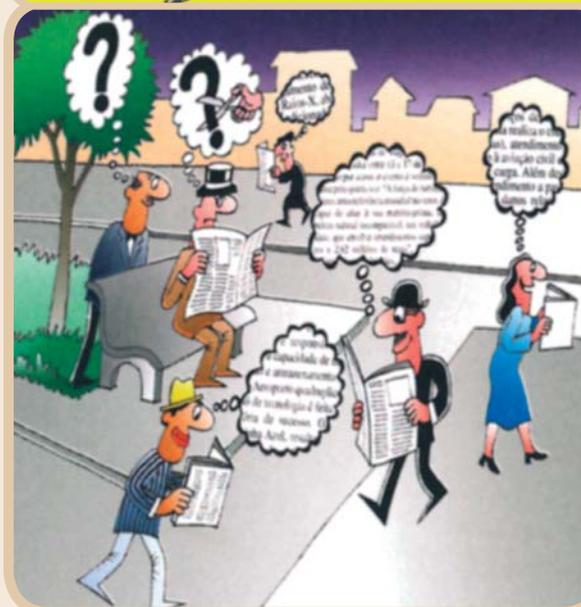
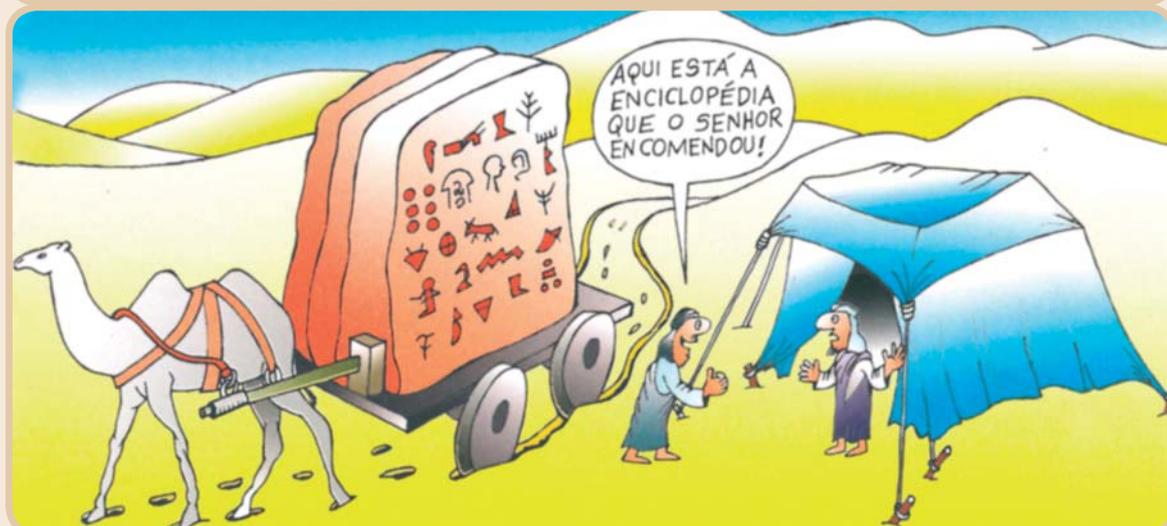


Aos poucos, essa linguagem foi ficando cada vez mais sofisticada e os objetos, animais, situações designados passaram a ser não mais singulares (*este bisão; aquela fruta*), mas universais (*bisão; fruta; homem*). Já era possível falar de passado e futuro, já era possível inventar coisas que não existiam. Da “invenção” da linguagem até os dias de hoje já se passaram cerca de um milhão de anos, segundo os cientistas, e esse é um tempo curtíssimo diante da evolução do planeta.

Relógio egípcio.
(foto abaixo).



A comunicação percorreu, **inicialmente**, um caminho longo, com quatro momentos importantes, cada um deles revolucionando a humanidade e transformando o mundo conhecido:



A Linguagem [1º momento]

A linguagem, entendida aqui como linguagem articulada (*a fala*), propiciou a cultura, a transmissão de conhecimentos, o desenvolvimento da arte e das ciências, a formação de gerações que superavam continuamente as anteriores em feitos e realizações. A linguagem propiciou a constituição da sociedade dos homens. O alcance da fala e dos gestos humanos, porém, eram restritos, locais e temporais.

A Escrita [2º momento]

Surgida na **Suméria**, por volta de 3000 a.C., a escrita ampliou o domínio e a extensão da linguagem. Em tabuinhas de argila ou em retalhos de couro de animais, surge uma "fala registrada", que pode ser lida em qualquer tempo. A escrita fonética (*cerca de 1000 a. C*) simplificou e ampliou ainda mais essa ruptura do tempo.



Placa de barro da Mesopotâmia; Os escribas usavam "caneta" com ponta em cunha - escrita cuneiforme; "Dança Ritual" Pintura rupestre; Escrita em papiro/couro; Pintura mural em Tebas/Egito.
(seqüência de cima para baixo/ esquerda para direita) .

► SUMÉRIA

Civilização da Mesopotâmia - atualmente, sul do Iraque - que desenvolveu os primeiros registros escritos. Foram encontrados em Tell Brak, tábuas de argila contendo material escrito, datados de 3200 a.C., que são, provavelmente as inscrições mais antigas do mundo. Os sumerianos também são reconhecidos como os criadores da primeira literatura.

A Imprensa [3º momento]

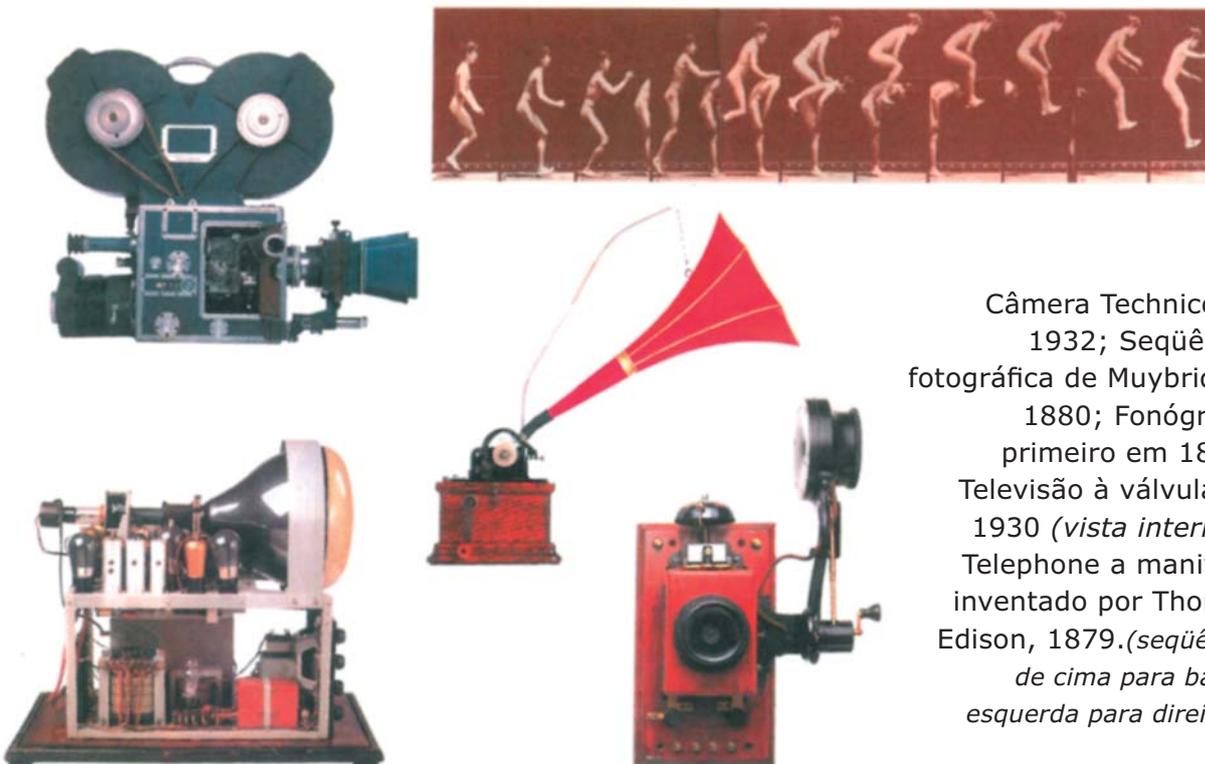
No ano de 1450, Gutemberg produziu no Ocidente o que a China já conhecia: a prensa de tipos móveis. Um livro não precisava mais ser penosamente copiado à mão, sujeito às interpretações e às variações dos copistas, mas rapidamente reproduzido em muitos exemplares, todos iguais, em pouco tempo. A linguagem amplia-se no tempo e no espaço, reproduz-se a uma velocidade jamais imaginada, e a possibilidade de comunicar aumenta significativamente.



Página de um livro chinês impresso e ilustrado com blocos de madeira; A Bíblia de Gutemberg - primeiro grande livro impresso, utilizava tipos móveis de metal fundido; Antigo bloco de impressão japonês texto entalhado em madeira; Tabloide "Tagarela" Brasil ano de 1903. (seqüência de cima para baixo/ esquerda para direita).

A Eletricidade [4º momento]

A apropriação e o controle da eletricidade (*cerca de 1840*), propiciaram à comunicação o seu momento mais expansivo. A distância foi totalmente vencida, com as invenções do telefone, do rádio, de técnicas de armazenamento e reprodução de sons e imagens, do cinema, da televisão, do computador. Num curtíssimo espaço de tempo (*menos de 200 anos*), as malhas e redes de comunicação envolveram todo o planeta, projetando-se no espaço por meio de satélites e retransmissores, unindo diversas **mídias** e proporcionando à humanidade a sensação de **tempo real e espaço total**. O mundo torna-se muito próximo e passamos a ter acesso a informações sobre eventos dos mais remotos pontos do planeta ao mesmo tempo em que acontecem.



Câmera Technicolor, 1932; Seqüência fotográfica de Muybridge, 1880; Fonógrafo, primeiro em 1877; Televisão à válvula de 1930 (*vista interna*); Telephone a manivela inventado por Thomas Edison, 1879. (*seqüência de cima para baixo, esquerda para direita*).

► **MÍDIA**

Meios utilizados para comunicar e que podem ser de diversos formatos: escrito, falado, visual como, por exemplo, o rádio, a televisão, um CD, o jornal e outros.



A Internet mundial [5º momento]

A entrada em cena da Internet mundial é, para alguns pensadores, o início de um **Quinto Momento**, de uma nova era na história da comunicação, e suas conseqüências ainda não são conhecidas.

Com este breve panorama da história da comunicação, pretendemos mostrar como os meios para a interação humana sofisticaram-se a partir de invenções cada vez mais complexas, lembrando também o acúmulo de poder que tais avanços representam nas mãos daqueles que detêm o acesso aos sofisticados aparatos e técnicas de comunicação ao longo da história e o seu controle.

Finalmente, a comunicação humana com seus interesses, desejos e motivos - sempre tão humanos, sempre em interação - chega, por vezes, a ser pouco trabalhada e até mesmo esquecida, devido ao grande fascínio exercido por todos os aparatos tecnológicos de



nosso tempo. Esta é uma questão importante para os pesquisadores do campo da Comunicação em Saúde, já que saúde tem a ver com dignidade plena do homem, o que inclui a sua expressão comunicativa, o acesso ao conhecimento acumulado e, enfim, o exercício de interações saudáveis em todo o mundo.



Você consegue, a partir do que apresentamos, reconhecer alguns processos comunicadores em sua prática de trabalho, dos mais simples aos mais complexos? Quer tentar?

É comum, hoje em dia, ouvirmos dizer:

“Nunca se teve tanta informação e, ao mesmo tempo, tão pouca comunicação.”

- **Você concorda?**
- **Por quê?**
- **De que maneira você explica esta frase?**





estratégias intencionais

3. Estratégias intencionais de comunicação no trabalho do Agente Local de Vigilância em Saúde

Ficou claro que o agente, só em “aparecer no pedaço” já está em comunicação e que, ao conversar com a população, ao estabelecer contato visando ao levantamento ou à solução de algum problema, está efetuando uma ação de comunicação, quer consciente, quer inconscientemente.

Ele está levando a cabo, ainda e ao mesmo tempo, uma ação educativa.

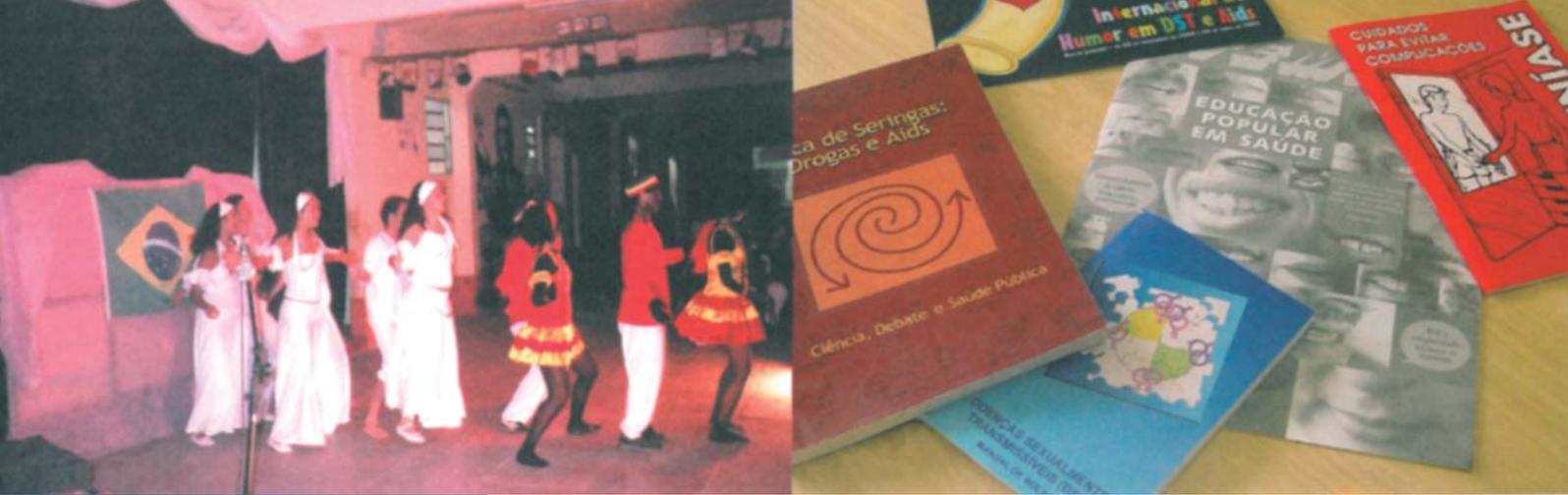
Mas há casos em que esse contato pessoal não basta e o agente julga necessário um esforço mais específico de comunicação. Isto se dá quando, por exemplo, é preciso alcançar mais pessoas em menos tempo ou transmitir certas informações de uma maneira mais localizada e aprofundada.

Nesses casos, ele precisa entender que a comunicação pode ter missões múltiplas e distintas, tais como:

- **Educar** - o que envolve valores, exemplos e formação de vínculos;
- **Entreter** - definindo bem a quem e em que condições;
- **Informar** - adequando os conteúdos que pretende incluir no trabalho;
- **Orientar** - demonstrando um procedimento ou uma ação;
- **Legitimar** -alguns temas na agenda pública;
- **Reforçar** - papéis sociais ou subvertê-los.

Se, por exemplo, produzirmos uma fotonovela com o objetivo de discutir sobre alguma doença e se, em determinada cena, a esposa aparecer à beira do tanque lavando roupa, estaremos aproveitando a ocasião da mensagem sobre a doença para reforçar o papel da mulher como doméstica. Ao contrário, se tivermos uma cena em que o marido esteja lavando roupa, estaremos aproveitando a oportunidade da discussão sobre a doença para inverter os papéis socialmente determinados para homens e mulheres.





Como vimos, podemos passar muitas mensagens ao longo da produção intencional de um material educativo. Certamente estaremos enviando muitas outras mensagens sem nos darmos conta disso, pois cada pessoa ou grupo trará seus próprios referenciais e construirá novos significados para as mensagens em oferta. Mas as diferentes interpretações não se constituem em uma barreira da comunicação. Ao contrário, esta é a condição normal e saudável de se comunicar.

3.1 O passo-a-passo da comunicação social

O entendimento diferenciado não é uma barreira ou problema de comunicação, mas a maneira normal de estabelecer a comunicação. Por isso mesmo é preciso conhecer bem o contexto onde estamos antes de oferecermos nossos produtos e conduzirmos nossos processos comunicativos.



**passo
a
passo:**

Para isso, é útil seguir o passo-a-passo do processo de comunicação social, que inclui as seguintes etapas:

- [1]** Pesquisa do problema em seu contexto
(que conteúdos serão abordados?);
- [2]** Definição da população ou público a que se dirige a mensagem
(a quem queremos chegar?);
- [3]** Definição dos objetivos *(o que queremos lhe dizer?);*
- [4]** Seleção das estratégias *(como? Através de quais formatos? Onde? Através de quais meios e canais?);*
- [5]** Produção *(Façamos);*
- [6]** Avaliação *(Fizemos bem? Quais decorrências, esperadas ou não, do que fizemos?).*

Agora então

Tente identificar e relacionar algumas dessas situações vividas durante o seu processo de trabalho.



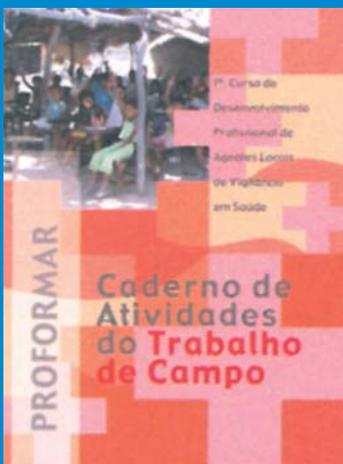
Por vezes, o trabalho do **Agente Local de Vigilância em Saúde** depara-se com situações que envolvem objetivamente a necessidade de estratégias intencionais de educação e de comunicação.

**passo
a
passo:**

1º: Pesquisa do problema em seu contexto: a importância da pesquisa em comunicação e algumas dicas

Já deu para perceber que é preciso conhecer bem o contexto antes de sair por aí produzindo “mensagens”. Aliás, ao **AVISA** não interessa apenas o produto, a “mensagem”, mas o processo comunicativo como um todo, não é mesmo? Bem, de qualquer forma, não são necessários longos estudos científicos para realizar um bom trabalho e definir objetivos, limites e pretensões. Além disso, ao chegar a esse momento do curso, o Agente já está bastante familiarizado com diferentes métodos e instrumentos de pesquisa.

A pesquisa em comunicação pode ser feita através de entrevistas, de grupos de discussão focal, de observações e notas de campo ou de questionários e pode ser realizada diretamente com grupos populacionais ou ocupacionais como, por exemplo, estudos específicos com estudantes, prostitutas, garis ou com portadores de determinada infecção. De acordo com o problema que esteja enfocando, o **AVISA** poderá descobrir grupos de interesses comuns junto aos quais pretenda produzir a sua mensagem ou comunicação.





A pesquisa indicada para estudos de comunicação é essencialmente qualitativa; ela verifica motivações, interesses e lógicas de determinados comportamentos e práticas.

Assim, a pesquisa qualitativa permitirá ao AVISA:

- **Compreender**, ou **visualizar**, a partir da sua inserção na comunidade, o problema vivenciado por pessoas e grupos.
- **Aprofundar** o conhecimento acerca de idéias, noções ou crenças que estejam circulando nas populações.
- **Entender** logicamente um comportamento.
- **Realizar** pré-testes de materiais educativos.
- **Gerar** idéias junto com grupos específicos.

Quando existe a necessidade de conhecer a intensidade e a distribuição de determinado problema nas populações, torna-se importante complementar a pesquisa com levantamentos quantitativos ou, pelo menos, com



uma boa consulta aos dados e pesquisas preexistentes nas prefeituras, secretarias de saúde, censos etc. Neste caso, sua pesquisa em comunicação poderá ser bem fundamentada com dados secundários de macropesquisas sobre a região onde trabalha (*censo, por exemplo*) que ajudam a entender o **com-texto** de seus resultados.





2° e 3°:: A definição dos públicos ou "segmentação da audiência"

A realização de estudos prévios sobre o contexto, inclui a definição clara dos públicos ou segmentos da população a quem se destina a mensagem. Mas por que é tão fundamental definir bem nossos "públicos".

Vamos entender por quê?

Quando definimos bem o público de nossas mensagens em comunicação, torna-se possível trabalhar conhecendo os interesses, as vivências prévias, as **racionalidades** e as expectativas do grupo com o qual se trabalha. Vejamos alguns exemplos:

Se vamos dirigir nossa mensagem para os jovens, temos que levar em conta que eles têm grande familiaridade com as novas tecnologias (*computador, TV, Internet*), as quais reorganizaram completamente a experiência social de sua geração. A mensagem não pode ser a mesma para outros grupos etários, como os idosos, que não têm a mesma familiaridade com tais tecnologias.

Quando pretendemos que nossa mensagem chegue a intelectuais, dirigentes e executivos, partimos do princípio de que eles, em geral, já têm TV a cabo, jornais específicos de sua área etc., ou seja, esses profissionais possuem acesso diferenciado a muitas informações específicas para a tomada de decisões. Estaríamos perdendo tempo se organizássemos conhecimentos e formatos desatualizados para esses grupos.

▶ **RACIONALIDADES**

Conjunto de esquemas, regras, normas, procedimentos. Aquilo que orienta o conhecimento sobre alguma coisa, que dá sentido aos fatos, a uma determinada sociedade, grupo social, comunidade.



Se trabalharmos com grupos com baixa escolaridade, temos que levar em conta que formas de acesso à informação estarão utilizando. Geralmente, esses grupos saem diretamente da cultura oral para as gramáticas da televisão e outras mídias, não tendo facilidade com textos escritos e podem, inclusive, não saber ler ou escrever o suficiente para acompanhar uma mensagem impressa.

Assim, reconhecemos a diversidade da sociedade, rompendo com uma visão unificada de “público”, “população” ou “comunidade”. É preciso reconhecer que existem inúmeros “públicos” na idéia genérica de “público”. E muitas subpopulações inseridas na “população”. Para Martín-Barbero (2003), um estudioso da comunicação na América Latina, as Políticas Nacionais de Comunicação em nossos países, até a década de 1980, sempre fracassavam pelo fato de não terem nunca levado em conta a multiplicidade de atores da sociedade civil, seus interesses e particularidades. Eram políticas pensadas por intelectuais e por políticos

que não levavam em conta os diferentes modos de ver, de ler e de escutar dos grupos sociais. Eles achavam que poderiam definir e legislar sobre o que era a “vontade do povo”. O resultado? Produziram mensagens que falavam com todos e com ninguém.

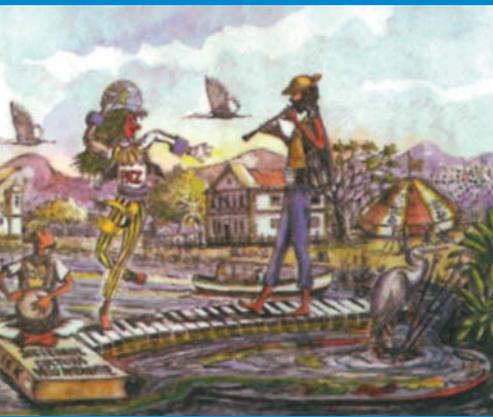
A partir da década de 1980 inicia-se uma fase de muitas pesquisas em Comunicação, já levando em conta a realidade e a cultura específicas de seus diferentes públicos.

Uma última dica sobre a segmentação da audiência. Cuidado para não focalizar as mensagens apenas nas mudanças de comportamento, pois, quando isso ocorre, acabamos desviando a atenção dos outros fatores e determinantes sociais das doenças. E já que estaremos falando com públicos específicos, poderemos gerar a falsa impressão de que eles são os culpados ou os únicos responsáveis pelo problema. Vamos aos exemplos:

Uma mensagem para as mulheres sobre a importância da mamografia para a prevenção do câncer de mama - ao recomendarmos que a mulher modifique o seu comportamento fazendo regularmente esse exame - precisa incluir o fato de a maioria dos municípios não oferecer, através dos serviços públicos de saúde, o equipamento para tal exame. Caso contrário, estaremos “inocentando” os serviços de saúde e culpabilizando as mulheres, que são as reais vítimas desse descaso.

Se dirigirmos uma mensagem sobre a gravidez na adolescência somente às meninas, então, estaremos excluindo os meninos dos debates e, afinal, eles também devem estar envolvidos, por razões óbvias, nessa discussão, não é mesmo?





Cartaz do Festival Cultural de Inverno de Tela Paulo Gomes, 2001 (foto acima)

▶ **HABITAT CULTURAL**

Refere-se aos hábitos e costumes de determinada comunidade ou grupo social

Se em uma mensagem sobre verminoses focalizarmos apenas a importância do uso de calçados (*comportamento individual*), estaremos retirando das prefeituras, que não destinam as verbas adequadas ao saneamento básico, a sua responsabilidade no fato, pois o trabalhador descalço só contrai a maioria das verminoses se o solo estiver contaminado com fezes.



4° e 5°:: Sobre a escolha dos meios e dos formatos

No trabalho do **AVISA**, a comunicação é um processo de compartilhamento, de interação social, sendo portanto recomendável que, ao desenvolver processos intencionais de comunicação em saúde, você trabalhe em grupo, na comunidade, promovendo interações e gerando novos grupos por afinidades e por interesses comuns. Com isso, ficará mais viável conhecer e integrar os recursos criativos já presentes na própria comunidade. Para uma boa integração no estilo, na cultura, nas artes e nas práticas locais, o **AVISA** pode se aproximar de um grupo de teatro ali existente, de uma escola de samba, da rádio comunitária, de gráficas que imprimem literatura de cordel, de grupos de dança de rua etc. Esses recursos podem naturalmente tornar-se um ponto de contato entre o Agente e a população. Mas lembre-se de que não se trata de “apropriar-se” da cultura local para melhor passar *a sua* mensagem, e sim de **juntos, AVISA e população, construir os conteúdos das mensagens**, de modo integrado ao **“habitat cultural”** dos grupos aos quais se dirige.

De um modo geral, em Comunicação, os meios podem ser divididos em:

- [a] **Meios gráficos** - peças escritas, ilustradas, jornais, folhetos, cartazes, slogans, cartilhas, livretos, gibis etc;



- [b] **Meios orais** - rádio, palestras, painéis, debates etc;



- [c] **Meios dramatizados** - teatro, esquetes, mamulengos, fantoches etc;



[d] **Meios audio-visuais** - vídeo - produção (*dramatizações ou documentários*) ou reprodução simples (*outros vídeos já existentes, gravação de eventos etc*);



[e] **Outras artes** - música, dança etc.

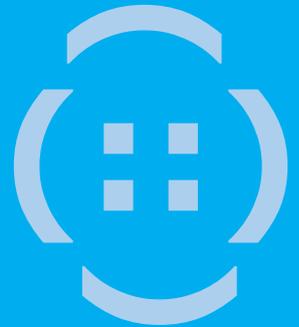


É importante conhecer todos os meios disponíveis, bem como os diversos formatos em que os conteúdos podem ser compartilhados. Mas é ainda mais importante reconhecer a adequação entre o meio escolhido, o conteúdo a ser compartilhado, os objetivos a serem alcançados e o segmento de público ao qual tal conteúdo é destinado, incluindo as próprias aptidões e inclinações do grupo.



6º:: Avaliando a comunicação (estudos de recepção)

Estudos de recepção, como o nome já diz, são as pesquisas para verificar como as mensagens estão sendo recebidas pelos públicos. De acordo com os objetivos fixados, são possíveis diferentes meios e modos de se conduzirem as avaliações. De uma maneira geral, a Comunicação é avaliada para verificar: sua eficiência na transmissão de determinados conteúdos, as relações entre custo e benefício, o alcance das mensagens em diversos públicos, ou os impactos daquela informação no comportamento de seus públicos. Entretanto, para os estudos de recepção, importa principalmente conhecer qual foi o sentido produzido por aquela comunicação, ou seja, avaliamos quais os sentidos que foram atribuídos àquela experiência de comunicação.



► SIGNIFICADO

Aquilo que explica alguma coisa. Refere-se ao entendimento que temos sobre algo; uma palavra, um objeto, uma situação, um filme ou até mesmo uma pessoa.



► DENEGRIR

Sujar a imagem de alguém, de uma instituição, de um país. Falar mal de alguém ou de uma situação de uma forma que manche, macule aquela pessoa ou situação.

Em outras palavras, perguntamos: O que fizemos tem sentido? Afinal, que sentidos tem a nossa comunicação? Estudamos os modos de interação das pessoas não só com as mensagens e com os aparatos (*vídeo, teatro, cordel etc.*), mas principalmente entre interlocutores (*as pessoas envolvidas*) e na sociedade como um todo.

A avaliação da comunicação inclui estudar os **significados** da mensagem para os receptores. Porém, procura levar em conta o processo comunicativo como um todo, não só a mensagem.

De um modo geral, tudo o que foi dito anteriormente sobre a pesquisa que antecede à produção de mensagens em saúde, também é válido para a pesquisa que a avalia. O ideal é que o processo comunicativo seja monitorado, na medida do possível, através de registros, notas, questionamentos, para que seja possível corrigir os rumos de nossas atividades em andamento. Assim, a pesquisa nos é útil antes, depois e *também durante* a realização das atividades comunicativas intencionais.



Ao fazer sua avaliação, lembre-se de que as pessoas recebem informações de outros referenciais, como da TV, de sua família, de seu grupo social etc. Assim, sua voz não é a única a falar sobre o tema. Seja a mensagem sobre saneamento, uso de preservativos ou sobre a dengue, ela "concorre" com o que diz a TV sobre esses assuntos, com o que fala o médico no posto de saúde, com a opinião da Igreja, com o artigo que saiu na semana passada no jornal, e com a própria memória que as pessoas têm de experiências anteriores com o assunto.

▶ **SEGREGAR**

Colocar em um lugar separado, separar alguém ou alguma coisa do restante.

▶ **LÍCITO**

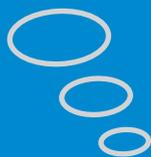
Aquilo que é permitido por lei; admissível.

▶ **ÉTICO**

Princípio que norteia a boa conduta ao ser humano.

Alguns componentes e aspectos da mensagem que você poderá avaliar:

- **Atração-entretenimento** (*De que mais gostou? O que mais chamou a sua atenção?*).
- **Compreensão-recordação** (*O que passou a mensagem para você? O que achou mais importante? Pessoas que você conhece, seus amigos e vizinhos entenderiam isso?*).
- **Relevância pessoal** (*Você acha que essa mensagem é dirigida a gente como você? Ela lhe diz algo diretamente? Você se interessa por ela?*).
- **Apelo à ação** (*A mensagem pede a você para fazer algo em especial? É possível fazê-lo? por quê? Você faria/experimentaria?*).
- **O sensato e o ofensivo** (*A mensagem, de algum modo, **denigre** algo ou alguém? **Segrega**? Ofende crenças, valores ou modos de viver dos grupos?*).
- **Identidade cultural** (*A mensagem é realista? Tem a ver com o seu cotidiano? Você consegue se ver ou ver conhecidos seus na mensagem?*).
- **Aspectos éticos** (*O que está sendo proposto é **lícito**? Será **ético**? Não é manipulador?*).



Na investigação desenvolvida em seu trabalho de campo, você observou o linguajar, isto é, o jeito de falar, os meios de expressão, o gosto popular e o tipo de arte que a população com a qual você trabalha costuma se identificar. Você acha que a população receberia e refletiria melhor sobre os conteúdos compartilhados através das formas de expressão às quais estão mais acostumadas ou, ao contrário, estariam mais atentas e predispostas a discutir conteúdos apresentados em formas “novas” para eles?

Será que há uma resposta geral para esta questão? Ou cada caso, cada objetivo proposto e cada situação mereceriam uma análise em separado?



A partir dos problemas identificados no diagnóstico das condições de vida e da situação de saúde e das ações definidas no planejamento, tente estabelecer uma estratégia de comunicação/educação para resolvê-los ou minimizá-los. Faça para si mesmo perguntas relativas às necessidades dessa estratégia aos objetivos, aos conteúdos e, depois, quanto ao melhor formato ou meio escolhido. Tente imaginar as consequências dessa estratégia, como ela poderá gerar novos sentidos para enriquecer e transformar as relações dos indivíduos com o tema abordado, com os meios de comunicação escolhidos e com outros grupos na sociedade em que vivem.





modelos e abordagens

4. Uma idéia geral dos modelos e abordagens na Comunicação em Saúde

Até aqui trabalhamos o conceito de Comunicação de um modo abrangente, ainda que todos os nossos exemplos e questões tenham sido dedicados sempre à Comunicação em Saúde. Agora vamos procurar conhecer melhor esse campo, ao qual se vinculam jornalistas, cientistas sociais e inúmeras categorias de profissionais da saúde. Depois de muitos anos oferecendo cursos sobre o assunto, verificamos que os alunos chegam com visões muito diferentes do que venha a ser a "Comunicação em Saúde".



Comunicação em Saúde seria ...

- Transmissão de conhecimentos sobre saúde?
- Uso de meios para informar sobre saúde?
- Difundir conhecimentos do saber sanitário?
- Tentar levar alguém a pensar alguma coisa?
- Informar para a cidadania?
- Abrir espaços dialógicos?
- Fomentar "consciência"?
- Tornar comuns experiências e conhecimentos sobre saúde?
- Possibilitar a participação popular no campo da saúde?
- Criar e fortalecer um modo crítico de pensar?
- Oferecer treinamentos?
- Usar meios difusores? Meios de massa?
- Trata-se de divulgação científica sobre saúde?



▶ **SENTIDO**

formas de receber sensações: ver, gostar, sensibilizar-se; mas quer dizer também bom senso, juízo, tino; sentido pode ser aspecto, lado, face; ou razão de ser, propósito/orientação, rumo/consciência; ou ainda, conhecer de modo imediato e intuitivo.

▶ **INTUITIVO**

O que não é racional. Diz se daquilo que fazemos a partir do nosso próprio referencial, da nossa sensibilidade, do que sentimos.

▶ **SUBJACENTE**

Aquilo que jaz ou está por baixo; que não se manifesta claramente, mas que está subentendido.

▶ **RETÓRICA**

Conjunto de regras relativas à capacidade que uma pessoa tem de articular conhecimentos e palavras em sua fala. Refere-se a oratória.

Podemos dizer que alguma dessas alternativas está errada? Certamente que não, ainda que algumas sejam bastante pretensiosas ou idealizadas e abordem diferentes práticas sociais que correspondem a esse vasto campo de atuação profissional.

Além disso, já situamos desde o início que nossa visão da comunicação está relacionada com a produção cotidiana de **sentido**.

Quando avaliamos a **produção de sentido** de nossas práticas no dia-a-dia, avaliamos a forma como nossa comunicação foi recebida pelas sensibilidades das pessoas envolvidas, que razão de ser ela teve, que faces ela tomou, e que rumos gerou. Tudo isso de modo **intuitivo** e sensível.

Além disso, a Comunicação em Saúde é sempre uma prática social e como toda prática social traz **subjacente** um **modelo**, mesmo que os praticantes disso não se apercebam. Por isso, utilizaremos estas páginas finais para entender melhor **a que modelos correspondem nossas práticas sociais de Comunicação em Saúde**.

Antes de mais nada é preciso lembrar que um modelo é uma tentativa de explicar organizadamente alguma coisa. As primeiras tentativas de se esquematizar organizadamente o que vem a ser um processo de comunicação foram registradas pelos filósofos gregos Platão e Aristóteles.

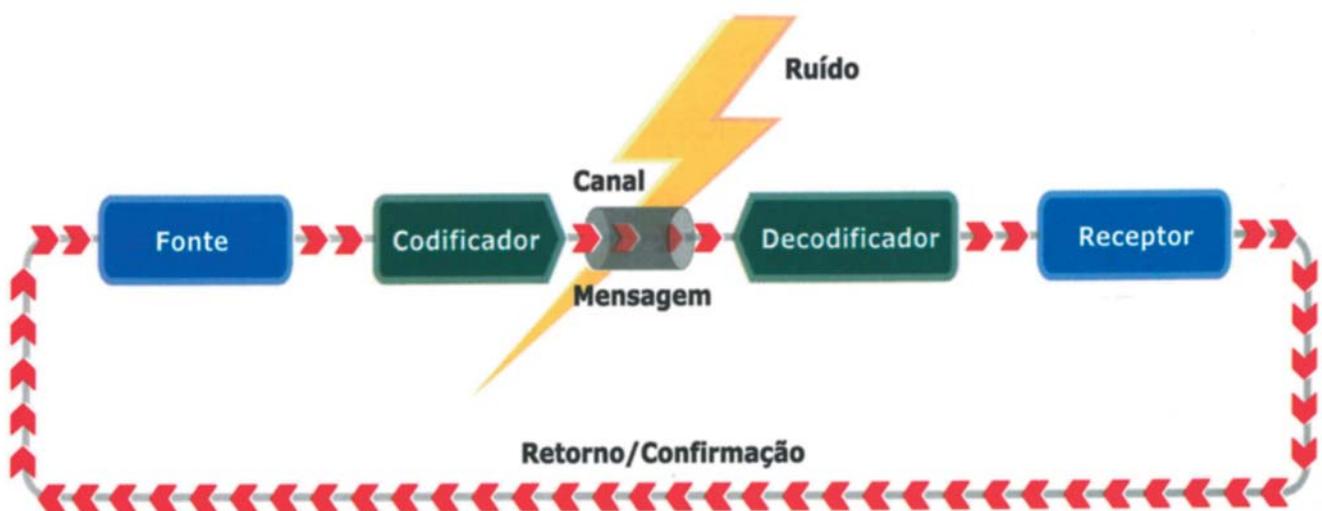
O segundo, principalmente, descreveu esse processo em seus livros sobre **retórica, diaIética** e **argumentação**, identificando um "tripé", onde a Comunicação se sustenta e que envolve uma relação equilibrada entre:

- [1] Aquele que fala;
- [2] O discurso que pronuncia;
- [3] Aquele que ouve.

A partir daí muitos modelos foram construídos, sendo que, nos dias de hoje, o mais conhecido deles é o dos pesquisadores Shannon & Weaver, 1949 (**Figura 1**).

4.1 Modelo Mecânico

FIGURA 1
MODELO SHANNON & WEAVER



Fonte: Shannon & Weaver, 1949

Veja que neste modelo existe um que fala: a fonte ou emissor; um que escuta: o receptor; uma mensagem

► **DIALÉTICA**

Arte do diálogo ou da discussão. Dialético é aquilo que se constrói por meio da discussão e da crítica e da análise dos pontos de vista contrários, até chegar-se a uma unidade.

► **ARGUMENTAÇÃO**

Recurso utilizado para explicar ou tornar claro para outras pessoas um ponto de vista.

“ O contexto, os conhecimentos prévios, a situação de interlocução, os interesses em jogo, a história de vida do emissor e do receptor que influenciariam na sua interpretação da mensagem, as demais mensagens que ambos recebem e emitem. Nada disso cabe no modelo mecânico”.

e um canal ou meio por onde passará a mensagem. Para ser conduzida pelo canal, a mensagem é inicialmente codificada e, para ser recebida pela estrutura receptora, ela é decodificada. Este é um modelo matemático que se aplicou originalmente para o desenvolvimento de meios de comunicação, como o telégrafo e o telefone. Ele é chamado de modelo mecânico da comunicação ou modelo transmissional (*visa só transmitir*).

O objetivo da Comunicação neste modelo é fazer chegar a informação, um significado, já pronto e construído (*mensagem*) de um pólo ao outro. Tudo o que interferir nessa transmissão é chamado de ruído e só servirá para *atrapalhar a comunicação*. Como se verifica facilmente, o que vimos até aqui sobre a Comunicação, o que dissemos e o que mais valorizamos seria tratado pelo modelo mecânico como simples “**ruído na comunicação**”, ou seja, o contexto, os conhecimentos prévios, a situação de interlocução, os interesses em jogo, a história de vida do emissor e do receptor que influenciariam na sua interpretação da mensagem, as demais mensagens que ambos recebem e emitem. Nada disso cabe no modelo mecânico.

É evidente que tal modelo não dá conta da interação humana, por deixar de fora o que as teorias mais recentes da Comunicação consideram como o mais importante: todos esses *ruídos*. A comunicação é um processo vivo e não pode ser reduzida a um esquema mecânico de passa-informação-para-lá, devolve-informação-para-cá. Nesse modelo, não há espaço para verdadeiros atores ou reais intercâmbios.

Nossos destinatários não são máquinas que “decodificam mensagens”, eles atribuem sentidos a todas aquelas mensagens que lhes são remetidas .

Entretanto, pode parecer difícil de assumir, mas as Instituições que envolvem intervenção social - como as de saúde - na América Latina, infelizmente, continuam adotando o modelo transmissional da comunicação. Ele norteava todas as *campanhas* de saúde e até hoje ainda é o modelo mais freqüentemente usado no planejamento das estratégias de comunicação, sendo muito fácil verificar a sua influência na maioria dos materiais educativos da área da saúde.

Segundo estudiosos da História da Comunicação na Saúde, em nosso país, esse modelo foi introduzido nos anos 1950 e 1960 e está fortemente associado ao desenvolvimentismo. A idéia era a de que o subdesenvolvimento resultava da falta de informações das pessoas, que eram resistentes ou apáticas ao progresso e que precisavam **receber informações** para mudarem comportamentos, atitudes e práticas.

De tempos em tempos, os recursos eram concentrados para realizar uma Campanha de Saúde. As campanhas tinham como objetivo mudar o comportamento “das massas”, inculcando-lhes idéias e atitudes. Foi por esse motivo que dissemos que até a década de 1980 pouco se avançou no conhecimento dos públicos diferenciados, da **heterogeneidade** da noção de público, pois as campanhas falavam com as “massas”. Ou, como vimos, levavam mensagens dirigidas a todos simultaneamente e, com isso, acabaram por não gerar identificação com ninguém.

“as teorias mais recentes da Comunicação consideram comoo mais importante: todos esses ruídos...”

A comunicação é um processo vivo e não pode ser reduzida a um esquema mecânico”



► **HETEROGENEIDADE**

De diferente natureza; composto de partes de diferentes naturezas.

► ILUMINISMO

Movimento filosófico, literário, artístico e político, também conhecido como Esclarecimento, Ilustração, ou Séculos das Luzes, que se desenvolve particularmente na França, Alemanha e Inglaterra no século XVIII, caracterizado pela defesa da ciência e da racionalidade crítica, contra a fé, a superstição e o dogma religioso.



Note-se que nesse modelo também o receptor é sempre um ponto de chegada, nunca de partida. A imagem que se tinha do receptor era a de um recipiente vazio para depósito de conhecimentos originados em outro lugar; o que se esperava era que recebesse a informação "correta". Não se levava em conta as diferentes interpretações que cada um faz sobre as mensagens em oferta .

Como vemos, os problemas que a Comunicação em Saúde enfrentou (*e ainda enfrenta*) são comuns aos da Educação em Saúde. Ambas têm em sua história as marcas do **Iluminismo** do século XIX, quando se pensava que a Educação era a simples transmissão de um saber - de quem sabe para quem não sabe.

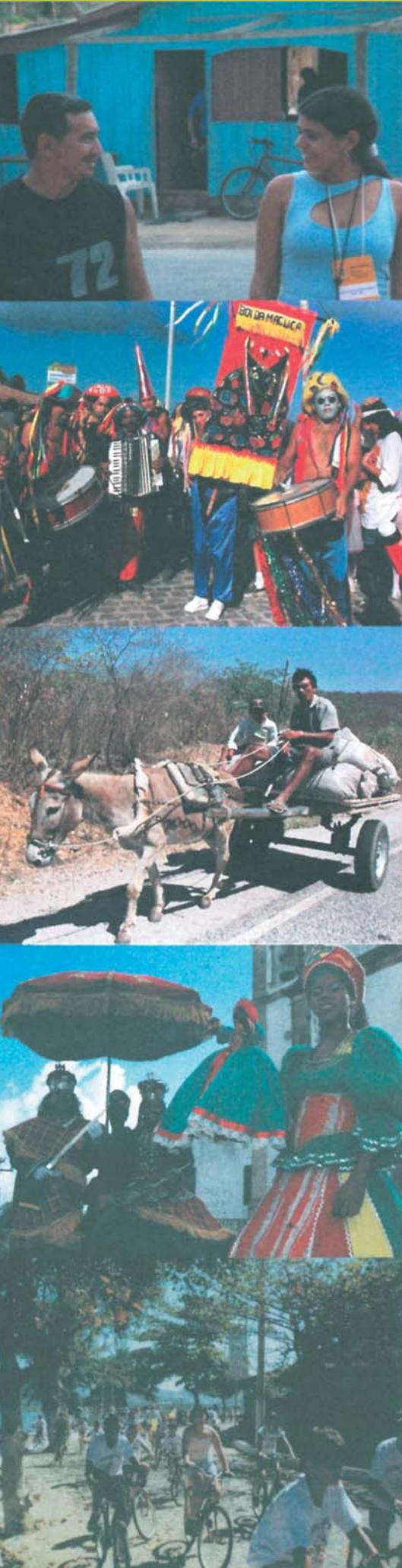
Outro equívoco era imaginar que "saber sobre alguma coisa" seria suficiente para produzir uma mudança de comportamento ou de atitude. Quantas vezes não vemos pessoas que "sabem" de todos os riscos e prejuízos que uma determinada ação ou atitude trazem e, mesmo assim, a executam? "Ele sabe que isso faz mal! Por que então continua a agir dessa maneira?" A resposta é que existem motivos de ordem econômica, cultural, social, subjetiva, e outros ligados à própria interpretação e credibilidade das mensagens sobre saúde que interferem no comportamento humano. Quantas e quantas pessoas ainda hoje não conseguem acreditar que o pequeno vírus da **AIDS** possa ter o poder de matá-las? Assim, a questão que se coloca para o receptor não é só receber uma informação, mas acreditar nela, considerá-la relevante, priorizar alguma mudança relacionada com ela e, principalmente, ter condições (*econômicas, sociais e subjetivas*) de colocar em prática os novos conhecimentos que, por acaso, sejam considerados de seu interesse.

Comunicar em saúde não é apenas transmitir conhecimentos médicos. Existem saberes específicos dos grupos que são determinantes de condições de vida. É claro que existem também brechas de conhecimento que influem no quadro de desigualdades e nos comportamentos insalubres. Mas seria o trabalho do profissional de saúde o de preencher lacunas no saber, no fazer, no pensar do outro? Ou tentar deliberar sobre quais seriam os conteúdos úteis para o outro e isso tudo sem consultá-lo?



- Em termos de ações de educação/comunicação, tente lembrar de experiências que você identifica com o modelo mecânico e "transmissional". Que tipos de resultados obtiveram? Por quê?
- Observando os programas de saúde e de ensino com os quais você tem contato, perceba os efeitos do modelo transmissional ainda nos dias de hoje. Reflita sobre as situações em que os profissionais se julgaram capazes de moldar o comportamento das pessoas usando técnicas supostamente adequadas e suficientes de comunicação. Que novos caminhos você consegue imaginar que necessitam ainda ser construídos para a superação desse mito?
- Você conhece ou desenvolve formas diferentes de comunicação? O que as diferencia do modelo mecânico e transmissional?





4.2 Abordagem dialógica da comunicação

A abordagem dialógica não chega a se constituir como modelo de comunicação, mas influenciou profundamente toda uma geração de educadores e profissionais da Comunicação em Saúde, assim como a autora deste texto. Surgiu na década de 1960 como reação política ao **imperialismo** e ao **desenvolvimentismo**, na forma de movimentos de valorização da cultura e do saber popular. Educadores como Paulo Freire (1975) e seus seguidores representam bem a crítica ao autoritarismo e ao modelo mecânico de transferência do conhecimento. Para essa educação transformadora, profundamente humanista, não existe um que sabe e outro que não sabe, mas sim saberes diferentes e igualmente válidos para a ação humana. A abordagem dialógica propõe, dessa forma, que técnicos e população sejam ambos portadores de saberes e que haja o diálogo e a construção partilhada de novos conhecimentos.

Foi através do trabalho de Paulo Freire que passamos a nos preocupar em valorizar e utilizar a cultura de cada região do país para construir novos conhecimentos na área da saúde, sempre numa relação de aprendizagem mútua e de respeito entre os diferentes saberes .

► **DESENVOLVIMENTISMO**

Regime econômico que tem como prioridade o crescimento material da sociedade e não as questões sociais como saúde e educação, dentre outras. No Brasil, tivemos essa fase a partir dos anos 1950, com **Juscelino Kubitchek**, quando o país teve um grande crescimento na indústria .

► **IMPERIALISMO**

Refere-se à forma política e econômica que alguns países ricos utilizam para se relacionar com outros países mais pobres - como se fosse um império, onde o mais poderoso domina os mais fracos e os submete às suas decisões.

4.3 Outros abordagens e olhares sobre o prático comunicativo

Este texto foi influenciado por autores latino-americanos que se dedicam aos estudos de recepção e reflexões sobre produção de sentido. As teorias mais recentes, como a das "mediações", por exemplo, acabaram por destacar a relevância de tudo aquilo que antes era considerado "ruído" na comunicação. Além disso, procuram compreender as questões geradas pela mídia nas sociedades contemporâneas. Novas teorias e modelagens buscam descrever a forma como as mensagens, vindas de diferentes "emissores" ao mesmo tempo, circulam, competem e interagem em situações concretas e como as pessoas ou grupos selecionam, negociam e competem para fazer valer as "suas verdades" em um mundo no qual, como todos sabemos, informação é poder. Esperamos que as idéias apresentadas . motivem o **AVISA** a querer aprender mais sobre o assunto e nos despedimos lembrando que:

Nossos "tutores" estão em todos os lugares, vestidos de maneira comum como várias pessoas, e todos nos ensinam, de uma maneira ou de outra, a vida toda. Aprendemos com os velhos e com as crianças, com os pobres e com os ricos, com os literatos e com os analfabetos, com os homens e com as mulheres, com as várias culturas, com todos os povos, com as diversas formas em que a existência humana se manifesta neste planeta, com os que estão perto e com os que estão longe. E aprendemos muito também conosco mesmos.





Educação e Saúde: compromisso e prática do AVISA (*)

(*) Agente Local de
Vigilância em Saúde

Angélica Ferreira Fonseca

Isabel Brasil Pereira

Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini





1. Introdução

O texto a seguir tem por objetivo refletir sobre o papel educativo do agente local de vigilância em saúde ao realizar ações voltadas para esta área.

Trata-se, então, de pensarmos os conceitos relativos à **educação**, à **saúde**, ao **trabalho humano**, ao **trabalho em saúde**, à **cultura** e à **comunicação**. Alguns deles já foram trabalhados em módulos anteriores, como o de saúde e trabalho em saúde, mas nós os recolocaremos agora em nossa temática - Educação e Saúde.

Começemos, portanto, afirmando que o trabalhador da saúde desempenha um papel educativo

que pode estar presente nas diversas práticas que desenvolve, tornando-se mais visível nas atividades voltadas para prevenção e promoção da saúde.

Porque afirmamos tratar-se de um trabalho educativo?



Porque, ao mesmo tempo que exige **reflexão, demanda ação**, ambas com o objetivo de alcançar a transformação da realidade.

Entretanto, há diferentes concepções de educação que podem expressar-se no trabalho educativo em saúde.

A compreensão de educação como um ato normativo, onde a **prescrição** e a **instrumentalização** predominam, reduzindo o sujeito da educação a objeto passivo da intervenção educativa, corresponde a uma compreensão limitada de saúde. Em outras palavras, esta concepção de educação reduz quem educa – no caso, o trabalhador da saúde – a um mero reprodutor de normas, e o aprendiz – a população atendida – a um simples depósito de informações.

► **PRESCREVER**

Ato de indicar o quê e como deve ser feita alguma coisa. Orientar alguém sobre qual deve ser a norma.

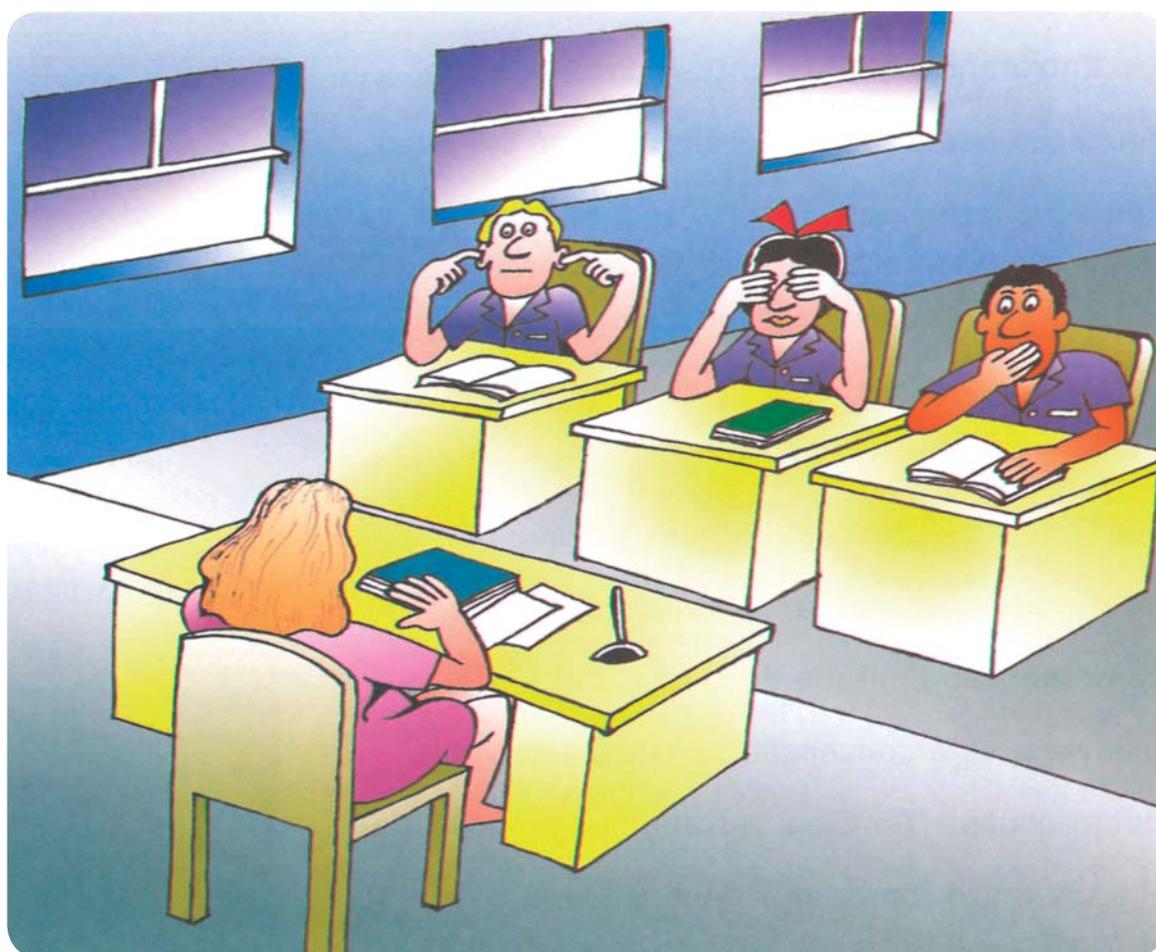
► **INSTRUMENTALIZAR**

Ato de ensinar ou repassar uma técnica. Treinar o manuseio de ferramentas para o trabalho





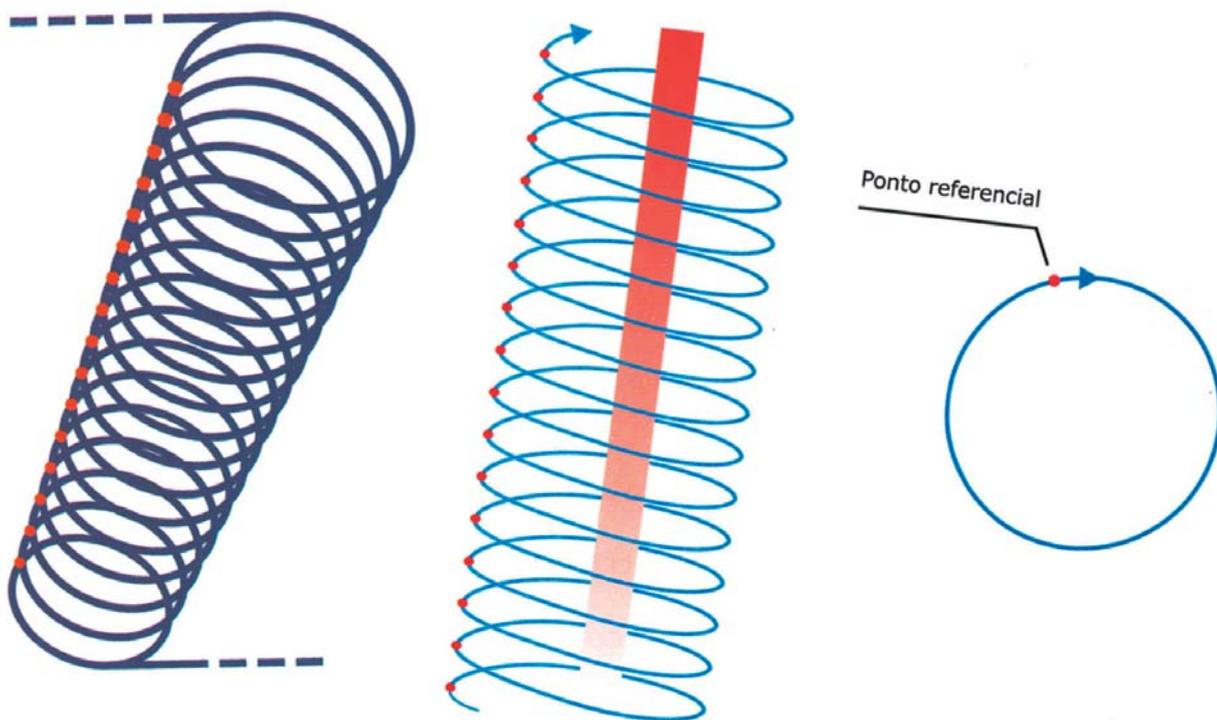
Outra forma de compreender educação é vê-la como um processo que não tem como objetivo adaptar o homem às condições econômicas, sociais e políticas em que vive, mas possibilitar que ele se perceba como o construtor desta sociedade, podendo, portanto, alterá-la.

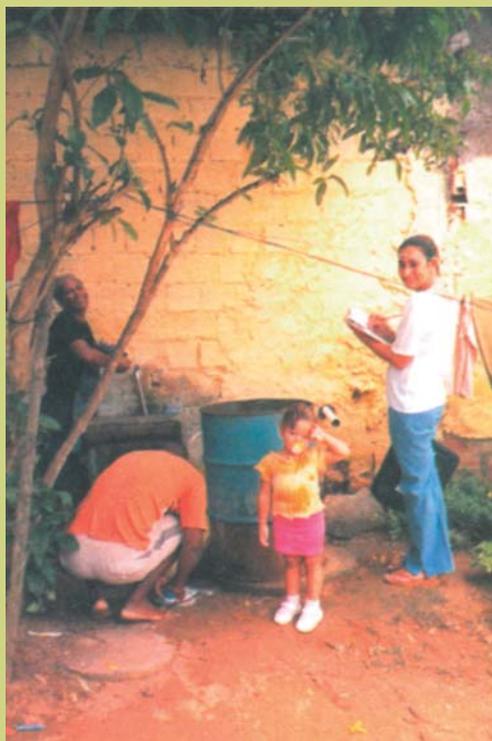




Dito de outra maneira, como nos lembra a imagem em espiral (**Figura 1**), as circunstâncias geram um tipo de homem que, ao ser educado, torna-se diferente e modifica as circunstâncias, produzindo um novo homem, uma nova sociedade, portanto, outras circunstâncias, e assim sucessivamente.

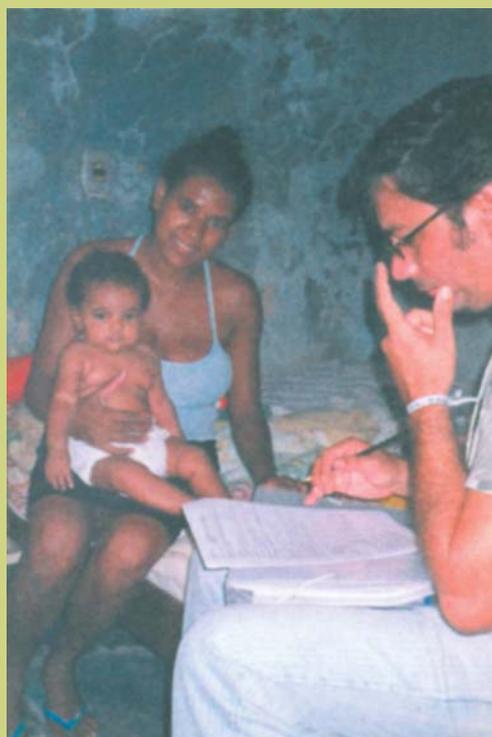
FIGURA 1
ESPIRAL





Se compreendermos a saúde como expressão das condições objetivas de vida, isto é, como resultante das condições de “habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de **saúde**¹”, Interessamos pensar educação em saúde como forma de reunir e dispor recursos para intervir e transformar tais condições objetivas, visando alcançar mais e melhor saúde.

Precisamos destacar que educar é comunicar, portanto, o trabalhador que educa, de fato, está comunicando; ele realiza um trabalho de mediação entre o conhecimento que adquiriu na área da saúde e a população à qual visa informar a respeito desse mesmo conhecimento.



Da mesma forma, a população também comunica um conhecimento adquirido através da experiência vivida e realiza um trabalho de mediação entre esse conhecimento da realidade e o trabalhador da saúde com quem dialoga.

¹

Conceito de saúde presente no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde/ realizada em 1986. Importância do conceito ampliado de saúde





conceito de saúde

2. A importância do conceito ampliado de saúde

A medicina e a biologia – ciência em que se baseia a maior parte das práticas médicas – foram, por muito tempo, as principais, talvez as únicas, referências para a definição de conceitos de saúde, ou seja, para a criação das ideias em torno das quais podemos dizer “o-que-é-ter” e “O-que-é-não-ter” saúde, “o-que-é” e “O-que-não-é” uma vida saudável.

Resulta disso, ainda nos dias de hoje, um entendimento de que ter saúde é não estar fisicamente doente e não ter saúde é estar doente.



Por ser muito simples e por ter sido criada a partir da área de maior poder e prestígio dentre aquelas que se dedicam a lidar com questões de saúde - a medicina - esse conceito ganhou grande aceitação.

Dai perguntamos:

Ele é simples ou é apenas reduzido?

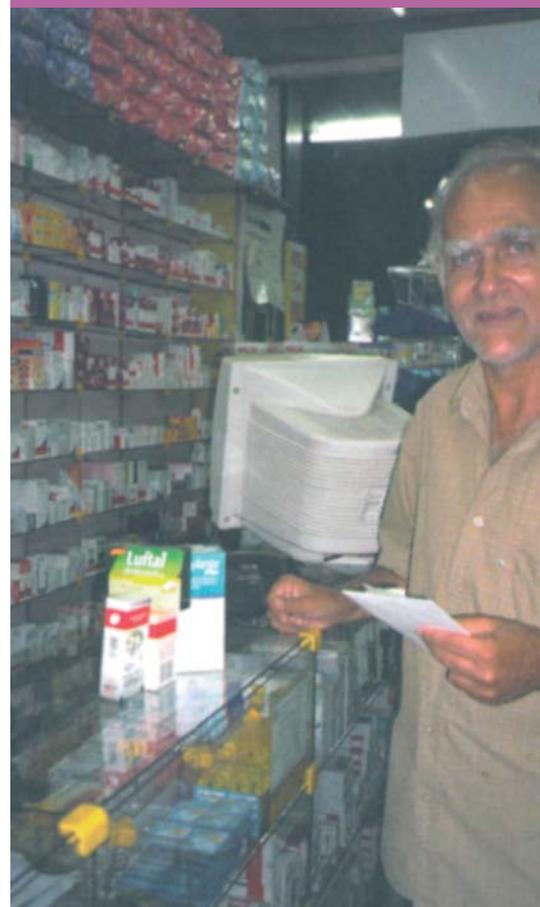


A nosso ver, quando dizemos que um conceito é simples, estamos fazendo um elogio. Isto porque, para ser considerado simples, ele deve ser de fácil entendimento e, ao mesmo tempo, oferecer uma explicação correta e profunda de uma situação. No nosso caso, se aceitássemos que saúde é apenas a ausência de doença, estaríamos aceitando também que para ter saúde basta não ter doença.

A partir daí, provavelmente acharíamos que para solucionar os problemas de saúde precisaríamos apenas curar as doenças e talvez nossas necessidades seriam assim reduzidas a médicos, hospitais e remédios.

Mas a vida real nos mostra - a mim, a você e a todos os profissionais envolvidos com as discussões sobre saúde - que a coisa vai muito além. A experiência nos faz perceber que tal conceito de saúde é reduzido, pois levanta tão somente uma parte dos problemas de saúde e das ações necessárias e soluções possíveis para resolvê-los. Quem trabalha em vigilância em

“.. provavelmente acharíamos que para solucionar os problemas de saúde precisaríamos apenas curar as doenças e talvez nossas necessidades seriam assim reduzidas a médicos, hospitais e remédios. Mas a vida real nos mostra que a coisa vai muito além.”





saúde sabe bem que muitos dos problemas de saúde que a população enfrenta têm sua origem em questões ambientais como o saneamento. Isto quer dizer que, na prática, vocês já pensam na saúde de modo ampliado.

A tentativa de ultrapassar o conceito reduzido de saúde obteve sucesso no campo da saúde pública. Diversas formas de pensar a saúde mostram-nos que não existe a saúde totalmente separada da doença e sim um processo de saúde-doença. Aprendemos que situações de doença podem fazer parte da vida, em função do modo como os seres humanos relacionam-se entre si e com a natureza. Mas aprendemos mais do que isso. Hoje, acreditamos que a saúde é uma conquista, não apenas de cada indivíduo na sua vida particular, mas dos sujeitos sociais que têm a capacidade de lutar coletivamente para transformar a si mesmos e ao mundo e, assim, poderem alcançar a qualidade de vida que favoreça a saúde de todos.



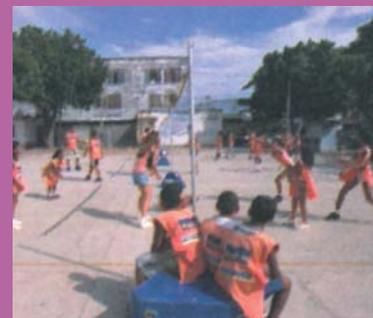


Quando falamos de qualidade de vida, pretendendo relacionar essa idéia à de saúde, estamos apenas reforçando o conceito presente na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) que já mencionamos e aqui repetimos.



Bom, vemos então:

"Saúde é a resultante das condições de habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde".

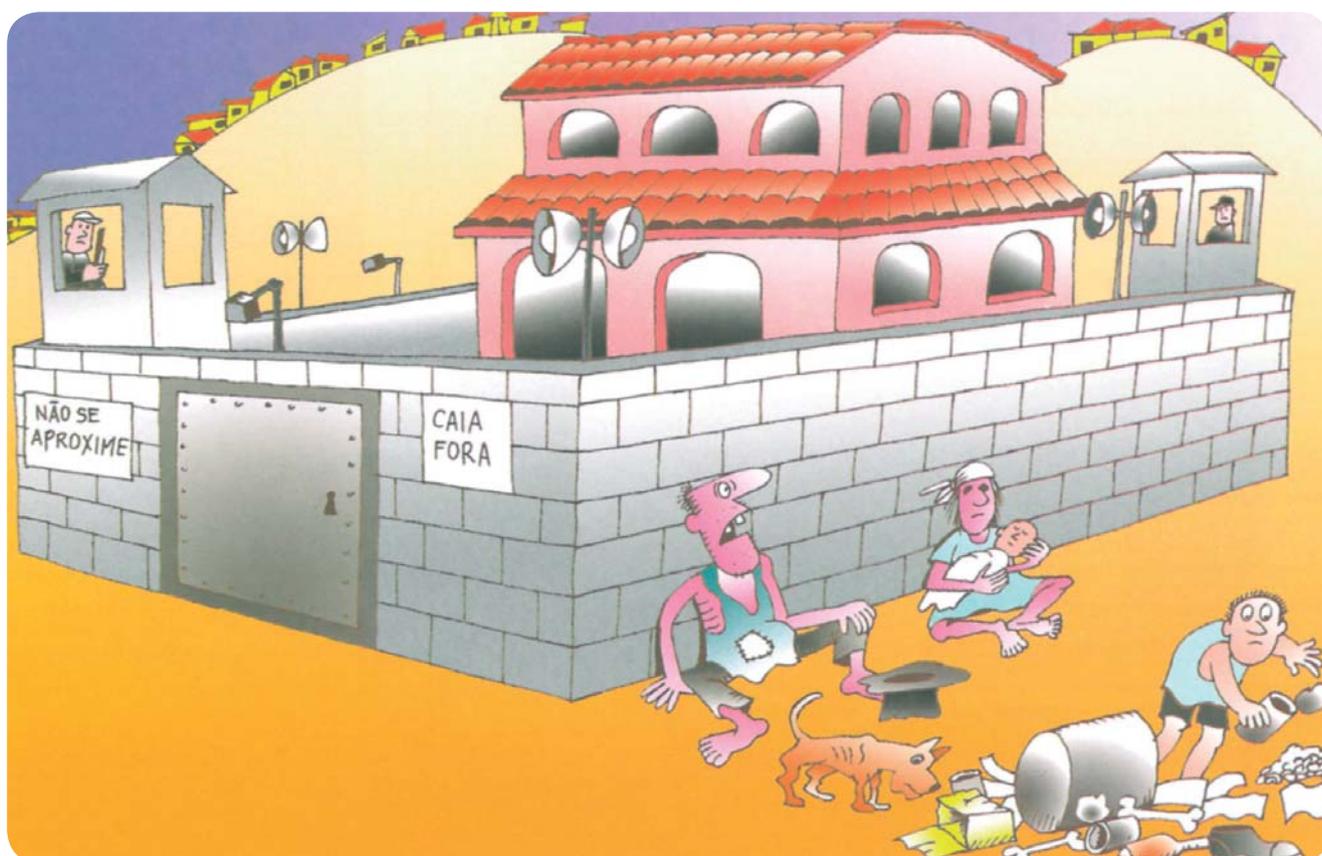


“...uma situação de vida saudável não se resolve somente com a garantia do acesso aos serviços de saúde - o que é fundamental - mas, sobretudo, com condições dignas de vida...”

Temos aqui, portanto, um **conceito ampliado**, pois nos faz ver a saúde como algo a mais que a ausência de doença, o que nos compromete com a idéia de que uma situação de vida saudável não se resolve somente com a garantia do acesso aos serviços de saúde - o que também é fundamental - mas, sobretudo, com condições dignas de vida que, em conjunto, podem nos proporcionar essa situação.

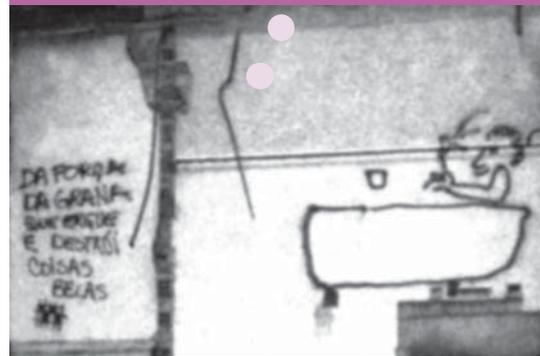
Você pode estar achando que muitas coisas foram misturadas, o conceito de saúde e o conceito de sujeito social.

Achamos então que devemos dar uma explicação sobre o **porquê de nos ser tão cara a noção de sujeito social e de que modo isso se relaciona à idéia de que a vigilância em saúde é uma prática social.**



Diversas vezes você já deve ter ouvido e mesmo dito uma frase semelhante a esta: "Nós vivemos em uma sociedade muito individualista". É comum darmos ao individualismo o sentido de egoísmo e, assim, considerarmos que cada pessoa pensa e age objetivando cada vez mais e apenas os seus próprios interesses. Mas outros sentidos podem estar associados à idéia de individualismo. Por exemplo, a noção de que cada pessoa é um ser isolado, sem levar em conta que ela vive em sociedade e que a sua vida está relacionada a outras. Mesmo sabendo que existem emoções e ações em cada indivíduo, estas se expressam, formam sentido e se realizam em sociedade.

O conceito de **sujeito** está também relacionado ao entendimento de que é o homem que constrói e destrói coisas belas, como nos lembra o **poeta**².



Casarão histórico da Avenida Paulista que teve sua fachada demolida

"(...) Do povo oprimido, nas filas, nas vilas, favelas- Da força da grana que ergue e destrói coisas belas Da feia fumaça que sobe apagando as estrelas(...)"

Versos da música "Sampa"

De uma certa maneira, entender o homem como **sujeito** também nos permite compreendê-lo como aquele que, junto com outras pessoas, constrói a sociedade. Quando falamos sujeito, está implícito o ser humano que tem a consciência como princípio determinante para as suas ações, o que é o oposto do ser humano como parte passiva das relações que estabelece com o mundo.



²

Alusão à música "Sampa" de Caetano Veloso/ em que o artista presta uma homenagem à principal metrópole brasileira/ expressando o espanto e encantamento com suas belezas e dura realidade.



Quando insistimos em dizer que a vigilância em saúde é uma prática social, estamos ressaltando que as possibilidades de transformações no campo da vigilância não dependem da simples aplicação de conhecimentos científicos e/ou normas técnicas, mas sim que também existem diferentes relações sociais: entre os membros da comunidade; entre a população e o espaço geográfico; entre as instituições públicas. Essa diversidade de relações, assim como os variados tipos de interferências que aí acontecem, podem promover ou prejudicar a saúde das comunidades. Por isso, ao longo do curso, insistimos em afirmar que a vigilância em saúde não é uma ação **sobre** a população, mas **com** o território-população.

Pode ser que, após esta leitura, você esteja achando isso tudo muito abstrato, enquanto você está preocupado em tornar o seu trabalho concreto mais qualificado.

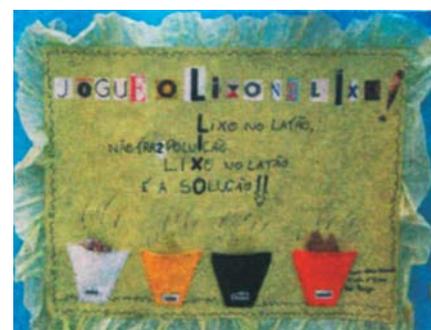
Pense então na seguinte situação: é evidente para um profissional da saúde que a presença de pneus acumulando água representa um risco evidente à saúde da população. Neste caso, a norma é bastante clara: os pneus devem ser descartados em locais adequados. Contudo, como raramente há coleta de pneus, criou-se um problema: eles são depositados em qualquer local e, como normalmente ficam expostos ao ar livre, tornam-se locais que acumulam água da chuva.





Neste exemplo, temos um problema extremamente sério, cuja solução definitiva está além da aplicação de um conhecimento, requerendo uma medida de infra-estrutura. Na maior parte das vezes, mudar situações no campo da saúde pode significar atuar sobre condicionantes e determinantes que mexem com questões econômicas, culturais e, até mesmo, emocionais.

Mas nós não abandonamos uma idéia: é necessário lutar para transformar, é possível transformar. Quando dizemos que a vigilância em saúde é uma prática social, estamos convencidos de que não há uma receita pronta que possa ser adotada. Estamos também acreditando que, através do trabalho junto à população, se descobre e se constrói um conjunto de possibilidades de ação, que vão se alterando com a realidade. A educação em saúde é uma dessas possibilidades, algo que tem seu lugar nessa história.





educação e saúde

3. Notas sobre Educação em Saúde

Quando falamos em educação, que idéias lhe vêm à cabeça?

Obviamente não somos adivinhos e não poderíamos prever quais respostas obteríamos a essa pergunta. Mas podemos falar aqui de alguns modos de se pensar sobre Educação e sobre Educação em Saúde.

Educação remete-nos a duas associações mais comuns:

- a escola e
- a família.



A idéia de que a educação tem como objetivo “construir” a criança tornando-a um ser social nos faz pensar em algumas coisas. Por exemplo: a educação é uma ação que se dirige àqueles que seriam, a princípio, incapazes de se relacionarem de um modo culturalmente aceito. Nesse caso, existiria um pólo que recebe a educação - o que não sabe - e também um único sentido da educação: o que vai de quem educa para quem é educado.

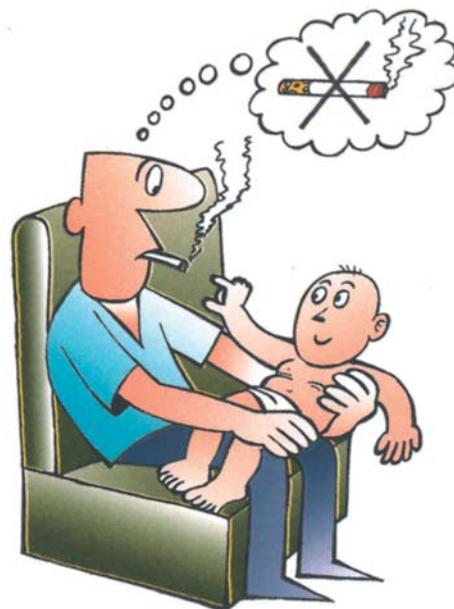
Mas na educação, tal qual na saúde, a discussão também vai além.

Vamos propor aqui um modo mais amplo de se pensar sobre educação. De acordo com a nossa proposta, educar seria um processo através do qual se criam formas de perceber a realidade, pensar intelectualmente sobre o que nos cerca, conceber alternativas de interferir na realidade e, ainda, relacionar-se emocionalmente com os fatos da vida.

Bem, agora ficou muito mais complexo.

Para ajudar a entender nosso pensamento, vamos recorrer a um exercício de imaginação: lembre-se de uma criança de sua convivência; pense no quanto ela já influenciou e mudou o seu modo de ver uma questão, sentir-se em relação a algumas coisas, mudar os seus valores ... Embora você seja adulto e experiente, é possível reconhecer que um ser com tão pouca história de vida é capaz de exercer, através da relação com você, uma **ação educativa**.

Educar seria um processo através do qual se criam formas de perceber a realidade, pensar intelectualmente sobre o que nos cerca, conceber alternativas de interferir na realidade e, ainda, relacionar-se emocionalmente com os fatos da vida.





Este exercício vale para nos ajudar a afirmar que existe uma ação educativa, um poder de educar, que se coloca nas mais diferentes relações, quer sejam com pessoas, quer sejam com instituições.

No caso da vigilância em saúde, isso é particularmente importante, porque é preciso lembrar que muitas formas de agir na relação com a comunidade e com o território têm como resultado uma ação educativa, algo que pode gerar, nos espaços da convivência cotidiana, novas maneiras de perceber, atuar e refletir sobre questões relacionadas à saúde e ao ambiente.

Mas no caso de nossa discussão, e para fins de qualificação do trabalhador de vigilância em saúde, queremos sinalizar um outro aspecto. Trata-se do fato de que parte do seu trabalho pode ser considerado como educativo.





Ação educativa e trabalho educativo. Qual seria a importância desta diferença?

Ao comentarmos que todas as relações sociais são potencialmente educativas, estamos considerando que a ação educativa pode ocorrer espontaneamente, sem que haja necessariamente uma consciência sobre ela ou ainda uma reflexão sobre a sua intenção. Dito de outra maneira, compreendemos que a **educação, no seu sentido amplo de humanização, se dá ao longo de toda a vida, acontecendo em lugares sociais - no ambiente familiar, no trabalho, na rua, na igreja, na escola.**

Esta seria uma diferença importante da ação educativa para o **trabalho educativo**³.

3

A concepção de trabalho educativo à qual nos referimos é discutida por autores como Demerval Saviani, Betty Oliveira e Newton Duarte.





Quando afirmamos que uma parte do trabalho exercido pelo profissional de vigilância em saúde é educativo, estamos dizendo que ele traz uma intenção e deve, portanto, incluir reflexões sobre os objetivos a serem alcançados e as formas através das quais “caminhamos” para deles nos aproximarmos.

É possível que neste ponto da nossa discussão você indague se isso não seria trabalho demais, ou seja, algo que se coloca além do que deveriam ser as atribuições do trabalhador da vigilância em saúde. Talvez, fortalecendo esta idéia, esteja a crença de que o trabalho educativo só deveria ser desempenhado por pessoas que receberam uma qualificação especial para isso, os “Mestres”.

Nós não pensamos assim. Achamos que não nos cabe supor que o trabalho educativo não requeira reflexão, mas essa reflexão crítica tem que ser realizada, acima de tudo, por aqueles que efetivamente realizam tal trabalho; por todos aqueles que incluem entre os seus objetivos de trabalho a intenção de:

- **Partilhar** conhecimentos sobre saúde;
- **Contribuir** para que as populações reconheçam as situações de risco à saúde nas quais estão envolvidas;
- **Promover** a mobilização popular para garantir direitos que permitam melhorar as condições de vida;
- Em resumo: **interagir** conscientemente com os sujeitos sociais (*indivíduos, instituições, grupos*) que ativamente podem fazer a diferença.



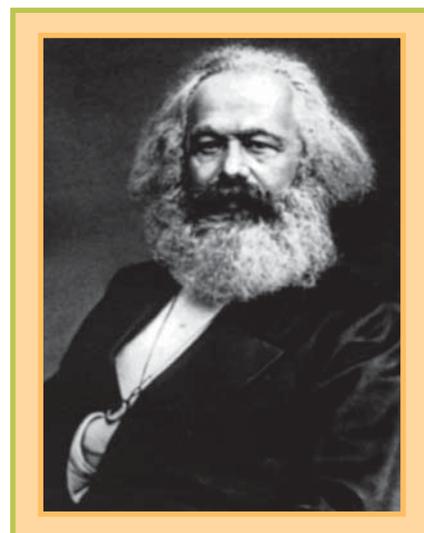
Portanto, é exatamente **com você** que precisamos refletir sobre questões específicas da educação em saúde. E é também com o trabalhador da saúde que queremos refletir sobre o que é o trabalho humano e, a partir deste, discutir características das ações em saúde que realiza.

Pode-se entender o trabalho humano como um processo no qual os indivíduos atuam sobre a natureza, transformando-a em formas úteis para a sua vida, em garantia da sobrevivência e da continuação de cada um e da sua espécie. Ao modificar a natureza, o trabalhador coloca em ação a sua capacidade de pensar, criar e planejar (*capacidades intelectuais*) e as suas energias físico-musculares. É importante distinguir o trabalho humano das ações instintivas realizadas pelos outros animais. Marca bem essa diferença a seguinte imagem: "o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em **realidade**"⁴

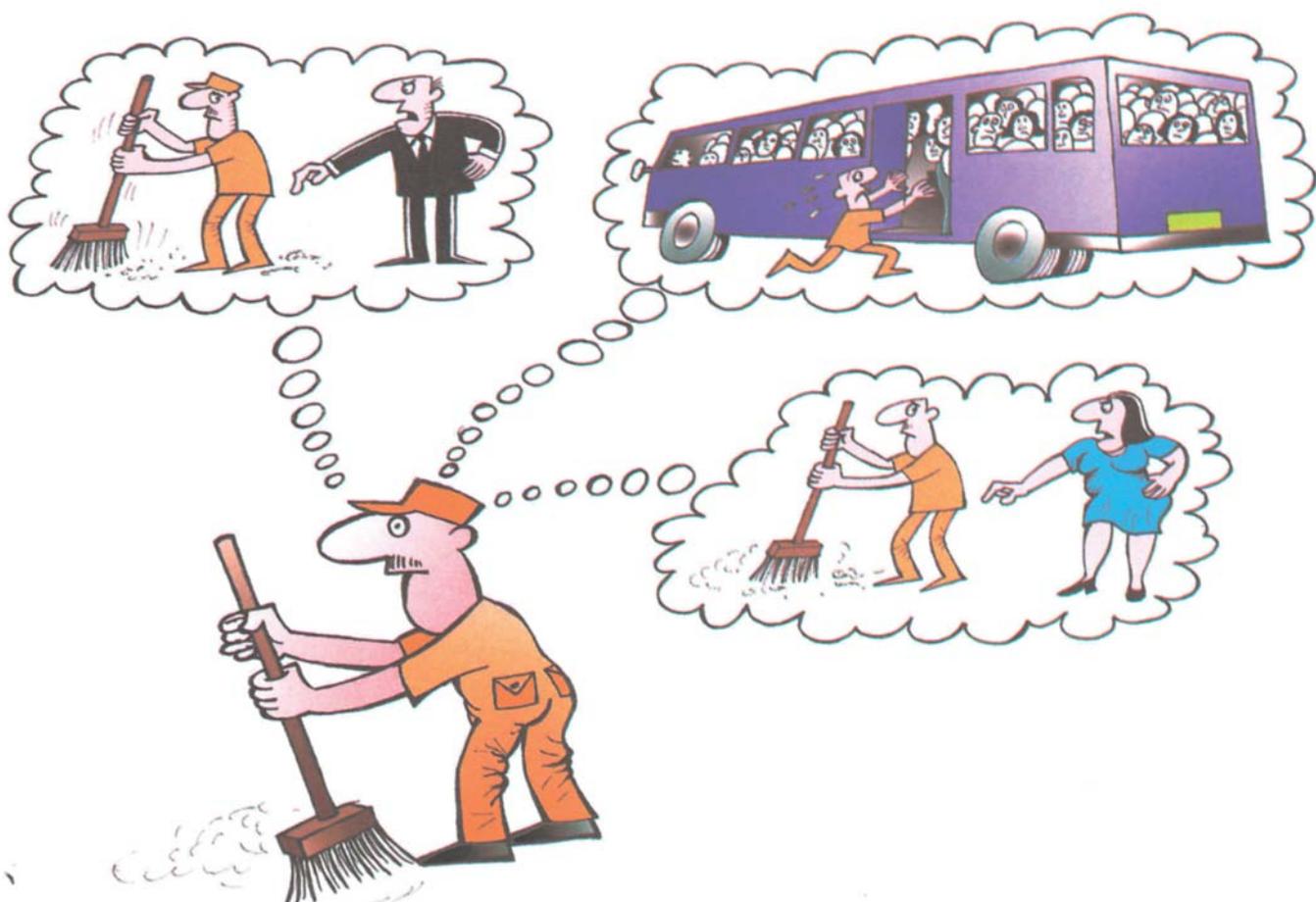
4

Trata-se de uma imagem usada por Karl Marx, filósofo alemão, no livro *O Capital: crítica da economia política*, escrito no século XIX e que, no Brasil, teve várias edições, uma delas, publicada em 1968, pela Editora Civilização Brasileira, Rio de Janeiro.

"Karl Marx: (1818- 1883). Filósofo alemão cujo pensamento mudou radicalmente a história política da humanidade. Inspirada em suas idéias, metade da população do mundo empreendeu a revolução socialista, na intenção de coletivizar as riquezas e distribuir justiça social. Considerado principal teórico do socialismo, concentrou seus estudos aos campos da filosofia, da história, da ciência política e da economia. De toda sua obra, merece destaque 'O Capital' (1867-1895), monumental análise do sistema sócio-econômico capitalista. Fonte : Marx, Karl. Manuscritos econômicos-filosóficos. São Paulo: Martin Claret, 2001 (Coleção '4 obra prima de cada autor')."



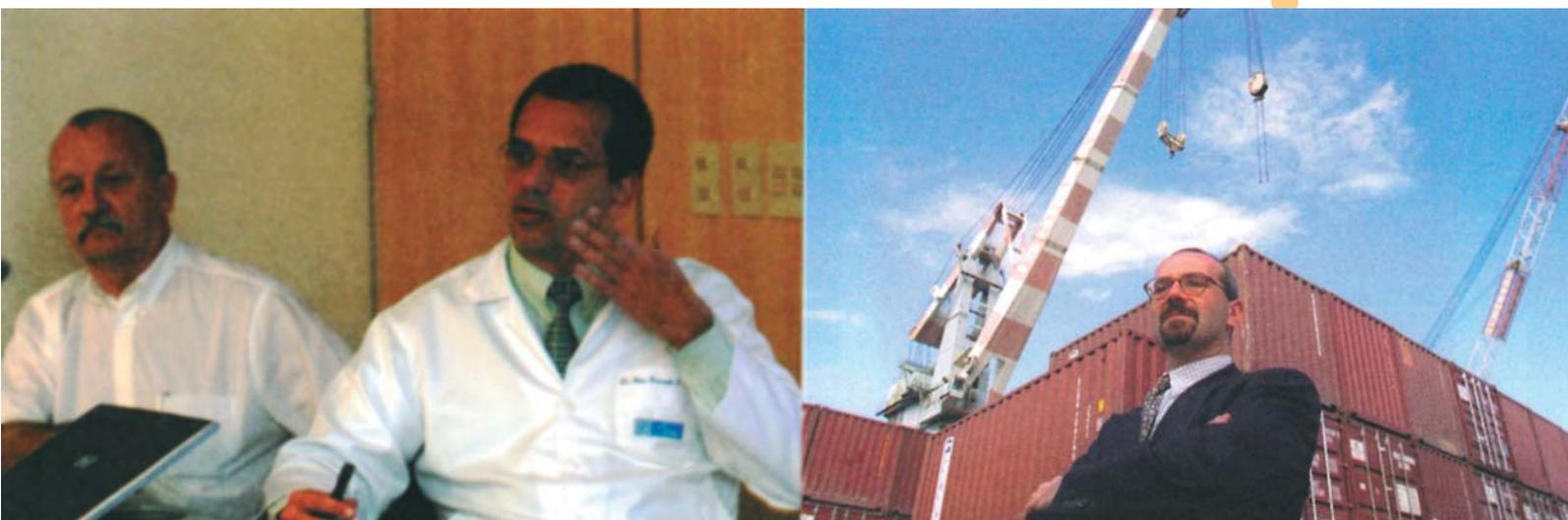
O que queremos ressaltar é que **o trabalho humano se caracteriza pelo pensar ao desenvolver suas ações**. Sabemos que, ao longo da história, a maioria dos trabalhadores foi condenada a achar que não possui capacidades intelectuais, ou seja, uns poucos estão capacitados para pensar e comandar, e muitos outros estão destinados somente ao fazer. Sem dúvida, isso partiu de uma minoria dos seres humanos com o propósito de dominar e explorar o trabalho desenvolvido pela grande maioria da população, desvalorizando-o e criando um sentimento de incapacidade intelectual. Na verdade, ao desempenhar suas atividades, esse trabalhador, no mínimo, reflete sobre os meios e os modos de realizar o seu trabalho e de atingir os objetivos.





Outra coisa que precisa ser ressaltada é que essa desvalorização está ligada à divisão social do trabalho: àqueles que pertencem a grupos de menor poder econômico é relegado o trabalho menos valorizado pela sociedade, ao qual estão destinados os menores salários, resultando num ciclo vicioso de dominação que acaba por inculcar nesses trabalhadores a sensação de incapacidade para pensar e criar.

Compreender que o trabalho em saúde requer a reflexão pode levar-nos a observar o desempenho de uma atividade de pensar não-crítica (*sem o questionamento e as reformulações das ações sempre que isso se fizer necessário*). Vamos dar um exemplo:





a função de agente de vigilância em saúde tem sido, historicamente, feita com base na crença de que esses trabalhadores da saúde só precisam, na realização do seu trabalho, passar informações técnicas para a população. Como já afirmamos, o trabalho em saúde é também educativo, pois exige reflexão e ação, objetivando alcançar a transformação da realidade. Porém, neste exemplo de repasse de informações e técnicas, podemos dizer que o agente está realizando um trabalho intelectual não-crítico

FIGURA 2

PROCESSO DE TRABALHO EDUCATIVO EM SAÚDE

Não deve:

Processo de Trabalho Educativo em Saúde desenvolvido pelo Agente

Requer

- [1] Atrelar o “conhecer ao “não pensar criticamente”;
- [2] Substituir o ato da reflexão por um ato de “consumo de informações”.
- [3] Substituir a criação pela “aquisição de habilidades” e “reprodução mecânica”

- [1] Pensar criticamente situações vividas e desenvolver ações mediante essas reflexões;
- [2] Assumir a concepção de educação como um processo que possibilita a população a ver-se como construtora da sociedade, podendo alterá-la;
- [3] Compreender a saúde como expressão das condições objetivas de vida, isto é na sua concepção ampliada e crítica



e adaptado, com poucas chances de alterar as situações e de provocar mudanças possíveis.

Assim, na **Figura 2** listamos algumas concepções que são importantes ter em mente no processo de trabalho educativo em saúde desenvolvido pelo agente.

Refletindo um pouco mais sobre Educação, observamos que as teorias educacionais podem ser entendidas em dois sentidos opostos, mas que convivem no pensamento educacional dos trabalhadores que realizam um trabalho pedagógico.



“Nas teorias críticas (ou progressistas), temos em comum o fato de serem a favor de uma educação emancipadora que visa à construção de um cidadão questionador, crítico e ativo”

Vários autores nomeiam e classificam essas teorias como **críticas e não-críticas**; ou ainda, como **progressistas e liberais**⁵.

No campo em que este nosso texto se insere, ou seja, o campo das teorias críticas (*ou progressistas*), temos em comum o fato de serem a favor de uma educação emancipadora que visa à construção de um cidadão questionador, crítico e ativo. Também é comum a essas teorias a compreensão de que a educação tem um componente ético e que precisa promover a idéia de que a solidariedade é necessária para a construção de um mundo melhor, menos violento e, portanto, mais saudável.

Para o trabalho em saúde, em especial aquele que é realizado pelo agente de vigilância em saúde, é fundamental que se perceba o quanto é importante desenvolver argumentos de que a saúde de todos também depende de cada indivíduo e dos vínculos de solidariedade que traçam com os que lhe são próximos.

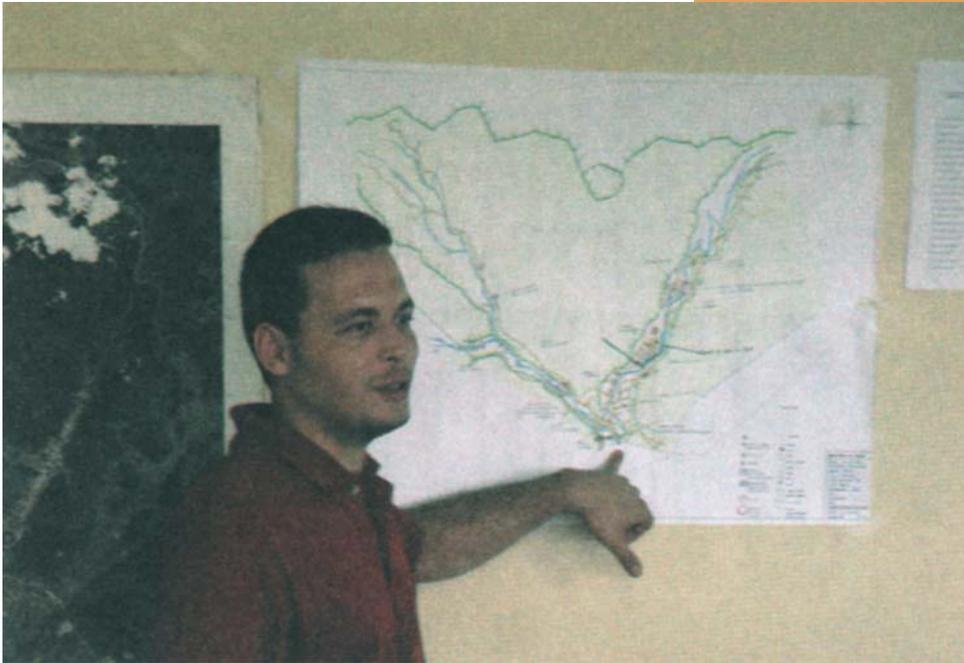
É igualmente importante que o agente encare o seu trabalho como “ação política” na qual, dentre outros pontos, tenha que ressaltar a organização da comunidade como forma de atingir os objetivos do seu trabalho.

O fenômeno educativo, na sua interpretação crítica, deve ser considerado sempre em movimento e como processo inacabado, conectado de forma permanente com a comunicação.

5

José Carlos Libâneo, em seu livro Democratização da Escola Pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos, publicado pela Editora Loyola, em 1985, São Paulo, classifica as tendências encontradas na educação em liberais e progressistas. Para este autor, a pedagogia liberal “sustenta a idéia de que a escola tem como função preparar os indivíduos para os papéis sociais, de acordo com as aptidões individuais.” Já as tendências progressistas partem de análises críticas das realidades sociais e sustentam implicitamente as finalidades sociopolíticas da educação.





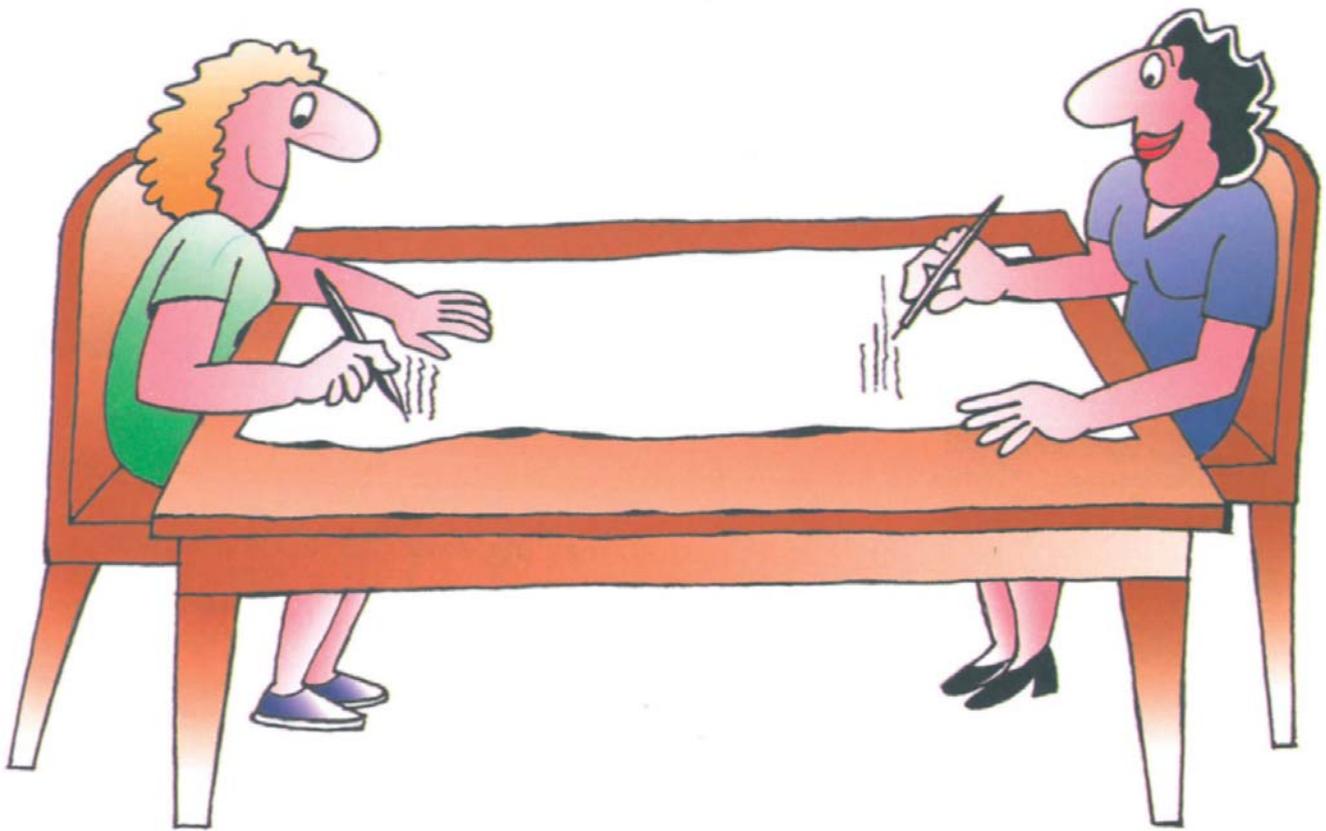


comunicação e educação

4. Comunicação e Educação:

Da mesma forma, assim como acontece com a educação, há várias maneiras de se conceber a comunicação. Você pode pensar que o ato de comunicar-se entre duas pessoas, por exemplo, implica uma que sabe e que transmite a informação e uma que recebe passivamente a idéia, o pensamento da outra. Ou pode ainda imaginar que, quando duas pessoas se comunicam, ambas se revezam nos papéis de quem informa e de quem é informado.







Quando escrevemos ou respondemos a uma carta, isto fica mais visível, mas pode não ser assim quando tentamos entrar em uma casa para cumprir o nosso trabalho no controle de algum vetor e a dona da casa finge que não está. O que parece à primeira vista surdez, ignorância ou teimosia pode ser, por exemplo, um ato de recusa que nos comunica não o desconhecimento, como costumamos pensar, mas a pouca fé da senhora nas iniciativas do poder público.

O que queremos dizer é que a comunicação não é tarefa fácil, sem conflitos. O receptor, seja ele um indivíduo ou uma comunidade, não é passivo; isto significa que ele constrói sentidos diversos para a informação recebida, muitas vezes sem perceber.

Cada um, transmissor ou receptor, é ativo nesse processo e realiza um árduo trabalho de compreensão, de tradução do conhecimento, para que ele possa ser comunicado. Esse trabalho, na maior parte das vezes inconsciente, acontece a partir das crenças, das concepções, enfim, da forma de ver e compreender o mundo por parte das pessoas que dele participam, isto é, o processo se

dá sem que dele nós nos apercebamos, sem que dele tenhamos consciência, mas ele certamente refletirá a nossa percepção de mundo.

Você se lembra de alguma situação em seu trabalho em que a comunicação não seu deu como era esperada?



Outra característica importante a ser ressaltada é que o processo de comunicar gera mudanças no homem que se comunica e o homem modificado gera mudanças nas circunstâncias a partir das quais ele se comunica e assim por diante, o que nos faz lembrar da imagem da espiral à qual já recorreremos para ilustrar o processo educativo.





cultura e trabalho

5. Cultura e o trabalho em saúde

Ao refletirmos sobre o processo de trabalho do agente local de vigilância em saúde temos que nos referir, obrigatoriamente, à cultura e à comunidade.

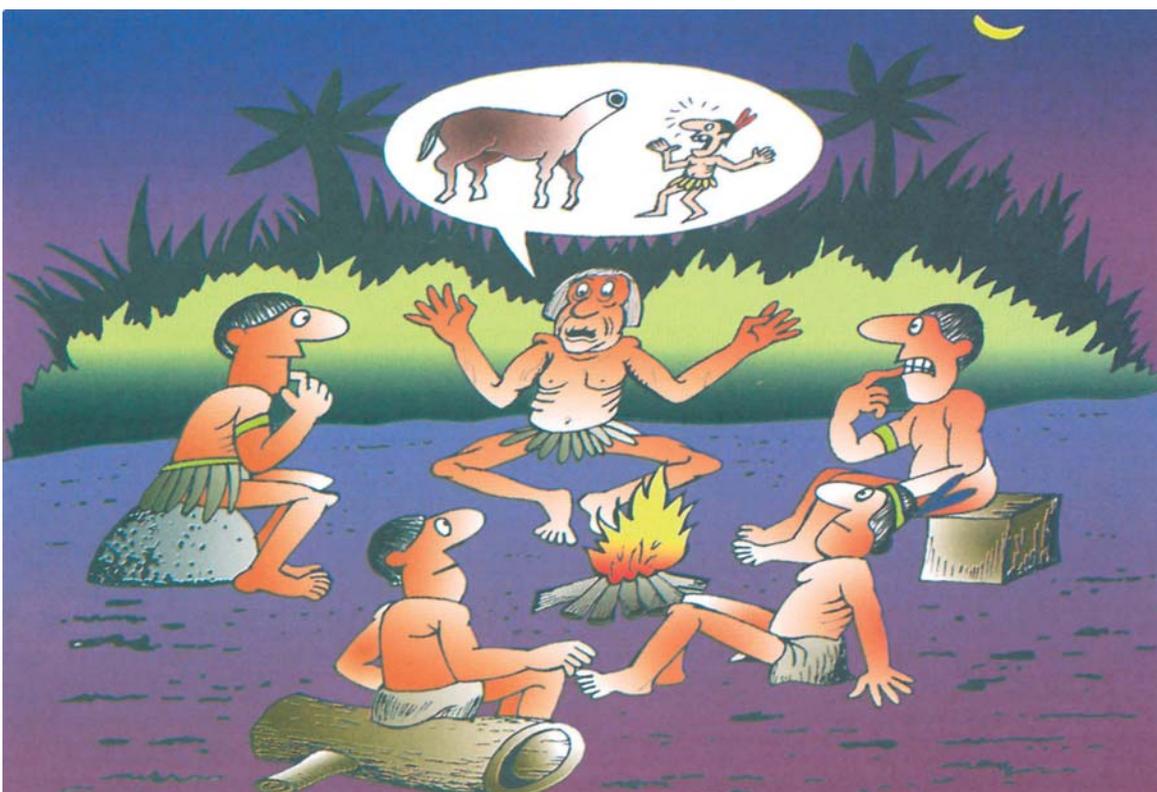
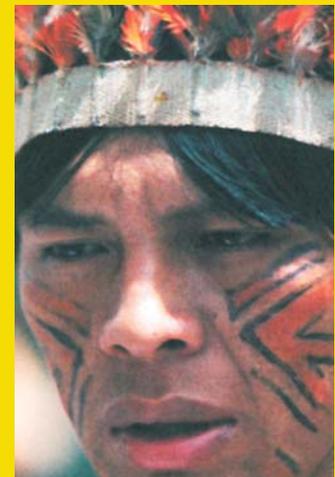


6

A respeito do conceito de cultura, indicamos o texto de Alfredo Bosi, "Cultura brasileira e culturas brasileiras" que está no livro do autor *Dialética da Colonização*, publicado em São Paulo, pela Companhia das Letras, em 1992.

A cultura é o processo pelo qual um grupo social garante a permanência de sua identidade, aquilo que lhe confere singularidade, distinguindo-o dos demais grupos sociais. Trata-se de um legado de linguagem, valores, tradições, concepções, costumes, produções artísticas e outras formas de expressar o conhecimento do mundo em geral e do universo e de experiências locais vividas por um determinado **coletivo** □.

O homem preserva a sua cultura comunicando-se. A tradição oral dos índios brasileiros é como a Bíblia para os católicos ou as enciclopédias para os homens letrados. Os índios contam a sua história de geração em geração para que não seja esquecida. Ela permanece registrada na memória coletiva das gerações que se sucedem.





Há outras formas de preservar a cultura de um povo:

- através das festas,
- das cantigas de roda ou de ninar,
- das danças,
- da prosa e da literatura,
- do dialeto próprio a uma comunidade.

Mas a cultura, apesar do caráter conservador, vive um movimento de transformação contínuo, mesmo que este não se torne visível rapidamente, modificando o perfil da cultura de um povo. As mudanças ficam por conta das interações entre pequenos atos que vão se instituindo e modificando hábitos, criando novidades, questionando valores, construindo até mesmo outras formas de as pessoas se relacionarem.



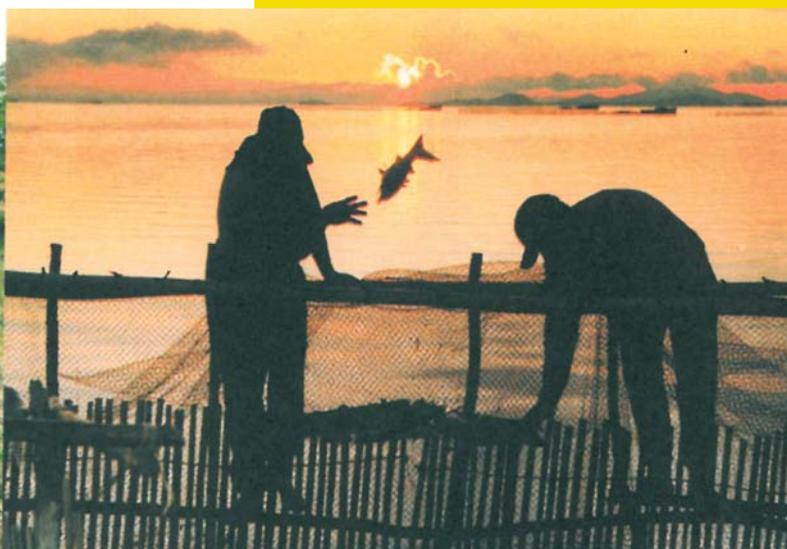


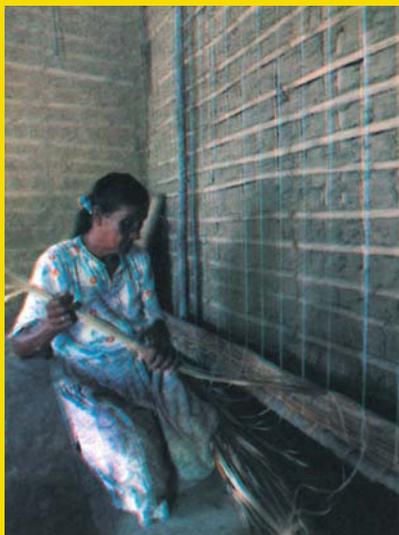
Em sua pesquisa do trabalho de campo, você já mapeou algumas práticas culturais conservadas e/ou transformadas pelas pessoas que vivem no território.

Pois bem: é preciso considerá-las na programação das ações que serão estabelecidas.



? ...





O mesmo exercício que fizemos a respeito da educação e da comunicação precisa ser feito quando se discute cultura. Em uma sociedade, cultura também é o resultado de uma relação conflituosa expressa por um movimento de idéias e costumes contraditórios.

Pode-se pensar que alguns hábitos incorporados à cultura de uma população nem sempre representam as escolhas desse grupo mas, por vezes, registram a falta de opções que acaba por perpetuar situações que, por fim, podem ser encaradas como traços culturais. Por tudo isso, considerar a cultura da comunidade como significativa no desenvolvimento do trabalho educativo em saúde não é sinônimo de respeitar e reafirmar normas e costumes repressores e individualistas existentes em uma determinada população. Entender diferentes aspectos culturais não deve representar respeito a preconceitos e estigmas.



Você já vivenciou em seu processo de trabalho momentos em que se deparou com costumes e normas repressoras e individualistas, ou com preconceitos e estigmas?

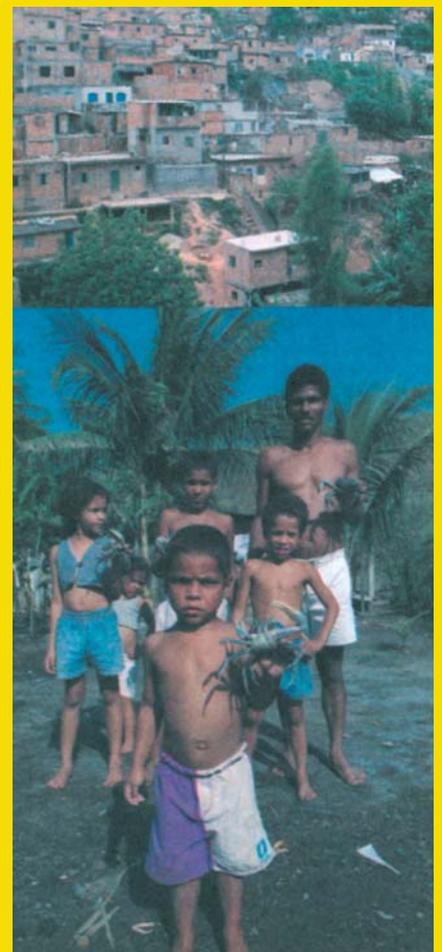
Compartilhe com seus colegas Como você reagiu e que soluções encontrou Diante dessas situações.

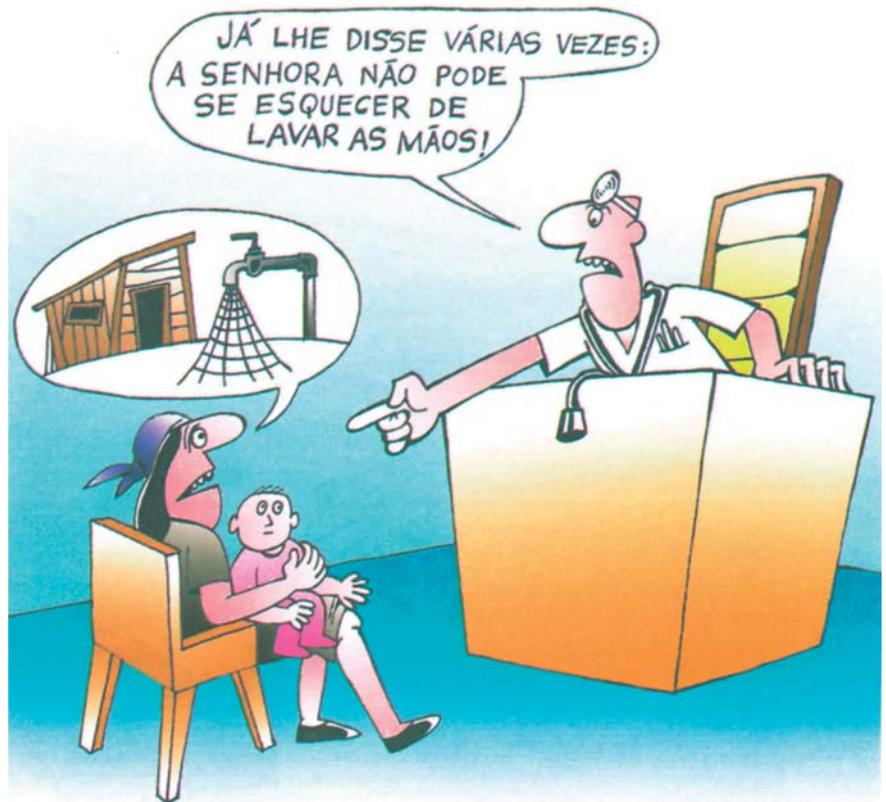


? ...

É importante lembrar que a ênfase no aspecto cultural não pode deixar de lado ou subestimar a realidade das diferenças de classes sociais, sob pena de se aderir a uma prática oriunda de certas concepções liberais que também fazem parte do pensamento educacional, como a idéia de que o processo educativo tem por função preparar os indivíduos para o desempenho de papéis sociais já definidos pela sociedade de classes.

No caso do trabalho educativo em saúde feito pelo agente local de vigilância em saúde, isso quer dizer que a população deve ser esclarecida sobre as condições de vida que levam ao adoecimento e sobre o que compete ao indivíduo e à comunidade para serem aliados de um projeto de vida saudável. Isso também se refere a não instituir





a **culpabilização** dos indivíduos em função dos problemas de saúde relacionados às condições de vida que são, em última instância, determinados pelas condições sociais e econômicas em que vive a população. Tal movimento virá a ser feito pelo trabalhador da saúde que entende as suas ações como uma prática voltada para a transformação, sendo, portanto, uma postura de um trabalhador intelectual crítico - no caso, o agente local de vigilância em saúde - a qual refletirá uma visão crítica em educação em saúde.





Um outro destaque da relação cultura e comunidade, para pensarmos o trabalho em saúde, está no fato de que a comunidade elege os **lugares privilegiados para a troca** e a divulgação de informações. Não desconhecemos que as igrejas, as "vendinhas", as feiras, as escolas, as reuniões de associações de moradores, as rádios comunitárias são instituições e lugares significativos para que o conhecimento sobre as questões de saúde seja propagado.

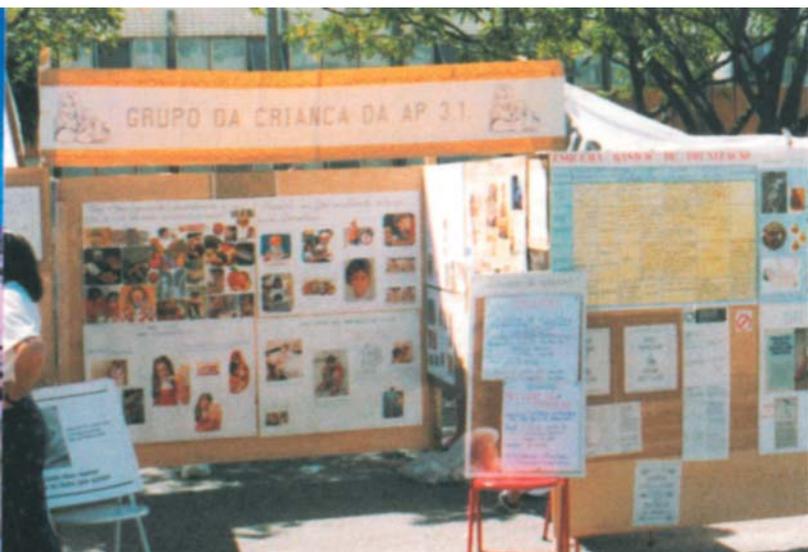
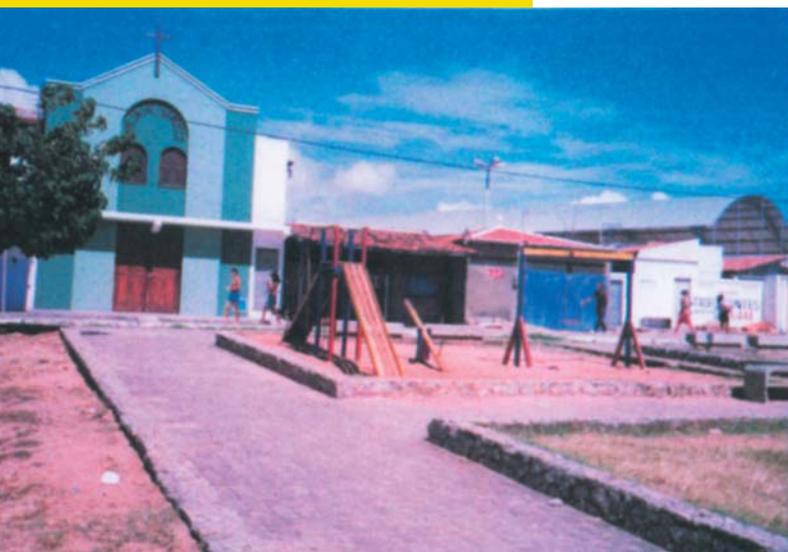
Trata-se, então, de vislumbrar essas instituições e locais como espaços para ajudá-lo a desenvolver o seu trabalho, quer seja participando de reuniões de moradores, quer seja reivindicando espaço nas rádios comunitárias para o reforço de conhecimentos que se deseja transmitir à população, quer seja destacando os temas relacionados à saúde junto aos grupos de teatro ou nas manifestações culturais nas ruas. Assim, esse profissional da saúde terá, sem dúvida, o seu trabalho mais legitimado e reconhecido pela população. Para tanto, enfatizamos, mais uma vez, que os eventos culturais - peças de teatro da comunidade, festas escolares abertas à comunidade, festas de igrejas, festas de largo - são espaços que devem ser aproveitados para a prática da educação em saúde.





? . . .

Estamos chegando a uma conclusão importante a respeito **do trabalho em saúde: ele se dá na interface da saúde, da educação e da comunicação.** É como se houvesse duas ruas diferentes - rua Educação e rua Saúde - que se encontrassem em um cruzamento e, a partir daí, caminhassem juntas, transformando-se na avenida Trabalho Educativo em Saúde e nós, os trabalhadores, a percorrêssemos no carro da Comunicação, no qual está o bagageiro da cultura . Nossos pais nos deram os primeiros provimentos, a escola e a sociedade outro tanto, começando assim a viagem. No carro, levamos um tanto de informação científica e outros traços de cultura. Vamos encontrando pelo caminho um pouco de fé, um tanto de curiosidade, uma nesga de desconfiança, um quê daquilo que nossas avós disseram ou do que nossa vizinha nos contou, sem falar nos preconceitos que cismam em nos pedir



carona - alguns vão pendurados, outros agachados no estribo, sem que a gente se dê conta deles até a próxima parada para abastecer.

Significativo para o trabalho do agente local de vigilância em saúde é refletir, ao desenvolver o seu trabalho, ao ir à casa das pessoas, a respeito do fato de que está entrando no mundo privado de cada indivíduo, de cada família e que o espaço do seu trabalho é, então, o mesmo em que as pessoas mais



intimamente vivem desejos, afetos, conflitos, emoções e sentimentos. Portanto, ao entrar com orientações, com conhecimentos que possam vir a contrariar os hábitos familiares ou individuais, o trabalhador da saúde precisará estar sempre atento à educação da sua sensibilidade, pois o simples fato de vasos de plantas e animais poderem representar, para o agente, ameaça à saúde, eles talvez tenham significado muito especial para a vida das pessoas. É de fundamental importância estar voltado para as questões do cotidiano daqueles a quem deseja orientar.



Inúmeras vezes repetimos frases sem nos dar conta da carga de preconceitos que elas carregam:

“unha-de-fome que nem judeu”;

“preto de alma branca”;

“lugar de mulher é na cozinha”;

“velho que nem trapo”;

“programa de índio”;

“homem que é homem não chora”.





educação e cotidiano

6. Educação em Saúde e Cotidiano

Defendemos que a ação educativa se dá no cotidiano e, na maior parte das vezes, espontaneamente. O trabalho educativo também acontece no cotidiano, não como uma experiência que ocorre mecanicamente. Pensamos ser nosso dever enfatizar o inverso, ou seja, o ponto principal do trabalho educativo é “jogar uma luz” sobre as experiências do dia-a-dia. Muitas vezes, essa luz vem do conhecimento científico que o educador tem e considera importante compartilhar. Vejamos uma situação que nos ajudará a esclarecer esta ideia. em diversas comunidades, a população tem o hábito de armazenar água nos mais diferentes recipientes. Essa prática é uma solução para os problemas de abastecimento irregular. Entretanto, com os conhecimentos que você adquiriu sobre o modo como uma larva pode

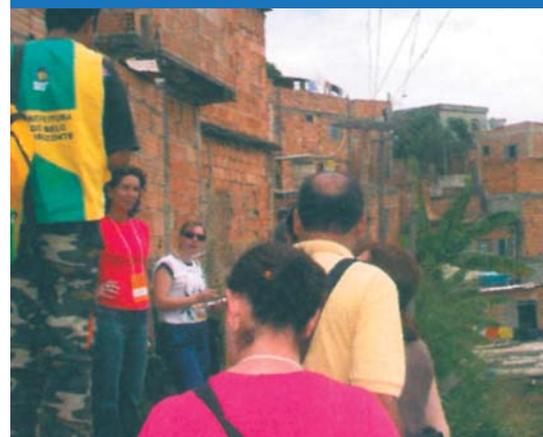


ser depositada na água parada e, a partir daí, gerar um inseto que faz parte da cadeia de transmissão de uma doença, você pode, como educador que domina tal conhecimento, construir com a população um novo modo de olhar o armazenamento, que é uma atividade cotidiana dessa comunidade. O novo modo de olhar, que incorpora o saber científico, pode produzir uma reflexão sobre como não transformar o que parece ser a solução de um problema em um outro problema.

Por vezes, dar continuidade ao trabalho educativo colocamos frente a situações que são pouco convencionais para nós como, por exemplo, apoiar a mobilização da comunidade por um abastecimento regular de água. Diríamos que essa situação é pouco convencional porque nos remete ao fato de que educação em saúde não se refere exclusivamente às necessidades físicas, mas a um campo mais amplo do qual faz parte a reordenação do modo de vida para satisfazer necessidades éticas, emocionais, políticas. Resumindo, a educação aliada à saúde tem o poder de nos fazer reconhecer novas necessidades, gerando pensamento e ação além do que estamos acostumados.

Para finalizar este item, é preciso dizer que, ao chamarmos a atenção para a ação educativa, estejamos sinalizando que o profissional da vigilância em saúde não possa mais ser espontâneo no trato com a comunidade, por ser ele um educador sempre atento quanto a isso. O que precisamos reconhecer é que existem aspectos que você e o seu grupo de trabalho, a sua instituição, podem identificar como importantes o bastante para compor o seu trabalho educativo. E sobre esses temas será sempre preciso refletir como educador.

Mas não existe somente a nossa idéia de educação em saúde. Há outras formas de conceber a educação em saúde e que dão origem a novos modos de agir. Certamente algumas dessas, que comentaremos a seguir, são familiares a você.





educação e saúde

7. Educação para a Saúde

Grande parte da história da educação em saúde pode ser contada através de inúmeras ações voltadas para mudanças no corpo dos indivíduos. As campanhas antitabagistas ou para o uso de preservativos são exemplos bastante conhecidos. Por conta dessa longa história - e também da aceitação que o conceito de saúde vinculado apenas à ausência de doença teve - é comum a compreensão de um tipo de educação que chamaremos aqui de "educação para a saúde".



Quais seriam as suas características?

Em primeiro lugar, a educação para a saúde privilegia as informações sobre autocuidado e acredita firmemente que a saúde é uma questão apenas biológica. Na sua relação com a educação e com os objetivos que pretende alcançar, as etapas aparecem esquematizadas:

- **Educa-se** - o que seria transmitir, de acordo com essa concepção, a informação ou as normas corretas.
- **Indivíduo ou grupo recebe a informação** - nesse caso, não interessa ao educador saber quais são as formas de pensar e perceber seus problemas e as soluções que a população partilha.
- **Educador pensa que a comunicação não tem conflitos** - o que ele disse foi e é sempre entendido do modo como imaginou que seria.
- **É um problema de cada indivíduo e da comunidade, se não adotarem as condutas corretas** - afinal, são eles que vão ficar doentes.

Nesse esquema descrito, existem algumas sutilezas que merecem a nossa atenção. A primeira delas é que essa educação reduz o seu próprio poder educativo.

O educador considera a si próprio apenas como um emissor de informações ou normas que, provavelmente, são repetidas em manuais e cartilhas. Por trás dessa idéia, reside a crença de que a informação é suficiente para causar mudanças. Tal construção reserva um lugar de receptor passivo aos indivíduos/comunidades aos quais se dirige a informação.





Não há valorização do saber que a própria população detém sobre os seus problemas e, assim, não há diálogo entre sujeitos.

Normalmente, desapontado com os resultados desse tipo de trabalho educativo, o profissional/educador tende a apostar que lhe faltam recursos materiais: cartilhas, folhetos, vídeos; estaria aí a causa de certo fracasso das suas intervenções. Ou, então, ele adota uma postura bastante comum de culpabilização dos indivíduos pela não-adoção das medidas corretas conforme a orientação apresentada.

Vamos voltar a essa questão da culpabilização dos indivíduos, pois este é um procedimento “velho conhecido” da saúde pública.

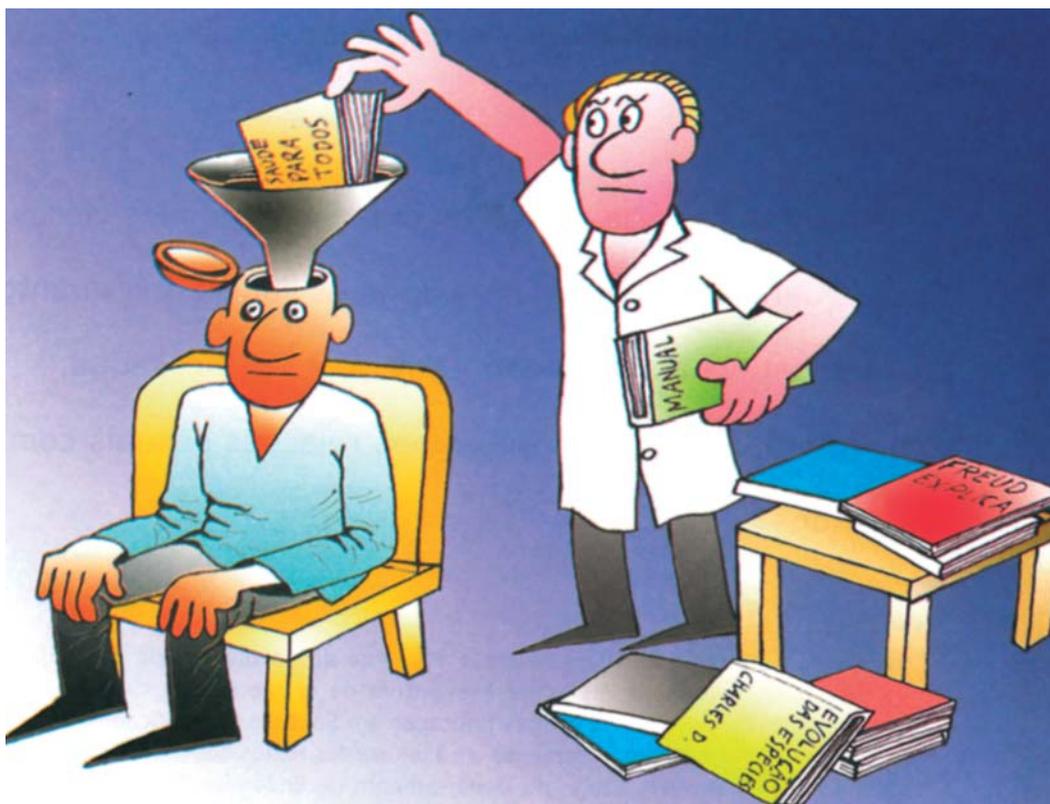
O primeiro requisito necessário para um educador investir na culpabilização dos indivíduos como efeito final do processo educativo é o fato de ele não considerar que a sua relação se dá com sujeitos vivos, concretos, com uma história.

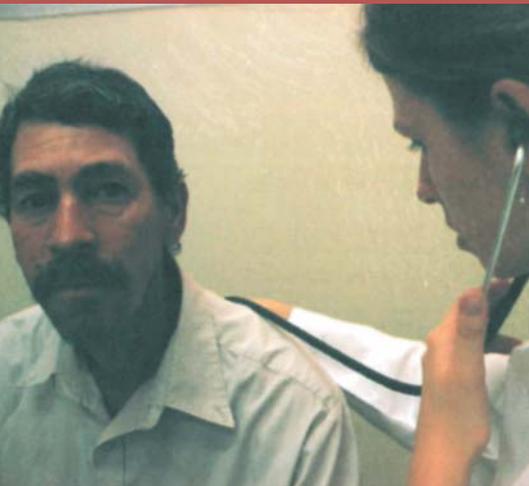


Um jeito tradicional de conceber as pessoas para as quais dirigimos os nossos esforços de educação é entendê-las como tábulas rasas ou, nos dias atuais, imaginá-las como um computador vazio, aguardando nossos programas e comandos. Quando se tem o maior cuidado em executar os comandos apropriados e transmitir as informações e, ainda assim, os objetivos não são alcançados, só pode haver um culpado - o computador- ou seja, nesta nossa imagem, os indivíduos aos quais nossa ação se dirige.

Em geral, já temos frases feitas para caracterizar essa culpa e já dissemos ou ouvimos algo como: "Esse pessoal não liga pra nada mesmo"; "Não adianta falar que eles não aprendem", dentre tantas outras.

O que não observamos, quando repetimos esse tipo de comportamento, é que, através dele, estamos desconsiderando que as pessoas não escolhem, simplesmente, estar expostas a alguns riscos.





Para contribuir para um pensamento diferente sobre a relação prevenção e risco e, conseqüentemente, entre a educação em saúde e a promoção à saúde, vamos trazer um conceito elaborado por profissionais que estavam preocupados em melhorar a qualidade do trabalho de prevenção à **AIDS**, doença que continua preocupando toda a sociedade. Este conceito é o de **vulnerabilidade 7**.

Antes de pensar em termos práticos, os estudiosos que foram construindo esse conceito assumiram as seguintes posições:

- A compreensão das questões de saúde não pode estar desarticulada das questões de cidadania. Pensar sobre saúde requer mais do que pensar apenas em indivíduos, exige pensar em contexto social.
- A prevenção não passa, em primeiro lugar, por uma atitude exclusivamente individual.
- Muitos comportamentos que envolvem riscos têm a ver com o modo como as pessoas estão vivendo, sua forma de trabalhar e morar; os bens materiais dos quais necessitam e os bens aos quais têm acesso; suas necessidades emocionais e suas possibilidades de negociar essas necessidades.

A própria história da **AIDS** nos deu exemplos claros disso. Quantas mulheres, mesmo após saberem o quanto a **AIDS** estava aumentando entre mulheres casadas, passaram a usar preservativos nas relações sexuais com os maridos?

7

No Brasil, o conceito de vulnerabilidade tem sido desenvolvido pelo prof. Ricardo Ayres, da Faculdade de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo. De uma maneira geral, sobre o tema Educação em Saúde e, especificamente, sobre Educação Popular e Saúde, recomenda-se a leitura dos textos dos prof. Victor Vincent Valla e Eduardo Navarro Stotz, do Departamento de Endemias Samuel Pessoa, da Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz e do prof. Eymard Mourão Vasconcelos, do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.



Será que elas (*ou, melhor dizendo, os casais*) não usaram preservativos simplesmente porque escolheram se arriscar ou existem outros aspectos mais complexos que interferem na adoção desse método?

O conceito de vulnerabilidade nos ensina a buscar a identificação das situações que tornam determinados grupos (*e até indivíduos*) mais fáceis de serem atingidos - sendo assim vulneráveis - por situações que favorecem o aparecimento de doenças. Ao fazermos isso, deixaremos de banalizar, de reduzir nossa compreensão sobre o conjunto de condicionantes, determinantes que estão presentes na rede de produção de problemas de saúde. Assim, ganhamos a chance de realizar um trabalho educativo menos superficial e com maior probabilidade de colher bons resultados.



► **DEMANDAS**

Necessidades que são percebidas e expressas pela população



Outra consequência provável e desejável é a de que abandonaremos a velha postura de censores das atitudes alheias e poderemos partilhar cada movimento, cada conquista que aproxime os grupos aos quais dedicamos nosso empenho profissional das situações de menor risco à saúde.

Muitas vezes, esses movimentos não estão diretamente ligados à saúde, o que torna mais difícil para nós reconhecê-los como positivos. Em algumas situações, o grande avanço é a ampliação da consciência sobre a sua própria situação de vida, a identificação dos problemas que envolvem a saúde mas não se limitam a ela e, em especial, a organização para o encaminhamento de **demandas** que, uma vez alcançadas, poderão gerar impacto sobre condições de vida, qualidade de vida e, por fim, sobre a saúde.

Isto nos coloca, indiretamente, mais um aspecto da educação como um todo e da educação em

saúde em particular que diz respeito à visão muito **pragmática** e imediatista do nosso trabalho.

Poderíamos dizer que todo o trabalho em saúde é voltado para a ação. As práticas dos cuidados em saúde estão profundamente associadas aos objetivos diretos de gerar resultados o mais rápido possível. Isto não é ruim, afinal, quem quer ir ao serviço de saúde doente e sair sem uma recomendação ou tratamento que nos leve à cura? Certamente, ninguém.

Embora voltado para a ação, o trabalho em saúde pode ser chamado de reflexivo, pois exige do trabalhador o esforço de interpretar as situações que ele observa para, a partir daí, elaborar uma proposta de intervenção.

Outra característica atual do trabalho em saúde é o seu parcelamento, ou seja, muitos problemas requerem a ação de trabalhadores de diferentes áreas e profissões, cada um atuando sobre certa parcela da situação.

► **PRAGMATISMO**

Valoriza a prática mais do que teoria e considera que devemos dar mais importância às conseqüências e efeitos da ação do que a seus princípios e pressupostos. A validade de uma idéia está na concretização dos resultados que se propõe obter.





Essa prática divisória tem relação com a especialização do trabalho em saúde. Em geral, os problemas de saúde e, em especial, as doenças fazem com que o ser humano seja tratado por partes. Se o problema é de coração, vaise ao cardiologista, que tende a se preocupar somente com as questões da sua área, deixando de lado o todo, que é o próprio ser humano.

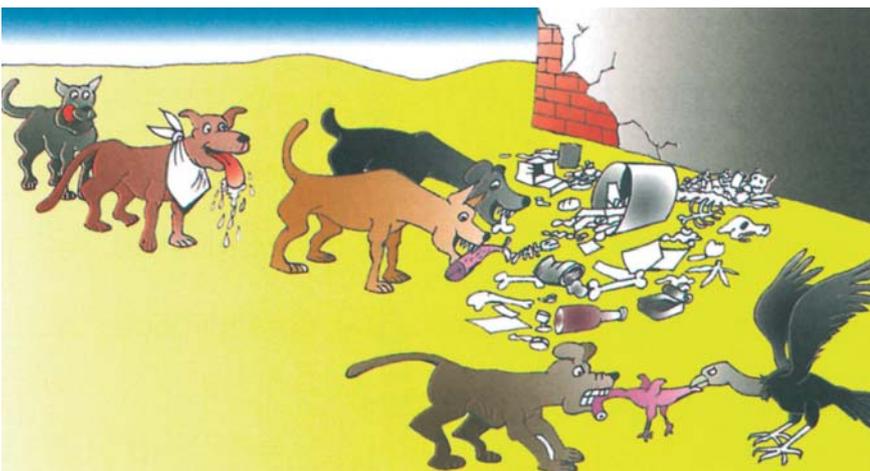
Esse modo de estruturar o pensamento e o trabalho em saúde trouxe possibilidades de avanço, na medida em que o desenvolvimento da ciência produziu tantos conhecimentos que se tornou impossível para um só profissional dominar todas as áreas. Entretanto, essa lógica, quando se volta para a Educação em Saúde, pode tornar-se um complicador.



Tal atitude pode nos fazer formular sempre objetivos imediatos, quando o processo educacional, em geral, deve apontar para objetivos que se constroem e se estendem no tempo. Não é raro que as transformações em saúde, baseadas na educação, demandem um tempo prolongado para acontecer, sobretudo, porque a educação não transforma diretamente; ela busca, através do compartilhamento de conhecimentos, percepções, conceitos éticos e tudo ao qual já nos referimos, criar as condições para que os sujeitos sociais produzam as transformações que nos permitam viver melhor.

Para ilustrar nossa discussão, vamos trazer um problema freqüente em comunidades populares de difícil acesso e condições precárias de saneamento, que é a coleta de lixo. Sabemos que nos bairros urbanizados das cidades a coleta é regular, tendo dia e horário estabelecidos para acontecer.

Entretanto, a coleta regular não acontece nas comunidades populares ou, quando se dá, pode não ser adequada às condições das moradias que, geralmente, não têm espaço para acumular lixo, expondo as pessoas ao convívio com sujeira e pragas. Isso faz com que os moradores coloquem, antes do dia da coleta, o lixo em sacos plásticos nos becos e vielas da comunidade e estes acabam se tornando alvo dos cães e gatos em busca de restos de alimentos.



“A educação não transforma diretamente; ela busca, através do compartilhamento de conhecimentos, percepções, conceitos éticos...

... criar as condições para que os atores sociais produzam as transformações que nos permitam viver melhor”



Há ainda o recurso à caçamba coletiva de lixo, que acumula o lixo individual das moradias até o dia da coleta na comunidade. Entretanto, se a coleta pública não se dá com regularidade, estas acabam transbordando e poluindo o seu entorno, atraindo animais e insetos.

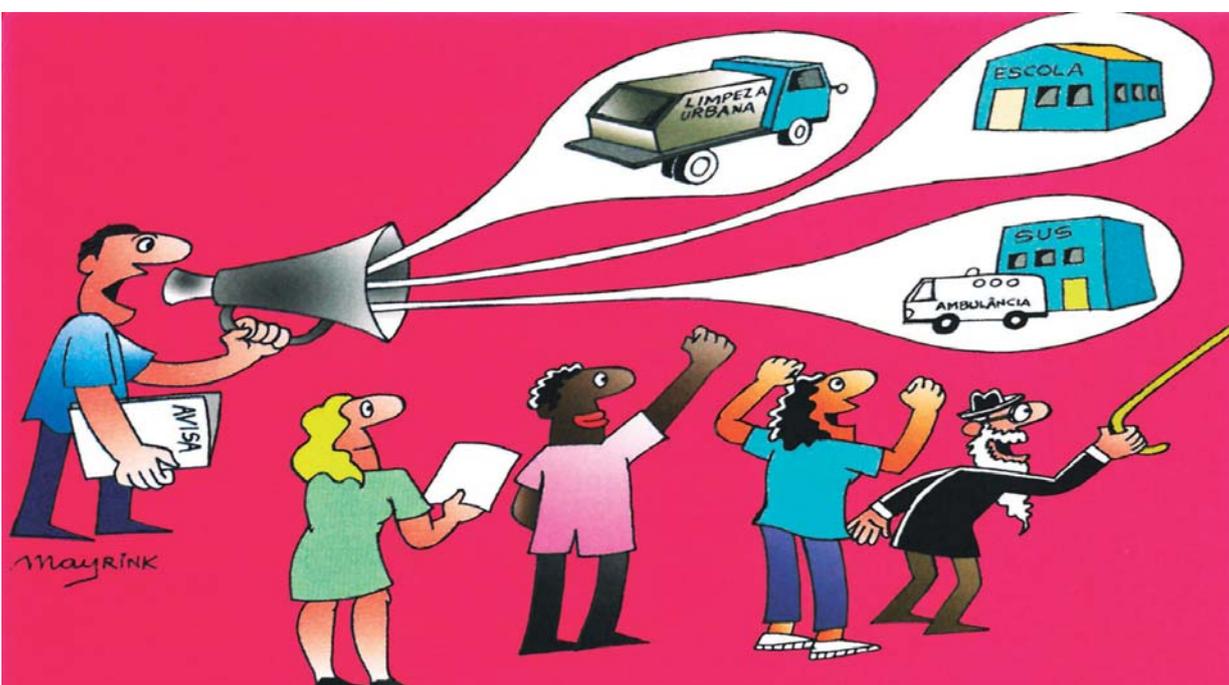
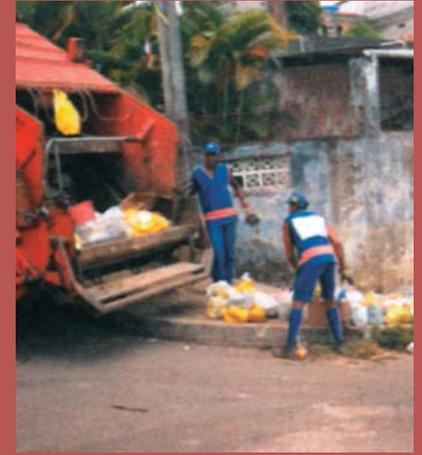
Um outro fator associado ao lixo é que muitos cidadãos vivem da coleta e venda do material reciclável ali encontrado e transformam suas casas em verdadeiros depósitos de garrafas plásticas, latas, papel etc.

Em algumas experiências de educação em saúde, trabalhadores da saúde e moradores mobilizam esforços no sentido de enfrentar o problema do lixo não recolhido das comunidades ou recolhido de forma inadequada. Essas experiências incluem a discussão sobre o descarte seletivo do lixo, separando e destinando de forma diferenciada o lixo conforme o tipo: orgânico, reciclável e outros tipos e subtipos, o que implica um trabalho educativo dos moradores a respeito do lixo, de suas características, do seu impacto ambiental, de saúde e das possibilidades de emprego social do material reciclável.



Entretanto, tais experiências não perdem o norte, qual seja: a coleta e o destino do lixo são responsabilidade do estado e, portanto, a população precisa também organizar-se no sentido de exigir que o poder público competente garanta esses serviços em forma de política pública. Já se sabe que uma experiência local bem-sucedida em relação ao lixo pode vir a ser aproveitada em nível macro, sendo incorporada como proposta para outras regiões de condições semelhantes em uma cidade.

Assumimos que existe uma contribuição específica a ser dada por você que entende de vigilância em saúde e que se dá quando você ensina, discute e mobiliza a população. Mas nem todas as possibilidades de provocar uma mudança efetiva estão com você ou estariam de fato no campo da educação em saúde. Aliás, os processos educativos em geral não devem ter seus resultados medidos somente pelo alcance imediato de objetivos pontuais; devem ser vistos também como uma aposta para o futuro.



“... você realiza um trabalho fundamental ao fortalecer a possibilidade de os sujeitos se verem com poder e responsabilidade pela própria história e pelo processo de construção de sua cidadania”

“ O desafio é o de desconstruir os preconceitos que amarram as nossas práticas, experimentarmos o inusitado, experimentando junto com a população novos modos de sentir, de conhecer o mundo, de driblar as adversidades e de enfrenta-las quando possível”

Mas você realiza um trabalho fundamental ao fortalecer a possibilidade de os sujeitos se verem com poder e responsabilidade pela própria história e pelo processo de construção de sua cidadania. Sendo responsabilidade diferente de culpa, ela nos faz reconhecer o nosso lugar no espaço e no tempo, ao contrário da culpa que, muitas vezes, só serve para nos fazer sentir diminuídos e sem condições de ir à luta.

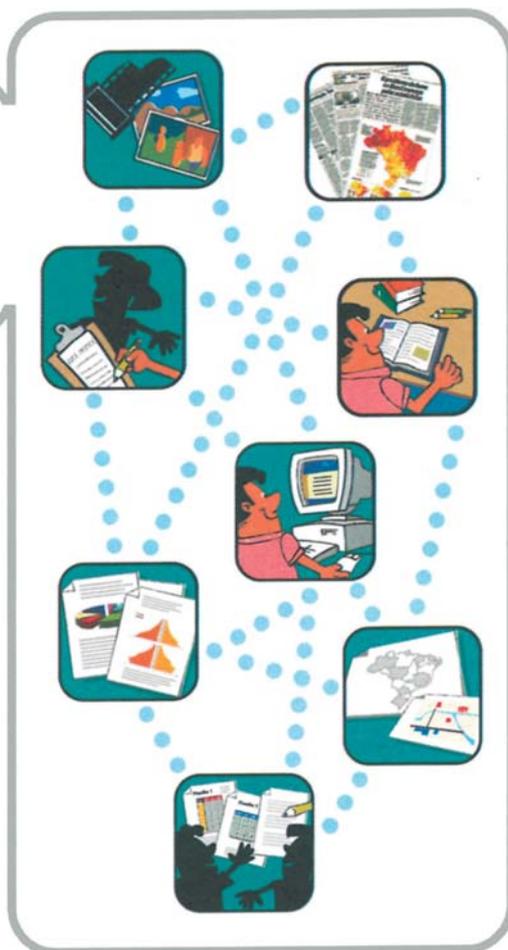
Nós falamos tanto de trabalho - de um trabalho que se apresenta de uma forma tão complexa - que você pode estar pensando ser isso um ônus excessivo para o profissional da vigilância em saúde. Entretanto, acreditamos que quanto menos banalizarmos o nosso trabalho maiores serão as chances de obtermos satisfação com ele. Para nós, o trabalho é uma forma especial de nos realizarmos como seres humanos e se ele é complexo, essa complexidade torna-se mais contundente quando construída essencialmente na relação com os outros seres humanos. É este o caso do seu trabalho, que se efetiva no contato com o território e, sobretudo, com as pessoas que nele vivem.

O desafio que temos a enfrentar é o de desconstruir os preconceitos que amarram as nossas práticas e experimentarmos a alegria de nos surpreendermos com o inusitado, com o que cansamos de olhar sem ver, com as expectativas várias que a população constrói, inventando juntos modos de sentir, de conhecer o mundo, de driblar as adversidades e de enfrentá-las como e quando possível. Assumimos, assim, o desejo de contribuir para aumentar tais possibilidades, compreendendo quão longo e trabalhoso, mas quão prazeroso e gratificante, isso também pode ser.



fechando

Já fiz o
Diagnóstico e o
Planejamento
Estratégico.



Muito Bem!
Agora, de posse
desses dados,
faça o Plano de
Ação.



fechando o Plano de Ação

Caro aluno,

Agora você estará fechando a terceira e última etapa **(TC-3)** do Trabalho de Campo. Caso sinta necessidade, você poderá reler os conteúdos deste módulo à medida que for definindo o seu **Plano de Ação**.

Leia atentamente o *Caderno de Atividades do Trabalho de Campo*, **principalmente as atividades previstas para o Módulo 7 da III Unidade de Aprendizagem.**

Faça contato com seu tutor. Ele irá orientá-lo de modo a que você compreenda todas as etapas do trabalho, ajudando-o na definição de seu **Plano de Ação.**

A qualidade do **Plano de Ação** irá permitir com que você realize com maiores possibilidades de êxito uma intervenção específica para o(s) problema(s) que você julgou prioritário(s).

Fechando o Trabalho de Campo

Chegamos ao final do **1º Curso de Desenvolvimento Profissional de Agentes Locais de Vigilância em Saúde.**

Reúna agora todo o material produzido no Trabalho de Campo (**TC-1 ; TC-2; TC-3**) e organize a apresentação final para o quarto e último momento presencial, de acordo com a estrutura recomendada no **Roteiro 5** do *Caderno de Atividades do Trabalho de Campo*.

O seu Tutor irá orientá-lo sobre as diferentes formas e recursos disponíveis para o desenvolvimento desta atividade.

Lembre-se: o impacto de nossa ação nem sempre é possível de ser percebido imediatamente, nem temos o poder de resolver os problemas completamente e de forma isolada. Porém, a situação de saúde, assim como o SUS é resultante de construção permanente. Você, Agente Local de Vigilância em Saúde, é agora, um dos principais sujeitos dessa transformação!

Mãos à obra e um bom trabalho!





referências bibliográficas

Texto 1

1. Comunicação e Saúde

CUNHA, M. V. da. **Jonh Dewey: uma filosofia para educadores em sala de aula.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.- (Educação e Conhecimento).

SOUSA, Mauro Wilton (org.); **Sujeito, o lado oculto do receptor.** São Paulo: Brasiliense, 1995.

MARTÍN-BARBERO, Jesús. **Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia.** 2 ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2003.

FREIRE, Paulo. **Extensão ou Comunicação.** 2a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 2a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

FREIRE, Paulo. **A importância do ato de ler.** São Paulo: Cortez, 1991.

SODRÉ, Muniz. **A Comunicação do Grotesco: um ensaio sobre a cultura de massas no Brasil.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1978.

PITTA, Áurea M. da Rocha (org.). **Saúde e Comunicação: visibilidades e silêncios.** São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC- ABRASCO, 1995.

Texto2

2. Educação e Saúde: Compromisso e Prática do Agente Local de Vigilância em Saúde

As Referência Bibliográficas encontram-se em forma de notas numeradas no próprio texto.

