

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

ALFREDO ALMEIDA PINA DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DOCUMENTAL DO PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS
MULTIPLICADORES DO PROJETO “NOSSAS CRIANÇAS: JANELAS DE
OPORTUNIDADES” NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO À LUZ DA
PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Orientadora: Profa. Dra. Anna Maria Chiesa

**SÃO PAULO
2007**

ALFREDO ALMEIDA PINA DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DOCUMENTAL DO PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS
MULTIPLICADORES DO PROJETO “NOSSAS CRIANÇAS: JANELAS DE
OPORTUNIDADES” NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO À LUZ DA
PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação da Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo, área de
Concentração de Enfermagem em Saúde
Coletiva, para a obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.**

Orientadora: Profa. Dra. Anna Maria Chiesa

**SÃO PAULO
2007**

FOLHA DE APROVAÇÃO

Autor: Alfredo Almeida Pina de Oliveira

Título: Análise Documental do Processo de Capacitação dos Multiplicadores do Projeto “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades” No Município de São Paulo à Luz da Promoção da Saúde.

Orientadora: Professora Doutora Anna Maria Chiesa

Professor (a) Doutor (a): _____

Data: ____/____/____ **Assinatura:** _____

Professor (a) Doutor (a): _____

Data: ____/____/____ **Assinatura:** _____

Professor (a) Doutor (a): _____

Data: ____/____/____ **Assinatura:** _____

*”Diga-me, eu esquecerei.
Mostre-me, eu me lembrarei.
Mas, envolva-me e eu entenderei.”*

Confúcio

*“Mestre não é quem sempre ensina,
mas quem de repente aprende.”*

Guimarães Rosa

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

Oliveira, Alfredo Almeida Pina de.

Análise documental do processo de capacitação dos multiplicadores do projeto “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades”, no município de São Paulo, à luz da Promoção da Saúde. / Alfredo Almeida Pina de Oliveira. – São Paulo, 2007.
210 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Anna Maria Chiesa

1. Educação permanente 2. Métodos de ensino 3. Educação de adultos 4. Promoção da saúde 5. Modelos de atenção à saúde.
I. Título.

Dedicatória

A Deus, pelo cuidado constante no desenrolar dessa magnífica e gratificante aventura: a vida, cuja complexidade e mistério traduzem a beleza contida na existência humana.

Aos meus pais por representarem um valioso exemplo, que em sua singeleza e carinho possibilitaram a compreensão viva do amar, ser amado e o querer bem aos outros.

A minha irmã, Lucimara, não há palavras que possam expressar meu afeto e agradecimento. Seu zelo e cumplicidade, tanto nos momentos serenos e alegres, quanto nas situações conflituosas e tristes, demonstram com que belo ser humano tenho a satisfação de conviver.

Ao meu irmão e sua esposa, Amarildo e Andresa, cuja saudade aumenta devido à distância, mas não desaparece com o tempo, principalmente pelo fato de presentear nossa família com duas preciosidades: Ana Gabriela e Rebeca Ester.

Ao meu irmão Aldo, *in memoriam*, sempre vivo em nossas lembranças, agradeço a felicidade de ter compartilhado momentos tão especiais contigo.

Aos profissionais de saúde que acreditam na potencialidade do cuidar como forma de promover a saúde dos indivíduos e coletividades, em especial, aqueles que acreditam na contribuição da educação como possibilidade transformadora da realidade.

Desejo a todos que persistam e não paralisem diante da aspereza e do incômodo que a realidade apresenta; recortem o problema, aproveitem bem os recursos que o trabalho oferece, assim como as qualidades positivas de cada integrante de sua equipe, exercitem o diálogo que aproxima e compartilha formas criativas de superar contratempos, não tenham medo da mudança e preservem a esperança para que seja possível admirar a beleza de seu trabalho.

Agradecimentos

À Professora Doutora Anna Maria Chiesa, pela graça e paciência com a qual conduziu a orientação deste trabalho. Comparo minha gratidão ao orgulho que sinto pela pessoa amiga e competente que me ajudou a descobrir novas perspectivas para o cuidar e o educar em saúde.

À Professora Heloisa “Helô” Helena Ciqueto Peres, pelas palavras carinhosas e pelo olhar cuidadoso e rigoroso com o qual contribuiu para o delineamento da metodologia e consolidação do objeto deste estudo.

À Professora Doutora Cláudia Maria Bógus, pela alegria de compartilhar este trabalho com alguém que pertence à Pedagogia e que atua em Promoção da Saúde, cujos apontamentos foram bastante valiosos para melhor compreender tal intersecção.

A todos integrantes da equipe do Projeto Janelas, em especial à Ângela Maricondi e Maria de La Ó, pela oportunidade de abrir portas – e janelas – para realização deste sonho e visualizar que o esforço conjunto produz belas pérolas.

À minha amiga Sílvia Oyama e Lígia Guedes, pela convivência que divide angústias e que multiplica as risadas, que diminui tristezas e que soma motivos que fazem valer a pena os sacrifícios e desfrutar todas as conquistas.

À Professora Doutora Moneda, pela amizade e cumplicidade compartilhadas não só durante a graduação, mas também durante o Mestrado.

Ao Professor Doutor Mario Ferreira Junior, com quem tenho a honra de trabalhar no campo da Promoção da Saúde, pela dedicação e autenticidade ao defender esse novo modo de produzir saúde.

À Ana Cláudia Camargo, por dividir ideais e horizontes para as práticas educativas, principalmente, no tocante ao ensino à distância e à educação permanente.

Aos amigos do Centro de Promoção da Saúde do Ambulatório Geral e Didático do Hospital das Clínicas da FMUSP e da WeCare Gestão em Saúde, pela

satisfação de trabalhar com cada um de vocês e pelo apoio oferecido no decorrer da concretização deste trabalho. Obrigado por fazerem parte da minha biografia.

Às minhas tias, Helena e Corina, pelo carinho e amparo nos momentos mais necessários, nos quais vocês duas ofereceram, com tanta disponibilidade e dedicação, seu auxílio.

Ao corpo docente do departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP, pelo sentimento de pertença a um grupo que visa contribuir para a transformação da realidade brasileira.

Aos docentes que fizeram parte de minha trajetória acadêmica e pessoal, pela inesquecível contribuição para o meu “estar sendo” no mundo e pelo aperfeiçoamento de minhas competências.

Às minhas companheiras e companheiros do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Coletiva, por vivenciar as mesmas dificuldades, desafios e contentamentos que o processo exige.

Às funcionárias do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da USP, pelo carinho, atenção e eficiência com o qual conduzem suas atividades.

Aos funcionários do departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva pelo sorriso constante e pela palavra atenciosa nos momentos compartilhados.

A todos funcionários da Escola de Enfermagem da USP, em especial, ao pessoal da Biblioteca Wanda de Aguiar Horta e do refeitório, pela cordialidade e pela dedicação com as quais tornam o cotidiano da EEUSP tão agradável.

A todos meus amigos e familiares que estiveram disponíveis e forneceram suporte nas horas complicadas. Independente da contribuição: meu eterno obrigado!

Lista de Abreviaturas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
CoGest	Coordenadoria de Gestão Descentralizada da Secretaria Municipal de Saúde
CREN	Centro de Recuperação e Educação Nutricional
DEGES	Departamento da Gestão da Educação na Saúde
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ESF	Equipes de Saúde da Família
JICA	Associação de Cooperação Internacional do Japão
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	Ministério da Educação e Cultura
NACE: AENSC	Núcleo de Apoio às Atividades de Cultura e Extensão: Assistência em Enfermagem em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
Projeto Janelas	Projeto “Nossas crianças: Janelas de oportunidades”
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

OLIVEIRA AAP. Análise documental do processo de capacitação dos multiplicadores do projeto “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades”, no município de São Paulo, à luz da Promoção da Saúde. São Paulo, 2007. 210 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo.

RESUMO

A Promoção da Saúde representa um novo paradigma na organização dos serviços de saúde e na estruturação do cuidar no processo saúde-doença ao reconhecer e intervir nas potencialidades existentes nos modos de viver e de trabalhar em um determinado momento histórico e social. Para tanto, um dos desafios para a consolidação do Sistema Único de Saúde refere-se à capacitação da força de trabalho em saúde a fim de rever o emprego da pedagogia tradicional nos processos educativos e contribuir na superação do modelo biomédico, especialmente, na Atenção Básica da Saúde. Nesta perspectiva, o projeto “Nossas crianças: janelas de oportunidades”, vinculado ao Programa de Saúde da Família, realizou oficinas de capacitação que extrapolaram a atenção ao corpo biológico, englobando também a dimensão afetiva e social no cuidado da criança por meio do fortalecimento das competências familiares. Foram objetivos deste estudo: analisar o conteúdo, as estratégias e os métodos avaliativos da capacitação à luz da Promoção da Saúde e identificar as tendências pedagógicas que permeiam tal processo. Recorreu-se à análise documental deste processo, cujos diferentes registros foram categorizados, respectivamente, a partir da perspectiva freireana e das Dimensões de Saúde e Bem Estar de Ronald Labonte. Resultados: os conteúdos da Promoção da Saúde difundidos na capacitação incorporaram conceitos como equidade, resiliência, defesa dos direitos, emancipação, autonomia, patrimônio, redes sociais, cooperação e participação na abordagem dos profissionais de saúde para o cuidado infantil através da família. A capacitação dos multiplicadores realizada foi embasada em vertentes críticas da pedagogia e representadas pelas categorias freireanas: autonomia e liberdade dos sujeitos, bem querer aos educandos, complementaridade objetiva e subjetiva, compromisso com a mudança, educação permanente dos seres humanos, horizontalidade das relações de poder, práxis dialógica e reflexão crítica da realidade. Conclui-se que, processos educativos

embasados em pedagogias críticas favorecem a incorporação de um novo referencial para o cuidado infantil à luz do conceito positivo de saúde e a criação de um espaço acolhedor capaz de emancipar sujeitos para transformar os perfis de saúde-doença da população.

Palavras-chave: Modelos educacionais; Educação Permanente em saúde; Tecnologias do cuidado; Promoção da Saúde.

OLIVEIRA AAP. Documental analysis of qualification process of new educators for the project “Our children: windows of opportunities”, at Sao Paulo city, in light of Health Promotion. Sao Paulo, 2007. 210 p. Dissertation (Master’s degree). Sao Paulo University Nursing School.

Abstract

Health Promotion represents a new pattern in health services organization and in the caring structure of health-disease process by recognizing and intervening in the existing potentialities of living and working styles in a particular historical and social moment. For such, one of the challenges for the Brazilian Health System consolidation refers to capability of work force in health in order to review the use of traditional pedagogy in educative processes and to contribute to biomedical model surplus, specially in the primary health services. In this perspective the project “Our children: windows of opportunities”, linked to Family Health Program, performed capability workshops which have extrapolated the attention to biological body, including also the emotional and social dimension of children care through strengthening of domestic capability. The objectives of this study were: to analyze the content, the strategies and capability evaluation methods in light of Health Promotion and to identify pedagogical tendencies which permeate such process. The documental analysis of this process was retrieved, which different records were classified, respectively, starting from Paulo Freire’s perspective and Health and Well-Being Dimensions of Ronald Labonte. Conclusion: the contents of Health Promotion diffused in the capability, have incorporated concepts such as equity, resilience, rights defense, emancipation, autonomy, patrimony, social networks, cooperation and participation in the contact with health professionals for children care through family. The qualification of new educators was based on critical pedagogical lines of thinking and represented by category: autonomy and freedom of people, be fond of students, objective and subjective completion, commitment with changes, permanent education of human being, horizontal power relations, praxis dialogical and critical mediation of reality. It is concluded that, educational processes based on critical pedagogy benefits the incorporation of a new reference for children

care in light of positive concept of health and the creation of a friendly space able to emancipate subjects to transform the health-disease profile of population.

Key words: educational model; permanent education in health; care technologies; Health Promotion.

OLIVEIRA AAP. Análisis documental del proceso de capacitación de los multiplicadores del proyecto “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades”, en la ciudad de São Paulo, en la perspectiva de la Promoción de la Salud. São Paulo, 2007. 210 p. Disertación (Maestría). Escuela de Enfermería. Universidad de São Paulo.

RESUMEN

La Promoción de la Salud representa un nuevo paradigma en la organización de los servicios de salud y en la sistematización del cuidar en el proceso salud-enfermedad al reconocer e intervenir en las potencialidades existentes en las formas de vivir y trabajar en un determinado momento histórico y social. Por lo tanto, un desafío para la consolidación de las directrices del Sistema Brasileño de Salud se refiere a la educación de la fuerza de trabajo en salud a fin de rever el modelo biomédico, especialmente, en la asistencia primaria en salud. Desde esta perspectiva, el proyecto “Nuestros niños: ventanas de oportunidad”, asociado al Programa Salud de la Familia, realizó oficinas de capacitación que extrapolaran la énfasis en el cuerpo biológico, involucrando las dimensiones afectiva y social en el cuidado de los niños por medio del fortalecimiento de las competencias familiares. Fueron objetivos de esta encuesta: analizar los contenidos, las estrategias y los métodos de evaluación en la perspectiva de la Promoción de la Salud e identificar las tendencias pedagógicas empleadas en tal proceso. Se recurrió a la análisis documental del proceso de capacitación, cuyos diferentes registros fueron categorizados, respectivamente, en la perspectiva de enseñanza de Paulo Freire y de las Dimensiones de Salud y Bienestar de Ronald Labonte. Los resultados enseñan contenidos del campo de la Promoción de la Salud difundidos en la capacitación incorporaron conceptos como equidad, resiliencia, defensa de los derechos, emancipación, autonomía, patrimonio, redes sociales, cooperación y participación en el abordaje del equipo de salud hacia el cuidado infantil por la familia. La capacitación de los multiplicadores realizada fue basada en vertientes críticas de la pedagogía y representadas por las categorías: autonomía y libertad de los sujetos, ternura por los educandos, complementación de la objetividad y subjetividad, compromiso con los cambios, educación permanente de los entes humanos,

horizontalidad de las relaciones de poder, praxis dialógica y reflexión crítica sobre la realidad. Se concluyó que, procesos educativos basados en pedagogías críticas facilitan la incorporación de un nuevo referencial para el cuidar en la niñez ante el concepto positivo de salud y la creación de un espacio acogedor capaz de emancipar sujetos hacia los cambios de los perfiles de salud-enfermedad de la población.

Palabras-clave: modelos educacionales; educación permanente en salud; tecnologías del cuidado; Promoción de la Salud.

Apresentação

Durante minha trajetória acadêmica e profissional sempre procurei estar envolvido nas atividades destinadas à educação em saúde e prevenção de doenças. A escolha por campos de estágio na área de saúde coletiva com enfoque na saúde infantil, os trabalhos educativos em grupos e no atendimento pré-natal exemplifica um percurso interessado pelos temas educativos na atenção à saúde.

Com o ingresso na Licenciatura em Enfermagem pude descobrir novos horizontes de atuação dentro dessas práticas a fim de conhecer melhor o campo da educação, onde os profissionais de saúde atuam, buscar estratégias educacionais pertinentes ao contexto do cuidado aos indivíduos e adotar ferramentas de planejamento e avaliação dos trabalhos realizados.

No final de 2002, ao terminar a graduação fui convidado para participar de um projeto em uma empresa cujo enfoque é realizar o levantamento do perfil de saúde de uma determinada população (empresas e planos de saúde, em especial) e acompanhá-lo ao longo do tempo via telemonitoramento – busca ativa telefônica – baseado no aconselhamento em saúde. Sendo assim, a responsabilidade de estruturar ações de Promoção da Saúde instigou meu interesse por este novo modo de produzir saúde.

Outras ações ocorrem concomitantes a este trabalho, tais como o Relatório Individual entregue a cada um dos respondentes de um questionário de saúde com base em referências advindas da Medicina Baseada em Evidências; para a empresa, segue um Relatório Gerencial que apresenta os dados epidemiológicos da população respondente e o perfil dos hábitos de saúde. Frente aos resultados obtidos, sugere-se para os responsáveis de cada empresa a implementação dos Comitês de Promoção da Saúde (compostos pelos responsáveis em Recursos Humanos, gerentes empresariais ou das seguradoras, trabalhadores e outros prestadores de serviços) a fim de otimizar os recursos disponíveis e oferecer opções para incrementar o perfil de saúde local.

Durante o ano de 2003, participei como observador dos grupos de apoio do Centro de Promoção da Saúde (CPS) e rastreamento do Ambulatório Geral e Didático (AGD) da Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). Os grupos representaram uma experiência valiosa para reforçar minha decisão profissional e aprimorar algumas habilidades gerenciais e assistenciais com foco na comunicação presencial.

Já em 2004, fiz parte da primeira turma de Especialização em Promoção da Saúde oferecida pela Faculdade de Medicina da USP, pois queria me aprofundar cada vez mais no instigante campo da Promoção da Saúde e na área de formação acadêmico-profissional.

Ao ingressar em 2005 no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da USP, na área de concentração da Enfermagem em Saúde Coletiva, tive a oportunidade de descobrir um novo olhar consoante às formas de educar comprometidas com a mobilização social e a transformação de uma determinada realidade.

No início deste mesmo ano, fui contratado pelo Ambulatório Geral e Didático do Hospital das Clínicas para coordenar grupos de apoio aos usuários que tivessem interesse em parar de fumar, controlar o peso, fazer mais atividade física e gerenciar o *stress* negativo com base no agir educativo inspirado em modelos advindos da Psicologia.

Entretanto, ao trabalhar com uma equipe multidisciplinar – que visa a interdisciplinaridade – e participar como monitor do curso *lato sensu* supracitado comecei a indagar como construir uma linguagem entre esses diferentes atores e que, ao mesmo tempo, pudesse garantir a aquisição de hábitos mais saudáveis pelos usuários por meio de ações que reforçassem o exercício pleno de sua autonomia.

Durante 2006 tive a oportunidade de desenvolver projetos para a sistematização dos processos educativos vinculados ao CPS, tanto no âmbito assistencial (grupos de apoio) quanto da própria especialização (Práticas em Promoção da Saúde) e da

capacitação de recursos humanos em uma empresa vinculada ao setor de saúde complementar.

Diante dessa trajetória pessoal e profissional, como poderia ajudar as pessoas no processo de mudança comportamental articulando as contradições existentes nas dimensões estrutural, particular e singular que conformam a realidade e que se traduzem em apoios ou barreiras aos modos de vida e de trabalho da população através da mediação de intervenções educativas.

Acredito que, o contato com a experiência existente no Projeto “Nossas crianças: Janelas de Oportunidades” – para simplificar, **Projeto Janelas** – atuou como catalisador de novas reflexões e ações para compreender o emprego de tecnologias do cuidado em diferentes *loci* da atenção à saúde, uma vez que procura vencer o desafio imposto pela gestão dos serviços na Atenção Básica à Saúde e a adoção da educação permanente como abordagem viável para contribuir no processo de capacitação da força de trabalho em prol da Promoção da Saúde e com base na estratégia de saúde da família.

Sumário

DEDICATÓRIA	I
AGRADECIMENTOS	II
LISTA DE ABREVIATURAS	IV
RESUMO	V
ABSTRACT	VII
RESUMEN	IX
APRESENTAÇÃO	XI
1 INTRODUÇÃO	
1.1 Formação de recursos humanos na Atenção Básica em Saúde	03
1.2 A Promoção da Saúde na (re) organização da Atenção Básica em Saúde	12
1.3 Tendências pedagógicas em processos educativos no setor saúde	21
1.3.1 Pedagogia Tradicional	23
1.3.2 Pedagogia Renovada	25
1.3.3 Pedagogia Tecnicista	27
1.3.4 Pedagogia Crítica	30
1.4 Abrindo Janelas de Oportunidades para a infância no município de São Paulo	35
1.5 Da aspereza da areia à beleza da pérola: a capacitação dos multiplicadores	39
2 FINALIDADE E OBJETIVOS	
2.1 Finalidade	53
2.2 Objetivos	53
3 MATERIAL E MÉTODOS	
3.1 Referencial teórico-metodológico	55
3.2 Tipo de estudo	56
3.3 Instrumento de coleta de dados	61
3.4 Etapas	66
3.5 Quadros teóricos para a análise	71

3.5.1	Diagrama de saúde e bem-estar de Ronald Labonte	71
3.5.2	Teoria da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire	74
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	
4.1	A Promoção da Saúde no Projeto Janelas	78
4.2	Dimensões do bem-estar e da saúde nos conteúdos da capacitação	81
4.3	Tendências pedagógicas da capacitação dos multiplicadores	88
4.3.1	Autonomia e liberdade dos sujeitos	94
4.3.2	Bem querer aos educandos	95
4.3.3	Complementaridade objetiva e subjetiva	96
4.3.4	Compromisso com a mudança	97
4.3.5	Educação permanente dos seres humanos	99
4.3.6	Horizontalidade das relações de poder	101
4.3.7	Práxis dialógica	102
4.3.8	Reflexão crítica da realidade	104
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	110
	ANEXO I	124
	ANEXO II	129
	ANEXO III	133
	ANEXO IV	134
	ANEXO V	136
	ANEXO VI	139
	ANEXO VII	161
	ANEXO VIII	176
	ANEXO IX	190

O nó do afeto

Era uma vez... Uma diretora de escola que achava que todos os pais e mães, mesmo trabalhando fora, tinham que dar muito tempo e atenção a seus filhos. Um dia, chamou-os para uma reunião, para conversar com eles sobre isso.

Depois de ouvir as orientações da diretora, um pai levantou-se e explicou com seu jeito humilde que não tinha tempo para conversar com o filho, nem de vê-lo durante a semana. Ele saía muito cedo para trabalhar e o filho ainda estava dormindo.

Quando voltava do serviço era muito tarde e o garoto não estava mais acordado. Isso o deixava muito angustiado. Mas ele não deixava de ir vê-lo mesmo assim: falava baixinho com o filho que dormia e beijava seu rosto todas as noites. E dava um nó na ponta do lençol que cobria o menino.

Quando o filho acordava e via o nó, sabia que o pai tinha estado ali... O nó marcava a presença do pai e era uma forma de comunicação entre eles.

A diretora ficou emocionada com aquela história simples e singela. E surpreendeu-se ao saber que aquele menino era um dos melhores alunos da escola!

Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”, Projeto Janelas

Introdução

1 Introdução

O desafio de incrementar a qualidade da prestação de serviços no setor saúde abarca o modo como ocorre a formação de seus recursos humanos, tanto no âmbito acadêmico quanto no ambiente de trabalho. Sem a pretensão de esgotar tal temática, a problematização de alguns pontos tornou-se necessária para melhor compreender os elementos constitutivos do processo de capacitação de recursos humanos nos serviços de saúde e, por conseguinte, subsidiar a discussão sobre a experiência da capacitação de multiplicadores do presente estudo.

Em primeiro lugar, discorreu-se sobre a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e a implementação de modelos assistenciais capazes de reorganizar a atenção básica e melhor atender as necessidades da população com a finalidade de garantir a integralidade das ações em saúde, o acesso eqüitativo aos equipamentos sociais, assim como valorizar a participação da própria população no controle de seus fatores de desgaste e de fortalecimento. Sendo assim, descreve também a implementação dos Pólos de Capacitação de recursos humanos em saúde no Brasil e em São Paulo. **Quais são os pontos positivos e nós críticos na adequação da força de trabalho em saúde para promover a saúde da população?**

Em segundo lugar, situa-se o conceito de saúde que, ao ser incorporado por diferentes visões de mundo em um processo social e historicamente constituído, visa esclarecer a defesa do conceito ampliado e positivo de saúde destacado no devir do campo da Promoção da Saúde. O paradigma promocional possibilita reestruturar intervenções na Saúde Coletiva e aponta para novas abordagens na formação dos profissionais que integram as diferentes equipes de saúde e, conseqüentemente, interfere no desenvolvimento de diferentes tecnologias para o cuidado da população. Nessa ótica, ressaltou-se o Programa de Saúde da Família (PSF) por configurar um loco de atuação potencialmente favorável para promover a melhoria da qualidade de vida da população. **Quais são as tecnologias educacionais mais potentes para multiplicar o conhecimento do campo da Promoção da Saúde nas práticas em saúde com base na formação dos profissionais de saúde?**

A terceira parte deste capítulo introdutório descreve a formação dos recursos humanos em saúde nas últimas décadas com base no perfil do contingente de trabalhadores no mundo, na América Latina, no Brasil e em São Paulo. Apresenta as diferentes tendências pedagógicas do ensino brasileiro e sua apropriação pela área da saúde. Enfatiza-se a relação processual estabelecida com a educação permanente das equipes de saúde da família (ESF), além de incorporar elementos do ensino e da aprendizagem de adultos nessa dinâmica, tomando como referencial prático seu próprio ambiente de trabalho a fim de rever e questionar os modos de intervir no processo saúde-doença. **Quais teorias pedagógicas melhor alicerçariam as práticas da Promoção da Saúde? Como ocorre a continuidade da formação dos profissionais de saúde em seu local de trabalho? Quais são as diferenças mais significativas ao lidar com a capacitação de trabalhadores adultos?**

À guisa de síntese, o último tópico deste capítulo, apresenta-se o histórico dos conceitos, ações e produtos que compõem o Projeto “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades” como o cenário do presente trabalho. **Quais são os espaços possíveis para rever a teoria e a prática na resolução dos problemas à luz da determinação social do processo saúde-doença da criança e de suas famílias? Como construir uma comunicação entre os diferentes profissionais de saúde que seja capaz de promover a saúde da população em diferentes espaços e situações com o intuito de transcender o discurso puramente técnico?**

1.1 Formação de recursos humanos na Atenção Básica em Saúde

Diante da crise no setor saúde nas décadas de 70 e 80, o movimento sanitário propunha uma totalidade de mudanças que contemplava a reorganização das práticas de saúde. Assumia, também, uma nova concepção de saúde trazendo em seu bojo uma série de elementos conceituais oriundos das ciências biológicas e sociais, expandindo o conceito de saúde vigente e reconhecendo os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença como resultado da organização da sociedade, englobando as dimensões econômica, política e cultural (Brasil, 1988; Freitas, 2003).

Gouveia e Palma (2000) descrevem apropriadamente a participação de diferentes atores sociais no processo de construção do Sistema Único de Saúde:

“... é sempre bom lembrar, que o SUS surgiu como conquista de longo processo de lutas e de acúmulo teórico-conceitual que, desde os anos 70, tem sido realizado por movimentos populares, trabalhadores em saúde, usuários, intelectuais, sindicalistas e militantes de diversos movimentos sociais constituídos nesse período. Entre estes últimos, com importantes repercussões nas práticas de saúde, ressalte-se o movimento feminista, a luta antimanicomial e o novo sindicalismo, além de numerosas organizações não-governamentais, e outras entidades da sociedade civil, que passaram a se salientar na luta pela democracia e pela efetivação de direitos de cidadania, casos dos grupos de apoio aos portadores do vírus da imunodeficiência humana”. (pg 21)

Desse modo, o SUS revoluciona o campo das práticas em saúde ao incorporar os princípios da equidade, integralidade e universalidade – aliados à descentralização (execução da atenção à saúde prioritariamente pelos municípios), ao controle social (maior democratização para o usuário na co-gestão dos serviços oferecidos pelo Estado) e ao sistema misto de produção de serviços (integração entre a esfera pública, privada lucrativa e entidades não lucrativas) – como orientadores dos processos de trabalho a fim de transformar os perfis de saúde-doença da população. Dessa forma, ao buscar a concretização destes pilares que sustentam as ações em saúde pode-se

reconhecer o exercício da cidadania e a consolidação do direito à saúde proposta pela Constituição Brasileira (Alves Sobrinho, 2000).

A Constituição de 1988 representa o mais importante aparato jurídico-legal brasileiro ao dispor sobre a saúde como um bem humano inalienável, cabendo ao Estado o dever de garantir as condições necessárias para o exercício da cidadania com equidade e justiça social. Não obstante, incorpora a universalidade no acesso aos serviços de saúde, rejeitando a inserção no mercado formal de trabalho como critério legal de inclusão ao sistema de saúde (Alves Sobrinho, 2000; Cohn e Elias, 2002; Bertolozzi, 2003).

O avanço ético-político alcançado com esta política social configura uma notória conquista para a sociedade brasileira, pois considera valores humanos pautados na solidariedade, dignidade e autonomia, princípios estes que caminham contra os vigentes processos ideológicos, políticos e econômicos de exclusão social próprios do modelo neoliberal que preconiza uma política restrita antagônica a universalidade; uma “cesta básica” que oferta serviços e procedimentos mínimos contra a integralidade das ações em saúde; a criação de sistemas alternativos de acesso ao sistema – favores especiais para uns e a porta dos fundos para outros – em oposição à equidade e igualdade de oportunidades e; por fim, a influência das leis de mercado em contrapartida à participação e controle da sociedade organizada (Mehry e Queiroz, 1993; Gouveia e Palma, 2000).

Diante deste processo de construção da Política Pública de Saúde – haja vista experiências bem-sucedidas no Canadá, Inglaterra e Itália – representa um salto qualitativo importante para a organização do atual sistema de saúde brasileiro. O SUS opta pela solidariedade e pela unidade do gênero humano, uma vez que apresenta oportunidades que rejeitam o *darwinismo social*, expresso na lei do mais forte, que desconsidera o contexto social, histórico e cultural no qual esses indivíduos, com diferentes potenciais e limitações, estão inseridos (Alves Sobrinho, 2000).

Sob auspícios desse marco teórico, a implementação dos Pólos de Educação Permanente consistiu em um grande avanço para a formação de recursos humanos no

PSF e o fortalecimento do SUS, pois representam a mediação entre os diferentes atores envolvidos na Atenção Básica em Saúde: as equipes, os gestores e os usuários dos serviços de saúde, assim como as diferentes instituições formadoras, inclusive seu corpo docente e alunado em um esforço dirigido à consolidação de um processo educativo que valorize as “situações vivas” dos serviços de saúde (Brasil, 2004).

A sistematização das práticas educativas incide sobre a operacionalização do trabalho das equipes de saúde, sobre as expectativas dos gestores e instituições e, por conseguinte, sobre as necessidades de saúde da população. Neste sentido, os Pólos de Educação Permanente assumem um caráter articulatório e mediador para realizar parcerias e convênios entre as instituições de ensino superior e as Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde para a capacitação, formação e educação contínua dos recursos humanos em saúde (Souza, Gil, Cerveira e Torres, 2002).

A Educação Permanente, proposta pelo Departamento da Gestão da Educação na Saúde (DEGES), associado ao Ministério da Saúde, a partir da aprovação do Conselho Nacional de Saúde e pactuado na Comissão Intergestores Tripartites, ambos em setembro de 2003, tem como características o estabelecimento do conceito de *roda* por meio de relações horizontais e participativas entre os diferentes atores envolvidos no processo educativo; reforço do protagonismo e do “aprender a aprender”; resgate de conhecimentos tácitos advindos da dinâmica vivida no trabalho; fortalecimento de atitudes embasadas em princípios éticos e estéticos para o trabalho em equipe e para o cuidado em saúde; e utilização/construção de tecnologias e instrumentos para a atenção em saúde a fim de promover a saúde da população a partir de seus reais problemas e necessidades (Brasil, 2005).

O Observatório de Recursos Humanos da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) que subsidiou a última reunião técnica ocorrida em Toronto (Canadá), no período de 4 a 7 de outubro de 2005, definiu cinco áreas de atuação para a superação dos desafios na gestão de recursos humanos em saúde nas Américas, constituindo um desafio para os serviços de saúde para a próxima década (2005 a 2015), que a própria OMS definiu como a "Década dos Recursos

Humanos", na reorganização das práticas em saúde com base nos seguintes eixos (OPAS e OMS, 2005):

1. Políticas e planos de longo prazo para a adequação da força de trabalho às mudanças previstas nos sistemas de saúde e desenvolvimento da capacidade institucional para colocá-los em prática e revisá-los periodicamente.

2. Redimensionar o quadro de profissionais a fim de colocar as pessoas adequadas nos lugares adequados, conseguindo uma distribuição eqüitativa dos profissionais de saúde nas diferentes regiões e de acordo com diferentes necessidades de saúde da população.

3. Regular os deslocamentos dos trabalhadores de saúde de maneira que permitam garantir atenção à saúde para toda a população ao estabelecer sistemas de incentivos e criação de novos empregos.

4. Gerar vínculos entre os trabalhadores e as organizações de saúde que desenvolvam um clima de pertença à instituição e reafirmem o compromisso com a missão institucional de garantir bons serviços de saúde para toda população.

5. Desenvolver mecanismos de interação entre as instituições de ensino (universidades, escolas) e os serviços de saúde que permitam adequar a formação dos trabalhadores de saúde para um modelo de atenção universal, eqüitativo e de qualidade que sirva às necessidades de saúde da população.

Sório (2005) afirma que processos formativos que contribuam para tal horizonte necessitam ser revistos na prática cotidiana e amparados pelas disposições legais da nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação Brasileira e pelo parecer CEB/CNE 15/98 que dispõe sobre a educação profissional em uma perspectiva que compreende o processo educacional que permita uma formação permanente e pautada na construção de competências dos trabalhadores em saúde a fim de contemplar em suas diretrizes e currículos o perfil de profissionais qualificados tecnicamente e comprometidos ética e politicamente com sua realidade e, dessa forma, com a sociedade brasileira.

A autora acima considera, ainda, que:

"[Para responder a] o desafio posto pela realidade é necessário adequar a incorporação tecnológica à estrutura das necessidades em saúde, superando a ênfase dada às práticas hospitalocêntricas e proporcionando o contato com outros âmbitos de atuação (creches, escolas, fábricas, domicílios etc) e outros processos de trabalho (acolhimento, vigilância à saúde, atenção à família etc)". (pg 224).

Vale ressaltar, também, o incentivo oferecido pela Associação Brasileira de Enfermagem na adoção desse tipo de abordagem pedagógica e na apropriação de tecnologias de ensino, especialmente as mediatizadas pela *Internet* para a gestão de recursos humanos, o que indica uma nova abertura para a atuação na educação permanente e à distância de profissionais da área de saúde (Guimarães e David, 2005).

No campo da formação de recursos humanos em saúde, percebe-se que desde a reciclagem profissional até a educação continuada – proposição da Educação Permanente – muitas mudanças ocorreram no mercado de trabalho, tais como as pressões sociais, elevação da escolaridade, crescente aumento do nível de informação das pessoas e inovações tecnológicas, bem como a motivação e expectativas dos indivíduos na participação e nas tomadas de decisões nos processos de trabalho constituem os elementos responsáveis por mudanças organizacionais na gestão de pessoal (Peres, Leite e Gonçalves, 2005).

Com base na implementação dos Pólos de Educação Permanente pelo Ministério da Saúde, os aspectos principais relacionados à comparação entre os processos de ensino-aprendizagem de trabalhadores em seus ambientes de trabalho são demonstrados na **Figura 1** elaborada pelo Departamento da Gestão na Educação em Saúde (Brasil, 2004):

Figura 1. Paralelos entre Educação Continuada e Permanente

	Educação Continuada	Educação Permanente
Pressuposto pedagógico	Centrada na transmissão de conhecimentos	Aprendizagem significativa, educação de adultos e aprendizado baseado em problemas
Periodicidade	Pontual e esporádica	Processual e contínua
Objetivo principal	Atualização técnica de conhecimentos específicos	Transformação das práticas da produção em saúde
Público-Alvo	Profissionais específicos e adequados ao tipo de conhecimento que se pretende trabalhar	Equipes multi/interdisciplinares de trabalho (atenção e/ou gestão da saúde) em qualquer esfera do sistema, docentes e estudantes
Modus operandi	Descendente, cujos temas são determinados pela especialidade	Ascendente, com base na avaliação coletiva dos processos de trabalho e identificação de nós críticos e contextualização de estratégias que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade de lugares e pessoas
Atividades didático-pedagógicas	Cursos padronizados; carga horária, conteúdos e dinâmicas definidos centralmente; construção de atividades educativas desarticuladas com a gestão, organização do sistema e controle social; pontual, e fragmentada	Problemas resolvidos/equacionados em situação; quando necessário, são construídas de maneira ascendente e consensuada; baseada nas necessidades levantadas por profissionais e/ou equipes; construção de atividades educativas articuladas com a reorganização do sistema (atenção-gestão-educação-controle social) que implica no acompanhamento e apoio técnico
Repercussões educativas	Acumulação cognitiva; erudição; racionalidade instrumental na condução de processos e de métodos	Constituição de equipes para apoio técnico em temáticas prioritárias e assessoramento na formulação de políticas específicas; desenvolvimento de habilidades assistenciais e capacidades pedagógicas; racionalidade ético-estético-política na condução de processos e métodos

Adaptado de Ministério da Saúde e DEGES, 2004.

Outra discussão pertinente para a compreensão da Educação Permanente na formação de recursos humanos refere-se à abordagem andragógica, isto é, na aprendizagem de adultos. Knowles (1977) compara conceitos, metodologias e valores entre a pedagogia e a andragogia, conforme a **Figura 2**:

Figura 2. Comparações entre pedagogia e andragogia

Características da Aprendizagem	Pedagogia	Andragogia
Relação Professor-Aluno	Professor é o centro das ações, decide o que ensinar, como ensinar e avalia a aprendizagem	A aprendizagem adquire uma característica mais centrada no aluno, na independência e na auto-gestão da aprendizagem
Razões da Aprendizagem	Crianças (ou adultos) devem aprender o que a sociedade espera que saibam (seguindo um currículo padronizado).	Pessoas aprendem o que realmente precisam saber (aprendizagem para a aplicação prática na vida diária).
Experiência do Aluno	O ensino é didático, padronizado e a experiência do aluno tem pouco valor.	A experiência é rica fonte de aprendizagem, através da discussão e da solução de problemas em grupo.
Orientação da Aprendizagem	Aprendizagem por assunto ou matéria.	Aprendizagem baseada em problemas, exigindo ampla gama de conhecimentos para se chegar a uma solução.

Fonte: Knowles, 1977.

A V Conferência de Educação de Adultos, ocorrida em 1997, na cidade de Hamburgo (Alemanha), firmou a Declaração de Hamburgo e a Agenda para o Futuro, reconhecendo dois aspectos fundamentais que as nações, principalmente, as mais pobres, necessitam equacionar: a presença de jovens nas modalidades de educação

de adultos, sendo adotado o termo Educação de Jovens e Adultos (EJA) e o reconhecimento do potencial que a “educação por toda a vida” implica na defesa dos direitos das populações e na alteração dos constantes processos de mudança das sociedades (UNESCO, 1997).

Frente à produção e humanização do conhecimento, Paiva (2004) aponta duas vertentes oriundas desta conferência, re-significando os processos educacionais a fim de transcender as estruturas formais do ensino-aprendizagem:

“A primeira, a da escolarização, assegurando o direito à educação básica a todos os sujeitos, independente da idade, por passar a ser vista a educação como direito fundamental; a segunda, a da educação por toda a vida, independente da educação formal, incluindo-se nessa vertente as ações educativas de gênero, de etnia, de profissionalização, questões ambientais etc., assim como a formação continuada de educadores, estes também jovens e adultos em processos de aprendizagem”. (pg 31)

Destarte o aspecto da alfabetização de jovens e adultos, Peluso (2001) – ao analisar tal abordagem na formação profissional brasileira – e Di Pierro (2006) – na descrição de suas experiências na reforma espanhola da educação de pessoas adultas – priorizam a segunda vertente na educação permanente em ambientes de trabalho, pois é mister conceber um cenário onde as áreas da educação e trabalho convergem e assumem especificidades, motivadores, incentivos e finalidades que extrapolam a tradicional educação infantil e de adolescentes, que continua sendo a tendência pedagógica reproduzida nos processos de capacitação em serviço para a construção de competências profissionais.

Competências que, na compreensão de Perrenoud (2000), são necessárias para a mobilização de recursos para a tomada de decisão. Mobilizar estruturas e recursos no cotidiano do trabalho requer do indivíduo a constante articulação de conhecimentos (conceitos e teorias), habilidades (técnicas e métodos) e atitudes (capacidade para estabelecer relações interpessoais) para a resolução de situações críticas ou implementação de novas tecnologias e processos de mudança.

A noção de “competência”, segundo Silva (2005), refuta qualquer entendimento desta acepção no modelo educacional comportamentalista, pois abrange conhecimentos, capacidades e atitudes que podem e devem ser objeto de reflexão e negociação com os sujeitos do processo educativo e que, como tal, não podem ser pré-determinados totalmente. Rejeitam-se, portanto, modelos que padronizam e imobilizam as práticas de ensino-aprendizagem, em favor de uma abordagem que cria espaços de envolvimento individual e coletivo na produção e validação do conhecimento de forma participativa e emancipadora a fim de transformar a realidade objetiva.

À medida que se estabelece uma abordagem pedagógica contínua e consensuada, o fortalecimento das competências dos atores envolvidos pode ser favorecido, pois o profissional pode desempenhar seu serviço com maior autonomia e governabilidade; os centros de formação desenvolvem um perfil de trabalhador capaz de melhorar a empregabilidade de seus egressos e o compromisso com o dever da sociedade; o gestor pode administrar melhor os recursos disponíveis na instituição ou na comunidade, primando pelo atendimento integral e eqüitativo e; por sua vez, a população usufrui seu direito à saúde com qualidade, assim como encontra oportunidades e recursos para incrementar o seu modo de andar a vida.

Para operacionalizar os princípios e valores decorrentes da reforma no setor saúde, a formação e a educação institucional dos profissionais de saúde consiste em um dos pontos críticos para favorecer a transformação dos modelos vigentes na Atenção Básica: a incorporação dos conceitos e práticas da Promoção da Saúde aos processos de trabalho.

1.2 A Promoção da Saúde na (re) organização da Atenção Básica em Saúde

A existência de diferentes paradigmas interpretativos do processo saúde-doença determina a forma de compreender e intervir nos elementos constitutivos deste fenômeno, sendo divididos em dois tipos de cosmovisão: a ontológica e a dinâmica. A ontologia do conceito saúde pode ser exemplificada pelo pensamento mágico, pela teoria miasmática ou pela descoberta de microorganismos causadores de doença (teoria da unicausalidade) que atribuem a existência de uma entidade ou ser que provoca a doença. Por outro lado, a visão dinâmica do processo saúde abarca a atuação de vários fatores e elementos na gênese da morbi-mortalidade (teoria da multicausalidade) expressa pela história natural das doenças; ou pela teoria da determinação social do processo saúde-doença, que compreende a existência de fatores de desgaste e de fortalecimento nos modos de vida e trabalho (Oliveira e Egry, 2000).

Labonte (1996) define 3 modelos empregados pelos profissionais de saúde e compreendidos pela população como capazes de atender suas necessidades e promover sua saúde: biomédico, comportamental e sócio-ambiental.

No campo da formação profissional baseada no modelo biomédico, o Relatório Flexner, estabelecido em 1910 para sistematizar a educação médica no Brasil e que influencia sobremaneira a formação de outros profissionais de saúde, apresenta as seguintes características: o curativismo, decorrente da visão ontológica da saúde como ausência de doenças; mecanicismo, pautado nos princípios da unicausalidade (causa-efeito); o biologicismo, delimitando a atuação profissional para o corpo biológico; o individualismo, que ignora o contexto no qual os indivíduos se inserem na sociedade e na história; e a especialização do profissional (Franco e Westphal, 1999, Egry e Sena, 2000).

Aguiar (2001) caracteriza o reducionismo e o dualismo corpo-mente na produção em saúde, presentes nesta forma de preparar os recursos humanos na área da saúde, da seguinte maneira:

“A aplicação do reducionismo ao campo da saúde alimenta a crescente especialização dos médicos [profissionais de saúde], processo que tem como conseqüência a fragmentação dos pacientes em órgãos e sistemas. O dualismo corpo-mente, por sua vez, desqualifica o sofrimento psíquico como objeto do cuidado médico, enfatizando apenas o que pode ser objetivamente mensurável, no âmbito da biologia”. (pg 73)

Neste paradigma, a resolubilidade dos problemas de saúde concentra-se nas estruturas hospitalares, implicando em uma sub-valorização dos serviços pelo campo da Saúde Pública. Tal cenário resultou no paradigma higienista, que segundo Franco e Westphal (1999), atendia primeiramente aos interesses das classes dominantes e dimensionamento urbano para o contingente populacional da época:

“A saúde pública do início do século e as escolas de saúde pública, que em sua maioria adotaram o nome de escolas de higiene, voltaram seu interesse para os métodos sociais e ambientais objetivando a remodelação e o saneamento das cidades e a transmissão de normas higiênicas, configurando o que tem se chamado de dicotomia prevenção/cura. Da mesma forma, o movimento sanitarista do final do século, o higienismo tinha caráter paternalista e vertical, devido ao pouco desenvolvimento ou ausência de mecanismos democráticos nas sociedades que os desenvolveram”. (pg 74).

Para a atenção primária em saúde, Starfield (2002) sugere que *“a atenção médica eficaz não está limitada ao tratamento da enfermidade em si; deve considerar o contexto no qual a doença ocorre e no qual o paciente vive”*, corroborando com a superação das limitações presentes na abordagem biomédica na Atenção Básica.

Durante o século XIX, a mudança no perfil de morbi-mortalidade das doenças transmissíveis para as crônico-degenerativas, decorrentes de melhorias nas condições de vida, denotou a limitação da abordagem biomédica. Somado ao avanço da imunologia e da epidemiologia, a noção de risco, suscetibilidade e exposição favorecem o estabelecimento da teoria multicausal, que incorpora a influência do meio físico e/ou social no desenvolvimento da doença, assim como o deslocamento da ênfase curativista para práticas de cunho preventivo (Franco e Westphal, 1999).

A expressão “Promoção da Saúde” surge como uma das quatro recomendações feitas por Henry E. Sigerist, em 1945, para a atuação em medicina, aliada à prevenção de enfermidades, o restabelecimento dos doentes e da reabilitação. Posteriormente, em 1965, Leavell e Clark, famosos epidemiologistas norte-americanos, avançaram em tais recomendações e propuseram o modelo da história natural da doença, estruturando a atenção à saúde em 3 níveis de aplicação de medidas preventivas: primária (promoção da saúde e proteção específica); secundária e terciária (diagnóstico e tratamento precoce de enfermidades e limitação de invalidez); e a reabilitação como prevenção *per se* (Gentile, 2001; Buss, 2003).

No início dos anos 70, o reconhecimento de estilos de vida e para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, neoplasias e disfunções metabólicas enfatizou a noção dos fatores de risco e determinantes da saúde. Neste mesmo período, dada a natureza infecciosa do vírus da imunodeficiência humana (HIV), são incorporados instrumentos e intervenções sobre comportamentos de risco para as doenças transmissíveis ou não: cessação do tabagismo, controle da obesidade, combate ao sedentarismo, práticas de sexo seguro, entre outros hábitos (Labonte, 1996; Ferreira Júnior, 2000).

Dois marcos históricos, em meados da década de 70, deflagraram a relevância do fortalecimento da atenção primária à saúde e da adoção de abordagens preventivas: o Relatório Lalonde e a Conferência de Alma-Ata.

Em maio de 1974, com o trabalho de especialistas canadenses sob auspícios do ministro da saúde deste país, Marc Lalonde, foi elaborado o documento “A new perspective on health of Canadians” – o famoso Relatório Lalonde – que estabeleceu o conceito de **campo de saúde** pautado em quatro dimensões, que reúnem os determinantes da saúde: a biologia humana, o meio ambiente, os estilos de vida e a organização da atenção básica (Gentile, 2001).

A convergência destes referenciais teóricos foi reafirmada na Conferência Mundial de Alma-Ata, realizada em 1978, consolidando a saúde como direito inalienável, cujo máximo potencial somente pode ser obtido através da ação do setor saúde com a

parceria dos demais setores sociais e econômicos, envolvendo a participação de indivíduos e/ou coletividades para proporcionar o desenvolvimento humano embasado em princípios como qualidade de vida e paz mundial (Brasil, 2002).

No começo dos anos 80, a análise do processo saúde-doença recebeu a contribuição da sociologia e ecologia, culminando na abordagem sócio-ambiental, que considera os determinantes e condicionantes da saúde, na dialética dos processos de fortalecimento e de adoecimento da população (Labonte, 1996).

Em novembro de 1986, na cidade de Ottawa (Canadá), celebrou-se a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde em resposta à crescente demanda de uma nova forma de pensar e produzir saúde pública no mundo (Gentile, 2001). Nesta ocasião, definiu-se o célebre conceito da Promoção da Saúde como o “processo de capacitação para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” e, à luz do conceito de saúde proposto pela OMS, defende que “a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (Brasil, 2002).

Para assegurar a garantia de meios e oportunidades equitativas e o papel de mediador em prol do conceito positivo de saúde, a Conferência de Ottawa estabeleceu 5 campos de atuação para ampliar sua abrangência na construção e implementação de programas e ações na atenção à saúde, na medida em que atuam sobre os determinantes e condicionantes dos indivíduos e coletividades:

1. **Elaboração de políticas públicas saudáveis:** compreende uma estratégia de impacto populacional, ao reconhecer e intervir nos determinantes do processo saúde-doença que não pertencem ao campo de atuação do setor saúde, valorizando agendas intersetoriais para a resolução dos problemas relacionados ao conceito ampliado de saúde;
2. **Construção de ambientes favoráveis à saúde:** visa garantir um meio ambiente sustentável e seguro para os indivíduos, não somente para se

adaptarem, mas para reconhecer e usufruírem as oportunidades e acessos que facilitam escolhas mais saudáveis;

3. Reforço da ação comunitária: apoiar atividades que emancipem os grupos sociais em prol da mobilização social efetiva e capaz de transformar os condicionantes dos perfis de saúde-doença da população (fatores de fortalecimento e de desgaste);
4. Desenvolvimento e aperfeiçoamento de habilidades pessoais: proporciona abordagens para a construção e/ou o fortalecimento das capacidades individuais ou dos grupos a fim de incrementar seu potencial de saúde e eliminar ou reduzir riscos e seqüelas;
5. Reorganização dos serviços de saúde: proporciona a revisão dos processos de trabalho e finalidades da atenção à saúde com o intuito de superar a ênfase dada às ações individuais, pontuais e curativas, incorporando ações de cuidado e acolhimento dos usuários, de processos de mudança e da Vigilância à Saúde das coletividades.

Concomitante à redação da Carta de Ottawa, a VIII Conferência Nacional de Saúde no Brasil propunha um conceito ampliado sobre a saúde. Tal conceito buscava transcender a multicausalidade e reconhecer o processo saúde-doença como socialmente produzido a fim de melhor atender às necessidades da população e elevar sua qualidade de vida. A partir daí, nas últimas duas décadas, outras conferências internacionais sobre a promoção da saúde foram realizadas com o intuito de avançar nas discussões teóricas das diretrizes e de sua implementação (Brasil, 1988; Brasil, 1996).

Outros eventos técnicos e científicos ocorreram no decorrer destas duas décadas para aprofundar a discussão sobre possibilidades e desafios na implementação do campo da Promoção da Saúde. No cenário internacional e nacional, destacaram-se (Gentile, 2001; Brasil, 2002; Buss, 2003; Chiesa, 2003):

- II Conferência Internacional e Declaração de Adelaide (Austrália, 1988): enfatizou a elaboração de Políticas Públicas Saudáveis; o reconhecimento da importância e influência das políticas econômicas e intersetoriais sobre a situação de saúde da população; o reforço do compromisso com a redução das iniquidades sociais; a ampliação do acesso aos serviços; e a defesa das minorias (de gênero, classe social, etnia e geração).
- III Conferência Internacional e Declaração de Sundsvall (Suécia, 1991): relacionou a interação e a interdependência entre o meio ambiente e a saúde a fim de proporcionar a construção de ambientes promotores de saúde com o apoio das entidades governamentais, não-governamentais, do setor privado e da sociedade civil; ressaltou as dimensões social, política e econômica e destacou a capacidade das mulheres para promover a saúde e a sustentabilidade do meio para todos e para as futuras gerações.
- IV Conferência Internacional e Declaração de Jacarta (Indonésia, 1992): convocou novos e diferentes atores para o fortalecimento das ações comunitárias; sinalizou o surgimento de novos determinantes da saúde, haja vista o processo de integração da economia global, os mercados financeiros e o comércio, o acesso aos meios de comunicação, a crescente degradação ambiental; reforçou os conceitos *empowerment* e da participação popular, especialmente, por meio do acesso à educação e à informação; assunção da participação do setor privado nas atividades promotoras de saúde.
- Conferência Latino-Americana de Santa Fé de Bogotá (Colômbia, 1992): tratou das possibilidades e especificidades de implementação do campo da Promoção da Saúde na América Latina, enfatizando as iniquidades sociais e deterioração das condições de vida da maioria da população, bem como a relação desfavorável entre a exposição aos fatores de risco e suas chances de vida (recursos para enfrentá-los e fatores de fortalecimento);

reconheceu o desafio imposto para a transformação radical deste cenário por meio da solidariedade e equidade social.

- Rede de Mega-Países para a Promoção da Saúde, organizado pela OMS em Genebra (Suíça, 1998): proporcionou uma aliança entre os 11 países mais populosos – Bangladesh, Brasil, Índia, Indonésia, Japão, México, Nigéria, Paquistão, Federação Russa e Estados Unidos da América – cuja diversidade no nível de desenvolvimento implicou na constituição de uma poderosa agenda mundial de políticas de Promoção da Saúde; reafirmou a importância das pesquisas e avaliações das ações realizadas e a divulgação de programas bem sucedidos; ressaltou a mobilização de recursos, a colaboração intersetorial e a utilização de tecnologias para prover educação à distância e capacitação da força de trabalho.
- V Conferência Internacional e Declaração da Cidade do México (México, 2000): reconheceu o impacto das ações no campo da Promoção da Saúde para o desenvolvimento humano, bem como a responsabilidade e o dever central do governo e a co-responsabilização para os demais setores da sociedade na manutenção deste avanço social; identificou problemas de saúde emergentes e constatou a necessidade de fortalecer a cooperação e colaboração em todos os setores e níveis da sociedade. Avaliou-se também a eficácia e o impacto positivo das estratégias de Promoção da Saúde.
- III Conferência Regional Latino-Americana de Promoção da Saúde e Educação em Saúde e Carta de São Paulo (Brasil, 2002) ampliou e aprofundou o debate sobre os valores centrais da Promoção da Saúde tais como equidade, sustentabilidade e democratização; ressaltou a importância da avaliação das estratégias inovadoras na região, assim como a atualização das bases conceituais do projeto de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde.

- VI Conferência Internacional e a Declaração de Bangkok (Tailândia, 2005): trabalhou o estabelecimento de políticas e parcerias para abordar os determinantes da saúde a partir da perspectiva da globalização; reafirmou os conceitos, valores, princípios e estratégias de ação acordados anteriormente e reafirmados pelos Estados Membros através da Assembléia Mundial de Saúde, especialmente, o respeito às diversidades culturais e aos direitos humanos; apresentou evidências positivas da avaliação sobre o impacto de programas que associaram os 5 campos de ação da Promoção da Saúde; reforçou os princípios da equidade e justiça social para a mobilização de pessoas, grupos e organizações para situar a saúde como conceito central do desenvolvimento global, nacional e local; atentou para a presença de fatores críticos para promover a saúde, tais como: aumento das desigualdades intra e interpaises; novos padrões de consumo, comunicação e comercialização; urbanização; mudanças no meio ambiente global; aumento da vulnerabilidade das crianças, marginalizados, portadores de deficiências e indígenas.

Diante do exposto acima, o campo da Promoção da Saúde oferece elementos e recursos para enfrentar a complexidade do processo saúde-doença, pois abarca diferentes interfaces da realidade objetiva com o intuito de reconhecer os determinantes e condicionantes existentes em um dado momento histórico e, a partir disto, construir intervenções capazes de fortalecer a saúde e melhorar a qualidade de vida da população, superando com isso a idéia de promoção enquanto ação numa fase pré-patogênica (Brasil; 2002; Buss, 2003).

Adotar um modelo de atenção à saúde das populações tornou-se uma necessidade, pois as formas de organização que supervalorizam o aspecto curativo da assistência se mostraram insuficientes frente às necessidades de saúde da população. A assunção do SUS como instrumento legal potente para a reorganização dos serviços de saúde favorece a ruptura com tal conceito hegemônico, vertical e dicotomizante – saúde ou doença, preventivo ou curativo, especialista ou generalista – e possibilita vislumbrar a atenção à saúde como um processo.

Ferreira Junior (2000) descreve o crescente movimento entre os profissionais e gestores da saúde a fim de proporcionar a melhoria da qualidade de vida e otimização dos recursos em saúde, da seguinte forma:

“A prática de promoção da saúde e prevenção de doenças vêm ganhando grande popularidade impulsionados pelo interesse crescente na qualidade de vida das pessoas, pela importância da minimização do sofrimento, da morbidade e mortalidade provocados por doenças e acidentes, e, também, pela necessidade premente de controle e redução de gastos com assistência médica, tanto em nível do setor público quanto privado da saúde”. (pg IX).

As experiências em saúde com foco na atenção à família propostas e implantadas tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento procuram responder a questões específicas de cada contexto ou se articulam e se sustentam em justificativas orientadas, principalmente, por racionalidades econômicas, científicas e técnicas, associadas a perspectivas 'humanistas'. Correspondem a uma linhagem de propostas com características semelhantes que vêm sendo defendidas, principalmente, a partir da Segunda Guerra Mundial, por organismos ou instituições de natureza pública, nacionais e internacionais, como modelos para reorganização da assistência à saúde (Silva e Dalmaso, 2002).

A proposição do Programa Saúde da Família (PSF) busca incorporar a integralidade dos diferentes níveis de atenção em uma lógica sistematizada, além de utilizar instrumentos advindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde pelos diferentes atores sociais que co-existem em um determinado lugar (a equipe de saúde, os gestores, os colaboradores, os parceiros, a população), tomando como objeto os danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de andar a vida de tal população (Paim, 2003).

O campo da Promoção da Saúde apresenta conceitos e práticas para o embasamento de novas tecnologias para o cuidar em saúde tanto no âmbito individual quanto coletivo. Para tanto, organiza-se por meio de políticas públicas saudáveis

intersetoriais ou transetoriais (econômicas, sociais e ambientais), intervenções específicas (promoção, prevenção e recuperação) e operação sobre problemas e grupos populacionais, tomando como referencial a saúde e a qualidade de vida no direcionamento das práticas de intervenção nos condicionantes sócio-ambientais da saúde (Chiesa, 2003; Freitas, 2003).

Portanto, a construção de instrumentos potentes para a intervenção nos perfis de saúde da população precisa fazer parte do conjunto de estratégias capazes de romper com conceitos e estruturas hegemônicas existentes no setor saúde (Paim, 2001). Contudo, ao considerar o perfil de profissionais de saúde necessário para transformar os modos como a assistência é conduzida no PSF, implica um novo olhar sobre o processo de formação e de capacitação buscando incorporar novas referências epistemológicas que fortaleçam os princípios do SUS à luz da promoção da saúde (Chiesa, 2003; Mehry e Franco, 2006).

Diante do exposto acima, discutir o delineamento de ações que superem a ênfase dada aos aspectos técnicos, curativos e baseados em demandas dirigidas aos programas para uma gestão cujo processo de trabalho seja capaz de identificar e intervir nas necessidades em saúde da população requer a mediação de processos educativos. A seguir, os principais aspectos relacionados às práticas pedagógicas serão apresentados.

1.3 Tendências pedagógicas em processos educativos no setor saúde

Toda ação docente pressupõe, conscientemente ou não, concepções de ensino e aprendizagem que constituem a visão de mundo, de homem (educador e educandos), de cultura, de didática, dos conteúdos e da função social da educação. Discutir as tendências e pressupostos pedagógicos na formação de recursos humanos em saúde revela a importância de compreender quais objetivos são projetados com a prática educativa e qual alinhamento filosófico, teórico e metodológico embasa o ato de ensinar e aprender em um determinado contexto social e histórico (MEC, 1997).

Luckesi (1994) afirma que a educação apresenta diferentes funções sociais de acordo com o posicionamento de seus sujeitos no processo educativo. Neste sentido, pode ser *redentora* (a educação em busca da harmonia e do equilíbrio da vida em sociedade), *reprodutora* (que visa compreender a cultura produzida pela ideologia dominante e conservá-la através das gerações) e *transformadora* (a educação como mediação de projetos sociais).

Morandi (2002) define o sentido da Pedagogia como um ato que:

“... descreve uma condução específica, socialmente construída, das ações combinadas de ensinar e de aprender. O objeto da pedagogia não é o professor, nem o saber, nem o aluno, e sim a atividade que os reúne. Este conjunto fundador cria uma coerência entre a identidade da pessoa, os saberes, a cultura, a sociedade e a atividade que os produz. Os modelos pedagógicos são os princípios condutores desta atividade, sendo os métodos seu modo de realização”. (pg 26)

Diversos autores dedicados ao campo da Pedagogia no Brasil procuram estabelecer relações entre as tendências pedagógicas e a investigação do campo do conhecimento em educação e da didática. Para Libâneo (1994) e Luckesi (1994) elas podem ser classificadas em duas grandes vertentes: as de cunho liberal (pedagogia tradicional, pedagogia renovada e tecnicismo educacional) e as de cunho progressista (pedagogia libertadora, libertária e crítico-social dos conteúdos).

Mizukami (1986), em seu trabalho de doutorado, identificou junto aos professores do ensino médio, por meio da triangulação de métodos qualitativos, diferentes tendências nas práticas educativas e nas concepções relacionadas ao ato de educar entre estes profissionais, agrupando-as nas seguintes abordagens de ensino: a tradicional, a comportamentalista, a humanista, a cognitivista e a sócio-cultural.

Entretanto, para o presente estudo adotou-se a classificação proposta pelo Ministério da Educação e da Cultura (MEC,1997) em quatro grandes tendências pedagógicas, que englobam as características propostas pelos autores supra-citados, nas estruturas curriculares do ensino brasileiro: a tradicional, a renovada, a tecnicista e a crítica.

1.3.1 Pedagogia tradicional

Talvez seja a abordagem mais resistente e difundida na educação, caracterizada pela transmissão da cultura e do conhecimento produzido pela humanidade e pela formação do raciocínio. Os conteúdos são produtos de uma realidade pré-estabelecida e que costumam não apresentar relações significativas com o cotidiano dos alunos. O objetivo educacional, neste caso, prima pela disciplina intelectual e moral de um “homem ideal” desvinculado a sua realidade concreta, isto é, problemas sociais pertencem à sociedade, enquanto que o papel das instituições de formação (escola, família etc) persiste na transmissão de informações fragmentadas e especializadas desde temáticas mais simples até as mais complexas (Mizukami, 1986; Luckesi, 1994).

O sentido etimológico de tradição, segundo Morandi (2002), consiste no “ato de fazer passar a um outro”. Nesse sentido, o relacionamento professor-aluno compreende relações de poder desiguais (centrado no professor como detentor do conhecimento) e verticais (autoridade e tomada de decisões pertencentes à atividade docente), pois:

“A pedagogia tradicional pode ser considerada como um sistema de processamento da informação, de transmissão e de comunicação escolares. Segundo a lógica deste modelo, a ação pedagógica se estabelece ou, mais exatamente, é identificada principalmente em torno da atividade do único ator reconhecido que é o professor. Considera-se o ensino como o principal elemento realizador”. (pg 27).

Ao aluno cabe assistir às aulas, ser receptivo ao professor e, como tem que receber a “verdade” do professor, necessita permanecer atento e em silêncio. Desse modo, o processo educativo está centrado no professor (Luckesi, 1994).

Mizukami (1986) argumenta que a concepção de mundo e de sociedade, que perpassa tal abordagem do ensino, tem a finalidade de contemplar recortes da realidade objetiva para dominar e compreender melhor a natureza, a cultura, a tecnologia etc. Contudo, essa visão de mundo abstrata, estática, distante e exterior ao aluno, perpetua um modelo individualista na prática educativa.

A didática e o método empregados valorizam o estabelecimento de normas e princípios reguladores do ensino, no qual são utilizadas exposições orais e aulas demonstrativas (apresentação de objetos, gravuras, imagens etc), pois representam situações concretas que exigem apenas os órgãos dos sentidos, estimulando a capacidade de memorização dos alunos por meio da escuta, da observação e da repetição de exercícios (Libâneo, 1994).

A avaliação dos educandos ocorre com a verificação da retenção dos conteúdos transmitidos pelo professor. Dada à exatidão e quantidade de informações, a formulação de provas, exames, chamadas orais e exercícios ilustram as medidas avaliativas dos resultados obtidos no processo educativo (Mizukami, 1986). Luckesi (1994) distingue duas formas de interpretação do esforço do aluno pelo professor: negativo (notas, punição) e positivo (emulações, classificações, diploma).

Freire (2002) critica e refuta vários atributos dessa tendência pedagógica, por ele denominada “educação bancária”, que concebe os educandos como meros receptáculos de alguém que prescreve conteúdos mantenedores da ideologia dominante e opressora. Opõe-se também a esta forma de ensinar, pois não permite o encontro de sujeitos mediados pelo diálogo a fim de aumentar a consciência de sua presença **no** e **com** o mundo.

Bordenave (1999) analisa e resume os impactos da pedagogia tradicional tanto no âmbito individual, quanto social da seguinte forma:

- Individual: hábito de tomar notas e memorizar; passividade do aluno e falta de atitude crítica; profundo “respeito” às fontes de informações (professor ou textos); distanciamento entre teoria e prática; tendência ao racionalismo e especulação teórica; ausência da problematização da realidade.
- Social: adoção inadequada de informações científicas e tecnológicas de países desenvolvidos; adoção indiscriminada de modelos de pensamento elaborado em outras regiões (inadaptação cultural); individualismo, falta de cooperação e participação; desconhecimento da própria realidade

(imitação de padrões estrangeiros); submissão ao colonialismo e outras formas de dominação; manutenção da divisão em classes sociais (*status quo*).

1.3.2 Pedagogia renovada

Segundo Libâneo (1994) várias correntes derivam desta abordagem pedagógica, que surge no final do século XIX como forma de contraposição ao ensino tradicional com a denominação de pedagogia ativa ou escola-novista, entre elas: a progressivista; a não-diretiva; a ativista-espiritualista (ensino confessional); a culturalista; a piagetiana ou construtivista; a montessoriana, entre outras (Libâneo, 1994).

Nesta tendência educativa, tais correntes atrelam-se, direta ou indiretamente, ao movimento da *pedagogia não-diretiva* do psicólogo Carl Rogers, Michel Lobrot e Oury-Vasquez; e ao *movimento escolanovista* cujos representantes no cenário internacional incluem John Dewey, Maria Montessori, Ovide Decroly, Jean Piaget e, no cenário nacional, Anísio Teixeira, Luís Alves Mattos e Lauro de Oliveira Lima (Faria, 1987; Libâneo, 1994; Luckesi, 1994).

Nessa perspectiva educacional, apesar das divergências de cada corrente de ensino, existe um eixo norteador que incide sobre a “direção da aprendizagem”, na qual o aluno assume uma postura ativa, livre, criativa e curiosa com relação a sua formação individual e social por meio da pesquisa e da investigação. Por outro lado, o professor deve propiciar condições favoráveis para sua aprendizagem, atuando como um facilitador no processo de autodesenvolvimento e valorização do *self* do aluno, de forma espontânea e acordada individualmente ou em grupo (Pereira, 2003).

Com base nos interesses e necessidades do aluno, os conteúdos são estabelecidos no confronto cognitivo do sujeito da aprendizagem frente às situações problemáticas impostas pela sua existência. Trata-se, portanto, do “aprender a aprender”, pois mais importante que a organização racional do saber, é o processo de aquisição deste conhecimento (Luckesi, 1994).

O método torna-se secundário nesta abordagem educacional, adequando-se a cada etapa do desenvolvimento do aluno por meio do trabalho em grupo, atividades cooperativas, simulações, estudo dirigido individual, pesquisas, projetos e experimentações (Libâneo, 1994). O ambiente de ensino-aprendizagem deve ser dotado de materiais didáticos variados, estimulantes e alegres em oposição ao clima frio e formal da pedagogia tradicional (Pereira, 2003).

Faria (1987) e Mizukami (1986) afirmam que mesmo que a relação entre o professor e cada aluno seja única, o facilitador necessita propiciar uma “vivência democrática como a sociedade deve ser” através do contato com a realidade; da empatia pelos alunos; da aceitação positiva incondicional e da convicção nas capacidades do aluno; da capacidade de estabelecer boas relações humanas; da receptividade, autenticidade e congruência.

Conforme salienta Luckesi (1994), na pedagogia renovada ocorre a valorização das necessidades e interesses individuais do educando para sua constante adaptação ao meio e aos outros, pois “a educação é a vida presente, é parte da própria experiência humana”. Mizukami (1986) corrobora com tal afirmação:

“Quanto à epistemologia subjacente a essa posição, a experiência pessoal e subjetiva é o fundamento sobre o qual o conhecimento abstrato é construído. Não existem, portanto, modelos prontos nem regras a seguir, mas um processo de vir a ser. O objetivo último do ser humano é a auto-realização ou uso pleno de suas potencialidades e capacidades”. (pg 38).

A formulação de um contrato, entre o professor e os alunos, objetiva a construção conjunta de metas e critérios de avaliação do processo de ensino-aprendizagem. A motivação do aluno deve aumentar à medida que o professor não interfere na sua auto-realização, no cumprimento de suas metas pessoais e elimina possíveis obstáculos para o aprendizado do aluno. Nesse sentido, a auto-avaliação configura o instrumento capaz de mensurar as conquistas individuais a partir da definição e aplicação de critérios estabelecidos pelo próprio indivíduo (Mizukami, 1986; Libâneo, 1994).

1.3.3 Pedagogia tecnicista

Em meados dos anos 70, sob a inspiração das teorias behavioristas da aprendizagem e da abordagem sistêmica do ensino, inicia-se um movimento nas instituições de ensino baseado no condicionamento de comportamentos desejáveis aos educandos, cujos representantes são Skinner, Gagné, Bloon e Mager. Nesta corrente do ensino, a característica central consiste na primazia do objeto (empirismo), externo ao sujeito e pertencente ao ambiente e suas contingências (MEC, 1997; Mizukami, 1986).

A função primordial da escola consiste na adoção de formas de controle dos comportamentos que pretende instalar e manter, a partir de um determinado contexto cultural (domínio de técnicas) e econômico (sistema capitalista), indivíduos competentes para a produção social e detentores de atributos desejáveis e úteis para a vida em sociedade (Mizukami, 1986; Pereira, 2003). A compreensão desta repercussão no ensino pode ser descrita pelo MEC (1997), a seguir:

“A supervalorização da tecnologia programada de ensino trouxe conseqüências: a escola se revestiu de uma grande auto-suficiência, reconhecida por ela e por toda a comunidade atingida, criando assim a falsa idéia de que aprender não é algo natural do ser humano, mas que depende exclusivamente de especialistas e de técnicas”. (pg 31).

Nessa perspectiva, como a ênfase dos processos educativos incide sobre a tecnologia e os métodos que reproduzem o conhecimento como recortes da realidade por meio da experiência de especialistas e técnicos, o professor assume o papel de “analista de contingências” na administração e na execução dos meios e recursos necessários para os alunos atingirem objetivos bem definidos (Libâneo, 1994).

A presença de reforços positivos (que provocam satisfação) ou negativos (que eliminam um desprazer) contribuem na modulação do comportamento junto aos alunos, contudo a frustração e a punição podem ser empregadas para a mesma finalidade. Conforme Mizukami (1986), o instrutor (professor) dispõe de estratégias como “encadeamento, modelagem, *fading* ou enfraquecimento do estímulo ou ainda mudança

graduada do estímulo” para gerar um alto nível de aprendizagem por parte do aluno, evitando estratégias punitivas e aversivas.

Por outro lado, o aluno recebe e fixa os conteúdos, que devem ser reforçados por meio de eliciadores, que provocam e mantêm o novo comportamento, enquanto que o campo da descoberta pertence ao professor. Na percepção de Mizukami (1986), tal característica representa para o sujeito uma forma de administrar as contingências de seu ambiente a fim de que seu comportamento cumpra os objetivos desejados com maior controle e, portanto, maior responsabilidade sobre tal processo.

Segundo Luckesi (1994), o sistema instrucional, apesar da miríade de modelos existentes em educação, abarca “três componentes básicos: objetivos instrucionais operacionalizados em comportamentos observáveis e mensuráveis, procedimentos instrucionais e avaliação”. As metodologias e técnicas de ensino podem ser representadas por recursos audiovisuais, manuais, cartilhas, tarefas de casa, entre outros, assim como módulos de ensino, instrução programada e instrumentos de avaliação periódica. Estes recursos pedagógicos têm sua origem na tecnologia de instrução, nos quais os conteúdos do ensino consistem em informações, princípios e leis embasadas pelas pesquisas científicas, sendo organizados pela lógica de especialistas na área de conhecimento estudada, eliminando interferências subjetivas (Luckesi, 1994).

Para avaliar o desempenho do aluno, existe a necessidade de realizar uma avaliação processual e estrutural. Com relação ao processo educativo, confrontam-se comportamentos prévios com aqueles adquiridos com base nos objetivos principais e intermediários pretendidos pelo programa educacional, após um período de tempo. No que tange a avaliação da estrutura de ensino, o professor controla o arranjo de recursos e contingências disponíveis para a incorporação e modelagem de comportamentos (Mizukami, 1986).

Bordenave (1999) descreve o impacto individual e social deste tipo de modulação de condutas e comportamentos do educando:

- Individual: aluno ativo com base nas respostas permitidas pelo sistema de ensino; alta eficiência da aprendizagem de dados e processos; passividade do aluno em questionar os objetivos e métodos, tampouco participar em sua elaboração; o aluno pode criticar as mensagens (conteúdos) do programa; os reforços são determinados pelo programador do sistema, tanto em sua frequência, quanto em sua qualidade; tendência ao individualismo, ressalvadas as oportunidades de co-participação estabelecidas pelo sistema; competitividade entre os alunos, pois estabelece parâmetros de diferenciação por notas, méritos, qualidades individuais (estigmatização); refutação da originalidade e criatividade do aluno, pois “respostas corretas” já estão pré-estabelecidas”.
- Social: tendência à mecanização da população com maior ênfase na produtividade; maior dependência de fontes externas para o estabelecimento de objetivos, métodos e reforços, que implica na necessidade de uma liderança; falta de desenvolvimento da consciência crítica e cooperação; suscetibilidade dos programas à manipulação ideológica e tecnológica; ausência da dialética “professor-conteúdo”, exceto em reuniões de reajustes curriculares; dependência de fontes estrangeiras de programas, equipamentos e métodos; tendência ao conformismo (eficiência e pragmatismo utilitário).

Autores brasileiros como Francisco Filho (2003) e Demo (2005), no âmbito do ensino fundamental e médio, e Aguiar (2001), Feuerwerker e Sena (1999), Pereira (2003), no ensino superior em saúde, discutem sobre a grande influência da tendência instrucional na formação de recursos humanos, em especial na área de saúde, com a supervalorização da **técnica** que perpetua a condição de **especialista** para o profissional de saúde e de **objeto** para os sujeitos (educandos ou usuários de saúde) envolvidos no processo.

1.3.4 Pedagogia crítica

No final dos anos 70 e começo dos 80, a abertura política no final do regime militar coincidiu com a intensa mobilização de educadores em prol de abordagens mais críticas para a transformação social, política e econômica a fim de superar as desigualdades sociais vividas no cenário nacional. Neste contexto, firmou-se, no meio educacional, a contribuição de pensadores de orientação marxista e o surgimento de vertentes progressistas da Pedagogia: a Libertadora, a Libertária, a Crítico-Social dos Conteúdos e a Histórico-Crítica. São expoentes dessa tendência no cenário nacional e internacional: Paulo Freire, Georges Snyders, Demerval Saviani, José Carlos Libâneo, Moacir Gadotti, Guiomar Mello, entre outros (Aranha, 1992; Pereira, 2003).

A Pedagogia Libertadora originou-se nos movimentos de educação popular brasileira, no final dos anos 50 e início dos 60, sendo interrompida pelo golpe militar de 1964 e retomada no período pós-ditatorial, com a discussão de temas sociais e políticos para a transformação da realidade social imediata (MEC, 1997).

Luckesi (1994) comenta sobre a atuação informal ou extra-escolar das vertentes Libertadora e Libertária que mantém características comuns, tais como o anti-autoritarismo, a autogestão pedagógica e a valorização da experiência vivida pelos sujeitos como base da relação dialógica e educativa, complementando que:

“Em nenhum momento o inspirador e mentor da pedagogia libertadora, Paulo Freire, deixa de mencionar o caráter essencialmente político de sua pedagogia, o que, segundo suas próprias palavras, impede que ela seja posta em prática em termos sistemáticos, nas instituições oficiais, antes da transformação da sociedade”. (pg 65).

À luz do exposto acima, tal “condição impeditiva” não evita que educadores e outros profissionais envolvidos com a educação implementem seus pressupostos, mesmo que a atuação dos sujeitos nestas versões costume ocorrer em espaços não restritos à instituição escolar, nos quais existe a participação coletiva de adultos em prol da mobilização social (assembléias, pesquisas participantes, sindicatos, associações de bairro, comunidades religiosas etc).

A Pedagogia crítico-social dos conteúdos e histórico-crítica propõe a síntese superadora dos modelos tradicional, tecnicista e renovado, uma vez que valorizam a ação pedagógica em sua inserção em uma realidade social concreta. Os representantes destas vertentes educacionais avançam na superação da “limitação” do método freireano, pois assumem o caráter político na escolha dos conteúdos no espaço formal da educação, adaptando tal proposta à faixa etária e nível de compreensão dos educandos (Libâneo, 1994; MEC, 1997).

Com relação ao método, alguns autores (Bordenave, 1989; Freire, 1996; Gadotti, 1992; Saviani, 2000) defendem as abordagens críticas como mais pertinentes ao trabalhar aspectos da realidade, pois implicam na problematização que requer uma interpretação dialética das situações, eventos e fenômenos impostos pelas formas de organização da sociedade e reforçadas pela ideologia dominante nos modos como a vida se processa e é conduzida, redefinindo caminhos e ferramentas necessários para a superação de tal condição social e historicamente constituída e a assunção do caráter intrinsecamente político das ações humanas.

As relações entre os sujeitos do processo educativo (educador e educandos) ocorrem de modo horizontal, dialógico e participativo. Ao educador corresponde o papel de animador e organizador do “conhecimento rudimentar” dos educandos a fim de incentivar e instigar o método científico e sistematizado de compreensão e transformação da realidade objetiva. Neste tipo de relação, as metodologias de ensino-aprendizagem baseiam-se nos grupos de discussão ou oficinas de trabalho (Pereira, 2003), cuja configuração espacial permita o diálogo entre os sujeitos, por exemplo, ao trabalhar em círculos (Bordenave e Pereira, 1988).

Os conteúdos trabalhados nos encontros partem de “temas geradores” oriundos da problematização da experiência dos sujeitos envolvidos com etapas de codificação e decodificação da situação vivida a fim de aumentar o nível de conhecimento e a consciência crítica do grupo em relação às trocas de experiência mediadas por práticas sociais (Mizukami, 1986; Luckesi, 1994).

A verdadeira avaliação do processo consiste na auto-avaliação e/ou na avaliação mútua e permanente dos pares (educador e educando) a partir de critérios individuais, grupais e/ou institucionais (estrutura de ensino), quaisquer instrumentos de avaliação de resultados, de forma pontual e meritocrática, são refutados nesta perspectiva educativa (Mizukami, 1986).

Bordenave (1999) apresenta o método do arco de Maguerez para sistematizar a prática problematizadora da realidade – que constitui o substrato fundamental da atuação dos sujeitos – de forma permanente e dialética, por meio de cinco etapas: a observação do problema; a definição de pontos-chave para a análise do problema; a teorização e compreensão destes pontos; a construção de hipóteses para a solução do problema; e a aplicação das soluções à realidade.

Nessa perspectiva, o autor defende o emprego da pedagogia da problematização, pois propicia, individual e socialmente, os seguintes impactos:

- Individual: aluno constantemente ativo por meio de observações, questionamentos, expressão de percepções e opiniões (pró-atividade); aumento da motivação do aluno pelo reconhecimento de problemas reais, cuja solução se converte em reforço; aprendizagem relacionada a aspectos significativos da realidade; desenvolvimento de habilidades intelectuais de observação, análise, avaliação, compreensão, extrapolação, síntese etc; intercâmbio e cooperação com os demais integrantes do grupo; superação de conflitos como elemento constituinte da aprendizagem grupal; horizontalidade nas relações de poder entre professor e alunos.
- Social: população conhecedora de sua própria realidade e reação à supervalorização do forâneo (estrangeiro); métodos e instituições originais e adequados à própria realidade; redução da necessidade de lideranças, pois líderes surgem em situações emergenciais; elevação do nível médio de desenvolvimento intelectual da população, devido à maior estimulação e desafios; criação ou adaptação de tecnologia viável e, culturalmente, compatível; resistência à dominação por classes e países.

Sistematizar e organizar as atividades educativas, na gestão da Atenção Básica e demais serviços que empregam tecnologias leves (de comunicação), pode valorizar o impacto deste tipo de intervenção no processo de mudança dos perfis epidemiológicos de saúde-doença da população. Ao vislumbrar características e elementos presentes nas diferentes tendências pedagógicas, que podem contribuir na elaboração de projetos educativos e capacitações, os profissionais de saúde incorporam novas competências para conduzir atividades educativas, pois nem sempre a estrutura curricular das instituições formadoras da área de saúde contempla a aproximação com a Pedagogia.

Após a reflexão sobre os paradigmas que orientam o campo da Promoção da Saúde (capítulo 1.2) e aproximação com as diferentes tendências pedagógicas (capítulo 1.3), construiu-se a **figura 3** que representa possibilidades de promover a saúde e melhorar a qualidade de vida da população por meio de diferentes processos educativos.

Figura 3 – Intersecções entre elementos da Promoção da Saúde e os modelos educacionais

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

Com base nos elementos e conceitos discutidos, apresentar-se-á o histórico do processo de implementação do Projeto Janelas no campo da Atenção Básica da Saúde e da estratégia de saúde da família no município de São Paulo e, em seguida, o objeto deste estudo: a capacitação dos multiplicadores.

1.4 Abrindo Janelas de Oportunidades para a infância em São Paulo

Diante do cenário de iniquidades sociais enfrentado por uma grande parte da população, torna-se imperativo refletir e rever os modos de produção da saúde no Brasil com o intuito de resgatar, fortalecer e inovar práticas e tecnologias de cuidado embasadas na melhoria da qualidade de vida da população (Chiesa, 2003).

A “beleza” do termo “janelas de oportunidades” ou “períodos críticos do desenvolvimento” pertence à área do desenvolvimento infantil e expressa os momentos nos quais a criança apresenta alta prontidão para adquirir novas habilidades. Para maximizar a resposta positiva nestes períodos, a criança necessita de cuidados, nutrição, estímulos afetivos e interação com as pessoas e o ambiente para favorecer seu potencial de crescimento e desenvolvimento (Benevides, 2003).

Cuidar da criança desde a vida intra-uterina, a primeira infância, apoiar as famílias, tecer redes sociais mais consistentes e valorizar a solidariedade configuram as premissas do Projeto Janelas e são capazes de atender as necessidades humanas em um espectro ampliado – biológico e sócio-emocional –proporcionando condições favoráveis para gerações futuras mais saudáveis e participativas.

Os estudos de Shore (2000) apresentam 5 pontos relacionados ao conceito das “janelas de oportunidades”:

1. O desenvolvimento infantil resulta da interação genética e ambiental de forma complementar e não dicotômica.
2. Cuidados precoces e nutrição adequada têm um impacto decisivo e permanente sobre o desenvolvimento humano, sobremaneira na aprendizagem e na regulação das emoções.
3. A plasticidade cerebral restringe-se ao tempo, ou seja, quanto mais jovem, maior sua capacidade de adaptar-se.

4. Experiências negativas ou ausência de estímulos apropriados implicam em algum grau de dano para o desenvolvimento infantil.
5. Evidências científicas na neurociência e entre especialistas no desenvolvimento infantil atribuem aos cuidados precoces um caráter especial para o bom desenvolvimento das fases subseqüentes à primeira infância.

Dada a magnitude do desafio proposto pelo Projeto Janelas, houve a necessidade de aliar-se a outros parceiros, cujas experiências em diferentes áreas e inserções sociais contribuíram para a elaboração das bases teóricas e metodológicas para melhor atender as necessidades das crianças na primeira infância – período compreendido desde a gestação até os 3 anos de idade – por meio da definição de competências para o cuidado infantil (Anexo I) que abarquem e relacionem a dialética existente entre a criança, sua família, sua comunidade, assim como o papel do Estado na garantia de condições que propiciem o crescimento e o desenvolvimento saudável dessa geração. (Chiesa, 2003; Chiesa, 2004).

O Projeto Janelas assume o compromisso com a equidade, pois prioriza as regiões de maior exclusão social que, segundo Ribeiro (2002), se relacionam às condições de vida desfavoráveis referentes à violação dos direitos sociais que colocam em risco a saúde e a qualidade de vida das famílias. Nessa perspectiva, existe o potencial de universalizar a atenção integral no contexto da estratégia de saúde da família.

Dessa forma foi constituído um grupo técnico de trabalho composto por diferentes representantes envolvidos com a atenção à saúde infantil: Centro de Recuperação e Educação Nutricional (vinculado à Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP), Pastoral da Criança (Arquidiocese de São Paulo), Escola de Enfermagem da USP (através do Núcleo de Apoio às Atividades de Cultura e Extensão: Assistência de Enfermagem em Saúde Coletiva – NACE: AENSC) e técnicos da área temática da Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (Coordenação da Gestão Descentralizada de Secretaria Municipal de Saúde – CoGest) (SMS, 2002; Chiesa, 2004).

Ressalta-se aqui a importância do envolvimento dos diferentes atores sociais no fortalecimento das competências familiares para o cuidado das crianças, pois desde os primórdios do Projeto Janelas, a participação de diferentes áreas do conhecimento enriqueceu a discussão sobre a complexidade que o processo saúde-doença demanda das equipes de trabalho envolvidas na atenção básica e, em especial, aquelas envolvidas com o cuidado infantil. Enfermeiras, médicos, psicólogas, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, administradoras e representantes da Pastoral da Criança contribuíram para a elaboração do referencial teórico-metodológico empregado neste projeto.

Nesta fase, a seleção dos Distritos de Saúde foi baseada no maior contingente de crianças menores de 5 anos, nos elevados índices de mortalidade infantil, maior incidência de gravidez na adolescência, maior concentração de famílias de baixa renda, assim como a existência de ações e/ou parcerias institucionais, que estivessem relacionadas ao desenvolvimento infantil, dentro de seus territórios. Firmou-se também o critério de inclusão das famílias ao projeto: gestantes e crianças até 6 anos de idade com a finalidade de melhor qualificar os cuidados infantis a partir da abordagem da família.

A implantação do Projeto Janelas envolveu 10 Coordenações de Saúde do Município de São Paulo em sua fase piloto – M'Boi Mirim, Grajaú, Parelheiros, Cidade Ademar, Brasilândia, Sé, São Miguel, Vila Mariana, Itaquera e Cidade Tiradentes – cuja viabilização do princípio da equidade durante esta etapa foi a escolha dos seguintes critérios: maior concentração de famílias com renda inferior a cinco salários mínimos, maior incidência de partos prematuros, maior número de partos em mulheres menores de 20 anos e maiores taxas de mortalidade infantil. Conforme quadro abaixo (SMS, 2002):

Figura 4. Situação dos Distritos de Saúde na fase piloto com relação aos critérios de inclusão do Projeto Janelas

Distrito de Saúde	% de famílias com renda inferior a 5 salários mínimos	% de gravidez na adolescência	% de partos prematuros	% população menor de 6 anos de idade	Mortalidade infantil
Brasilândia	32,5	20,0	8,5	14,2	17,3
Cidade Ademar	25,8	18,7	7,4	13,0	16,1
Cidade Tiradentes	33,8	22,0	7,6	16,0	18,3
Grajaú	29,6	19,1	7,4	15,4	17,2
Itaquera	19,9	18,6	7,3	12,5	14,1
M'Boi Mirim	81,6	37,1	12,5	28,0	38,1
Parelheiros	26,8	19,0	7,5	13,0	18,6
São Miguel	31,9	18,7	6,9	13,0	19,3
Sé	14,9	7,5	7,4	7,5	15,4
Vila Mariana	7,0	6,4	6,7	6,6	9,8

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde do município de São Paulo, 2002.

1.5 Da aspereza da areia à beleza da pérola: a capacitação dos multiplicadores

Nessa perspectiva, a escolha do título deriva da aproximação com o processo de criação e implementação do Projeto Janelas a partir das leis da dialética e seu marco teórico-metodológico comprometido com a inovação tecnológica, em especial, na construção de novos instrumentos e abordagens que abarcam a complexidade da saúde e avançam na incorporação do ideário da Promoção da Saúde pelos serviços da atenção básica da saúde a partir da estratégia da Saúde da Família.

Alguns autores (Triviños, 1987; Egry, 1996; Gadotti, 2003; Minayo, 2004) que embasam seus trabalhos científicos no materialismo histórico-dialético compreendem os processos e as transformações sociais a partir das leis da dialética estabelecidas primeiramente por Engels em sua obra “Dialética da Natureza”. Dessa forma, para o presente trabalho tomou-se o processo da formação da pérola, à luz das leis da dialética, para explicar o devir na atenção ao desenvolvimento infantil proposto pelo Projeto Janelas. Contudo, tal metáfora serve apenas para ilustrar o movimento dialético da construção do projeto, pois a ocorrência da pérola consiste em um processo natural, isto é, não há intencionalidade nele; ao passo que, o trabalho humano apresenta mobilidade histórica e social, sendo intrinsecamente teleológico e prático.

- Lei da interpenetração dos opostos (unidade e luta dos contrários): reconhece o movimento incessante e conflitante contido na Natureza e nos fenômenos que seguem o princípio da totalidade, no qual objetos e fenômenos estão interligados e se condicionam na dimensão estrutural, particular e singular. **Quando um grão de areia ou outro corpo estranho entram em contato com a superfície viscosa do corpo do molusco, provoca um incômodo que desencadeia um mecanismo protetor de seu organismo, ou seja, a aspereza da areia e o corpo do molusco coexistem de maneira conflituosa.**
- Lei da mudança qualitativa (conversão da quantidade em qualidade e vice-versa): pressupõe que o acúmulo de elementos quantitativos, em um

determinado momento histórico e social, provoca um salto qualitativo que produz algo novo. **Ao longo de semanas, meses ou anos o corpo do molusco segrega substâncias – o nácar, por exemplo – que envolvem o grão de areia a fim de aliviar o desconforto produzido. Desse modo, pequenas quantidades de nácar revestem a areia, ao longo do tempo, resultando na pérola.**

- Lei da negação da negação (superação da qualidade anterior): o devir representa uma qualidade inerente a toda matéria. A natureza e a sociedade não são entidades acabadas, pois sofrem o incessante movimento de transformar-se ao longo da história. A afirmação de algo (tese) engendra necessariamente sua negação (antítese), sendo que ambas são superadas ao incorporar o núcleo positivo do antigo à qualidade nova (síntese). **A beleza da pérola sintetiza a superação da areia em um processo de transformação que ocorre dentro da concha de uma ostra, ou seja, a existência da jóia (tese) está condicionada ao incômodo produzido por um corpo estranho (antítese) que permanece no âmago da pérola (síntese).**

Os “grãos de areia” que atuaram como “incômodo” para o desenvolvimento do Projeto Janelas podem ser caracterizados e contrapostos no quadro seguinte (Neves e Chen, 2002):

Figura 5. Referenciais de acompanhamento do desenvolvimento infantil

Práticas desenvolvimentistas (avaliação do desenvolvimento)	Projeto Janelas de Oportunidades (encontros e descobertas)
Especialistas em desenvolvimento infantil	Profissionais de saúde generalistas e promotores da saúde
Ausência do ACS	Presença do ACS
Finalidade diagnóstica	Promoção da Saúde
Perfil de saúde ou doença	Processo saúde-doença
Foco nos agravos e morbidades prevalentes na infância	Ênfase nos fatores de desgaste e fortalecimento na infância
Variáveis da criança	Variáveis do contexto
Foco na criança	Foco na família
Consultas ambulatoriais	Contato no ambiente
Testes e medidas	Observação e descrição
Busca de informações/dados	Decorrência da interação
Análise e devolutiva técnica	Construção de saberes compartilhados
Destaque para o saber dos profissionais e técnicos	Fortalecimento das competências familiares
Encaminhamentos	Acolhimento
Família receptora de orientações	Família protagonista dos cuidados
Prestação de assistência à saúde	Organização dos recursos comunitários
Atendimento de demandas	Levantamento de necessidades
Tratamento	Inclusão social
Ações pontuais e esporádicas	Intervenções processuais e permanentes
Subutilização do potencial comunitário	Catalisador e agregador de sujeitos públicos sociais

Adaptado de Chen e Neves, 2002.

A “aspereza” do modelo tradicional centrado na avaliação de resultados do desenvolvimento infantil, que persiste na atenção básica de saúde, proporcionou o

início do processo de mudança proposto pelo Projeto Janelas. Neste contexto, em julho de 2001, a condução através da Coordenação do PSF da Secretaria Municipal de Saúde, com o convênio com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e a Associação Comunitária Monte Azul, em um esforço bem sucedido e comprometido com a consolidação de um novo modelo assistencial capaz de promover a saúde das crianças por meio da estratégia de saúde da família, assumindo o desafio de fortalecer os princípios norteadores do SUS e assumir a Promoção da Saúde como eixo estruturante de um novo modo de cuidar, pesquisar, ensinar e gerenciar no espaço da atenção básica (Chiesa, 2003; Chiesa, 2004).

Em abril de 2002, a I Oficina “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades” reuniu técnicos de 11 Distritos de Saúde do município de São Paulo – Vila Brasilândia, Cidade Ademar, Grajaú, Jardim Ângela, Jardim São Luís, Parelheiros, São Miguel, Itaquera, Cidade Tiradentes, Vila Mariana e Sé – com o objetivo de introduzir e alinhar, no cenário do PSF, os conceitos deste projeto a partir do ideário da Promoção da Saúde para a primeira infância e o fortalecimento das competências familiares.

Durante este evento inaugural, alguns objetivos nortearam a construção coletiva dos produtos do Projeto Janelas: a divulgação e a sensibilização dos participantes frente à situação da infância e os desafios a ela relacionados, assim como a constituição de uma rede de parceiros, cuja finalidade de propiciar a integração entre profissionais de saúde e da educação, representantes comunitários, da sociedade civil e do governo, além das próprias famílias, visa consolidar tal acordo no cotidiano do trabalho, em especial, junto às equipes de PSF, em um esforço intersetorial para a melhoria da qualidade de vida das crianças e famílias atendidas pelo Projeto Janelas.

Ao longo da primeira parte do evento, diferentes expositores apresentaram as temáticas que alicerçam o Projeto Janelas: a Promoção da Saúde na reorganização da atenção básica através do PSF; os avanços das pesquisas relacionadas ao desenvolvimento infantil, em especial, na neurociência; a abordagem social dentro do contexto familiar; a ampliação do conceito de desenvolvimento infantil e as especificidades para o aprimoramento do cuidado que a família proporciona durante a infância; inovações tecnológicas propostas pelo Projeto Janelas; novos modos de

acompanhar e avaliar o desenvolvimento infantil; e a importância da dimensão afetiva no cuidado e desenvolvimento da criança (SMS, 2002).

O processo de mudança proposto pelo Projeto Janelas para a reorganização da atenção básica transcende os modelos de gestão vertical, compreendendo que a participação dos atores envolvidos no cotidiano das práticas em saúde deve acontecer durante o planejamento, execução, avaliação e revisão das intervenções e produtos elaborados por seus parceiros (Chiesa, 2004).

Nesta perspectiva, durante a segunda parte da oficina formaram-se subgrupos para consolidar os temas trabalhados no período anterior e reconhecer os problemas, as estratégias positivas e os desafios identificados pelos representantes em suas inserções de trabalho. Os resultados das discussões foram expostos em plenária e indicaram a pertinência, a abrangência e as possibilidades do Projeto Janelas junto aos profissionais que atuam na área do desenvolvimento infantil de seus territórios. Sinteticamente, foram destacados os seguintes pontos na avaliação final do evento (SMS, 2002):

1. Foco na Promoção da Saúde, fortalecimento das competências familiares e dos vínculos afetivos, potencialização das “janelas de oportunidades” e prevenção de doenças e outros agravos durante a infância como responsabilidade inerente à Atenção Básica em Saúde;
2. Valorização dos trabalhos e projetos desenvolvidos pelos participantes a fim de otimizá-los (criação de brinquedotecas nas Unidades de Saúde, uso de técnicas de toque corporal, por exemplo) como forma de acolhimento e humanização da assistência;
3. Estímulo à participação conjunta com outras áreas sociais com intuito de ampliar o conceito de saúde, família e parcerias, sendo relevante aproveitar além da estrutura da área da saúde, equipamentos e recursos sociais já existentes, tais como jornal do bairro, telecentros, creches, escolas etc com o intuito de reforçar a intersetorialidade;

4. Superação da abordagem centrada no crescimento e maturação do corpo biológico e aquisição de habilidades próprias para determinadas faixas etárias para outra cujo referencial agrega a influência exercida pelo ambiente, visando a integralidade na produção de saúde e a intervenção não só em fatores de risco, mas também nas chances de vida (por exemplo, as oportunidades, conquistas e relacionamentos da criança em sua família e em sua comunidade);
5. Reorganização dos processos de trabalho na perspectiva do acolhimento, da afetividade no cuidado, da vinculação com a família para o atendimento mais efetivo de suas necessidades, assim como a sensibilização dos membros das equipes de saúde para os conceitos do projeto e incorporá-los ao planejamento familiar, pré-natal e puericultura.

A pactuação entre os parceiros do projeto e a proposição de produtos e tecnologias embasados nos 5 eixos supra-citados resultaram, em agosto de 2002, na II Oficina “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades” com a finalidade de consensuar o marco conceitual e os eixos de atuação do projeto, quais sejam: assunção do paradigma promocional, ampliação do conceito de família, introdução do conceito de rede social da família, fortalecimento de uma abordagem ampliada de desenvolvimento infantil com ênfase na qualidade dos cuidados essenciais para a primeira infância.

Ao mesmo tempo, foram desenvolvidos instrumentos do Projeto Janelas, que deveriam ser incorporados ao processo de trabalho dos ACS e das ESF. Nessa ocasião, também foi aventada a hipótese de elaboração de um calendário temático e um álbum da família. Entretanto, após a apreciação de todos parceiros, foram definidos os produtos finais ou “tríade do Projeto Janelas”: a **Ficha de Acompanhamento dos Cuidados para a Promoção da Saúde da Criança**, a **Cartilha** e o **Manual de Apoio** “Toda hora é hora de cuidar”.

A Ficha de Acompanhamento dos Cuidados para a Promoção da Saúde da Criança (Anexo II) foi elaborada em um trabalho interdisciplinar a partir da análise da literatura sobre o desenvolvimento infantil e da contribuição de peritos nesta área.

Sendo assim, a escolha das temáticas necessárias para médicos e enfermeiros avaliarem as crianças atendidas pelo Projeto Janelas ocorreu com base nas oportunidades que estas têm para exercer suas habilidades e nas interações que experimentam no convívio com outras pessoas (Veríssimo, Chen e Chiesa, 2002).

Além da identificação da família, este instrumento contém 3 partes referentes ao período pré-natal, nascimento e pós-natal; cuidados à criança e registro das visitas realizadas pelos agentes comunitários de saúde. Com base nos dados coletados com as famílias, a equipe de saúde da família dispõe de um registro do desenvolvimento infantil de maneira ampliada, fornecendo parâmetros para ações programáticas a partir da atenção básica e subsidiando atividades educativas junto aos pais, familiares e cuidadores (Chiesa, 2004).

As idéias mencionadas acima corroboram com a proposição de Starfield (2002) que os registros de dados na área de saúde, em especial na atenção básica, devem servir para 4 funções: 1 - auxiliar o profissional no acompanhamento dos usuários do serviço, assim como planejar estratégias de intervenção com base no perfil epidemiológico da população atendida; 2 - analisar os pontos positivos e nós críticos do processo de trabalho realizado por meio de documentação legal; 3 - influenciar e estruturar as intervenções propostas para o levantamento e atendimento das necessidades da população e; por fim, 4 - servir como fonte de informações sobre a qualidade da assistência e potenciais melhorias.

Com relação aos profissionais das equipes do PSF, a elaboração da ficha de acompanhamento da criança configurou um novo instrumento para a intervenção junto às famílias com um olhar diferenciado do modelo médico hegemônico remanescente na atenção básica e que almeja incorporar e/ou fortalecer o cuidado como uma tecnologia eficaz para promover a saúde (Paim, 2001; Chiesa, 2004).

A incorporação deste instrumento ao trabalho das equipes de saúde da família visa facilitar o diálogo com os cuidadores da criança, pois além de contemplar alguns aspectos relacionados ao cuidado rotineiro dedicado à criança capaz de propiciar o desenvolvimento integral da criança e fortalecer aspectos relacionados a sua saúde,

tais como alimentação, higiene, brincadeiras, prevenção de acidentes, amor e segurança (Veríssimo, Chen e Chiesa, 2002).

Soma-se aos produtos do Projeto Janelas, a Cartilha "Toda hora é hora de cuidar" que consiste no material informativo destinado às famílias contempladas pelos critérios de inclusão estabelecidos e cujos temas relacionados ao desenvolvimento infantil são tratados de forma clara, objetiva e lúdica a partir de ilustrações feitas com uma técnica conhecida por *aquelela* (que proporciona uma dimensão estética peculiar aos produtos do Projeto Janelas), hipertextos com dicas importantes e outros recursos didáticos com o intuito de incentivar o diálogo entre a família, os vizinhos e os serviços disponíveis na comunidade (Chiesa, 2004; SMS, 2003).

Outros recursos foram empregados para promover maior vinculação com a família e estimular a participação dos leitores envolvidos no processo de promover a saúde infantil através do fortalecimento das competências familiares. Destacam-se aqui, os seguintes recursos (SMS, 2003):

- A personagem Rita, que representa uma Agente Comunitária de Saúde, que sempre fornece informações por meio de balões de diálogo, reforçando o vínculo do ACS ao “conversar” com seus leitores;
- A estória do “nó do afeto” que, ao trabalhar a temática da qualidade dos relacionamentos interpessoais, aproxima e comove com base na realidade de um grande número de famílias, que enfrenta as vicissitudes do cotidiano na realização dos cuidados infantis;
- A “Janela da Família” permite que a família identifique alguns integrantes de sua rede social e componha um espaço com pessoas e eventos significativos a partir de recursos concretos que ela escolha – fotos, lembranças, enfeites etc;
- Ao final da cartilha, existe um espaço para a família anotar as datas das visitas realizadas pela equipe de saúde da família e dos principais telefones que a família utiliza, tais como prestadores de serviços – pronto-socorro,

bombeiros, polícia, centro de saúde, centro comunitário, conselho tutelar – e dos integrantes de sua rede de solidariedade – amigos, familiares e vizinhos.

Não obstante, os textos e referências bibliográficas escritos e organizados pelo Grupo Técnico do Projeto Janelas foram reunidos em um **Book de Alinhamento Conceitual** Projeto Janelas que também serviu de **apoio** para as oficinas de formação e para aqueles que se envolveram nas demais etapas da implantação do projeto (SMS, 2002).

Por fim, o Manual de Apoio "Toda hora é hora de cuidar" completa a tríade de instrumentos produzidos pelo Projeto Janelas e serve como referência bibliográfica essencial para a melhor compreensão da função, interação, alcance e limites apresentados pelos outros produtos ao serem incorporados ao processo de trabalho das equipes de saúde da família. O uso deste recurso pedagógico permite uma maior apropriação dos conteúdos tratados na cartilha pela equipe de saúde da família, bem como fornece as bases teóricas e práticas para sua aplicação no cotidiano do trabalho junto às famílias. O manual de apoio aprofunda os temas relacionados à Promoção da Saúde infantil, em especial, até os 6 primeiros anos de idade (SMS, 2003).

Os Agentes Multiplicadores do Projeto Janelas são profissionais de saúde oriundos das Coordenadorias de Saúde (representantes de nível central) e das Unidades Básicas de Saúde (representantes locais) que foram escolhidos para participarem do processo de capacitação proposto pelo Grupo Técnico do Projeto Janelas. Na qualidade de multiplicadores, deveriam se responsabilizar pela reprodutibilidade dos conteúdos e da didática oferecidas nas Oficinas de Capacitação "Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades".

Para a fase piloto de implantação do Projeto Janelas foram reproduzidas 100.000 fichas de acompanhamento, 45.000 cartilhas da família e 5.000 manuais de apoio. A ficha de acompanhamento pode ser acessada no endereço eletrônico: www.ee.usp.br/pesquisa/grupromo/doc/ficha. A cartilha e o manual de apoio da equipe podem ser encontrados em versão eletrônica no site do UNICEF: www.unicef.org/brazil.

A III Oficina “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades” celebrou o lançamento oficial da tríade de produtos junto aos parceiros do projeto e iniciou o planejamento da capacitação dos multiplicadores como forma de fortalecer a rede parceira no estágio de implantação do Projeto Janelas em seus territórios.

A constituição de uma equipe técnica composta por representantes das instituições comprometidas com a formação de recursos humanos tanto no âmbito acadêmico, quanto da capacitação em serviços e educação permanente de trabalhadores da área de saúde, contribuiu para o planejamento e execução da capacitação dos multiplicadores do Projeto Janelas. Nesta etapa, o apoio técnico e financeiro da Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA) foi de fundamental importância. Para a conclusão da primeira tiragem da cartilha da família, contou-se com o apoio da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO).

A construção de instrumentos eficientes e que possam ser empregados pelos diferentes multiplicadores do Projeto Janelas, deve considerar abordagens pedagógicas que favoreçam a aplicação dos princípios do SUS na reorganização da atenção à saúde da população, fortalecendo o papel de cada integrante da equipe e a autonomia dos diferentes atores sociais envolvidos e contribuindo para mudanças positivas em uma determinada realidade.

Após um encontro que propiciou maior integração entre os integrantes da equipe técnica, ocorreu a elaboração e definição de um cronograma de atividades que incluíam técnicas cooperativas entre os participantes, baseadas no psicodrama e em outras metodologias participativas capazes de estimular a reflexão individual e a pertença grupal por meio de dramatizações, apresentação de filmes, leituras e discussão em grupo, enfim, técnicas de ensino e aprendizagem que refutam a transmissão de conhecimentos, mas proporcionam um espaço para o desenvolvimento e aprimoramento das competências para o trabalho.

A definição das estratégias educativas empregadas na capacitação do Projeto Janelas privilegia, direta ou indiretamente, o acolhimento de seus participantes, o

incentivo para o envolvimento do maior número de atores sociais nas intervenções junto às famílias, a solidariedade entre a equipe de saúde da família, o reconhecimento do patrimônio e o resgate de elementos positivos da infância dos próprios multiplicadores.

A primeira Oficina de Capacitação “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades” aconteceu em agosto de 2003, nos Distritos de Saúde do Jardim São Luís e Jardim Ângela (atual Supervisão de Saúde de M’Boi Mirim) e, ainda, do Distrito do Grajaú. Essa oficina inicial fortaleceu os integrantes do Grupo Técnico que, em duplas, conduziram as oficinas subseqüentes nas outras regiões vinculadas ao projeto.

De agosto a outubro de 2003 foram realizadas 4 oficinas de capacitação – 2 na região Sul, 1 na região Leste e 1 na região Centro-Norte – nas quais os participantes foram indicados por suas Coordenadorias de Saúde locais para atuarem como multiplicadores em suas respectivas unidades de saúde da família.

Outro aspecto diferencial foi a criação da Rede de Apoio aos Multiplicadores para respaldar as ações de implementação da multiplicação junto ao Grupo Técnico do Projeto Janelas. Em novembro de 2003 teve início as reuniões desta rede de acompanhamento das atividades de implantação do Projeto Janelas, com o propósito de trocar experiências, reconhecimento de nós críticos e avanços, identificação de novos facilitadores e fortalecimento da rede de parceiros e de multiplicadores constituída.

O I Seminário da Rede de Multiplicadores do Projeto Janelas ocorreu em dezembro de 2004 a fim de apresentar os relatos de experiência da multiplicação e da intervenção nas comunidades atendidas. Além dos resultados quantitativos obtidos até aquele momento, foram apresentadas percepções bastante positivas, além de comprovada incorporação dos conceitos norteadores do projeto pelos sujeitos nele implicados.

A reprodutibilidade da multiplicação do processo de capacitação apresentada por alguns integrantes das equipes de saúde da família evidenciou a incorporação do referencial teórico e metodológico proposto, ampliando o conjunto de técnicas e

atividades junto às famílias, de forma criativa e participativa, no âmbito domiciliar e da consulta profissional, assim como na abordagem individual e em grupo.

Também em 2004, o Projeto Janelas obteve financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) para uma pesquisa de avaliação da implementação de novas tecnologias e do impacto obtido com as intervenções realizadas na fase piloto do projeto.

Visando a expansão do Projeto Janelas para as demais 21 Coordenadorias de Saúde do município de São Paulo, houve a necessidade de avaliar seu impacto no âmbito das intervenções com ênfase nos cuidados infantis e no fortalecimento das competências familiares a partir da incorporação dos instrumentos produzidos pelo projeto, assim como a referência de limitações e potenciais melhorias no trabalho desenvolvido com a definição dos seguintes objetivos:

- Avaliar o impacto da utilização e compreensão da cartilha pelos familiares, assim como a percepção dos agentes comunitários de saúde como instrumento de trabalho;
- Avaliar a compreensão e a utilização da ficha de acompanhamento da criança pelos enfermeiros e médicos do PSF;
- Analisar e avaliar o processo de capacitação dos multiplicadores do Projeto Janelas;
- Avaliar o impacto do projeto em relação às mudanças das competências familiares nas famílias atendidas.

O desenvolvimento das atividades de pesquisa concebeu métodos avaliativos da estrutura, do processo de implantação e dos resultados obtidos por meio da criação e verificação dos instrumentos de coleta de dados para avaliar a tríade do Projeto Janelas, além de sistematizar o processo de capacitação dos multiplicadores com base na divisão em 4 subgrupos com coordenadores e pesquisadores distintos, a seguir:

- Subgrupo 1: Avaliação da efetividade da Cartilha "Toda hora é hora de cuidar";
- Subgrupo 2: Avaliação da Ficha de Acompanhamento dos Cuidados para a Promoção da Saúde da Criança;
- Subgrupo 3: Avaliação da capacitação dos multiplicadores do Projeto Janelas;
- Subgrupo 4: Avaliação do impacto do Projeto Janelas no desenvolvimento infantil e no fortalecimento das competências familiares.

Portanto, a inserção do presente estudo no terceiro subgrupo, que avalia o processo de capacitação dos multiplicadores à luz da Promoção da Saúde, pretende analisar o marco teórico desta experiência para a construção de uma linguagem comum entre a equipe de saúde da família para incorporar conceitos como *empowerment*, resiliência, autonomia, redes sociais, solidariedade, patrimônio através da abordagem por competências familiares com o intuito de promover a saúde e o desenvolvimento infantil integral.

No conjunto de atividades de avaliação do subgrupo 3, a sistematização do processo educativo do Projeto Janelas, a análise dos temas trabalhados no Manual de Apoio "Toda hora é hora de cuidar" e a verificação do alinhamento conceitual na perspectiva da Promoção da Saúde contido na documentação produzida foram contempladas no presente estudo.

O Meu Guri

Chico Buarque

Quando, seu moço, nasceu meu
rebento
Não era o momento dele rebentar
Já foi nascendo com cara de fome
E eu não tinha nem nome pra lhe dar
Como fui levando, não sei lhe explicar
Fui assim levando ele a me levar
E na sua meninice ele um dia me disse
Que chegava lá
Olha aí
Olha aí
Olha aí, ai o meu guri, olha aí
Olha aí, é o meu guri
E ele chega

Chega suado e veloz do batente
E traz sempre um presente pra me
encabular
Tanta corrente de ouro, seu moço
Que haja pescoço pra enfiar
Me trouxe uma bolsa já com tudo
dentro
Chave, caderneta, terço e patuá
Um lenço e uma penca de documentos
Pra finalmente eu me identificar, olha aí
Olha aí, ai o meu guri, olha aí
Olha aí, é o meu guri
E ele chega

Chega no morro com o carregamento
Pulseira, cimento, relógio, pneu,
gravador
Rezo até ele chegar cá no alto
Essa onda de assaltos tá um horror
Eu consolo ele, ele me consola
Boto ele no colo pra ele me ninar
De repente acordo, olho pro lado
E o danado já foi trabalhar, olha aí
Olha aí, ai o meu guri, olha aí
Olha aí, é o meu guri
E ele chega

Chega estampado, manchete, retrato
Com venda nos olhos, legenda e as
iniciais
Eu não entendo essa gente, seu moço?
Fazendo alvoroço demais
O guri no mato, acho que tá rindo
Acho que tá lindo de papo pro ar
Desde o começo, eu não disse, seu
moço
Ele disse que chegava lá
Olha aí, olha aí
Olha aí, ai o meu guri, olha aí
Olha aí, é o meu guri

Finalidade e Objetivos

2 Finalidade e Objetivos

2.1 Finalidade

A estruturação de intervenções pedagógicas tanto no âmbito assistencial, quanto na capacitação de recursos humanos em serviços de saúde demanda um olhar que compreenda a existência de diferentes tendências educacionais ao planejar, definir objetivos, escolher técnicas de ensino e métodos de avaliação.

Com a premissa de fomentar a consolidação dos princípios norteadores do SUS e do ideário da Promoção da Saúde por meio de processos educativos comprometidos com a transformação da realidade local e a mobilização social dos diferentes atores dos serviços de saúde, pretendeu-se identificar oportunidades para construir instrumentos que favoreçam a linguagem comum entre os diferentes integrantes da equipe de saúde a fim de fortalecer a interdisciplinaridade diante da complexidade dos problemas enfrentados pela população ao buscar um “modo de levar a vida” mais saudável.

2.2 Objetivos

- Identificar as tendências pedagógicas que permeiam o processo de capacitação de seus multiplicadores.
- Analisar o conteúdo, as estratégias e os métodos avaliativos utilizados na perspectiva da aproximação do ideário da Promoção da Saúde.

MANU

Certa vez disse o varredor de rua:

“Sabe como é, Manu, é assim: às vezes você tem a sua frente uma estrada muito longa e acha que nunca será capaz de chegar ao fim. Isso acontece quando você quer trabalhar sempre mais e mais rápido. Cada vez que você olha a estrada, ela parece que não encurtou nada. Então, a gente se esforça ainda mais e começa a ficar aflito, e no fim está exausto que nem pode continuar, enquanto que a estrada à sua frente continua tão comprida como sempre. Não é esse o jeito de fazer as coisas”.

O varredor parou, pensou um pouco mais e continuou:

“O que devemos fazer é nunca pensar na estrada inteira, tá entendendo? Temos que pensar somente naquilo que vem em seguida”.

Fez novamente uma pausa antes de prosseguir:

“Fazendo assim dá prazer e o trabalho sai bem feito. É assim que deve ser”.

O varredor parou de novo, pensou mais um pouco e concluiu:

“De repente você se dá conta que, passo a passo, chegou ao fim da longa estrada, sem perceber e sem perder o fôlego!”.

Michael Ende

Material e Métodos

3 Material e Método

3.1 Referencial teórico-metodológico

A escolha do objeto do estudo – o processo de capacitação dos multiplicadores do Projeto Janelas – exigiu uma aproximação com o materialismo histórico-dialético, pois conforme afirma Frigotto (1994):

“No processo dialético de conhecimento da realidade, o que importa fundamentalmente não é a crítica pela crítica, o conhecimento pelo conhecimento, mas a crítica e o conhecimento crítico para uma prática que altere e transforme a realidade anterior no plano do conhecimento e no plano histórico-social”. (pg 81).

O materialismo histórico-dialético, dentro da perspectiva marxista, constitui-se de categorias que representam a realidade concreta dos homens e esclarece conceitos como o trabalho, o ser social, os meios de produção social, as forças produtivas, as relações de produção, os modos de produção. Tais concepções revelam a historicidade que permeia toda construção social (Triviños, 1987).

Frigotto (1994) ao identificar tal ótica nos processos educativos assinala que:

“o ponto de partida do conhecimento, enquanto esforço reflexivo de analisar criticamente a realidade e a categoria básica do processo de conscientização, é a atividade prática social dos sujeitos históricos concretos. A atividade prática dos homens concretos constitui-se em fundamento e limite do processo do conhecimento”. (pg 82).

Triviños (1987) reconhece duas vertentes de compreensão e análise da realidade na área qualitativa da pesquisa: a subjetivista-compreensivista e a crítico-participativa. A primeira privilegia aspectos conscienciais e subjetivos dos fenômenos sociais (enfoque fenomenológico), enquanto que a segunda prima pela necessidade de conhecer a dialética contida nos processos sociais para proporcionar transformações na realidade objetiva (visão do materialismo histórico-dialético).

A opção pelo enfoque crítico-participativo ocorreu para melhor compreender o desenvolvimento da intervenção educacional proposta para a capacitação dos multiplicadores do Projeto Janelas à luz das relações sociais e da relação entre sujeitos cognoscentes e um objeto cognoscível mediados pela educação e registrados na forma de documentos (Triviños, 1987; Severino, 1992).

3.2 Tipo de estudo

Para a realização do presente estudo optou-se pela análise qualitativa, de cunho exploratório – por permitir o aumento da experiência do investigador acerca do objeto de estudo – e descritivo – pois pretende descrever “com exatidão” os fatos e fenômenos de determinada realidade (Triviños, 1987), neste caso o Projeto Janelas, bem como a visão de mundo dos responsáveis pelo planejamento e execução do processo de capacitação dos multiplicadores por meio da documentação realizada a partir de sua implementação no segundo semestre de 2002.

A pesquisa qualitativa possibilita analisar a complexidade de fenômenos relacionados às formas de andar a vida em sociedade a fim de compreender a dialética existente entre as diferentes instâncias da organização social, estabelecendo a relação entre a totalidade social que se expressa na singularidade subjetiva e vice-versa. (Oliveira, 2002).

Com o surgimento da escrita, as sociedades tiveram duas fontes para transmitir os fenômenos sociais: a comunicação oral e a escrita. Com base nestes aspectos da essência humana – a cognição e a comunicação que permite ser registrada – valeu-se da compreensão de Bardin (1988) sobre o conceito da análise documental do material elaborado na capacitação do Projeto Janelas por se tratar de:

“... um conjunto de operações que através do tratamento das informações contidas nos documentos acumulados objetiva a representação condensada e de forma conveniente da informação. Com o uso de procedimentos de transformação busca o armazenamento de informações de modo variável e facilita o acesso às mesmas, para que obtenha o máximo de dados

(aspecto quantitativo) e com o máximo de pertinência (aspecto qualitativo)”. (pg 39).

A análise documental consiste em uma série de operações que visam estudar e analisar um ou vários documentos para descobrir as circunstâncias sociais e econômicas com as quais podem estar relacionados. O método mais conhecido de análise é o método histórico que consiste em estudar os documentos visando investigar os fatos sociais e suas relações com o tempo sócio-cultural-cronológico (Richardson, 1989; Gil, 1994).

Na perspectiva de Richardson (1989), os documentos constituem todos os tipos de registros escritos que podem ser usados como fonte de informação sobre o comportamento humano a fim de melhor alcançar a compreensão das relações interpessoais e situações que expressam os momentos de produção (trabalho) e reprodução social (formas de viver). A análise documental permite ainda a passagem de um documento primário (em bruto) para um material secundário (representação analítica do primeiro).

Costa (2005) afirma que, investigações acerca de processos representam “um conjunto de ações encadeadas em um determinado período histórico e social”, necessitam de um levantamento de dados com o intuito de reconstruir acontecimentos, situações e seus antecedentes para a produção do material secundário que foi analisado sobre a documentação produzida pelas instituições parceiras do Projeto Janelas.

Diante do exposto, a análise documental realizada possibilitou a captação e validação de informações que denotam as tendências pedagógicas que alicerçam a construção e implementação do processo de capacitação dos multiplicadores frente ao marco teórico da Promoção da Saúde.

Minayo (2005) ao descrever a operacionalização das oito etapas da triangulação de métodos em programas de intervenção social aponta para a importância da documentação no conjunto de ações relacionadas à primeira etapa – formulação do

objeto ou da pergunta inicial norteadora – como uma importante estratégia no processo comunicativo entre os diferentes atores envolvidos:

“É fundamental insistir na comunicação dos avaliadores com os diferentes parceiros do programa de intervenção social a ser avaliado nos momentos de negociação, acordos e decisões que cercam a fase de planejamento de uma avaliação. Documentar os acordos feitos serve para rememorá-los aos participantes durante todo o processo, evitando-se discordâncias ou mudanças de rumo indesejadas. Aqui se realiza a primeira estratégia de triangulação, ou seja, a que privilegia os vários pontos de vista”. (pg 37).

Na compreensão de Gil (1994), a pesquisa documental compartilha similaridades com a pesquisa bibliográfica no tocante ao desenvolvimento e tratamento das informações, embora se diferencie desta última pela natureza da fonte de dados: documentos oficiais, leis, registros estatísticos, reportagens de jornal, cartas, diários, biografias, elementos iconográficos, contratos, filmes, fotografias, gravações etc.

As fontes de dados acima mencionadas representam uma valiosa base, quase inesgotável, de informação para as ciências sociais, pois condensam e expressam, em geral, de maneira dispersa e fragmentária, as manifestações da vida social em seu conjunto e em cada um dos seus setores. Vale destacar que a observação documental não tem como objeto os fenômenos sociais, quando e como eles ocorrem, mas as manifestações contidas nos registros de tais fenômenos e idéias subjacentes à elaboração dos mesmos (Richardson, 1989).

Lüdke e André (1986) assinalam o pouco aproveitamento da análise documental em pesquisas na área da educação e em outros campos da ação social. As autoras reforçam também a defesa da valiosa contribuição deste método para a pesquisa qualitativa, tanto no desvelar de aspectos novos de um tema ou problema, quanto na complementaridade de outras técnicas de investigação. Não obstante, Gil (1994) argumenta que tal método não responde definitivamente um problema, pois utiliza materiais que não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reelaborados frente aos objetivos de outro estudo.

A análise documental empreende um trabalho minucioso através da leitura e obtenção de dados que, segundo Laville e Dione (1999) “*estão lá, resta fazer sua triagem, criticá-los, isto é, julgar sua qualidade em função das necessidades da pesquisa, codificá-los ou categorizá-los*”. Lüdke e André (1986) corroboram com tal afirmação ao destacar a riqueza e a estabilidade das informações contidas em documentos, aspecto que torna possível (re) analisar essas “fontes fixas” de dados repetidas vezes, assim como sustentar ou ratificar/validar os resultados obtidos em outros estudos.

À luz do exposto acima, o presente estudo não pretende esgotar a investigação do processo de capacitação do Projeto Janelas. A interface com o projeto “Avaliação do processo de capacitação dos multiplicadores do projeto de mestrado ‘Nossas crianças: Janelas de oportunidades’ a partir da percepção dos sujeitos participantes do processo”, de Kátia Maria de Almeida Correia, também pertencente ao sub-projeto 3, visa reduzir o viés de abrangência da análise documental, cuja complementaridade atenua as limitações deste método, reforçando a confiabilidade e validade dos resultados obtidos em ambos trabalhos.

Vale destacar a historicidade presente na elaboração, construção e registro das atividades humanas pertencentes ao devir em sociedade, afinal a produção social não surge de modo espontâneo ou aleatório, pois tem sua origem nos movimentos e conflitos presentes na realidade em um determinado local e momento históricos. Neste contexto que os documentos são registrados e com base nos objetivos do presente estudo, retoma-se a seguinte afirmativa de Lüdke e André (1986):

“Os documentos constituem também uma fonte poderosa de onde podem ser retiradas evidências que fundamentem afirmações e declarações do pesquisador. Representam ainda uma fonte ‘natural’ de informação. Não são apenas uma fonte de informação contextualizada, mas surgem num determinado contexto e fornecem informações sobre esse mesmo contexto”. (pg 39).

O custo – em geral baixo – configura uma vantagem adicional deste método. Sua realização depende do tempo e da elucubração atenta do pesquisador na escolha e seleção dos dados mais significantes para a concretização dos objetivos propostos. A

análise documental também tem um caráter não-reativo que permite a obtenção de dados quando o acesso ao sujeito é impraticável (pela sua morte, por exemplo) ou quando se faz necessário controlar possíveis alterações nos comportamentos ou visões de mundo dos sujeitos pesquisados (Lüdke e André, 1986; Gil, 1994).

Por se tratar de uma técnica não obstrutiva, isto é, que não altera o ambiente, tampouco os sujeitos estudados, as fontes de “papel”, definidas por Gil (1994), muitas vezes são capazes de proporcionar ao pesquisador, dados suficientemente ricos para evitar a perda de tempo com deslocamentos em pesquisas de campo. Em alguns casos, existe a possibilidade da investigação social ocorrer apenas com as informações levantadas em documentos.

Contudo, a análise documental apresenta limitações que devem ser pontuadas. Um primeiro aspecto a ser considerado é a freqüente crítica sobre a utilização dos documentos como amostras não-representativas na aproximação e compreensão dos fenômenos estudados. Os registros de atividades, experiências e resultados obtidos nos diferentes espaços de produção social não conseguem contemplar todos elementos do cotidiano, sendo assim, perpetuam de modo esparso e pouco representativo as situações vividas (Lüdke e André, 1986).

Com o intuito de minimizar este limite do método, foi realizada uma entrevista semi-estruturada (anexo III) com uma das responsáveis pelo grupo técnico de elaboração e implementação do grupo técnico das oficinas de capacitação do Projeto Janelas, assim como uma avaliação final e validação dos dados obtidos por *informantes-chave* no processo de capacitação, a fim de complementar as informações levantadas.

O segundo contratempo no emprego da análise documental repousa na falta de objetividade e sua validade questionável. Em geral, este tipo de crítica advém de representantes de vertentes teórico-filosóficas centradas na dimensão objetiva da realidade. Desse modo, esses cientistas se contrapõem ao uso de métodos que incorporam a subjetividade em pesquisas científicas. O problema da validade não fica restrito à análise de documentos, pois constitui o discurso daqueles que são contrários

à abordagem qualitativa ou não vislumbram a complementaridade entre as dimensões quantificáveis e qualificáveis. Tais premissas não são compartilhadas para o presente estudo, conforme foi destacado no referencial teórico adotado (Demo, 1990; Frigotto, 1994; Minayo, 2004).

A definição de categorias empíricas no instrumento de coleta de dados busca relacionar alguns elementos quantitativos e qualitativos, que integram o processo educativo e que podem ser compartilhados por diferentes tendências pedagógicas, presentes nos documentos selecionados.

Finalmente, algumas críticas sinalizam a escolha arbitrária do pesquisador ao enfocar previamente pontos específicos, elementos ou temáticas relacionadas ao objeto de estudo. Entretanto, para contestar tal posicionamento, vale lembrar que a análise documental faz inferências sobre valores, sentimentos, impressões, intenções e ideologias das fontes ou dos autores dos documentos. Tal “arbitrariedade” foi considerada como um fator relevante durante a escolha dos quadros teóricos para a análise dos dados obtidos.

3.3 Instrumento de Coleta de Dados

A construção do instrumento de coleta de dados desta pesquisa primou pelo estabelecimento de elementos comuns que diferentes tendências pedagógicas compartilham ao planejar, executar e avaliar processos educativos (Mizukami, 1986; Libâneo, 1994; Luckesi, 1994).

Mizukami (1986) em seu trabalho de doutoramento pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 1983, realizou uma análise teórica de conceitos relativos a diferentes abordagens de ensino que os cursos de Licenciatura poderiam veicular; uma análise do posicionamento de professores do ensino fundamental e médio da cidade de São Carlos (SP) acerca da interpretação dos elementos constituintes da abordagem de

ensino-aprendizagem; e, por fim, um estudo exploratório por meio de observação em sala de aula dos docentes que manifestaram posicionamentos diversos.

A referida autora, além de contribuir na explanação sobre as diferentes abordagens do processo ensino-aprendizagem, concebe o fenômeno educativo como uma prática humana, histórica e multidimensional, que incorpora tanto a dimensão humana quanto técnica, cognitiva, emocional, sócio-política e cultural.

A contribuição do estudo supracitado refere-se ao delineamento dos elementos comuns entre as abordagens, de modo multifacetado e não justaposto, expressos na concepção de homem, mundo, sociedade-cultura, conhecimento, educação, escola, ensino-aprendizagem, professor-aluno, metodologia e avaliação identificados e percebidos pelos sujeitos do estudo.

Pereira (2005) ao realizar um estudo exploratório e descritivo acerca das práticas educativas dos enfermeiros nos serviços de saúde brasileiros construiu um instrumento bastante eficaz para a captação dos dados empíricos relacionados aos relatos de experiência desses profissionais no período compreendido entre 1988 até 2003.

No referido estudo, a autora apresenta categorias empíricas relacionadas ao processo de trabalho educativo em 3 categorias analíticas: objeto de trabalho, meios/instrumentos de trabalho e finalidade do trabalho. Ao objeto de trabalho corresponde a apreensão dos agentes (quem planeja, executa a atividade educativa, assim como sua origem institucional); do saber fazer (expresso nas concepções de saúde e de educação dos agentes); do objetivo (estabelece a temática abordada com os educandos a fim de transformar uma determinada práxis) e dos sujeitos (representado pelo educando).

Com relação aos meios e instrumentos de trabalho definiu-se a escolha do local onde a prática educativa ocorre; métodos pedagógicos empregados; a definição da extensão ou periodicidade dos encontros; e saber operante capaz de identificar a concepção de educação em saúde presente.

Por fim, a finalidade do trabalho foi abordada a partir da presença e do tipo de avaliação utilizados, da meta estabelecida para ser alcançada pelos atores envolvidos no processo e da articulação entre o saber fazer e o saber operante, bem como na identificação dos avaliados (educadores e/ou educandos).

Azevedo (2002) realizou uma análise documental do processo de capacitação dos profissionais do Suporte Básico de Vida no município de São Paulo recorrendo à Pedagogia Crítico-Social dos Conteúdos e ao marco teórico da Promoção da Saúde para analisar a capacitação no período de 1991-2001.

Desse modo, a autora acima construiu um quadro comparativo entre os cursos promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde às equipes de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) com base nos seguintes elementos constitutivos da prática educativa: objetivos, metodologia, carga horária, conteúdos, avaliação, recursos humanos, recursos materiais, recursos físicos, participantes, frequência e número de participantes.

Inspirado na contribuição destes três estudos para a sistematização do processo de trabalho educativo foi elaborado um instrumento (Anexo IV) cuja definição de categorias empíricas, conforme Minayo (2004), possibilita uma “finalidade operacional, visando ao trabalho de campo (a fase empírica) ou a partir do trabalho de campo” para proceder à análise documental do Projeto Janelas uma vez que “têm a propriedade de conseguir apreender as determinações e especificidades que se expressam na realidade empírica”.

Com base nos elementos constitutivos do cenário educacional, foram definidas algumas categorias empíricas capazes de recortar e fragmentar a realidade para melhor apreender os elementos constitutivos do processo de capacitação do Projeto Janelas:

1. **Objetivos:** sustentam a escolha do arcabouço teórico-metodológico utilizado, norteiam as atividades para a obtenção de resultados e oferecem parâmetros para medir, comparar e rever o desempenho obtido com a capacitação. Podem ser gerais ou específicos (Bordenave e Pereira, 1988).

2. **Conteúdos:** remetem ao objeto do conhecimento abordado durante a capacitação. Conforme Libâneo (1994) representam o “conjunto de conhecimentos, habilidades, modos valorativos e atitudinais de atuação social, organizados pedagógica e didaticamente, tendo em vista a assimilação ativa dos alunos na sua prática de vida”. A especificação de temas permite organizar uma determinada área do conhecimento e que contém uma série de conceitos que devem ser abordados no decorrer do processo educativo.
3. **Recurso físico:** especifica o tipo de área física onde ocorrem os encontros, assim como detalha a configuração espacial e arranjos possíveis capazes de promover um ambiente que permita o envolvimento dos sujeitos no decorrer do processo educativo (conforto, iluminação, mobiliários, equipamentos etc), assim como as relações intersubjetivas estabelecidas entre educador (es)-educando (s) e os pares entre si.
4. **Recursos humanos:** define o total de educadores necessários para a coordenação e execução dos encontros. Para Luckesi (1994), o educador atua como um mediador entre a coletividade da sociedade expressa em seus diferentes produtos culturais e a individualidade do educando, afirmando que “na práxis pedagógica, o educador é aquele que tendo adquirido o nível de cultura necessário para o desempenho de sua atividade, dá direção ao ensino e aprendizagem”. Para compreender melhor a interdisciplinaridade contida no processo total, indica também o número de atores envolvidos, assim como caracteriza sua formação.
5. **Recursos materiais:** representa o conjunto de insumos pedagógicos utilizados pelos diferentes atores envolvidos, fornecendo as bases concretas que viabilizam a execução das atividades educativas. Sendo assim, foram divididos e classificados em: material didático (fornecido ao educando); recursos audiovisuais (representados pelo aparato tecnológico empregado pelo educador na condução dos encontros); e, por último, outros materiais (para melhor caracterizar as técnicas e estratégias educativas utilizadas).

6. **Periodicidade dos encontros:** indica o número total de sessões realizadas e a freqüência entre os encontros ao longo do tempo (diário, semanal, mensal etc.) a fim de compreender melhor as etapas do processo.
7. **Carga horária:** quantifica o tempo necessário por encontro, na sua totalidade e qualifica o período do dia no qual ocorre o processo educativo (diurno/integral, matutino, vespertino, noturno).
8. **Métodos e técnicas de ensino:** descreve as estratégias empregadas no processo de ensino-aprendizagem dos participantes. Há uma miríade de atividades de ensino que podem ser empregadas conforme os objetivos e os conteúdos definidos no processo educativo, tais como o desenvolvimento da capacidade de: observação, análise, teorização, síntese e práxis (Bordenave e Pereira, 1988).
9. **Tipos de sujeitos:** caracteriza os multiplicadores do Projeto Janelas e sua origem institucional através da enumeração de unidades de PSF envolvidas e de seus representantes, além de indicar a formação dos participantes e a freqüência mínima exigida.
10. **Tipo de avaliação:** define as dimensões avaliadas na capacitação pelos educandos e/ou educadores. Pode ser classificada em avaliação de estrutura, de processo e de resultado. Luckesi (1996) apresenta a importância e a indissociabilidade entre o planejamento e a avaliação das práticas educativas, pois ambos objetivam a construção de resultados satisfatórios a partir de um meio e recursos propícios para o estabelecimento de situações de aprendizagem adequadas.

Os objetivos, os conteúdos e a avaliação representam as diretrizes do processo de capacitação, enquanto que os demais tópicos compõem os elementos e recursos que compõem as situações de aprendizagem, que segundo Bordenave e Pereira (1988) correspondem a momentos criados pelo educador a fim de “aumentar a probabilidade

de que os educandos vivam as experiências necessárias para alcançar seus objetivos educacionais”.

O instrumento elaborado para esta pesquisa contribuiu na sistematização dos elementos necessários aos processos educativos e pode ser adaptado às peculiaridades dos diferentes cenários da formação de recursos humanos, da capacitação em serviços na perspectiva da educação permanente ou na área assistencial tanto no âmbito individual, de grupos ou coletividades.

3.4 Etapas

Primeiramente, todos os documentos arquivados pela coordenação da capacitação do Projeto Janelas foram submetidos a uma “leitura flutuante” que consiste numa fase de absorção dos conteúdos impregnados no material pelo esforço cognitivo do pesquisador captar, refletir e associar tais informações a determinados raciocínios, esquemas lógicos e quadros teóricos. (Bardin, 1988; Minayo, 2004).

Na perspectiva de Bardin (1988), a pré-análise remete a *“um período de intuições, mas, tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise”*. Richardson (1989) complementa que esta fase inclui a escolha dos documentos; a formulação de hipóteses e objetivos; e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.

O segundo passo, fundamental para a análise documental, consiste na constituição e delimitação do *corpus* do estudo, que representa o conjunto de documentos escolhidos para proceder à fase empírico-analítica da pesquisa (Bardin, 1988; Minayo, 2004).

Os documentos que compõem o *corpus* deste trabalho foram divididos e classificados em principais e complementares, em seguida receberam uma codificação própria a fim de representá-los nos resultados obtidos (Anexo V). A análise,

propriamente dita, incidiu sobre os documentos principais – o *corpus per se* – que forneceram as bases conceituais e metodológicas para a elaboração, execução e avaliação da capacitação do Projeto Janelas. Por outro lado, os documentos complementares, registrados ao longo da implementação do processo de capacitação nas diferentes regiões do município de São Paulo, subsidiaram e esclareceram pontos obscuros durante a coleta de dados.

Para a análise do alinhamento conceitual dos diferentes documentos foram comparados os materiais produzidos nas diferentes dimensões que conformam a tessitura social com o intuito de identificar consonâncias, limitações e inovações nos produtos do Projeto Janelas. Nesta perspectiva, valorizou-se a contribuição dos conceitos do campo da Promoção da Saúde que perpassam os cadernos do curso da capacitação dos trabalhadores do PSF e a Política Nacional de Promoção da Saúde, respectivamente, concomitante e posterior à capacitação dos multiplicadores do Projeto Janelas.

Breilh (1989) define e apresenta tais dimensões a fim de melhor compreender os processos e formas de determinação social. Na estrutura se encontram processos de desenvolvimento da capacidade produtiva e das relações sociais que operam no contexto onde apareceu um determinado fenômeno relacionado à macro-estrutura (organização política, econômica, social e cultural); na particularidade situam-se os processos de reprodução social expressos nas formas de trabalho e de consumo de bens nos diferentes grupos sociais, grosso modo realizam a mediação entre a dimensão estrutural e singular; e na singularidade se encontram aspectos representativos de uma unidade.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006) congrega os conceitos advindo dos diferentes eventos e conferências nacionais e internacionais relacionados à Promoção da Saúde nas últimas duas décadas, além de representar um documento do Ministério da Saúde brasileiro que dispõe sobre estratégias de atuação no campo promocional (dimensão estrutural).

Os cadernos solicitados pelos Pólos de Capacitação do município de São Paulo (dimensão particular) e produzidos pelo Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM) serviram para a capacitação de diferentes profissionais de saúde que integram as ESF, resultando em dois momentos específicos: a capacitação introdutória para sensibilização das bases conceituais e práticas do PSF e a atualização técnica em áreas específicas nas áreas de saúde da criança (“Caderno temático da criança”) – empregado na análise deste estudo, saúde da mulher (“O climatério em suas mãos” e “Assistência pré-natal e síndromes hipertensivas da gestação”) e controle de doenças crônicas (“Hipertensão e diabetes”).

O Projeto Janelas e seus produtos, especialmente o Manual de Apoio para os multiplicadores foram considerados como dimensão singular, pois representam uma experiência com grande potencial para consolidar os princípios norteadores do SUS e do ideário de Promoção da Saúde a partir do contexto da estratégia de saúde da família.

Com relação às normas de validade para a organização do *corpus* descrito acima, foram adotados os seguintes critérios a fim de garantir o maior rigor científico possível durante a análise documental (Bardin, 1988; Richardson, 1989; Minayo, 2004):

- Exaustividade: expresso na seleção de todos documentos que contemplam o objeto do estudo e que respondam aos objetivos propostos.
- Representatividade: corresponde à constituição de uma amostragem de documentos que possibilite a generalização dos resultados ao universo de registros do processo de capacitação do Projeto Janelas.
- Homogeneidade: permite organizar e classificar o material empírico por meio de temas, técnicas e interlocutores bem definidos a fim de excluir particularidades entre os diferentes tipos de registro.

- Pertinência ou adequação: considera a adequação dos documentos selecionados como fontes de informação capazes de responder aos objetivos do presente estudo.

A fim de introduzir a terceira fase referente à formulação de hipóteses e objetivos, adotou-se a concepção de objetivo proposta por Bardin (1988) como “*a finalidade geral a que nos propomos (ou que é fornecida por uma instância exterior), o quadro teórico e/ou pragmático, no qual os resultados obtidos serão utilizados*”. Os objetivos do presente trabalho foram concebidos *a priori* com a definição do objeto de estudo, ou seja, nortearam a escolha dos quadros teóricos para análise realizada.

Em seguida, o quarto procedimento trata da referenciação dos elementos e de temas mais recorrentes entre os documentos produzidos durante a capacitação. A extração de categorias empíricas manifestas na análise dos textos e sua organização por meio do instrumento de coleta deste estudo constituem, segundo Bardin (1988), uma etapa prévia para o estabelecimento da análise dos documentos:

“Uma vez escolhidos os índices, procede-se à construção de indicadores [categorias empíricas] precisos e seguros. Desde à pré-análise devem ser determinadas operações: de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidade de codificação para o registro de dados”. (pg 51).

O quinto e último passo da pré-análise ocorreu na preparação do material para a análise temática frente aos quadros teóricos empregados. Minayo (2004) apresenta alguns procedimentos próprios desta fase, tais como a determinação da unidade de registro (palavra-chave ou frase), da unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientaram a análise.

Com base nos achados durante a pré-análise, iniciou-se a exploração do material, que consiste no gerenciamento sistemático das decisões tomadas na etapa anterior e

propicia a realização das técnicas de codificação e categorização da informação obtida (Bardin, 1988).

O processo sistemático de construção das categorias seguiu os passos metodológicos de uma das técnicas da Análise de Conteúdo (Bardin, 1988). Para o presente estudo elegeu-se a **análise temática** dos registros produzidos no processo de capacitação do Projeto Janelas como forma de “*descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado*” (Minayo, 2004; Richardson, 1989).

O conceito de tema em Bardin (1988) representa uma:

“Unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. O texto pode ser recortado em idéias constituintes, em enunciados e em proposições portadoras de significações isoláveis”. (pg 74).

Minayo (2004) apresenta a noção de tema como uma afirmação dentro de uma determinada área do conhecimento, cuja interface entre seus elementos constituintes e suas relações pode ser graficamente representada por uma palavra, uma frase ou um resumo.

Por fim, a terceira etapa contempla o tratamento dos resultados obtidos, a interpretação e a inferência. Resumidamente, os excertos e trechos dos documentos foram organizados conforme descreve Minayo (2004), ou seja, foram formadas (1) *unidades de registro* – palavras-chave; (2) *unidades de contexto* – delimitação do contexto da unidade de significação; (3) *categorização* – indexação e agrupamento por similaridade, homogeneidade e inter-relação das unidades de significação e de contexto; (4) *inferência* – segundo os referenciais dos quadros teóricos adotados a seguir.

3.5 Quadros Teóricos para Análise

Para a etapa empírico-analítica foram utilizados dois referenciais para a aplicação de categorias analíticas que, conforme Minayo (2004) *“são aquelas que retêm historicamente as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais. Elas mesmas comportam vários graus de abstração, generalização e de aproximação”*.

Ambos compartilham do referencial teórico-metodológico e filosófico que sustenta a visão de mundo adotado no presente estudo, sendo que na área da Promoção da Saúde empregou-se o Diagrama de Saúde de Ronald Labonte para a análise dos conteúdos e conceitos do campo da Promoção voltados para o empoderamento dos diferentes sujeitos e, no campo educacional, a partir da notória contribuição da pedagogia libertadora de Paulo Freire, que enfatiza a autonomia do educando e o compromisso do educador com a transformação da realidade, resgatando a liberdade e a humanidade de ambos.

3.5.1 Diagrama da Saúde e Bem Estar de Ronald Labonte

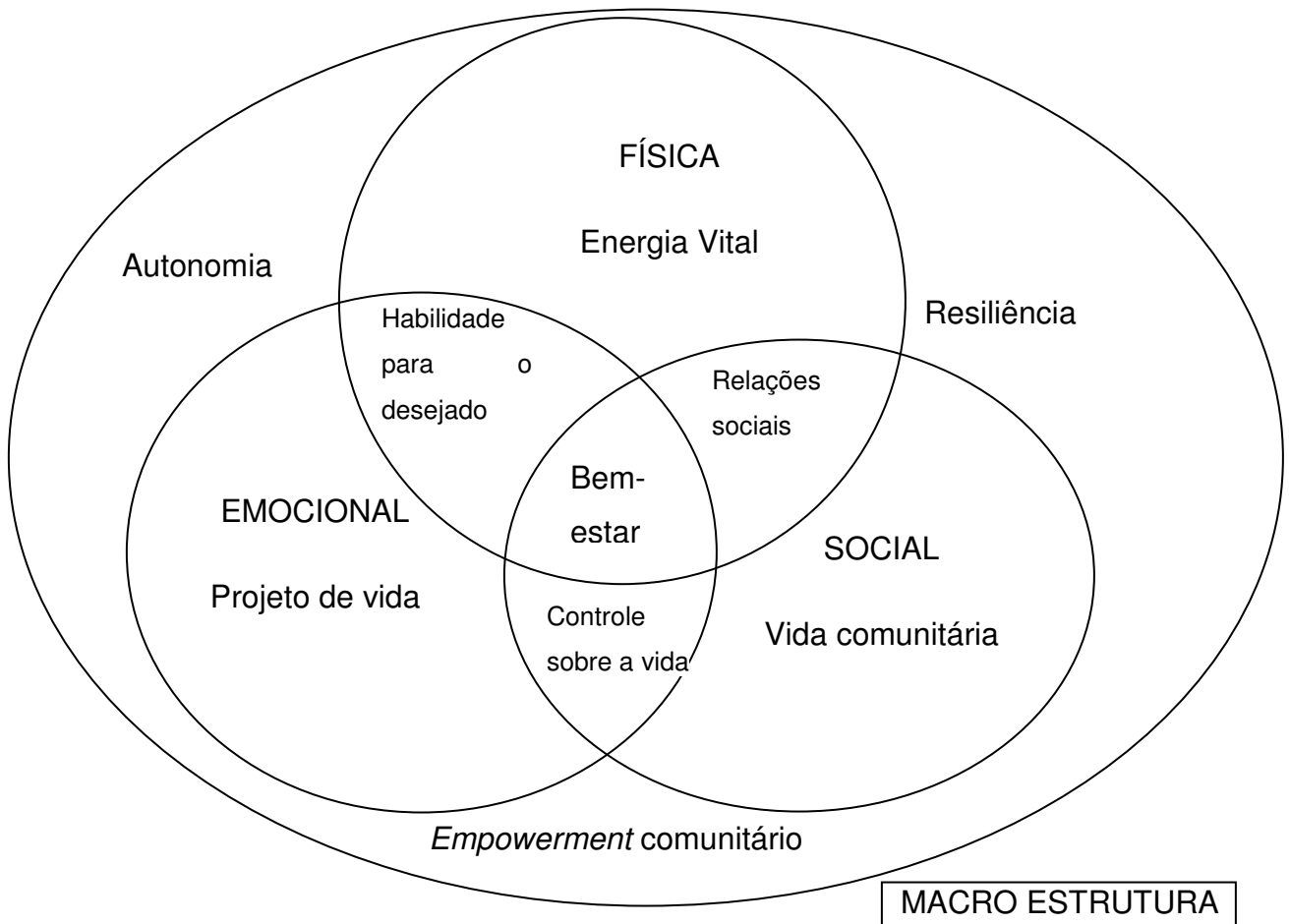
Para entender melhor um determinado fenômeno, dentro da lógica dialética, é mister considerar as formas de organização da sociedade, seus conceitos e suas categorias dimensionais: totalidade que compreende a dialética e a interpenetrabilidade do todo e suas partes; práxis expressa na relação indissociável entre a teoria e a prática; e a inter-relação entre as dimensões estrutural, particular e singular. (Egry, 1996; Minayo, 2004).

Neste sentido, o diagrama proposto por Blaxter e adaptado por Labonte (1996) representa um conceito dialético para o bem-estar à medida que existam dimensões e interfaces que expressam a dinamicidade contida no processo saúde-doença a partir da lógica do paradigma crítico da Promoção da Saúde. Chiesa (2003) sugere que, para

ocorrer a reorganização dos cuidados na atenção básica, em especial no PSF, com enfoque na melhoria da qualidade de vida da população, este referencial apresenta um grande potencial na revisão das tecnologias associadas ao cuidado.

O esquema abaixo derivou de uma pesquisa sobre experiências comunitárias a respeito dos conceitos relacionados à positividade da saúde. Existem três dimensões da saúde individual, três intersecções que representam o poder que o indivíduo detém para controlar e alterar os determinantes de sua saúde e, por fim, a intersecção de todas compreendida como o bem-estar possível em um determinado momento histórico dentro de um contexto macro-estrutural da sociedade (Ávila, 2002; Chiesa, 2003).

Esquema 1. Diagrama de saúde e bem-estar de Labonte (1996)



Para Labonte (1996) a saúde pode ser dividida em três dimensões, a saber:

- Energia vital: relacionada ao grau de vitalidade que o corpo biológico dispõe para realizar as atividades da vida diária;
- Projeto de vida: representa as emoções, aspirações e desejos, que incidem sobre o significado e o sentido de viver projetado pelo indivíduo;
- Vida comunitária: expressa os relacionamentos e interações do indivíduo em seu entorno, por meio das representações e demais instituições sociais.

O autor menciona também a dimensão espiritual na epistemologia do conceito positivo em saúde, embora não a acrescente neste esquema. Com relação às intersecções, o mesmo autor apresenta as seguintes definições:

- Controle sobre a vida: implica no domínio que o indivíduo tem sobre determinadas condições para exercer sua liberdade mediante diferentes experiências e oportunidades na vida. Corresponde a um certo grau de vitalidade física e relações com os outros a fim de desfrutar boas experiências no contexto em que se vive e trabalha;
- Habilidades para realizar o desejado: compreende a capacidade que o indivíduo apresenta para tomar decisões que resultem em sua auto-realização e outras conquistas pessoais. Abrange um determinado grau de vitalidade física e um determinado projeto de vida para, que ambos, atribuam um sentido positivo para o viver;
- Relações sociais: contempla o potencial individual de construir redes sociais, ter e manter relações participativas e solidárias com familiares, amigos, vizinhos, representantes comunitários e governamentais. Abarca os projetos futuros dos indivíduos no interior das relações com os outros para que se possa usufruir a sensação de controle sobre os condicionantes e determinantes da vida.

Chiesa (2003) afirma que o profissional de saúde pode fortalecer, em seus processos de trabalho, os conceitos de resiliência, autonomia e *empowerment* comunitário relacionados às intersecções supracitadas em prol da Promoção da Saúde.

Ávila (2002) sistematizou um método de captação das necessidades de saúde de um grupo de adolescentes, no município de São Paulo, a partir deste esquema conceitual. No seu estudo, foram realizados grupos focais com os adolescentes, suas famílias e instituições envolvidas com os adolescentes da região, com o objetivo de contribuir para estruturar ações da atenção básica voltadas para a resiliência e autonomia dos sujeitos daquele estudo.

Dessa forma, o diagrama de Labonte extrapola a abordagem biomédica (centrada na doença) e comportamental (com ênfase nos fatores de risco e estilos de vida) das ações em saúde, agregando a positividade dos modelos antecessores à perspectiva sócio-ambiental e emocional intrínseca ao processo saúde-doença. Por esse motivo, foi escolhido como referência para extrair as categorias analíticas do conteúdo dos documentos da capacitação do Projeto Janelas relacionados à Promoção da Saúde.

3.5.2 Teoria da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire

Para realizar um processo educativo, a partir da perspectiva do materialismo histórico-dialético, como quadro teórico-metodológico do Projeto Janelas, a equipe técnica optou por vertentes emancipatórias e teorias críticas da educação para o processo pedagógico a ser desenvolvido com os multiplicadores, primando pela participação e reflexão dos educandos como sujeitos da ação educativa e não objetos desta intervenção (Freire, 1996).

Freire (1993) propõe de forma sistemática, mas não simplista, os elementos constituintes da prática educativa:

- Presença de sujeitos: educando e educador aprendem e ensinam simultaneamente;

- Objetos de conhecimento: conteúdos ensinados pelo educador e apreendidos pelos educandos.
- Diretividade da educação: objetivos mediatos ou imediatos, que não admitem a neutralidade do educador na assunção ética, de seu posicionamento político;
- Métodos, processos, técnicas de ensino, materiais didáticos: conjunto de ações e recursos coerentes com os objetivos definidos para a docência, cujo projeto pedagógico exprime a opção política e utópica dos sujeitos.

Freire (2002) descreve as etapas de seu método:

1. Identificação de temas geradores e construção dos conteúdos programáticos a partir das condições existenciais dos educandos;
2. Seleção das contradições a serem superadas na dialética do processo educativo e que sejam significativas para os atores envolvidos;
3. Sistematização dos conteúdos por meio do método científico e trabalho interdisciplinar;
4. Descodificação dos temas investigados com a seleção dos canais de comunicação (recursos auditivos, visuais, tácteis e audiovisuais) necessários para o trabalho dos sujeitos, assim como sugestões e definição de critérios para a intervenção e mudança da realidade;
5. Problematização da realidade através do permanente processo de descodificação e codificação realizado pelos integrantes do círculo de cultura.

Faria (1987) divide as três primeiras etapas do método freireano em “conteúdo programático” construído a partir da realidade dos educandos e do apoio do educador, enquanto que as duas últimas correspondem à “implementação do método” na dialética de superação das situações-limite e na refutação do *status quo* alienante e opressor.

Para aproximar tais elementos que configuram o processo educativo realizado pela equipe técnica do Projeto Janelas com o referencial da Pedagogia Libertadora, destacaram-se algumas características do método de Paulo Freire, cujos aspectos principais foram mencionados em seu livro “Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa” (1996) e reforçados pelo autor em suas obras (Freire, 1981; Freire, 1993; Freire, 2000; Freire, 2002; Freire; 2005). Autores como Romão (2002) e Oliveira (2003), que seguem os ensinamentos freireanos, integraram a análise de tais características, a fim de definir as categorias análíticas que possibilitaram a sistematização das categorias empíricas do presente estudo a partir da perspectiva freireana, quais sejam:

- Autonomia e liberdade dos sujeitos: propõe a auto-realização e a participação dos homens e mulheres no usufruto dos bens produzidos pela humanidade;
- Bem querer aos educandos: estimula a amorosidade no relacionamento intersubjetivo dos processos educativos;
- Complementaridade objetiva e subjetiva: congrega o conhecimento do objeto pelo sujeito, superando a dicotomia entre atributos quantificáveis e qualificáveis;
- Educação permanente dos seres humanos: incorpora a dimensão processual que a educação exerce na e para as formas de viver e trabalhar;
- Horizontalidade das relações de poder: proporciona o encontro de sujeitos, que mesmo em relação de poderes desiguais, podem alcançar um consenso;
- Práxis dialógica: afirma que o diálogo incide sobre a reflexão da prática e a ação embasada na teoria;
- Reflexão crítica da realidade: proporciona a decodificação do mundo e sua resignificação a partir da organização de conceitos por meio da educação e conscientização.

Lenda chinesa

Naquele tempo, um discípulo perguntou ao vidente:

“Mestre, qual a diferença entre o céu e o inferno?”.

E o vidente respondeu:

“Ela é muito pequena, contudo, com grandes conseqüências”.

Vi um grande monte de arroz, cozido e preparado como alimento. Ao redor dele muitos homens, famintos, quase a morrer. Não podiam aproximar-se do monte de arroz, mas possuíam longos palitos de dois a três metros de comprimento (os chineses, naquele tempo, já comiam o arroz com palitos). Apanhavam o arroz, é verdade, mas não conseguiam levá-lo a própria boca, porque os palitos eram muito longos. E assim, famintos e moribundos, juntos mais solitários, permaneciam sofrendo uma fome eterna, diante de uma fartura inesgotável. *Isso era o Inferno.*

Vi outro monte de arroz, cozido e preparado como alimento. Ao redor dele muitos homens, famintos, mas cheios de vitalidade. Não podiam aproximar-se do monte de arroz, mas possuíam longos palitos de dois a três metros de comprimento. Apanhavam o arroz, mas não conseguiam levá-lo a própria boca, porque os palitos eram muito longos. Mas, com seus longos palitos, em vez de leva-los a própria boca, serviam o arroz uns aos outros. E assim matavam sua fome insaciável, numa grande comunhão fraterna, juntos e solidários, gozando a excelência dos homens e das coisas. *Isso era o Céu.*

“Vida para além da morte”, de Leonardo Boff

Resultados e Discussão

4 Resultados e Discussão

4.1 A Promoção da Saúde no Projeto Janelas

Mediante a análise do *corpus* do presente estudo, caracterizou-se a presença dos conceitos abaixo no processo de construção do Projeto Janelas à luz dos campos de atuação na Promoção da Saúde, propostos pela Carta de Ottawa (1986) conforme o quadro de resultados I.

Quadro I – Campos de ação da Promoção da Saúde contidas no Projeto Janelas

Eixo norteador	Temática	Aspectos	Fontes
Elaboração de Políticas Públicas Saudáveis	Intersetorialidade; Parcerias; Redes sociais	Assunção dos princípios norteadores do SUS e da Promoção da Saúde; Compromisso conjunto firmado com os parceiros do Projeto Janelas; Parceria com os representantes das Coordenadorias de Saúde	BJ CM1 PM EJ
Construção de Ambientes Favoráveis à Saúde	Cooperação; Patrimônio; Sustentabilidade	Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”; Contribuição do ACS e da ESF; Reforço das ações locais realizadas pelas instituições parceiras	CJ CM2 EJ
Reforço da ação comunitária	<i>Advocacy</i> ; <i>Empowerment</i> comunitário; Participação social; Solidariedade	Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”; Contribuição do ACS e da ESF; Reforço das ações locais realizadas pelas instituições parceiras	CJ CM1 MJ PN
Aprimoramento de habilidades pessoais	Autonomia; Emancipação; Resiliência	Cartilha “Toda hora é hora de cuidar”; Contribuição do ACS e da ESF	BJ CJ CM2 MJ
Reorganização dos serviços de saúde	Inovação tecnológica; Processos de trabalho; Trabalho em equipe	Book de apoio do Projeto Janelas; Ficha de Acompanhamento dos cuidados para a Promoção da Saúde da Criança; Manual de apoio “Toda hora é hora de cuidar”; Oficinas de Capacitação dos multiplicadores	AJ AR CM1 PM EJ

Ao definir os documentos internos e externos ao Projeto Janelas, houve a possibilidade de vislumbrar a dialética que a realidade histórica e social proporciona para o reconhecimento dos nós críticos e potencialidades da atuação dos profissionais para mudar, de forma crescente e positiva, alguns modos de produção em saúde.

O alinhamento conceitual entre os documentos analisados demonstrou consonância entre as diferentes dimensões que conformam e influenciam os processos de trabalho na atenção básica e, por extensão, outros *loci* de atuação dos profissionais de saúde na perspectiva dos eixos norteadores do paradigma promocional. Sendo assim, vale destacar a inclusão destes documentos em outros momentos da capacitação do Projeto Janelas a fim de estabelecer as relações e a interpenetrabilidade entre a totalidade e o cotidiano dos serviços de saúde (SMS, 1990; SMS, 2003; Brasil, 2006).

Vale ressaltar que, a **Política Nacional de Promoção da Saúde** prioriza aspectos relacionados à promoção do conceito ampliado de saúde, embora as ações propostas tenham ênfase em jovens, adultos e idosos, sendo realizadas adaptações para compreender sua influência na estrutura do Projeto Janelas. Todavia, oferece muitos elementos para a gestão de programas e intervenções no campo da Promoção da Saúde, assim como o **Caderno Inicial da Capacitação no PSF**, que apresenta diretrizes e princípios para consolidação do SUS e propõe conceitos consoantes com o ideário da Promoção da Saúde para a (re) organização do trabalho das ESF (Brasil, 2006; SMS, 1990).

Por outro lado, o **Caderno Temático da Criança** valoriza aspectos do crescimento saudável e desenvolvimento infantil, em sua maioria, de forma fragmentada e centrada no corpo biológico, cuja abordagem e profundidade contribui significativamente para a compreensão dos perfis de morbi-mortalidade infantil para a atuação das ESF. Os dois capítulos referentes à Promoção da Saúde discorrem sobre a construção de um conceito de saúde e cidadania na “Escola Saudável” e a importância da sustentabilidade do meio ambiente como requisito fundamental para proporcionar melhorias na qualidade de vida e bem estar, especialmente, na infância (SMS, 2003).

As propostas de Promoção da Saúde, conforme exemplifica Oliveira (2003), que na maioria das vezes eram compreendidas como um conjunto de 'tecnologias simplificadas', surgem como uma prática caracterizada por uma elevada densidade tecnológica (tecnologias leves, agir comunicativo), na qual a interdisciplinaridade dos conhecimentos envolvidos evidencia a alta complexidade de suas ações.

Os produtos do Projeto Janelas, em especial o Manual de Apoio e a Cartilha da Família “Toda hora é hora de cuidar” primaram por conteúdos de boa qualidade técnica e científica oriundas de diferentes campos do conhecimento (interdisciplinaridade, inovação tecnológica e trabalho em equipe), assim como pela defesa dos direitos humanos dos usuários (*advocacy* e participação social).

Como forma de garantir o fortalecimento das competências familiares pelas intervenções das equipes de saúde da família (autonomia, resiliência e *empowerment* comunitário) e pela leitura crítica das condições e hábitos envolvidos no cuidado da criança (diálogo, emancipação e redes sociais), reconhecendo as qualidades dos indivíduos e de seus relacionamentos (patrimônio, cooperação e solidariedade) a fim de intervir nos condicionantes e determinantes para melhor usufruir as oportunidades – serviços de saúde, escolas, centros desportivos e de lazer, casas de cultura etc – disponíveis em sua comunidade (equidade e intersectorialidade).

4.2 Dimensões do Bem-Estar e da Saúde nos conteúdos da capacitação

Conforme a proposição de Labonte (1996), as dimensões individuais que compõem a saúde da criança foram selecionadas em excertos provenientes do *corpus* deste estudo. Dada a complexidade deste referencial, a divisão entre categorias analíticas foi necessária para a sistematização dos conteúdos trabalhados junto aos multiplicadores, embora muitos trechos oriundos dos documentos contemplem a interação entre estas dimensões e a interpenetrabilidade de temas relacionados à saúde infantil nas intervenções propostas (Anexo VI).

O **quadro de resultados II** demonstra a relação de temas obtidos durante a análise relacionados às dimensões e interfaces:

Quadro II – Categorias analíticas com base no Diagrama de Labonte

Energia Vital – Física	Vida Comunitária – Social	Projeto de Vida – Emocional
Aleitamento materno e amamentação; Alimentação nutritiva; Brincadeiras como atividade física na infância; Desenvolvimento cerebral na infância; Higiene corporal; Imunizações; Prevenção de acidentes e segurança; Problemas comuns na infância; Proteção contra tabagismo, álcool e outras drogas; Reconhecimento de deficiências na infância; Risco de automedicação; Saúde bucal; Violência contra a criança e maus tratos.	Ambiente sustentável; Estímulos ambientais; Hospitalização da criança; Mediação do agente comunitário de saúde; Uso dos instrumentos do Projeto Janelas.	Aprendizagem infantil; Estimulação na primeira infância.
Relações sociais	Habilidade para realizar o desejado	Controle sobre a vida
Cultura de paz; Garantia de equidade; Função materna e paterna; Qualidade dos relacionamentos interpessoais; Patrimônio familiar; Reconhecimento de papéis entre os cuidadores da criança. Redes sociais; Relações de solidariedade.	Ação comunicativa; Cuidado com enfoque na família; Diálogo com a criança; Participação e tomada de decisão na infância.	Advocacia dos direitos da criança; Divisão de tarefas para o cuidar; Inclusão das crianças com necessidades especiais; Participação e controle social.

Nessa perspectiva, os resultados apresentados correspondem aos conteúdos trabalhados durante a capacitação dos multiplicadores do Projeto Janelas à luz do ideário de Promoção da Saúde consoante ao desenvolvimento infantil integral fortalecido através das competências de seus cuidadores e familiares para atuar no processo saúde-doença da criança.

Laurell (1997) compreende a saúde (e a sua ausência) da seguinte forma:

“A saúde é necessidade humana essencial porque, sem saúde, não se tem a possibilidade de desenvolver capacidades e potencialidades produtivas e sociais; sem saúde, não é possível participar plenamente da vida social como integrante da coletividade e como indivíduo; sem saúde, não há nem liberdade nem cidadania plena. Por isso, a garantia, a promoção e a preservação da saúde, através da ação pública e por meio de medidas universais e igualitárias [eqüitativas], constitui responsabilidade ética da sociedade”. (pg 86).

A ampliação do conceito de saúde culminou com a assunção do conceito positivo de saúde como a superação do estado assintomático, agregando a perspectiva da qualidade de vida e ao potencial da condição humana, que inclui a energia para viver, a auto-realização e a criatividade, elementos mais relacionados ao progresso pessoal do que com a resolução de problemas (Gentile, 2001).

Marcondes (2004) também atenta para a ampliação do conceito positivo de saúde:

“De fato, se situamos o conceito de saúde num modelo diferente do da história natural da doença e procuramos a sua positividade, devemos empreender esforços para que nossa abordagem sobre qualidade de vida possa verdadeiramente contemplar questões como a busca da felicidade, realização de potenciais pessoais e coletivos, vida que valha a pena ser vivida, entre outras questões não resolvidas exclusivamente pela lógica da prevenção”. (pg 11)

Para o contexto brasileiro, que apresenta uma diversidade de dificuldades em garantir a eqüidade nos serviços de saúde, a higiomania e a somatolatria costumam permear, por meio de mecanismos ideológicos relacionados ao conceito qualidade de vida, as formas de viver e consumir da população, como observa criticamente Nogueira (2001):

“A higiomania e a somatolatria constituem a orientação predominante numa enorme quantidade de revistas, livros e sites da internet dedicados ao assunto. De sua parte, a nova saúde pública e os organismos internacionais da área procuram difundir a filosofia de promoção da saúde, que tem propósito muito similar à adoção de hábitos ou estilos de vida saudáveis”. (pg 65).

O cuidar, que rejeita tal perspectiva, contribui para compreender os movimentos das formas de organizar as intervenções no processo saúde-doença, conforme afirma Buss (2003):

“Como os sistemas de saúde estão submetidos permanentemente a forças expansivas (à medicalização, ao desenvolvimento tecnológico, à transição demográfica e à mudança do perfil nosológico), reage-se com mecanismos de regulação, como o uso racional de recursos humanos e físicos, o controle financeiro e a ética profissional. Malgrado a utilização de mecanismos de regulação cada vez mais ineficientes, ineficazes, inequitativos e com pouco apoio da opinião pública. Surgem, então, novas concepções do processo saúde-enfermidade-cuidado, mais globalizantes, que articulam [determinantes da] saúde e condições de vida [condicionantes da saúde].” (pg 21).

A análise dos temas encontrados nos produtos do Projeto Janelas, à luz do processo saúde-doença, demonstrou um movimento para consolidar a integralidade do cuidado na assistência à saúde. Quantitativamente predominantes, os aspectos relativos à “Energia vital” contemplam a fisiologia do corpo biológico (desenvolvimento cerebral na infância) e os cuidados necessários para mantê-lo saudável (alimentação nutritiva, higiene corporal, imunizações, saúde bucal, prevenção de acidentes e segurança, proteção contra tabagismo, álcool e outras drogas). Vale lembrar que, a abordagem do corpo biológico constitui o cerne da tradicional formação de recursos humanos em saúde.

Como forma de superar a abordagem biologicista, outros temas de caráter biológico implicaram na defesa dos recursos e patrimônio da família (alimentação

nutritiva, problemas comuns na infância, risco de automedicação), o fortalecimento do contexto e das relações interpessoais estabelecidas entre os cuidadores e a criança (aleitamento materno, amamentação, brincadeiras como atividade física na infância), além da possibilidade de identificar abusos contra a criança (violência contra a criança e maus tratos) e processos doentios e/ou degenerativos (reconhecimento de deficiências na infância).

Os aspectos relacionados à “Vida comunitária” foram representados pela construção de hábitos que zelem pelo entorno social, desenvolvam habilidades, estimulem o aprendizado e cultivem um sentimento de pertença cultural (ambientes saudáveis e estímulos ambientais). As oportunidades de acesso aos serviços de saúde desde a atenção primária (mediação do agente comunitário de saúde e uso dos instrumentos do Projeto Janelas) até a atenção secundária e terciária (hospitalização da criança) foram discutidas para evitar mudanças na rotina, sofrimentos e gastos desnecessários para a família.

Por se tratar de um projeto direcionado para a primeira infância, os conteúdos pertencentes ao “Projeto de vida” da criança ficaram limitados à consolidação de atitudes e cuidados (aprendizagem infantil e estimulação na primeira infância) a fim de favorecer um desenvolvimento infantil adequado e uma vida adulta mais produtiva e saudável que contemple sua auto-realização e o enfrentamento positivo de problemas.

As intervenções em saúde propostas pelo Projeto Janelas implicaram na revisão dos processos de trabalho, tecnologias para o cuidado e abordagens para o levantamento de necessidades de saúde na resolução de problemas em determinados grupos sociais. Nesse sentido, a atuação dos profissionais pode ser exercida através das categorias práticas: autonomia, resiliência e *empowerment* comunitário.

As “Relações sociais” concentraram-se no espaço familiar e expressaram os relacionamentos da criança com seus cuidadores (função materna e paterna, qualidade dos relacionamentos interpessoais e reconhecimento de papéis entre os cuidadores da criança), assim como sua estrutura para garantir suas necessidades (patrimônio familiar). No entanto, o apoio fornecido por familiares e pela vizinhança (cultura de paz

e relações de solidariedade) e pelos membros da comunidade ou profissionais de diversas áreas de atuação (redes sociais) foi associado a outros temas.

Outro aspecto fundamental para a intervenção junto à família corresponde ao patrimônio que representa um conjunto de recursos do qual as pessoas podem dispor para garantir a si mesmas e a seus membros maior segurança e melhor padrão de vida, compreendendo o trabalho, saúde, moradia, habilidades pessoais e relacionais, sendo que, estas últimas, são expressas através dos relacionamentos de vizinhança, de amizade, familiares, comunitários e institucionais (PIDMU, 2000).

As redes sociais são compostas por relacionamentos entre pessoas, sejam parentes, amigos, vizinhos, colegas de trabalho. A rede também é constituída por instituições sociais e por organizações da sociedade civil. Neste sentido, trabalhar com o conceito de resiliência, destacado por Chiesa (2005), possibilita compreender as adversidades e potencialidades da criança nas diferentes interações entre sua família, sua comunidade e seu contexto cultural a fim de garantir o melhor crescimento e desenvolvimento possível durante a infância, além de influenciar positivamente outras fases da vida.

Chiesa e Veríssimo (2001) entendem que a sistematização das práticas educativas em saúde na atenção primária como forma de emancipar os sujeitos para o cuidado de sua saúde através do diálogo, da cooperação e do acolhimento, necessita ser revista e estruturada a partir de algumas ações: 1 – Criar um ambiente de confiança e respeito aos usuários; 2 – Identificar as necessidades de saúde do indivíduo, família ou coletividade; 3 – Fortalecer a participação comunitária através dos contatos com os profissionais; 4 – Aconselhar, recomendar e priorizar metas para a mudança de hábitos e mobilização social; 5 – Estabelecer acordos e parcerias com os usuários de saúde; e, finalmente, 6 – Verificar a compreensão (validação do entendimento) dos sujeitos.

No tocante às “Habilidades para realizar o desejado”, a dimensão dialógica (ação comunicativa e diálogo com a criança) predominou nas tecnologias e abordagens produzidas pelo Projeto Janelas. O respeito pela família (cuidado com enfoque na família) e pela criança (participação e tomada de decisão na infância) foram

contemplados na elaboração dos materiais informativos e de apoio para as ESF e para as famílias atendidas pelo projeto.

Na compreensão de Chiesa (2005), a autonomia consiste em uma categoria prática, que incorpora o fortalecimento das habilidades individuais dos sujeitos sociais que, de acordo com suas necessidades, definem e realizam projetos de vida. Nesse sentido, o papel do profissional na promoção do autocuidado da população extrapola a adesão às prescrições técnicas sobre comportamentos saudáveis para uma mudança na relação de poder estabelecida entre o profissional e o indivíduo, que participa e se responsabiliza pela melhoria de sua saúde.

O cuidar da criança pela família e pelos profissionais de saúde pode estabelecer um espaço que transcende o agir instrumental (domínio técnico e racional) para o agir comunicativo (domínio dialógico e consensual) que, segundo Habermas (1989), propicia a superação da divisão objeto-sujeito e a refutação de verdades absolutas, pois permite o diálogo intersubjetivo que gera o consenso. Mesmo existindo diferentes relações de poder entre estes sujeitos, o consenso apresenta-se como a melhor alternativa para superar o determinismo social e fortalecer aspectos igualitários e democráticos.

Por fim, o “Controle sobre a vida”, ilustrado pelo Projeto Janelas, avançou significativamente na abordagem e discussão de temas relacionados às atividades da vida diária (divisão de tarefas para o cuidar), ao respeito das diferenças e limitações do outro (inclusão das crianças com necessidades especiais) e à defesa dos direitos da criança pela família e pelos profissionais de saúde (advocacia dos direitos da criança).

Wallerstein (1992), que adota a perspectiva freireana em seus trabalhos, contemplando a elevação da auto-estima, a análise crítica do mundo, a criação de uma identidade grupal, a mobilização social, nos processos de mudança que incorporam o *empowerment* como:

“Um processo de ação social que promove a participação de indivíduos, de organizações e da comunidade, com o objetivo de

“aumentar o controle individual e da comunidade, ampliar a eficácia política, melhorar a qualidade de vida e promover a justiça social [e eqüidade]”. (pg 198).

Wallerstein e Sanchez-Merki (1994) defendem a positividade dos conceitos trabalhados pela perspectiva freireana, pois a defesa da autonomia e liberdade dos educandos (usuários dos serviços de saúde), repercute no *empowerment* e na emancipação de sujeitos que observam, refletem e atuam em sua realidade. O processo dialógico fortalece a práxis e o consenso entre diferentes relações de poder para a tomada de decisão de indivíduos e grupos sociais sobre seus processos de mudança nas diferentes dimensões constitutivas da saúde e bem estar.

Kalnins (1997) apresenta a perspectiva do *empowerment* infantil como estratégia de atuação profissional (assistencial e em pesquisa) que respeita e atende as necessidades inerentes a esta fase da vida, de forma compreensiva sobre suas limitações e potencialidades, a fim de garantir maior efetividade nas intervenções realizadas ao incluir as crianças neste processo.

A valorização do ambiente escolar como *locus* participativo e emancipatório de crianças e adolescentes, conforme discutem Hagquist e Starrin (1997), representa um campo profícuo para a equipe de saúde, efetuar parcerias com o setor educativo com o intuito de fortalecer ações intersetoriais e recomendações sobre saúde que, por extensão, influenciam positivamente a família. Os autores refutam o uso exclusivo de práticas de transmissão de conhecimentos, enfatizando modelos e programas à luz do *empowerment* como estratégia viável para melhorar os estilos e as condições de vida dos participantes, bem como seu meio ambiente.

4.3 Tendências pedagógicas da capacitação dos multiplicadores

Com base no histórico anteriormente apresentado, desde a reunião com as Coordenadorias de Saúde do município de São Paulo e a constituição da equipe técnica do Projeto Janelas até a realização das oficinas de capacitação dos multiplicadores das equipes de saúde da família envolvidas, os documentos selecionados para o estudo permitiram identificar as categorias empíricas presentes e reunidas no **Quadro de resultados III** para a sistematização deste processo educativo.

Quadro III – Elementos do processo de capacitação do Projeto Janelas

Categorias empíricas	Geral
Objetivos	Sensibilizar os agentes multiplicadores para a criação de um espaço de capacitação dinâmico, criativo e participativo para o trabalho em equipe; Multiplicar os conceitos da capacitação no cotidiano dos serviços de saúde a fim de introduzir, de forma competente e motivada, a cartilha e a ficha de acompanhamento
Conteúdos	Promoção da saúde; Cuidado da criança, fortalecimento das competências familiares e da rede social; Acolhimento e integração dos multiplicadores
Especificação de temas	Primeira infância; Proteger e cuidar; Produtos do Projeto Janelas – manual de apoio, cartilha da família e ficha de acompanhamento; Família; Função materna e paterna (cuidador)
Conceitos abordados	Competências familiares; Desenvolvimento infantil ampliado; Proteção e cuidado; Papéis familiares e divisão do cuidado; Família; Qualidade dos relacionamentos afetivos; Redes de apoio e solidariedade; Cuidado infantil (alimentação; higiene; imunizações; doenças prevalentes na infância; prevenção de acidentes); Aprendizado infantil; Construção da cidadania infantil; Acesso aos serviços de saúde e outros equipamentos sociais
Recursos Físicos	Sala de aula com cadeiras em círculo e ambiente externo que permite contato com a Natureza
Recursos Materiais	
Material didático	Manual e cartilha “Toda hora é hora de cuidar”; ficha de acompanhamento; <i>book</i> de apoio; xerox do cronograma de atividades do dia; textos avulsos e letras de música
Recursos audiovisuais	Microcomputador ou <i>note book</i> ; <i>datashow</i> ; retroprojeter; transparências e canetas apropriadas; flipchart; rádio com tocador de CD e CDs variados (temáticos e musicais); televisão; vídeo cassete e fitas de vídeo (temáticas e filmes)
Outros materiais	Pasta de material; revistas e jornais; cola; tesoura; papel sulfite, crepom, <i>Kraft</i> , cartolina (vários formatos); fita adesiva; canetas coloridas, esferográficas e hidrográficas; lápis; giz de cera; copos, água e sabão; saco e faixas de pano; pacote de balas e caixa de bombons sortidos
Recursos Humanos	2 coordenadores por encontro

Número de profissionais	5
Formação dos coordenadores	2 enfermeiras, 1 psicóloga, 2 assistentes sociais, 1 administradora
Tipos de Sujeitos	Diferentes trabalhadores das Unidades de PSF e entidades parceiras
Número de multiplicadores	130 – 45 na Região Sul I; 30 nas Regiões Centro-Norte e Leste; 25 na Região Sul II.
Número de equipes participantes	256
Número de unidades de PSF participantes	72
Formação dos participantes	Médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários, auxiliares técnico-administrativos, auxiliares de limpeza e gerentes de Unidade Básica de Saúde
Frequência mínima	80%
Metodologias e/ou Estratégias	Acolhimento e contrato com os participantes; técnica do cochicho (história do nome); técnica da flor; apresentação oral; exposição dialogada; seminário; leitura conjunta e comentada; músicas e filmes comentados; elaboração de cartazes; discussão em pequenos grupos; técnica das bolinhas de sabão; técnicas de relaxamento; confecção da “nossa janela da família”; danças; apresentação de vídeos; dinâmica de grupo; narração de estória; técnica do aviãozinho; exercício do cego e do surdo; síntese dos subgrupos; exposição sintética em <i>Power Point</i> ; <i>liang gong</i> ; plenária; dramatização; técnica da “salada de frutas”; técnica do “jardim do Projeto Janelas”; relatos de experiência; confraternização
Periodicidade de Encontros	
Número de encontros	5
Frequência dos encontros	Semanal
Carga Horária	
Por encontro	8 horas
Total	40 horas
Período do dia	Diurno
Tipo de Avaliação	Ficha de avaliação pessoal, não identificada e diária; Rememoração do encontro anterior

Com a análise documental, percebeu-se que houve a ênfase no emprego das vertentes emancipatórias da educação e a adoção de características positivas das outras tendências – tecnicista/comportamentalista e construtivista/humanista – com ênfase na negação da transmissão de informações e posturas impositivas e/ou coercitivas durante o processo educativo, pois além da apreensão conceitual, as oficinas objetivavam a reprodutibilidade dos recursos didáticos e metodologias pelos multiplicadores em seus respectivos locais de atuação.

Os conteúdos, os objetivos, as técnicas de ensino, a coordenação e os recursos materiais foram apresentados nos cronogramas (Anexo VII) e descritos com base na entrevista realizada com uma *informante-chave* pertencente ao grupo técnico da capacitação do Projeto Janelas (Anexo VIII).

Os objetivos definidos pelo grupo técnico propiciaram um espaço acolhedor, lúdico e participativo para a aprendizagem significativa dos multiplicadores, no qual os conteúdos integravam as metodologias de ensino, mas não representavam o foco das oficinas. A perspectiva da educação permanente e de adultos, em seus âmbitos de trabalho e baseada em teorias críticas da Pedagogia, sinaliza possibilidades mais efetivas para a aquisição de conhecimentos sobre o incremento do cuidado através das competências familiares, bem como habilidades e atitudes para acolher a família.

Os encontros apresentam momentos distintos para a efetivação dos objetivos e a apreensão dos conteúdos. Na perspectiva do Psicodrama, as sessões são divididas em um período de acolhimento dos participantes, aquecimento ou *warm up*, o desenvolvimento de um tema, a síntese dos coordenadores e o encerramento ou *cool down* (Yozo, 1996; Silva, 2001). Com base no referencial pedagógico, a vertente emancipatória freireana (Freire, 2002) subsidiou a condução dos coordenadores a partir do encontro de sujeitos em relação dialógica – ouvir, refletir e agir – sobre um tema gerador ou problema levantado nos encontros.

Com base nos objetivos, a elaboração do instrumento de avaliação das oficinas (Anexo IX) primou pela percepção dos multiplicadores sobre sua participação e

motivação no processo educativo e, conseqüentemente, sobre seu compromisso com a aplicação dos conteúdos em seu cotidiano profissional. Saul (1994), Luckesi (1996), Depresbiteris (2001) e Romão (2001) apontam para a necessidade de avaliar os educandos com o intuito de emancipá-los para a tomada de decisões e buscar instrumentos dialógicos para avaliar a complementaridade subjetiva e objetiva da realidade, assim como responder aos objetivos institucionais ou programáticos.

A construção conjunta das oficinas pedagógicas pela equipe técnica do Projeto Janelas e pelos multiplicadores configurou outro aspecto reforçador do compromisso com as parcerias estabelecidas no projeto, respeitando e valorizando os limites, sucessos e desafios próprios de cada unidade de origem, seu perfil de saúde-doença, sua inserção territorial e suas redes sociais.

A dimensão processual presente na Promoção da Saúde, também incide sobre a Educação Permanente, pois atividades educativas perenes favorecem a mobilização mais adequada dos recursos disponíveis para a tomada de decisões em prol da melhoria da qualidade de vida da população por intermédio das equipes de saúde, gestores locais, formadores de recursos humanos, educandos e a própria população (Almeida, Feuerwerker e Llanos, 1999; Carvalho, 2004; Ceccim, 2005).

Não obstante, a reprodução de modelos educacionais advindos da própria formação dos profissionais de saúde pode sustentar determinadas estratégias educativas de modo não sistematizado. Portanto, a incorporação dos referenciais teóricos, filosóficos e didáticos de diferentes vertentes pode ampliar o repertório de atuação do profissional no âmbito da educação em saúde.

Com base no referencial pedagógico freireano, os elementos, as situações e as características pertencentes a esta perspectiva de ensino proporcionados durante as oficinas de capacitação do Projeto Janelas foram relacionados no **quadro de resultados IV**, a seguir:

Quadro IV – Categorias analíticas com base na perspectiva freireana

	Momentos ilustrativos do processo educativo do Projeto Janelas
Autonomia e liberdade dos sujeitos	Condução e planejamento da multiplicação em suas unidades de origem; Valorização das experiências dos participantes; Estímulo à criatividade
Bem querer aos educandos	Acolhimento dos participantes; Amorosidade nas relações interpessoais; Confraternização; Reforço positivo; Resgate de atividades lúdicas; Técnicas cooperativas
Complementaridade objetiva e subjetiva	Avaliação diária e rememoração dos conteúdos anteriores; Conteúdos do Manual de Apoio “Toda hora é hora de cuidar”; Síntese da coordenação; Valorização dos saberes, habilidades, atitudes e emoções dos participantes
Compromisso com a mudança	Construção de parcerias e redes sociais entre os diferentes atores envolvidos; Contrato inicial e final estabelecido com os multiplicadores; Definição de planos e metas para a multiplicação e implementação do Projeto Janelas (tarefas de casa); Estabelecimento de objetivos comuns; Verificação da motivação dos multiplicadores
Educação permanente dos seres humanos	Problematização e aprendizagem baseada em problemas; Reuniões periódicas com os parceiros e multiplicadores; Referências bibliográficas e endereços eletrônicos complementares
Horizontalidade das relações de poder	Arranjo espacial dos participantes (aulas em círculo); Espaços para a discussão e diálogo; Participação de profissionais técnicos, administrativos e operacionais; Subdivisão em grupos de trabalho
Práxis dialógica	Metodologias participativas (leituras dirigidas, exposição dialogada, seminário, dramatização, entre outras); Reprodutibilidade do processo educativo; Incorporação da teoria ao processo de trabalho das equipes de saúde da família
Reflexão crítica da realidade	Caracterização do perfil da população atendida; Identificação dos nós críticos e pontos positivos das equipes de saúde da família e da comunidade; Incorporação dos produtos do Projeto Janelas aos processos de trabalho dos multiplicadores; Levantamento das expectativas e competências dos multiplicadores

4.3.1 Autonomia e liberdade dos sujeitos

A pedagogia libertadora fundamenta-se no respeito à autonomia e à liberdade do educando como imperativos éticos para sua vocação de “ser mais”, que é histórica e socialmente construída, pois caso contrário (Freire, 2002):

“A luta pela humanização, pelo trabalho livre, pela desalienação, pela afirmação dos homens como pessoas, como ‘seres para si’, não teria significação. Esta somente é possível porque a desumanização, mesmo que um fato concreto na história, não é, porém, destino dado, mas resultado de uma ‘ordem’ injusta que gera a violência dos opressores e esta, o ser menos”. (pg 30).

A humanização e valorização do trabalho e das experiências, assim como o uso da criatividade para a tomada de decisões frente aos desafios do cotidiano profissional constituem elementos significativos para a emancipação dos multiplicadores do Projeto Janelas, ao reconhecê-los como sujeitos capazes e motivados para refutar a alienação de sua condição humana. Sendo assim, Freire (1996) apresenta o devir do ser humano como condição para o desenvolvimento de sua autonomia e liberdade em suas tomadas de decisão:

“Ninguém é autônomo primeiro para depois decidir. A autonomia vai se constituindo na experiência de várias, inúmeras decisões, que vão sendo tomadas. (...) A gente vai amadurecendo todo dia, ou não. A autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si, é processo, é vir a ser. Não ocorre em data marcada. É neste sentido que uma pedagogia da autonomia tem de estar centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitadas da liberdade”. (pg 120).

A condição de ser humano é bem retratada por Arendt (2003), que relaciona 3 atividades fundamentais ao que chamou *vida activa*: o labor, o trabalho e a ação. Ao labor correspondem os processos biológicos e a um saber implícito atrelados aos ciclos da vida; o trabalho representa o artificialismo da existência humana, cuja “mundanidade” dos seres possibilita modificar a natureza com o intuito de garantir sua permanência no mundo; no entanto, a ação expressa a única atividade da condição humana que só pode ser exercida com a participação de outros homens, constituindo o

princípio da pluralidade, no qual se sustenta a dimensão política da vida social responsável por aplicar a inteligência humana na modificação de um espaço e incrementar o bem-estar de seus habitantes.

O “ser mais” e a “vida activa” foram abordados pelo Projeto Janelas a partir da escolha do grupo técnico pela perspectiva andragógica, que reconhece elementos intrínsecos ao ensino-aprendizagem de adultos, sendo importante destacar experiências positivas desta abordagem na formação de recursos humanos (Almeida, Feuerwerker e Llanos, 1999; Jeria, 2005; Di Pierro, 2006; Unesco, 2006).

4.3.2 Bem querer aos educandos

A estética do método freireano abarca a amorosidade e o querer bem aos educandos, como forma corajosa de expressar a dimensão afetiva contida no processo educativo, comprometer-se com objetivos comuns e assumir uma postura generosa e solidária *com e para* a sociedade (Freire, 1996).

“A afetividade não se acha excluída da cognoscibilidade. O que não posso obviamente permitir é que minha afetividade interfira no cumprimento ético do meu dever de professor no exercício de minha autoridade. Não posso condicionar a avaliação do trabalho escolar de um aluno ao maior ou menor bem querer que tenha por ele”. (pg 160).

O autor ainda refere que a formação científica, a rigorosidade do método ou o posicionamento político do (a) educador (a) não sofrem com a incorporação de tal dimensão, pois *“a prática educativa é tudo isso: afetividade, alegria, capacidade científica, domínio técnico a serviço da mudança ou, lamentavelmente, da permanência do hoje”*. E todos estes atributos se referem a uma prática humana destinada a seres humanos.

Prado (2005), em seu doutorado, analisou ações e projetos de um corpo docente universitário, no município de São Paulo, a partir da perspectiva fenomenológica, constatou que o emprego de metodologias que promovam a participação, a criatividade

e a construção coletiva, implica em uma percepção positiva dos sujeitos com variações entre satisfação, prazer, gratificação e facilidade na condução de seu trabalho.

Portanto, ao valorizar o acolhimento dos multiplicadores (momentos de entrosamento e confraternização), oferecer reforços positivos para as conquistas individuais e coletivas e resgatar o lúdico no trabalho cooperativo em equipe denotou-se a amorosidade das coordenadoras em prol da aprendizagem significativa dos sujeitos.

4.3.3 Complementaridade objetiva e subjetiva

Freire (1981) argumenta que “ad-mirar” consiste um verbo essencial para melhor compreender a dialética entre o todo e suas partes, pois significa olhar para dentro dessa relação com o intuito de separá-la, possibilitando a abstração pelo sujeito para o conhecimento da realidade objetiva. *“Por isso é que é preciso tomá-la na sua complexidade. Se não a entendemos em seu dinamismo e em sua estabilidade, não teremos dela uma visão crítica”.*

A complementaridade objetiva e subjetiva do método educativo ocorre em um determinado momento histórico da sociedade a partir de aspirações, finalidades e motivos humanos. Desse modo, os temas geradores propostos por Freire (2002) incorporam tal característica, pois:

“Existem nos homens, em suas relações com o mundo, referidos a fatos concretos. Um mesmo fato objetivo pode provocar, numa subunidade epocal, um conjunto de temas geradores, e, noutra, não os mesmos, necessariamente. Há, pois, uma relação entre o fato objetivo, a percepção que dele tenham os homens e os temas geradores”. (pg 99).

No processo educativo dos multiplicadores, foram evidenciados aspectos quantificáveis e qualificáveis na aproximação dos conteúdos do Manual de Apoio “Toda hora é hora de cuidar” com as experiências tácitas dos participantes e, em seguida, sintetizadas pela coordenação e avaliadas pelos próprios educandos sob o prisma da dialética da complexidade dos temas geradores propostos em cada encontro.

A complexidade, segundo Morin (2002), depende de elementos diferentes e inseparáveis, que constituem a tessitura do todo, assim como apresenta uma interdependência, interação e inter-retroatividade entre o objeto do conhecimento e o seu contexto, ou seja, as partes e o todo, o todo e as partes, e as partes entre si.

Resumidamente, Freire (2005) concebe tal característica no processo de transformação social como *“processo histórico em que subjetividade e objetividade se prendem dialeticamente. Já não há como absolutizar nem uma nem outra”*. A conciliação entre essas duas dimensões potencializa a operacionalização das intervenções e avaliações do impacto destas na realidade.

4.3.4 Compromisso com a mudança

A construção de parcerias e redes sociais do Projeto Janelas, o estabelecimento de contratos simbólicos no início e término da capacitação dos multiplicadores, o estabelecimento de objetivos comuns para as equipes de trabalho subsidiaram a estrutura para a implementação das mudanças propostas e consensuadas no projeto. A definição de metas e a avaliação da motivação dos multiplicadores consistiram em recursos para estabelecer bases concretas e estimuladoras para trabalhar na perspectiva da Promoção da Saúde e do fortalecimento das competências familiares.

Diante do posicionamento dialético e progressista da prática pedagógica freireana, a problematização da realidade exige um novo enfrentamento do homem com sua realidade, pois não prescinde da reflexão sobre o homem e da análise de sua cultura. À medida que ocorre a apropriação da vocação ontológica do homem como sujeito e sua refutação como objeto através do pensamento crítico, mais reconhece as condições históricas e sociais em que se insere e se compromete com a intervenção nesta realidade (Freire, 1981).

Freire (1996) afirma que:

“Mulheres e homens, somos os únicos seres que, social e historicamente, nos tornamos capazes de apreender. Por isso, somos os únicos em quem aprender é uma aventura criadora, algo, por isso mesmo, muito mais rico do que meramente repetir a lição dada. Aprender para nós é construir, reconstruir, constatar para mudar, o que não se faz sem abertura ao risco e à aventura do espírito”. (pg 77).

Cortella (2001) discorre sobre a estruturação do ensino e a definição de objetivos, na perspectiva proposta por Paulo Freire, que assume um posicionamento ético-político ao negar a neutralidade dos sujeitos no processo de ler a realidade através de instrumentos que transformam a realidade objetiva a partir de uma determinada intencionalidade.

Portanto, cabe ao educador incorporar o caráter político e histórico em sua ação educativa e negar a inexorabilidade fatalista de destinos determinados, pois como ilustra Freire (2000):

“Possivelmente, um dos saberes fundamentais mais requeridos para o exercício de um tal testemunho é o que se expressa na certeza de que mudar é difícil, mas é possível. É o que nos faz recusar qualquer posição fatalista que empresta a este ou àquele fator condicionante um poder determinante, diante do qual nada se pode fazer”.

Ao reconhecer o aspecto democrático da sociedade brasileira, Giroux (1992) defende o campo da educação como espaço profícuo para comprometer-se com as mudanças na realidade, descrevendo tais movimentos sociais:

“Através da expansão da indústria cultural, da intervenção do Estado em um número crescente de aspectos da vida diária cada vez menores, foram desgastadas aquelas esferas nas quais indivíduos e grupos debatiam e lutavam para obter sua determinação individual e social. (...) espaços pedagógicos, onde a democracia, como movimento social, era incorporada, por grupos subordinados e de resistência, em uma luta continuada para produzir formas emancipatórias de conhecimento e de relações sociais”. (pg 7).

A educação compreende o encontro de gerações determinadas, histórica e socialmente, pelas relações de classe social, gênero, etnia e cultura. Cabe ao educador

e aos educandos reconhecerem a influência destes determinantes como nós críticos ou facilitadores do processo de mudança social à luz da cidadania e equidade de oportunidades.

4.3.5 Educação permanente dos seres humanos

A educação mediatiza a existência humana no devir histórico-social imerso em contradições e superações, nas quais o homem se reconhece inconcluso, limitado e finito. Contudo, diante da consciência deste inacabamento, realiza uma busca permanente para sua humanização e sua vocação ontológica de “ser mais”, conforme expõe Freire (1993):

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

Santos (1995) questiona a dicotomia entre o mundo da educação e do trabalho, pois com a acelerada transformação dos processos produtivos, implicando na fusão destas dimensões:

“A formação e o desempenho profissional tendem a fundir-se num só processo produtivo, sendo disso sintomas as exigências da educação permanente, da reciclagem, da reconversão profissional, bem como o aumento da porcentagem de adultos e de trabalhadores-estudantes entre a população estudantil”. (pg 197).

O autor alerta para um segundo aspecto: a alteração do próprio sentido do trabalho na era “pós-industrial”, que vislumbra a possibilidade de garantir ganhos de produtividade com uma significativa diminuição da centralidade do trabalho na vida das pessoas. Arroyo (1998) e Frigotto (2000) corroboram com tal afirmativa, quando destacam que as transformações ocorridas no mercado de trabalho exigem um novo

olhar para a formação e educação contínua da força de trabalho que, a partir da lógica capitalista, preconiza a valorização humana através de conceitos como integração, globalização, qualidade total e competitividade, mas nem sempre adequam as conquistas tecnológicas em prol do bem-estar e qualidade de vida do trabalhador.

Peres, Leite e Gonçalves (2005) salientam que este modelo educacional, processual e permanente, contribui para promover o crescimento pessoal e profissional das equipes de trabalho à medida que incorpora a dinâmica do trabalho em seu conteúdo programático; incentiva a aprendizagem significativa, a difusão do conhecimento e o autodesenvolvimento dos sujeitos; analisa e desenvolve competências individuais e coletivas; subsidia elementos para coordenação de recursos humanos, a tomada de decisões e a avaliação dos processos educativos e/ou desempenho profissional.

Almeida, Feuerwerker e Llanos (1999) e Ceccim (2005) corroboram com tal disposição para a educação permanente e defendem este enfoque para os profissionais de saúde como forma de mediar transformações na atenção à saúde e na produção do cuidado. Piancastelli (2001) defende a mesma abordagem na formação e capacitação dos trabalhadores do PSF, assim como Pierantoni e Ribeiro (2001) reforçam a assunção desta forma de educar nos cursos de graduação em medicina e, por extensão, nos cursos da área de saúde, para atuar sobre os desafios associados ao conceito positivo e ampliado de saúde.

A prática educativa progressista demanda do educador o apoio ao educando na superação das dificuldades impostas pelas “situações-limite” no processo de conhecer o objeto e na recompensa de seus sucessos com o intuito de preservar sua “curiosidade epistemológica” comprometida com a construção do “inédito viável”, que representa a problematização da realidade para sua transformação a partir das possibilidades e recursos dos sujeitos envolvidos (Freire, 1996; Freire, 2002). No Projeto Janelas destacaram-se o ensino baseado em problemas, o espaço para reuniões periódicas e a disponibilidade de referências bibliográficas e endereços eletrônicos complementares das oficinas de multiplicação.

4.3.6 Horizontalidade das relações de poder

A indissociabilidade da relação educador-educando caracteriza a pedagogia libertadora, pois segundo Freire (1996), consiste em:

“... um processo que pode deflagar no aprendiz uma curiosidade crescente, que pode torná-lo mais e mais criador. O que quero dizer é o seguinte: quanto mais criticamente se exerça a capacidade de aprender tanto mais se constrói e desenvolve o que venho chamando de ‘curiosidade epistemológica’, sem a qual não alcançamos o conhecimento cabal do objeto”.

Freire (2002) compreende que tal relação entre educador-educando caracteriza-se:

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

Na prática bancária da educação, o espaço para o diálogo e o respeito ao silêncio dos educandos são cerceados conforme comenta Freire (1996):

“Sua fala, por isso mesmo, se dá num espaço silenciado e não num espaço com ou em silêncio. Ao contrário, o espaço do educador democrático, que aprende a falar escutando, é cortado pelo silêncio intermitente de quem, falando, cala para escutar a quem, silencioso, e não silenciado, fala”. (pg 132).

Dessa forma, o trabalho interdisciplinar (inclusão de profissionais da saúde, gestores, técnicos administrativos e operacionais), a postura da coordenação (disponibilidade e abertura ao debate e ao diálogo), a operacionalização das metodologias de ensino (subdivisão em grupos) e a conformação espacial (grupos em formação circular) permitiram o desenvolvimento da “curiosidade epistemológica” proposta por Freire (1996) e, que, só pode acontecer em um processo educativo

responsável com a pesquisa comprometida com a rigorosidade metodológica, o respeito aos saberes dos educandos e a negação de qualquer forma de discriminação. Neste cenário, as relações de poder são compartilhadas entre os diferentes sujeitos com base em seus objetivos e alinhamento teórico-metodológico (Bordenave e Pereira, 1988; Freire, 1996).

4.3.7 Práxis dialógica

O encontro de sujeitos ocorre na relação dialógica fundamentada na generosidade social, humildade e solidariedade. Freire (2002) apresenta as duas dimensões essenciais deste fenômeno humano: a ação e a reflexão, que implicam na práxis. Por um lado, o sacrifício da ação, gera verbalismo; por outro lado, sacrificar a reflexão acarreta o ativismo. A “palavra” verdadeira, que é capaz de transformar o mundo, só pode acontecer na práxis.

Os homens, segundo Freire (2002), são seres práticos cuja existência **no e com** o mundo difere dos animais, seres de puro fazer, pois abrange o “quefazer” capaz de “admirar” a natureza para conhecê-la e transformá-la com seu trabalho e, por esse motivo, não corresponde ao verbalismo ou ao ativismo.

O diálogo, para Freire (2002), consiste em “pronúncia do mundo”:

“Por isto, o diálogo é uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar idéias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de idéias a serem consumidas pelos permutantes. (...) A conquista implícita no diálogo é a do mundo pelos sujeitos dialógicos, não a de um pelo outro. Conquista do mundo para a libertação dos homens.”

Freire (1981; 2002) acusa as práticas anti-dialógicas como aquelas que não comunicam, fazem comunicados. O diálogo deve ser baseado em relações intersubjetivas horizontais, que exigem empatia, amorosidade, humildade, crítica,

esperança, confiança, pertença cultural e criatividade, para que possa gerar o consenso.

O emprego do método freireano para identificar os elementos das teorias críticas e vertentes emancipatórias nas oficinas pedagógicas do Projeto Janelas, justifica-se no avanço em refutar o modelo tradicional de ensino e incorporar a positividade de elementos pedagógicos oriundos de outras tendências – tecnicistas e construtivistas – para superar o atual modelo de educação permanente de adultos em seus locais de trabalho. Em sua revisão da literatura sobre o emprego da educação baseada em problemas, em especial, na formação médica de jovens e adultos, Tarazona (2005) identifica as seguintes características:

- Independência e autodirecionamento da sua aprendizagem;
- Uso de suas experiências como um recurso importante na tomada de decisões;
- Valorização de conteúdos de ensino que podem ser incorporados ao seu cotidiano profissional;
- Ênfase na aprendizagem baseada em problemas;
- Decisão sobre quando e como realizarão processos de mudança e incorporarão novos conceitos, tecnologias e abordagens;
- Motivação por condutores e projetos pessoais;
- Necessidade de oferecer e sentir-se respeitado no ambiente educativo.

O grupo técnico do Projeto Janelas incorporou tais características às bases conceituais e metodológicas do planejamento e condução das oficinas junto aos multiplicadores. Outros estudos apontam para positividade no emprego da problematização e aprendizagem baseada em problemas na formação profissional em diversas áreas da saúde, em especial, na enfermagem, medicina, nutrição e

odontologia (Berbel, 2001; Rosenblatt, Silva e Caldas Junior, 2001; Costa, Araújo, Santos e Azevedo, 2001; Arruda, Câmara e Campos, 2001; Batista, Batista, Goldenberg, Seiffert e Sonzogno, 2005; Souza, Mattosinho e Coelho, 2005).

Para a etapa de elaboração conjunta da multiplicação para outros integrantes das unidades de origem, pretendeu-se extrapolar a reprodução dos conteúdos trabalhados nas oficinas para a adoção de vertentes emancipatórias e a compreensão dos princípios e valores próprios da educação de adultos frente à realidade dos serviços de saúde e, por extensão, da dialética da condição humana.

4.3.8 Reflexão crítica da realidade

Freire (1981) ensina que, em sua existência *com* e *em* um mundo, o homem assume a postura de um sujeito cognoscente frente a um objeto cognoscível, que exige compreender a ligação dinâmica e indissociável entre linguagem e realidade, pois *“quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e com seu trabalho pode criar um mundo próprio”*.

Entretanto, Freire (1996) nos alerta para a função ideológica da educação que pode servir como instrumento de manutenção do *status quo* ou de transformação da sociedade, uma vez que perpassa o progresso científico e tecnológico da humanidade e que exige:

“No exercício crítico de minha resistência ao poder manhoso da ideologia, vou gerando certas qualidades que vão virando sabedoria indispensável para a minha prática docente. (...) o melhor caminho para guardar viva e desperta a minha capacidade de pensar certo, de ver com acuidade, de ouvir com respeito, por isso de forma exigente, é me deixar exposto às diferenças, é recusar posições dogmáticas, em que me admita como proprietário da verdade”.

A sociedade “pós-industrial” e capitalista apresenta a transição do proletariado para o cognitariado, solucionando antigos problemas, avançando em diversos campos

tecnológicos e produzindo novas desigualdades sociais (Pucci, 1995; Frigotto, 1996). Flecha (1996) corrobora com e argumenta sobre o impacto desta sociedade dual – de conhecimento e de consumo – cujas principais características são a passagem dos recursos materiais aos intelectuais (maior influência das informações sobre a economia e a vida social), a dualização social (mudanças nas formas de inserção e qualificação para o trabalho) e a dissolução de valores solidários (enfraquecimento de movimentos sociais e emancipatórios).

A “leitura deste mundo” ou conscientização proposta por Freire (2005) compreende a ação teleológica e transformadora do trabalho humano sobre a natureza, que produz cultura, sendo definida como “tudo o que é criado pelo homem. (...) A cultura consiste em recriar e não em repetir. O homem pode fazê-lo porque tem uma consciência capaz de captar o mundo e transformá-lo” (Freire, 1981). Dessa forma, a conscientização sobre a ação cultural dos sujeitos permite uma menor alienação e maior apropriação sobre sua força de trabalho e sua produção social.

Ao caracterizar o perfil da população atendida, reconhecer as competências dos multiplicadores, identificar os nós críticos e facilitadores dos processos de trabalho das equipes de saúde da família e da comunidade vislumbrou-se o sentido da reflexão crítica sobre a realidade para melhor intervir sobre ela: favorecer a incorporação dos produtos do Projeto Janelas aos processos de trabalho na Atenção Básica.

A BAILARINA

Cecília Meireles

Esta menina
tão pequenina
quer ser bailarina.

Não conhece nem dó nem ré
mas sabe ficar na ponta do pé.

Não conhece nem mi nem fá
mas inclina o corpo para cá e para lá.

Não conhece nem lá nem si,
mas fecha os olhos e sorri.

Roda, roda, roda com os bracinhos no ar
e não fica tonta nem sai do lugar.

Põe no cabelo uma estrela e um véu
e diz que caiu do céu.

Esta menina
tão pequenina
quer ser bailarina.

Mas depois esquece todas as danças,
e também quer dormir como as outras crianças.

Considerações Finais

5 Considerações Finais

Diante da complexidade do conceito positivo de saúde, as teorias críticas da pedagogia no campo da Promoção da Saúde possibilitaram atuar na formação de competências, baseadas no diálogo e não apenas no discurso técnico aprimorado ou especializado, das equipes de saúde da família comprometidas com a qualidade dos cuidados prestados à população na Atenção Básica em Saúde.

A análise documental deste estudo propiciou a valorização de registros das atividades educativas no setor saúde, pois demonstrou a importância da educação como mediação da estruturação de práticas em saúde e de modos de capacitar a força de trabalho a fim de desenvolver novas abordagens no campo conceitual e dialético da Promoção da Saúde – dimensões de saúde e bem-estar propostas por Ronald Labonte – e metodológico – categorias analíticas propostas por Paulo Freire para os processos educativos.

Sistematizar o processo de capacitação dos profissionais realizado neste projeto favoreceu a revisão dos modelos educacionais empregados na área da saúde em âmbito público, não-governamental e privado. Sendo assim, o instrumento de coleta de dados elaborado para a organização desta análise documental pode auxiliar outros profissionais envolvidos na construção de uma capacitação permanente por meio de categorias empíricas necessárias para operacionalizar processos educativos, mas que podem ser suprimidas ou ampliadas mediante as características de cada serviço.

Outro “salto qualitativo” dado pelo Projeto Janelas foi superar o modelo biomédico ao incorporar as dimensões social e afetiva ao processo saúde-doença e extrapolar a pedagogia tradicional no emprego das teorias críticas e vertentes emancipatórias, embora não pretenda impedir a sinergia entre as positivities intrínsecas a outras correntes de pensamento. Neste sentido, cabe à equipe técnica de cada instituição alinhar os conteúdos aos objetivos pretendidos e adotar um consenso em relação ao referencial metodológico adotado para a realização dos processos educativos.

Cabe aos profissionais de saúde, responsáveis por processos educativos à luz da Promoção da Saúde, rever o tipo de métodos e conteúdos trabalhados para melhorar as condições de vida e reduzir os potenciais de risco da população, pois existem diversas formas de “promover saúde”. Dentro da perspectiva emancipatória da educação, as oficinas do Projeto Janelas empregaram metodologias participativas para promover o *empowerment* dos multiplicadores mediados por uma educação problematizadora e comprometida com a busca de soluções viáveis para transformar os perfis de saúde-doença das crianças e suas famílias.

Em suma, conclui-se que o campo da Promoção da Saúde e os processos educativos compartilham muitas potencialidades para melhorar a qualidade de vida da população. Dada a importância da discussão sobre a estruturação de processos educativos em saúde e/ou capacitações nos ambientes de trabalho, existe a necessidade da criação de espaços formais e permanentes, com frequência definida pela equipe de trabalho, para o planejamento, execução e avaliação das atividades pedagógicas desenvolvidas. Dessa forma, podem ser mantidos ou revistos os objetivos do trabalho educativo mediante uma análise da didática, das relações intersubjetivas, dos recursos empregados e dos conteúdos adotados para a melhoria da qualidade dos serviços em saúde e, por conseguinte, do cuidado prestado à população.

O CIO DA TERRA

Milton Nascimento e Chico Buarque

Debulhar o trigo
Recolher cada bago do trigo
Forjar no trigo o milagre do pão
E se fartar de pão
Decepar a cana
Recolher a garapa da cana
Roubar da cana a doçura do mel
Se lambuzar de mel
Afagar a terra
Conhecer os desejos da terra
Cio da terra, a propícia estação
E fecundar o chão.

Referências Bibliográficas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar AC. Tendências na educação médica: um modelo curricular ajustado ao conceito ampliado de saúde, às mudanças tecnológicas e à realidade social. In: Arruda BKG (organizador). A educação profissional em saúde e a realidade social. Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Ministério da Saúde: Recife (PE); 2001. pg 69-86.

Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo (SP): Hucitec, Buenos Aires (Argentina): Lugar Editorial, Londrina (PR): Editora UEL; 1999.

Alves Sobrinho EJM. Um pacto pela saúde. In: Gouveia R. Saúde pública, suprema lei: a nova legislação para a conquista da saúde. São Paulo (SP): Mandacaru; 2000. pg 31-5.

Aranha L. Pedagogia histórico-crítica: o otimismo dialético em educação. EDUC: São Paulo (SP); 1992.

Arendt H. A condição humana. 10 ed. Forense Universitária: Rio de Janeiro (RJ); 2003.

Arroyo MG. Trabalho: educação e teoria pedagógica. In: Frigotto G, Kuenzer A, Gentili P, Franco MC, Arroyo MG, Nosella P et al. Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século. Frigotto G (organizador). 5 ed. Editora Vozes: Petrópolis (RJ); 1998.

Arruda IKG, Camara FA, Campos S. Novas diretrizes curriculares para o ensino de nutrição. In: Arruda BKG (organizador). A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife (PE): Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Ministério da Saúde; 2001. pg 291-304.

Ávila LK. A sistematização de um método de captação das necessidades de saúde dos adolescentes com base na Promoção da Saúde [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002.

Azevedo TMVE. Atendimento pré-hospitalar na prefeitura do município de São Paulo: análise do processo de capacitação das equipes multiprofissionais fundamentada na

Promoção da Saúde [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002.

Bardin L. Análise de conteúdos. Edições 70: Lisboa (Portugal); 1988.

Batista N, Batista SH, Goldenberg P, Seiffert O, Sonzogni MC. O enfoque problematizador na formação de profissionais de saúde. Rev Saúde Pública 2005; 39 (2): 231-7.

Benevides IA. O Programa de Saúde da Família e as janelas de oportunidades: acompanhamento integral das crianças e sua família. In: São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de saúde da família. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Nossas crianças: janelas de oportunidades. [book de apoio]. São Paulo (SP); 2002.

Berbel NAN. Problematização e aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação 2001; 2 (2): 139-54.

Bertolozzi MR. O sistema de saúde brasileiro: em que ponto estamos? Revista Nursing 2003; 64 (6): 27-34.

Bordenave JED, Pereira AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. 10 ed. Vozes: Petrópolis (RJ); 1988.

Bordenave JED. Alguns fatores pedagógicos. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria Geral. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. Capacitação Pedagógica para instrutor/supervisor - área da saúde. Ministério da Saúde: Brasília (DF); 1989.

Brasil. As cartas de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde: Brasília (DF); 2002.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Senado Federal: Brasília (DF); 1988.

Brasil. Ministério da Educação e Cultura (MEC). A tradição pedagógica brasileira. In: MEC (organização). Parâmetros Curriculares Nacionais. Brasília (DF); 1997. pg 30-3.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. (documento para discussão). Brasília (DF); 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 678 de 31 de março de 2006. Dispõe sobre a implementação e implantação de ações e estratégias de Promoção da Saúde consoantes aos princípios do SUS e à incorporação dos componentes e diretrizes do Pacto pela Saúde – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (Anexo). Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília (DF); 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde – pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF); 2004.

Breilh J. Investigação da saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ): Cortez Editora, Instituto de Saúde e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 1989.

Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências. Brasília (DF): Editora Fiocruz; 2003.

Carvalho SR. As contradições da promoção da saúde em relação à produção de sujeitos e mudança social. Ciências e Saúde Coletiva 2004; 9 (3): 669-78.

Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciências e saúde coletiva 2005; 10 (4): 975-86.

Chiesa AM. A promoção da saúde como eixo estruturante do trabalho de enfermagem no Programa de Saúde da Família. Revista Nursing. 2003; 64 (6): 40-6.

Chiesa AM. Autonomia e resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da Promoção da Saúde. [tese de Livre-Docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2005.

Chiesa AM. Avaliação da implantação de novos instrumentos para o fortalecimento das ações de promoção do desenvolvimento infantil na área de atuação do Programa Saúde da Família do Município de São Paulo. Projeto de Pesquisa aprovado pelo CNPq. São Paulo (SP); 2004.

Cohn A, Elias PEM. Equidade e reformas na saúde nos anos 90. Cad Saúde Pública 2002; 18 (Suplemento): 173-80.

Costa HOG, Araújo MJS, Santos MP, Azevedo NDA. Novas diretrizes curriculares para o ensino de enfermagem. In: Arruda BKG (organizador). A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife (PE): Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Ministério da Saúde; 2001. pg 279-90.

Costa MCC. Sociologia: introdução à ciência da sociedade. 3 ed. Moderna: São Paulo (SP); 2005.

Demo P. A educação do futuro e o futuro da educação. Autores Associados: Campinas (SP); 2005.

Demo P. Pesquisa: princípio científico e educativo. 3 ed. Cortez Editora: São Paulo (SP); 1990.

Depresbiteris L. Avaliação educacional em três atos. Editora SENAC: São Paulo (SP); 1999.

Di Pierro, MC. Evolução recente da educação de pessoas adultas na Espanha. Disponível em: <http://www.acaoeducativa.org.br/downloads/textos03.doc>. (04 de dez. 2005).

Egry EY, Sena RR. O desenvolvimento do conhecimento na enfermagem. In: Sena RR (editora). Educación de enfermería en América Latina. Real: Bogotá (Colombia); 2000. pg 13-22.

Egry EY. Saúde coletiva: construindo um método em enfermagem. Ícone: São Paulo (SP); 1996.

Ferreira Junior M. Saúde no trabalho: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. Roca: São Paulo (SP); 2000.

Feuerwerker LCM, Lima VV. Os paradigmas da atenção à saúde e da formação de recursos humanos. In: Brasil. Política de recursos humanos em saúde. Ministério da Saúde: Brasília (DF); 2002. pg 169-78.

Flecha R. As novas desigualdades educativas. In: Castells M. Novas perspectivas críticas em educação. Artes Médicas: Porto Alegre (RS); 1996.

Francisco Filho G. História geral da educação. Editora Alínea: Campinas (SP); 2003.

Freire P. A importância do ato de ler: em três artigos que se completam. 46 ed. Cortez Editora: São Paulo (SP); 2005.

Freire P. Educação e mudança. 3 ed. Paz e Terra: Rio de Janeiro (RJ); 1981.

Freire P. Educação e participação comunitária. In: Castells M. Novas perspectivas críticas em educação. Artes Médicas: Porto Alegre (RS); 1996.

Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 20 ed. Paz e Terra: São Paulo (SP); 1996.

Freire P. Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos. 1 reimpressão. Editora UNESP: São Paulo (SP); 2000.

Freire P. Pedagogia do oprimido: saberes necessários à prática educativa. 33 ed. Paz e Terra: Rio de Janeiro (RJ); 2002.

- Freire P. Política e educação. 23 ed. Cortez Editora: São Paulo (SP); 1993.
- Freitas CM. A vigilância da saúde para a promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências. Brasília (DF): Editora Fiocruz; 2003.
- Frigotto G. Educação e a crise do capitalismo real. 4 ed. Cortez Editora: São Paulo (SP); 2000.
- Frigotto G. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. Capítulo 6. In: Fazenda I (organizadora). Metodologia da pesquisa educacional. 3 ed. São Paulo (SP): Cortez Editora; 1994. pg 69-90.
- Gadotti M. Concepção dialética da educação: um estudo introdutório. 8 ed. Cortez e Editora Autores Associados: São Paulo (SP); 1992.
- Gentile M. Promoção da saúde e município saudável. Vivere: São Paulo (SP); 2001.
- Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4 ed. São Paulo (SP): Atlas; 1994.
- Giroux H. A escola crítica e a política cultural. 3 ed. Cortez, Autores Associados: São Paulo (SP); 1992.
- Gouveia R, Palma JLL. O SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. In: Gouveia R. Saúde pública, suprema lei: a nova legislação para a conquista da saúde. São Paulo (SP): Mandacaru; 2000. pg 21-30.
- Guimarães EMP, David HMSL. Iniciativa de educação permanente em Enfermagem - IEPE. Associação Brasileira de Enfermagem. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/iepe.pdf>. (04 de dez. 2005).
- Habermas J. Teoria de la acción comunicativa: crítica de la razón funcionalista. Taurus: Madrid (Espanha); 1989.
- Hagquist C, Starrin B. Health education in schools: from information to empowerment models. Health Promotion International 1997; 12 (3): 225-32.

- Jeria J. Docentes y educación de adultos. Revista PREALC 2005; 1: 176-9.
- Kalnins I. Children, empowerment and health promotion: some new directions in research and practice. Health Promotion International 1992; 7 (1): 53-9.
- Knowles M. The adult learner: the definitive classic in adult education and human resource development. 5 ed. Gulf Publishing Company: Houston (EUA); 1977.
- Labonte R. Health promotion and empowerment: practice frameworks. Toronto (Canada): Center for Health Promotion/University of Toronto; 1996.
- Laurell AC. Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos. In: Barata RB, Barreto ML, Almeida Filho N, Veras RP (organizadores). Eqüidade e saúde: contribuições da epidemiologia. Fiocruz, ABRASCO: Rio de Janeiro (RJ); 1997.
- Laville C, Dionne J. A construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre (RS), Belo Horizonte (MG): Artes médicas, Ed UFMG; 1999.
- Libâneo JC. Didática. Cortez: São Paulo (SP); 1994.
- Luckesi CC. Avaliação da aprendizagem escolar: estudos e proposições. 4 ed. São Paulo (SP): Cortez Editora; 1996.
- Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo (SP): EPU; 1986.
- Marcondes WB. A convergência de referências na Promoção da Saúde. Saúde e Sociedade 2004; 13 (1): 5-13.
- Mehry EE, Queiroz MS. Saúde Pública, rede básica e Sistema Único de Saúde brasileiro. Cad Saúde Públ 1993; 9 (2): 177-84.
- Merhy E, Franco T. PSF: contradições e desafios. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/psftito.htm>. (10 de jan. 2006).

Minayo MCS. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER (organizadoras). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2005. pg 19-51.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2004.

Mizukami MGN. Ensino: as abordagens do processo. EPU: São Paulo (SP); 1986.

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

Neves LF, Chen SR. Avaliação do desenvolvimento: encontros e descobertas. In: São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de saúde da família. Fundo das Nações Unidas para a Infância. [book de apoio]. Nossas crianças: janelas de oportunidades. São Paulo (SP); 2002.

Nogueira RP. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: Vasconcelos EM (organizador). A saúde nas palavras e nos gestos. Hucitec: São Paulo (SP); 2001. pg 63-72.

Oliveira AAP. O cuidar da criança de/na rua na perspectiva de graduandos de enfermagem. [monografia]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002.

Oliveira IA. Leituras freireanas sobre educação. Editora UNESP: São Paulo (SP); 2003.

Oliveira MA, Egry EY. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. Rev Esc Enf USP 2000; 34 (9): 9-15.

Oliveira MHB. Apoiando a consolidação do Sistema Único de Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Experiências inovadoras no SUS: Relatos de Experiências/Novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários. Projeto REFORSUS. Ministério da Saúde (BR). Brasília; 2002.

Organização Panamericana de Saúde. Organização Mundial de Saúde. Consulta regional recursos humanos em saúde: desafios críticos para uma década de recursos humanos em saúde. Reunião regional dos Observatórios de Recursos Humanos em saúde. Toronto (Canadá); 2005. Disponível em: http://www.observatoriorh.org/esp/pdfs/DesafiosCriticosPORTUGUES_22SET_.pdf. (04 de dez. 2005).

Paim JS. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação; 2001. 9: 143-6.

Paim JS. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências. Brasília (DF): Editora Fiocruz; 2003.

Paiva J. Educação de jovens e adultos: questões atuais em cenário de mudanças. In: Oliveira IB, Paiva J (organizadoras). Educação de jovens e adultos. DP&A: Rio de Janeiro (RJ); 2004. pg 29-42.

Peluso TCL. A educação de adultos: refletindo sobre a natureza de sua especificidade. Brasília (DF): Revista Formação; 2001. 3: 5-16.

Pereira EG. A participação da enfermagem no trabalho educativo em Saúde Coletiva: um estudo dos relatos de experiência produzidos por enfermeiros brasileiros no período de 1988-2003 [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2005.

Peres HHC, Leite MMJ, Gonçalves VLM. Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento, e avaliação de desempenho profissional. In: Kurcgant P (organização). Gerenciamento em enfermagem. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro (RJ); 2005. Capítulo 11. pg 138-56.

Perrenoud P. Dez novas competências para ensinar. Ramos PC (tradução). Artes médicas: Porto Alegre (RS); 2000.

Piancastelli CH. Saúde da família e formação de profissionais de saúde. In: Arruda BKG (organizador). A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife (PE): Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Ministério da Saúde; 2001. pg 121-41.

PIDMU. Programa Infância Desfavorecida no Meio Urbano. Caminhos metodológicos. Rio de Janeiro (RJ): CECIP; 2000.

Pierantoni CR, Ribeiro ECO. A importância do processo de educação permanente na formação do médico: o docente como inovador/mediador/indutor de condições de auto-aprendizagem. In: Arruda BKG (organizador). A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife (PE): Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Ministério da Saúde; 2001. pg 179-200.

Prado C. Ações e projetos de um corpo docente multiprofissional em um curso de graduação em enfermagem [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2005.

Pucci B. Teoria crítica e educação. In: Pucci B (organizador). Teoria crítica e educação: a questão da formação cultural na Escola de Frankfurt. São Paulo (SP): Vozes, Editora da UFSCar; 2001. pg 11-58.

Ribeiro MO. A saúde da família em situação de exclusão social. In: Brasil. Manual de enfermagem: Programa de Saúde da Família. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde: Brasília (DF); 2001. pg 51-6.

Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 2 ed. São Paulo (SP): Atlas; 1989.

Romão JE. Avaliação dialógica: desafios e perspectivas. 3 ed. Cortez Editora: São Paulo (SP); 2001.

Rosenblatt A, Silva EDO, Caldas Junior AF. Novas diretrizes curriculares para o ensino de odontologia. In: Arruda BKG (organizador). A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife (PE): Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Ministério da Saúde; 2001. pg 263-78.

Santos B. Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. Afrontamento: Porto; 1995.

Santos JLF, Westphal M. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. Estudos Avançados 1999; 13 (35): 71-88.

São Paulo. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Caderno temático da criança. São Paulo (SP); 2003.

São Paulo. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Implantando o Programa de Saúde da Família no município de São Paulo: balanço de 20 meses. São Paulo (SP); agosto de 2002.

São Paulo. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde da Família: ABC do SUS (momento I da capacitação do PSF). São Paulo (SP); 1990.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de saúde da família. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Nossas crianças: janelas de oportunidades. [book de apoio]. São Paulo (SP); 2002.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de saúde da família. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Manual de apoio “Toda hora é hora de cuidar”. São Paulo (SP); 2003.

Saul, AM. Avaliação emancipatória: desafios à teoria e à prática de avaliação e reformulação de currículo. 2 ed. São Paulo (SP): Cortez Editora; 1994.

Saviani D. Educação: do senso comum à consciência filosófica. 13 ed. Campinas (SP): Editora Autores Associados; 2000.

Severino AJ. Filosofia. Cortez Editora: São Paulo (SP); 1992.

Shore R. Repensando o cérebro: novas visões sobre o desenvolvimento inicial do cérebro. Brasil IR (tradução). Mercado Aberto: Porto Alegre (RS); 2000.

Silva JA, Dalmaso ASW. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. Capítulo 1 Dos programas de extensão de cobertura aos programas de saúde da família. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2002.

Silva JL. Desenvolver competências de problematização da aprendizagem. Currículo sem fronteiras 2005; 5 (1): 28-48.

Silva RC. Metodologias participativas para trabalhos em Promoção da Saúde e cidadania. Vetor: São Paulo (SP); 2002.

Sório RER. Educação e trabalho em saúde: perspectivas de debate sob os marcos legais da educação profissional. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U2T2.pdf. (03 de dez. 2005).

Souza HM, Gil CRR, Cerveira MAC, Torres ZF. Pólos de capacitação, formação e educação permanente para o Programa de Saúde da Família. In: Brasil. Política de recursos humanos em saúde. Ministério da Saúde: Brasília (DF); 2002. pg 147-55.

Souza SS, Mattosinho MMS, Coelho MS. Refletindo uma prática pedagógica emancipadora na enfermagem. Revista Ciências da Saúde 2005; 24 (12).

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO, Ministério da Saúde: Brasília (DF); 2002.

Tarazona JL. Reflexiones acerca del aprendizaje basado en problemas (ABP): una alternativa en la educación médica. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2005; 56 (2): 147-54.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: pesquisa qualitativa em educação. São Paulo (SP): Atlas; 1987.

UNESCO. Declaração de Hamburgo e agenda para o futuro. Conferência Internacional de Educação de Adultos: Hamburgo (Alemanha); 1997.

UNESCO. Resourcing for quality: adult literacy learning. Disponível em: www.unesco.org/general/eng/infoserv/library/unesco (24 de abr. 2006).

Veríssimo MDLO, Chen SR, Chiesa AM. Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança. [Apresentação em Power Point] São Paulo (SP); 2003.

Veríssimo MDLO, Chiesa AM. A educação em saúde na prática do PSF. In: Brasil. Manual de enfermagem: Programa de Saúde da Família. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde: Brasília (DF); 2001. pg 34-42.

Wallerstein N, Sanchez-Merki V. Freirean praxis in health education: research results from an adolescent prevention program. Health Education Research 1994; 9 (1): 105-18.

Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. American Journal of Health Promotion 1992; 6 (3): 197-205.

Yozo RY. 100 jogos para grupos: uma abordagem psicodramática para empresas, escolas e clínicas. 10 ed. Ágora: São Paulo (SP); 1996.

O PASSARINHO E O INCÊNDIO

Na grande floresta de Seriam, na Índia, viviam muitos animais. Dentre eles destacava-se um passarinho, muito estimado pelos companheiros.

Certa vez irrompeu um violento incêndio na floresta. Os moradores de Seriam ficaram apavorados com tão inesperada calamidade. O fogo ameaçava devorar as árvores seculares e os bosques acolhedores.

Que fazer? As labaredas eram terríveis! Ao calor das chamas que avermelhavam o céu, a mataria crepitava.

Ao ver o que se passava, o passarinho ficou muito aflito. Correu para o rio, mergulhou nele e saiu voando sobre as chamas. Com a água conservada em suas penas aspergia o fogo, tentando assim apaga-lo. Ia e vinha, incessantemente, repetindo essa fatigante manobra sem fraquejar.

Um chacal indolente, em tom irônico, observou:

“Amigo, que tolice é essa que estás fazendo? Achas mesmo que, com esses pingüinhos de água que levas nas penas, conseguirás apagar o incêndio que lavra em todo esse mataréu?”.

E o passarinho imediatamente replicou:

“Bem sei que meu auxílio é insuficiente e fraco diante dessas colunas de fogo que aniquilam a floresta. Mas não posso fazer mais do que faço; estou cumprindo com o meu dever. Se cada um de nós tivesse atacado as labaredas na justa medida de nossas forças e possibilidades, as chamas que agora destroem nossa mata já estariam extintas”.

E orgulhoso e sem sombra de desânimo, retomou seu trabalho.

Anexo I

Competências Familiares propostas pelo UNICEF

Competências Familiares/UNICEF	Temas da Cartilha	Seções da Ficha
<p>1. A família prioriza os cuidados com a criança, garantindo que a mãe ou responsável tenha controle sobre o orçamento. (Direito à sobrevivência, desenvolvimento, proteção e participação).</p>	-	-
<p>2. A família garante a participação do pai nos cuidados com a criança em atividades essenciais, notadamente durante o pré-natal, parto e o primeiro ano de vida. (Direito à sobrevivência, desenvolvimento e proteção).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quando começar a proteger e cuidar • Quando o tempo é curto para o cuidado • Quem cuida de quem nessa família? 	<ul style="list-style-type: none"> • seção 1: período pré-natal, nascimento e pós-natal
<p>3. A família estabelece e mantém uma rotina de atividades familiares com a criança. A família faz as mesmas atividades todos os dias nos mesmos horários. (Direito ao desenvolvimento).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Por que proteger e cuidar • Como as crianças aprendem • Cuidando da alimentação • Cuidando da higiene 	<ul style="list-style-type: none"> • seção 2: alimentação • seção 3: higiene • seção 5: brincadeira • seção 7: amor e segurança
<p>4. A família evita que as crianças entrem em contato com os efeitos danosos do álcool e de outras drogas (desde o início da gestação e amamentação) e das brigas familiares. (Direito à proteção).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quando começar a proteger e cuidar • Uma família cuidadora • Cuidando dos direitos 	<ul style="list-style-type: none"> • seção 7: amor e segurança

5. A família deseja a criança. (Direito à sobrevivência, desenvolvimento, proteção e participação).	<ul style="list-style-type: none"> Quando começar a proteger e cuidar 	<ul style="list-style-type: none"> seção 1: período pré-natal, nascimento e pós-natal seção 7: amor e segurança
6. A família garante que as crianças recebam alimentação normal balanceada segundo os alimentos disponíveis na localidade, e que sejam ricos em micronutrientes (vitamina A, iodo e ferro especialmente). (Direito à sobrevivência).	<ul style="list-style-type: none"> Cuidando da alimentação 	<ul style="list-style-type: none"> seção 2: alimentação
7. A mãe oferece amamentação exclusiva desde a primeira hora do nascimento até os 6 meses conforme demanda da criança, aproveitando o momento da amamentação para fortalecer os vínculos mãe/criança. (Direito à sobrevivência e desenvolvimento).	<ul style="list-style-type: none"> Cuidando da alimentação 	<ul style="list-style-type: none"> seção 2: alimentação
8. A família inicia a alimentação ativa complementar aos 6 meses, oferecendo alimentos ricos em nutrientes e preparados de modo adequado e saudável, sem abandonar a oferta de leite materno até os 2 anos de idade ou mais. A família aproveita o momento das refeições para estreitar suas relações. (Direito à sobrevivência, desenvolvimento e participação).	<ul style="list-style-type: none"> Cuidando da alimentação 	<ul style="list-style-type: none"> seção 2: alimentação
9. Os membros da família falam, cantam e lêem para a criança, além de oferecer o máximo possível de materiais impressos com figuras e texto, estimulando	<ul style="list-style-type: none"> Como as crianças aprendem 	<ul style="list-style-type: none"> seção 5: brincadeira

assim sua linguagem e preparando-a para a leitura. (Direito ao desenvolvimento).		
10. Os membros da família asseguram a reserva de um tempo adequado para passarem exclusivamente com a criança. (Direito ao desenvolvimento).	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidando da alimentação • Como as crianças aprendem 	<ul style="list-style-type: none"> • seção 5: brincadeira
11. A família oferece oportunidades para a criança brincar com brinquedos e outros objetos da casa todos os dias. (Direito ao desenvolvimento).	<ul style="list-style-type: none"> • Como as crianças aprendem • Cuidando dos direitos 	<ul style="list-style-type: none"> • seção 5: brincadeira
12. A família oferece tratamento adequado à criança doente em casa, assegurando a continuidade da alimentação e a oferta abundante de líquidos, inclusive leite materno. (Direito à sobrevivência).	<ul style="list-style-type: none"> • Protegendo e cuidando quando elas ficam doentes 	<ul style="list-style-type: none"> • seção 4: saúde
13. A família sabe do que se constitui um exame pré-natal e reconhece sinais de alerta e de perigo durante a gestação, parto e pós-parto. (Direito à sobrevivência).	<ul style="list-style-type: none"> • Quando começar a proteger e cuidar 	<ul style="list-style-type: none"> • seção 1: período pré-natal, nascimento e pós-natal
14. Os membros da família lavam as mãos antes da preparação de alimentos, antes de alimentar as crianças e, principalmente, após a defecação. (Direito à sobrevivência).	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidando da higiene 	<ul style="list-style-type: none"> • seção 3: higiene
15. A família protege as crianças e as gestantes em áreas atingidas por malária e/ou dengue usando mosquiteiros impregnados ou outros métodos de proteção. (Direito à sobrevivência).	-	-
16. Os membros da família ouvem a criança desde bem pequena e encorajam sua participação em suas decisões, especialmente aquelas relevantes para ela, isto é, que lhe dizem respeito. (Direito à	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidando da participação 	<ul style="list-style-type: none"> • seção 2: alimentação • seção 3: higiene

participação).		<ul style="list-style-type: none"> • seção 5: brincadeira
17. A família oferece oportunidades para a criança se socializar, brincar e aprender a conviver com outras crianças de sua idade. (Direito ao desenvolvimento e participação).	<ul style="list-style-type: none"> • Uma família cuidadora • Como as crianças aprendem • Cuidando dos direitos 	<ul style="list-style-type: none"> • seção 5: brincadeira
18. A família pratica uma disciplina positiva para reorientar os comportamentos não desejados da criança. (Direito ao desenvolvimento).	<ul style="list-style-type: none"> • Como as crianças aprendem 	<ul style="list-style-type: none"> • seção 7: amor e segurança
19. A família protege a criança de acidentes domésticos. (Direito à sobrevivência e proteção).	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado para não se machucar 	<ul style="list-style-type: none"> • seção 6: prevenção de acidentes
20. A família assegura o uso apropriado da televisão discutindo com a criança o tempo e os programas adequados para ela. (Direito ao desenvolvimento e participação).	-	-
21. A gestante utiliza os serviços de pré-natal, parto e pós-parto, acompanhada por algum membro da família, de preferência o pai da criança. (Direito à sobrevivência, desenvolvimento e proteção).	<ul style="list-style-type: none"> • Quando começar a proteger e cuidar 	<ul style="list-style-type: none"> • seção 1: período pré-natal, nascimento e pós-natal
22. A família assegura que a criança tenha o registro civil e a certidão de nascimento assim que nascer. (Direito à proteção).	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidando dos direitos 	<ul style="list-style-type: none"> • seção 1: período pré-natal, nascimento e pós-natal
23. A família estabelece redes informais com outros membros da família e vizinhos para cuidar das crianças em situações excepcionais ou imprevistas, como doença, greve na creche ou escola,	<ul style="list-style-type: none"> • E quem cuida dessa família? 	<ul style="list-style-type: none"> • seção 7: amor e segurança

ausência dos pais. (Direito à proteção).		
24. A família identifica e utiliza os serviços de saúde, educação, assistência social e sistema de garantia de direitos existentes, participando de sua gestão. (Direito à sobrevivência, desenvolvimento e proteção).	<ul style="list-style-type: none"> • E quem cuida dessa família • Cuidando dos direitos 	-
25. A família identifica em sua vizinhança e em seu município os serviços de saúde, educação, assistência social e sistema de garantia de direitos não existentes, demandando e participando de sua criação (Direito à sobrevivência, desenvolvimento, proteção e participação).	<ul style="list-style-type: none"> • E quem cuida dessa família? • Cuidando dos direitos 	-
26. A família providencia para que as crianças sejam completamente imunizadas (BCG, DPT, OPV e sarampo) de acordo com sua faixa etária. (Direito à sobrevivência).	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidando de crianças • Cuidando dos direitos 	<ul style="list-style-type: none"> • seção 3: saúde
27. A família garante que as crianças recebam suplementação de micronutrientes: vitamina A, iodo e ferro especialmente. (Direito à sobrevivência).	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidando da alimentação 	<ul style="list-style-type: none"> • seção 2: alimentação
28. A família reconhece quando uma criança doente precisa de tratamento em hospitais ou centros de saúde, levando-a a esses serviços. (Direito à sobrevivência).	<ul style="list-style-type: none"> • Protegendo e cuidando quando elas ficam doentes 	<ul style="list-style-type: none"> • seção 4: saúde

Anexo II

Ficha de Acompanhamento dos cuidados para a Promoção da Saúde da criança



FICHA DE ACOMPANHAMENTO DOS CUIDADOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA

Período pré-natal

Nome da mãe _____

Nome do pai _____

Assinalar para cada item S (sim) ou N (não) ou NA (não se aplica)

Data				Síntese e condutas
Semanas de gestação				
Perguntar: Conte-me como está a gravidez (esclarecer conversando ou observando as situações abaixo)				
A gravidez foi planejada?				
O pai participa da gravidez?				
A gestante sente-se ajudada por sua família?				
A gestante está fazendo consultas de pré-natal?				
A gestante tem conseguido se alimentar, tomar vacinas e fazer tratamentos conforme as orientações da equipe de saúde?				
A gestante consegue, no seu trabalho, evitar esforços excessivos, quedas, acidentes ou contato com substâncias perigosas?				
A gestante reconhece sinais de perigo para a gravidez (perda de líquido ou sangramento vaginal, dor de cabeça forte, edema, parada dos movimentos do bebê)?				
A gestante evita tomar remédios sem receita médica, fazer raio X, fumar, tomar bebidas alcoólicas e usar drogas?				

Informações sobre o nascimento e período pós-natal

Nome da criança _____

Responsável: _____

Como foi a chegada da criança na vida da família? _____

Quantas consultas fez no pré-natal? _____

Nasceu de 9 meses? () sim () não _____ semanas de gestação

Houve problemas no parto ou nos primeiros dias após o nascimento? () sim () não Quais? _____

Tem registro de nascimento? () sim () não Conduta: _____

Fez teste do pezinho? () sim () não Resultado (verificar) _____

A criança tem algum problema que precise de atenção especial? () não () sim Qual? _____

Quem percebeu ou falou sobre esse problema da criança: () profissional da saúde () família () conhecido

Principais acontecimentos na vida da criança (entrada na creche, internação, perda de alguém da família)

Mês/ano	Acontecimento

Nome da criança _____

Data de nascimento _____. Registro/ matrícula _____

Iniciar a conversa perguntando " Vocês têm alguma preocupação especial com <nome da criança>?"

A seguir, perguntar como é o dia-a-dia da criança, procurando esclarecer os tópicos abaixo

		Assinalar para cada item S (sim) ou N (não) ou NA (não se aplica)				
Data						Síntese e condutas
Idade da criança						
Alimentação. Perguntar: Conte-me como é a alimentação de <nome da criança> (esclarecer conversando ou observando as situações abaixo)						
Nos primeiros 6 meses o bebê recebe somente leite do peito, pelo menos 8 vezes por dia?						
A família aproveita o momento da mamada para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê?						
Após os 6 meses, além do leite, a criança recebe suco ou papa de frutas e papa salgada, em horários regulares?						
A criança maior de 1 ano está recebendo diariamente duas refeições iguais a da família (almoço e jantar) num prato só para ela, leite 3 vezes ao dia e frutas nos horários de lanche?						
A família aproveita os momentos da refeição para incentivar a participação e independência da criança, tendo paciência com ela?						
A família procura fazer das refeições um momento agradável de contato e conversa?						
Higiene. Perguntar: Conte-me como vocês cuidam da higiene de <nome da criança> (esclarecer conversando ou observando as situações abaixo)						
A família procura manter hábitos de higiene pessoal (banho diário, lavagem das mãos, escovação de dentes, cuidados com cabelos e roupas)?						
A família cuida da higiene da criança, diariamente, incentivando sua participação até que consiga realizar essas atividades sozinha?						
A criança tem oportunidades para aprender a controlar as micções e as evacuações?						
Saúde. Perguntar: Conte-me como vocês cuidam da saúde de <nome da criança> (esclarecer conversando ou observando as situações abaixo)						
A família leva a criança para as consultas marcadas nos serviços de saúde?						
As vacinas da criança estão em dia? (verificar o cartão da criança)						
A família reconhece quando a criança precisa de tratamento (tem tosse ou dificuldade para respirar, diarreia, febre prolongada,) e a leva para os serviços de saúde?						
A família consegue garantir os tratamentos indicados pelo serviço de saúde?						
A família utiliza preparações caseiras para tratamento de problemas de saúde da criança?						
Brincadeira. Perguntar: Conte-me o que <nome da criança> faz durante o dia? (esclarecer conversando ou observando as situações abaixo)						
O bebê tem oportunidade de ficar em diferentes locais (colo, berço, chão) e posições (deitado, de bruços, sentado)?						
A família oferece diferentes objetos: coloridos, de pano, plástico, papel, borracha, madeira (que não ofereçam perigo) para o bebê?						
A família aproveita a hora da alimentação, do banho ou da troca de roupas da criança, como oportunidades para brincar e conversar com ela?						

A família passa algum tempo com a criança, diariamente, participando de suas brincadeiras, conversando, contando histórias ou cantando?						
A criança tem oportunidades de brincar com brinquedos, livros, revistas, papel e lápis, material de sucata, para ler, desenhar, pintar, brincar, inventar, montar?						
A família favorece que a criança conheça e brinque com outras crianças?						
A família favorece a participação da criança em atividades na comunidade (fora de casa) como jogos, esportes, festas, passeios, reuniões religiosas?						
Prevenção de acidentes. Perguntar: Conte-me como vocês evitam acidentes com <nome da criança> (esclarecer conversando ou observando as situações abaixo)						
O bebê dorme em lugar e posição sem perigo de sufocar-se (fios/ cordão de chupeta/ panos) ou de ter contato com insetos ou animais que possam feri-lo?						
A família deixa fora do alcance da criança coisas que possam queimar, envenenar ou machucar, como: panelas quentes, ferro de passar roupa, remédios, produtos de limpeza, faca, tesoura, copos de vidro, fios e tomadas?						
A criança tem lugares onde pode ficar e brincar, dentro e fora de casa, sem perigo de quedas, atropelamento, afogamento, violência?						
A família ensina para a criança formas seguras de usar tesoura (sem ponta)/ garfo / faca, brincar com animais domésticos, atravessar a rua?						
Amor e segurança. Perguntar: Conte-me como a família e <nome da criança> se relacionam no dia-a-dia (esclarecer conversando ou observando as situações abaixo)						
A família mostra afeto pela criança conversando, aconchegando-a no colo, tocando-a com carinho, brincando com ela, mesmo quando ela não está chorando?						
O dia-a-dia da criança é organizado em relação aos horários e pessoas conhecidas para seu cuidado?						
A família dá limites à criança, conversando e explicando o que considera errado, sem precisar bater nem dar castigos violentos?						
A família procura saber o que a criança fez no dia, o que aprendeu de novo, se ela tem alguma preocupação ou precisa de ajuda?						
A família combina com a criança sua participação nas atividades domésticas, levando em conta sua idade e suas capacidades?						
A família evita que a criança entre em contato com situações de brigas, violência e uso de drogas ou álcool?						
Além da família e da casa, a criança tem outros lugares onde possa ficar e ser cuidada por pessoas de confiança, com atenção a sua saúde, higiene, alimentação e estimulação?						
Pergunta para o profissional de saúde: a família tem as condições necessárias para garantir os cuidados à criança?						
NOME DO PROFISSIONAL QUE FEZ A AVALIAÇÃO						

Anexo III

Roteiro para entrevista semi-estruturada

Com base na sua experiência e participação na elaboração e implementação do processo de capacitação dos multiplicadores do Projeto “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades”, por favor, discorra sobre as diferentes etapas ou fases deste processo educativo.

Eis alguns tópicos sugeridos, caso o (a) entrevistado (a) demonstre necessidade de pontuar os elementos envolvidos no processo de capacitação:

- Constituição do grupo técnico responsável;
- Definição dos objetivos da capacitação;
- Etapas do planejamento e organização de cronograma de atividades;
- Tendências ou referências pedagógicas adotadas;
- Descrição da metodologia e técnicas empregadas;
- Utilização dos produtos do Projeto Janelas pelos participantes;
- Escolha do instrumento avaliativo.

Anexo IV

Instrumento de Coleta de Dados

Categorias Empíricas empregadas na Sistematização do Processo de Capacitação dos Multiplicadores do Projeto Janelas

Objetivos

Conteúdos

- a) Especificação de temas/temáticas:
- b) Descrição de conceitos abordados:

Recurso físico

Espaço físico da capacitação: () sala de aula () ambiente externo
() não refere

Recursos materiais

- a) Tipo de material didático:
- b) Tipo de recursos audiovisuais:
- c) Outros materiais

Recursos financeiros

Origem do recurso: () subsidiado () arrecadado () não refere

Recursos humanos

- a) Número de profissionais:
- b) Formação do agente:

Tipo de sujeitos

- a) Número dos participantes:
- b) Número de unidades participantes:
- b) Formação dos participantes:
- c) Freqüência obtida:

Métodos e técnicas de ensino

- problematização aula expositiva grupo focal oficinas de trabalho
- seminário dramatização e cenas leitura dirigida
- trabalho em grupo aula interativa dinâmica de grupo
- não refere outros:

Periodicidade dos encontros

- a) Número de encontros:
- b) Freqüência dos encontros:

Carga horária

- a) Por encontro:
- b) Total de horas:
- c) Período do dia:

Tipo de avaliação

- resultado processo autoavaliação avaliação em grupo
- não refere outros:

Anexo V

Classificação do Material Empírico

Corpus principal (Bases conceituais e metodológicas para a elaboração, execução e avaliação do Projeto Janelas)

1. Política Nacional de Promoção da Saúde (**PN**): aprovada em 30 de março de 2006, a partir da portaria 687 do Ministério da Saúde, dispõe sobre a implementação e implantação de ações e estratégias de Promoção da Saúde consoantes aos princípios do SUS e à incorporação dos componentes e diretrizes do Pacto pela Saúde – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS – firmado entre as três esferas governamentais. O anexo desta portaria fornece as bases para as intervenções e tecnologias aplicadas junto aos perfis de saúde-doença da população com base no ideário da Promoção da Saúde. Disponível em: http://portalweb05.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687_2006_anexo1.pdf.
2. Cadernos da Capacitação do Programa Saúde da Família: Momento I (**CM1**) e II (**CM2**): em 2003, a parceria estabelecida entre a Prefeitura do município de São Paulo, na gestão Marta Suplicy, e do Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM) para a realização da capacitação com os diferentes profissionais de saúde que integram as equipes de Saúde da Família. Resultou nas seguintes etapas: Momento I: Capacitação introdutória para sensibilização das Equipes de Saúde da Família em relação às bases conceituais e práticas do PSF; Momento II: capacitação e atualização técnica em áreas específicas nas áreas de: saúde da criança (“Caderno temático da criança”) – empregado na análise deste estudo, saúde da mulher (“O climatério em suas mãos” e “Assistência pré-natal e síndromes hipertensivas da gestação”) e controle de doenças crônicas (“Hipertensão e diabetes”). Disponíveis em:

<http://www.saudeprev.com.br/psf/taboaodaserra/index.php?module=rh-capacitacao>.

3. *Book* de textos de apoio (**BJ**): reúne os textos utilizados para introduzir os conceitos pretendidos pelo Projeto Janelas aos parceiros durante a apresentação do seminário inicial. Apresenta os referenciais teóricos e práticos escolhidos pelos organizadores do Projeto Janelas e oferece informações adicionais aos temas trabalhados durante a capacitação dos multiplicadores.
4. Manual “Toda hora é hora de cuidar” (**MJ**): resume os conteúdos e abordagens necessárias para subsidiar possíveis e potenciais mudanças nos processos de trabalho da assistência básica com enfoque no desenvolvimento infantil ampliado, na qualificação do cuidado das diferentes dimensões da saúde da criança através do fortalecimento das competências familiares. Com relação ao teor das informações, corresponde a uma versão ampliada da Cartilha “Toda hora é hora de cuidar” com o intuito de esclarecimentos posteriores à capacitação. Disponível em: www.unicef.org/brazil.
5. Planejamento das Oficinas de Capacitação (**PJ**): representa o resultado do trabalho da equipe técnica do Projeto Janelas. Define o cronograma, as diretrizes e os responsáveis pela coordenação das atividades, assim como descreve os recursos necessários para as situações de aprendizagem propostas.
6. Avaliação dos participantes das Oficinas (**AJ**): configura o instrumento avaliativo dos multiplicadores acerca da relevância dos temas trabalhados e sua aplicação no cotidiano do trabalho do respondente, didática dos coordenadores, métodos de ensino e recursos audiovisuais empregados pelos coordenadores, auto-avaliação do respondente mediante sua interação e envolvimento com o grupo. Contempla ainda observações

adicionais do respondente e uma “escala de carinhas” com o propósito de medir as percepções subjetivas dos participantes.

Corpus complementar (regiões de implantação do Projeto Janelas)

- Atas de reuniões entre os atores envolvidos na coordenação das Oficinas (**AR**): registram a tramitação e a operacionalização de estratégias de educação permanente destinadas aos recursos humanos das equipes de saúde da família envolvidas no Projeto Janelas.
- Projetos da Multiplicação do Projeto Janelas (**PM**): descreve as atividades desempenhadas pelos multiplicadores nas diferentes regiões de implantação do projeto, refletindo o grau de reprodutibilidade da capacitação original.
- Relatórios de Execução da Multiplicação no Projeto Janelas (**EJ**): fornece os apontamentos da coordenação das oficinas com relação ao andamento dos encontros realizados pelos multiplicadores.

Anexo VI

Excertos representativos das categorias analíticas de saúde e bem-estar propostas por Ronald Labonte

Contemplou-se a dimensão biológica da criança desde o cuidado durante a vida intra-uterina até as diversas formas de cuidar do corpo biológico e a integridade física ao longo da infância, sendo categorizada da seguinte maneira:

Energia vital

- **Aleitamento materno e amamentação**

“O leite materno é o melhor e o mais completo alimento para crianças de zero a seis meses de idade. Por isso deve ser dado como único alimento até que a criança complete 6 meses de idade. Não é preciso oferecer água, nem chás”. **MJ – pg 62.**

“Quando o aleitamento materno para crianças menores de seis meses for impossível, ou a mãe, por algum motivo, recusar-se a fazê-lo, deve-se substituir o seu leite por fórmulas infantis ou pelo leite de vaca, (...). Nestes casos, é recomendável que a equipe de saúde redobre sua atenção no acompanhamento dessas crianças”. **MJ – pg 64.**

“Deve-se insistir com as mães sobre o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida e sobre a vacinação para a prevenção de doenças”. **MJ – pg 71.**

- **Alimentação nutritiva**

“Uma boa alimentação é uma das principais garantias para um adequado crescimento e desenvolvimento infantil. Por isso é importante que você conheça, agente comunitário de saúde, conheça um pouquinho sobre o que deve ser oferecido em cada etapa da vida da criança”. **MJ – pg 62.**

“Antes da criança comer como os adultos, ela precisa ir conhecendo os alimentos aos pouquinhos, para ir se acostumando e para ver se ela tem alergia a algum deles”. **MJ – pg 65.**

“Lembre-se de que a introdução de carnes é muito importante para prevenir a anemia: carnes bem moídas ou desfiadas para garantir um adequado consumo pela criança”. **MJ – pg 65.**

“Pode-se oferecer frutas ou suco de fruta natural como sobremesa, pois isto auxilia no aproveitamento dos nutrientes. Caso a opção seja o suco natural, este deve ser oferecido em pequena quantidade, em copinhos, e sempre depois da criança aceitar toda a refeição”. **MJ – pg 66.**

“É importante ter sempre em mente que a criança precisa consumir alimentos saudáveis 6 vezes por dia – café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e lanche da noite – ou a cada três horas.” **MJ – pg 67.**

“Também é importante alertar as mães e cuidadores que a oferta de sopas para crianças desnutridas não é adequada, pois, em geral, essas preparações nutrem menos do que uma refeição de alimentos sólidos, como a composta de arroz, feijão, carne, legumes, verduras e frutas”. **MJ – pg 68.**

“Algumas orientações referentes ao valor nutricional dos alimentos podem ser dadas, principalmente alternativas para melhorar a qualidade das refeições utilizando alimentos de baixo custo”. **MJ – pg 70.**

“Os profissionais de saúde e líderes comunitários precisam identificar as mulheres que têm maior risco de dar à luz um bebê de baixo peso. (...) É preciso dar atenção especial à alimentação e garantir cuidados médicos para as mulheres que apresentam alguma destas situações [que descrevem o maior risco de partos prematuros].” **MJ – pg 71.**

• **Brincadeiras como atividade física na infância**

“Além das duas necessidades básicas já mencionadas, a estimulação e a nutrição, uma terceira condição é essencial para o desenvolvimento saudável de uma criança: o brincar. (...) [composto por] uma ampla gama de vivências que vão desde a atividade corporal até as mais ricas fantasias. Essas vivências são essenciais para o desenvolvimento saudável de todo o seu ser”. **BJ – pg 47.**

“Independente da classe social, hoje mais e mais crianças encontram-se limitadas a uma sala escura, sentadas diante de uma televisão. Imóveis diante das intrigantes cenas que

se desenrolam a sua frente, apenas os olhos se movem. (...) A essencial interação para estimulação do desenvolvimento não está presente. A passividade física indica que está sendo perdida uma grande oportunidade de estimulação no período apropriado. Uma janela que não é aberta”. **BJ – pg 47.**

“Os adultos têm a responsabilidade e o dever de garantir o tempo de brincar das crianças. As tarefas escolares e as tarefas domésticas devem ser muito bem dosadas, sempre considerando a idade e o estágio de desenvolvimento de cada criança”. **MJ – pg 55.**

• **Desenvolvimento cerebral na primeira infância**

“Mas muitos autores têm superado este preconceito [dicotomia entre o determinismo genético e social no desenvolvimento infantil] e começado a divulgar o que realmente está por trás dos recentes estudos de neurociência, que decididamente contrariam qualquer forma de determinismo e ressaltam a grande importância que o ambiente, especialmente traduzido pelo ‘calor envolvente e interativo de adultos’ em detrimento de condições meramente materiais, têm nesse aspecto da vida infantil”. **BJ – pg 40.**

“(…) a expressão ‘janelas’ para esses períodos em que a criança precisa receber determinados cuidados e estímulos, baseados no timing cerebral – ressaltando que esses cuidados passam prioritariamente pela relação afetiva e interativa dos pais e dos cuidadores, que devem aprimorar a sua observação das necessidades infantis para aquele momento de vida, vindo a oferecer o estímulo apropriado”. **BJ – pg 41.**

“Os neurônios que são ativados, constituem-se em verdadeiros caminhos de transmissão de informações. Quanto mais este caminho é usado, mais ele é fortalecido, tornando-se uma ‘via preferencial’. Sinapses utilizadas são fortalecidas pelo uso repetido”. **BJ – pg 44.**

“Cada resposta a sinais, sons, sentimentos, aromas e sabores estimulam os dendritos e o cérebro ‘aprende caminhos’. Quanto mais o cérebro aprende, mais ele se torna capaz de fazer. Daí podemos aferir o grande impacto que o ambiente (estimulação, nutrição, cuidados e afeto) tem sobre o desenvolvimento infantil”. **BJ – pg 45.**

“A produção de mielina precisa, no entanto, de condições adequadas para acontecer: boa nutrição, ritmo de sono e vigília equilibrados e bem estar emocional. Os mesmos ingredientes responsáveis pela liberação adequada de neurotransmissores. Um

organismo cansado e sob o impacto de uma jornada estressante, certamente não desempenhará sua tarefa biológica adequadamente” **BJ – pg 46.**

- **Higiene corporal**

“Cuidar da higiene é uma forma de valorizar o corpo. Quando as crianças aprendem a cuidar da própria higiene, aprendem também a cuidar da saúde e dar valor a seu corpo como algo que merece respeito, atenção, cuidado”. **MJ – pg 72.**

“Mas, além disso, os momentos de troca de fraldas, do banho, da lavagem de mãos, da escovação de dentes, são momentos de prazer para as crianças, durante os quais elas aprendem sobre o próprio corpo, sobre as sensações agradáveis da água, as variações da temperatura”. **MJ – pg 72.**

“Para uma tarefa educativa eficaz, o trabalhador de saúde deve considerar dificuldades reais encontradas: as condições de moradia, saneamento básico, coleta de lixo etc, da população de baixa renda não favorecem a adoção de práticas adequadas de higiene pessoal e ambiental; a frequência e disseminação de infestações (piolhos, por exemplo) são tão altas em determinados grupos que são vistas como algo normal”. **MJ – pg 72.**

“Até um ano e meio, mais ou menos, as crianças manifestam desconforto com as fraldas sujas, chorando ou resmungando; por volta dessa idade, começam a avisar que querem eliminar fezes ou urina”. **MJ – pg 73.**

- **Imunizações**

“É importante que os cuidadores saibam que as vacinas são um grande aliado na luta contra muitas doenças que matam ou causam danos graves às pessoas. Elas estimulam o sistema imunológico a produzir defesas contra agentes causadores de doenças, evitando que as pessoas adquiram tais enfermidades quando em contato com elas. Por isso, as vacinas são utilizadas em todo o mundo, sendo obrigatórias em alguns países”. **MJ – pg 51.**

“Atualmente, há um grande número de doenças evitáveis por vacinas, que estão disponíveis na rede pública de saúde para todas as crianças brasileiras”. **MJ – pg 51.**

- **Prevenção de acidentes e segurança**

“Quando crianças têm oportunidade para estarem na natureza, em ambientes seguros, eles imediatamente saem em campanha de exploração do mundo ao seu redor”. **BJ – pg 47-8.**

“As crianças aprendem de maneira ativa, explorando, brincando, imitando, repetindo e se relacionando. O mundo é repleto de estímulos: sons, imagens, cheiros, sensações térmicas, sabores e movimentos, que precisam ser experimentados pelas crianças para que elas os conheçam”. **MJ – pg 52.**

“Mas, ao mesmo tempo, ela precisa de limites seguros para que não se machuque nem cause danos aos outros, isto é, precisa de um espaço seguro para suas atividades motoras e exploratórias bem como a aprovação dos adultos em relação ao que faz”. **MJ – pg 53.**

“No primeiro ano de vida, os acidentes mais freqüentes são asfixia, ingestão de pequenos objetos, quedas e enforcamento com cordão da chupeta. Dos 2 aos 7 anos, destacam-se os choques elétricos com tomadas ou fios desencapados e queimaduras com líquidos. Mas são praticamente infinitas as possibilidades e variedades de acidentes que podem ocorrer com crianças”. **MJ – pg 84.**

“As principais medidas que podem ser tomadas no sentido de proteger as crianças são: a organização do ambiente e a supervisão constante de suas atividades”. **MJ – pg 84.**

“Os acidentes de trânsito também são causa freqüente de danos à saúde da criança”. **MJ – pg 87.**

- **Problemas comuns na infância**

“Quanto menor é a criança, maior é a sua vulnerabilidade, isto é, ela tem mais chances de adoecer devido à imaturidade de seu sistema de defesa imunológica”. **MJ – pg 74.**

“Há alguns problemas de saúde que são mais freqüentes e comuns entre as crianças em nosso país, como a diarreia e os problemas respiratórios. É importante que todas as pessoas que cuidam de crianças conheçam os cuidados específicos nessas situações, em especial quando buscarem atendimento profissional com urgência”. **MJ – pg 75.**

“Para o controle dessas doenças [doenças diarréicas e infecções respiratórias agudas], as medidas a serem realizadas no âmbito individual consistem na detecção precoce de casos, o tratamento sistematizado pelos serviços de saúde e o cuidado domiciliar adequado”. **MJ – pg 75.**

“Para o cuidado domiciliar, além das orientações relacionadas ao tratamento, também é fundamental o preparo dos cuidadores para reconhecer quando é necessário que a criança seja avaliada por um profissional de saúde”. **MJ – pg 75.**

“Caso a família não tenha termômetro, considerar o relato de febre: há muitas pesquisas que mostram que a avaliação pelo tato, realizada por mães, é sensível o suficiente para ser considerada”. **MJ – pg 79.**

- **Proteção contra tabagismo, álcool e outras drogas**

“A gestante evita cigarro, bebida alcoólica e medicamentos sem prescrição médica”. **MJ – pg 24.**

“[A família] Faz de sua casa um ambiente saudável, evitando drogas, alcoolismo, tabagismo e violência. Ela procura ajuda especializada quando acontece algum desses problemas”. **MJ – pg 29.**

- **Reconhecimento de deficiências na infância**

“Comportamentos estereotipados e repetitivos, às vezes de auto-estimulação como balançar a cabeça, bater os objetos, chupar ou morder a mão e os dedos, podem aparecer e estão freqüentemente relacionados a distúrbios de saúde mental”. **MJ – pg 60.**

“Falta de reações a barulhos do ambiente como porta batendo, voz da mãe, instrumentos musicais, chocalho”. **MJ – pg 60.**

“Ajudá-las para que consigam novos movimentos e posições evitará muitas deformidades e lhes dará mais confiança para arriscar ter novas experiências”. **MJ – pg 60.**

“Grande dificuldade em fixar os olhos em objetos ou pessoas, podendo parecer desinteressada pelos brinquedos e pelo ambiente”. **MJ – pg 61.**

“Dificuldades na aquisição das habilidades motoras funcionais como sustentar a cabeça após quatro meses, abrir as mãos voluntariamente ou segurar objetos, movimentar-se para rolar, arrastar, sentar, ficar em pé, andar, e às vezes com alterações para sugar ou comer”. **MJ – pg 60.**

“A família pode ser orientada a oferecer oportunidades de aprendizado [por meio de adaptações no ambiente] (...) [a fim de] Ajudá-las para que consigam novos movimentos e posições evitará muitas deformidades e lhes dará mais confiança para arriscar ter novas experiências”. **MJ – pg 60.**

“Grande dificuldade em fixar os olhos em objetos ou pessoas, podendo parecer desinteressada pelos brinquedos e pelo ambiente”. **MJ – pg 61.**

“O olhar pode parecer vago e, às vezes, os olhos apresentam desvio ou movimentação irregular”. **MJ – pg 61.**

“(…) Quando a criança é cega, necessita fazer o uso das mãos para conhecer melhor as coisas e é muito importante que sempre lhe contem o que está acontecendo no ambiente ou lhe antecipem o que vai acontecer. Os móveis e objetos de dentro de casa devem permanecer o máximo possível nos mesmos lugares para que a criança possa se deslocar ou procurá-los com maior sucesso”. **MJ – pg 61.**

- **Risco de automedicação**

“Isto inclui conversar [sobre situações de urgência devido aos agravos respiratórios] sobre os perigos da automedicação e busca de farmácias, pois esses problemas, ao lado dos resfriados, são muitas vezes tratados como antibióticos desnecessariamente, gastando recursos da família e dificultando o tratamento de doenças mais graves quando necessário”. **MJ – pg 77.**

“(…) um desses riscos [da automedicação] refere-se à dosagem errônea: a superdosagem pode causar intoxicações graves e provocar reações adversas; por outro lado, no caso de um antibiótico, por exemplo, a dosagem menor do que a necessária, em vez de destruir, acaba dando mais resistência à bactéria e o medicamento fica sem efeito”. **MJ – pg 77.**

- **Saúde bucal**

“O simples escovar dos dentes pode ser aproveitado como um momento de ensinar e compartilhar com o filho este cuidado”. **MJ – pg 32.**

“Lembrar da importância da higiene bucal mesmo para as crianças pequenas, uma vez que a cárie é uma doença que, além de destruir os dentes, abre uma porta para outras infecções”. **MJ – pg 73.**

- **Violência contra a criança e maus-tratos**

“Intervenha imediatamente em situações que ameaçam a vida e a integridade da criança, como no caso da violência física e abuso sexual. Agressões deste tipo têm que ser interrompidas antes de qualquer trabalho com a família”. **MJ – pg 38.**

“Tais condições individuais [relacionadas a necessidades especiais da criança] podem ser agravadas por situações sociais de exclusão, como por exemplo: trabalho infantil, privação cultural, violência doméstica e ‘falta de estímulo do ambiente e de escolaridade’”. **MJ – pg 49.**

“É muito freqüente encontrar o uso de castigos físicos nesse período [na fase do infante ou *todler*], pois se trata da estratégia mais conhecida pela maioria das pessoas que cuidam de crianças”. **MJ – pg 53.**

A dimensão social da saúde cujos aspectos estão relacionados à vida em comunidade, às relações entre famílias em um determinado ambiente e ao acesso a serviços de saúde foi categorizada a seguir:

Vida comunitária

- **Ambiente sustentável**

“Se olharmos ao nosso redor, veremos que muitas coisas estão descuidadas, que muitas pessoas estão sofrendo por causas evitáveis, e que nosso meio ambiente já está bastante destruído. Assim é preciso reaprender sobre nossa própria essência, passando a incorporar mais profundamente essas atitudes [de cuidado] ao nosso modo de vida”. **MJ – pg 23.**

“Como podemos melhorar nosso ambiente a partir dessas atitudes [de cuidado e de proteção]?”. **MJ – pg 23.**

“E todos cuidam de tudo e de todos um pouquinho, construindo um ambiente bonito e saudável...”. **MJ – pg 27.**

- **Estímulos ambientais**

“E numa posição mais holística aparecem os instrumentos de observação sobre o contexto do desempenho, em que o ambiente da criança passa a ser incluído como referência das possibilidades de sua relação no mundo”. **BJ – pg 54.**

“As habilidades da criança e o seu desempenho são somente relevantes no seu contexto natural. Algumas vezes o ambiente é favorável à criança; outras vezes, não”. **BJ – pg 56.**

“(...) 'ambiente' passa a ser tudo o que cerca a criança enquanto oportunidades para desenvolver o que ela trouxe como potencial para a vida. A família, a casa, a creche, a escola, a rede de relações e a comunidade com suas estruturas de apoio formam esse entorno”. **MJ – pg 13.**

- **Hospitalização da criança**

“Uma questão ainda a ser trabalhada é que a população tende a procurar um hospital ou pronto-socorro sempre que surge um distúrbio na saúde da criança, geralmente porque as pessoas acreditam que é o único lugar onde podem encontrar resposta imediata. Porém, este modo de pensar e agir tem provocado conseqüências sérias ao sistema de saúde”. **MJ – pg 82.**

“A internação hospitalar, em geral, é uma experiência muito difícil e dolorosa para toda a família, e em particular para a criança. (...) É muito importante que as equipes de saúde conversem com as famílias sobre o período de internação: as experiências vividas, os medos, as mudanças da dinâmica familiar no período da internação ou após, culpas, formas de prevenir novas ocorrências, alternativas de apoio frente a situações inesperadas e de emergência”. **MJ – pg 82-3.**

- **Mediação do agente comunitário de saúde**

“A melhor resposta que temos no Brasil é que, para chegar até as famílias, o caminho é o Programa Saúde da Família, especialmente através dos agentes comunitários de saúde”.

MJ – pg 11.

“Os agentes comunitários de saúde são especiais porque são pessoas da comunidade que conhecem quase todos do local e que são selecionados, capacitados e treinados para promover a saúde, prevenir a doença e formar uma ponte entre a comunidade e o sistema de saúde”. **MJ – pg 11.**

“O agente e a equipe de saúde da família poderão fazer uma aproximação mais eficaz com as famílias. Poderão fazer com que as famílias se fortaleçam e se apropriem de suas competências cada vez mais”. **MJ – pg 11.**

“O trabalho dos agentes comunitários de saúde com as famílias e as comunidades pode ser altamente transformador. É uma contribuição valiosa no sentido de cidadania”. **MJ – pg 88.**

“Vocês têm acesso a muitas famílias. Ouvem muitos desabaços, preocupações, angústias e desesperos. Seus olhares e ouvidos amorosos, com seus conselhos e orientações, reascendem a esperança dessas famílias. É como plantar uma semente no coração de cada família. Uma semente de esperança e de consciência maior acerca do cuidado com a criança e o ambiente ao redor”. **MJ – pg 98.**

- **Uso dos instrumentos do Projeto Janelas pela família**

“Muitos materiais educativos voltados para a saúde são produzidos todos os anos sem que, no entanto, observemos profundas mudanças na realidade. É que cartazes, *folders* e cartilhas não atuam sozinhos, trazendo a solução dos problemas de maneira mágica. É preciso que consideremos os materiais didáticos e informativos em saúde como materiais de apoio e como pontos de partida para o desenvolvimento de um trabalho mais profundo de transformação da realidade, baseado em encontros eficazes entre profissionais de saúde e população, onde podem ser debatidos os problemas e encontradas as soluções”.

MJ – pg 19.

“Nosso objetivo é estimular a família a criar, personalizando sua cartilha [sobre a atividade ‘Nossa família’ da cartilha do Projeto Janelas]. Esta tarefa oferecerá uma oportunidade para a família se reconhecer e lembrar de imagens, cenas e situações importantes de sua vida”. **MJ – pg 45.**

Por fim, a dimensão emocional, que abarca a cognição, o desejo, o afeto, os sentimentos presentes em todo o desenvolvimento humano e que influenciam a construção de valores, posturas e modos de levar a vida, foi categorizada deste modo:

Projeto de vida

- **Aprendizagem infantil**

“(…) a própria criança será capaz de realizar muitas atividades sozinha, com segurança e autonomia, beneficiando-se ao mesmo tempo da participação do adulto quando ele permite e estimula o livre uso da imaginação, sem interferir no seu jeito de brincar”. **MJ – pg 54.**

“As brincadeiras infantis não são simples passatempos. Através das brincadeiras, as crianças aprendem sobre si mesmas, desenvolvem suas habilidades de movimento, de linguagem, de raciocínio e de interação com o mundo”. **MJ – pg 54.**

“À medida que a criança cresce, a imitação de atos simples vai progredindo para a imitação de papéis sociais”. **MJ – pg 56.**

“A repetição de rotinas também traz segurança emocional e é por isso que crianças gostam de fazer as coisas sempre do mesmo jeito, de assistir muitas vezes aos mesmos desenhos, por exemplo”. **MJ – pg 57.**

“Crianças pequenas gostam de rotinas: é mais fácil colocar a criança na cama no horário desejado, se a ajudamos a manter uma rotina como ‘escovar os dentes, depois fazer uma oração ou contar uma história’. (...) As rotinas ajudam a criança a aliviar a ansiedade que ela sente numa situação difícil, até que seja capaz de lidar com isso de modo mais amadurecido”. **MJ – pg 57.**

“Além disso, somente através de relações afetivas e atenciosas é que as crianças desenvolvem o vínculo/apelo com as pessoas que cuidam delas e, conseqüentemente, a

confiança básica em si mesmas e no mundo, que são fundamentais para todo o seu processo de desenvolvimento. Os relacionamentos fornecem estabilidade, segurança física, nutrição, abrigo, promovendo calor, intimidade e prazer”. **MJ – pg 57-8.**

- **Estimulação na primeira infância**

“Estudos científicos que avaliaram o significado e o impacto dos estímulos ambientais sobre a vida das crianças concluíram que em determinados períodos elas estão prontas para desenvolverem uma determinada habilidade, mas precisam receber cuidados e estímulos apropriados. Esses períodos são entendidos como ‘períodos críticos do desenvolvimento’, constituindo-se em janelas de oportunidades para a promoção do desenvolvimento infantil”. **MJ – pg 12.**

“O desenvolvimento infantil é resultado de uma interação entre forças ambientais e genéticas, com forte predominância das primeiras”. **MJ – pg 13.**

“O cérebro humano tem uma grande capacidade de desenvolvimento, mas tudo depende do tipo de estimulação e do período em que a mesma acontece”. **MJ – pg 13.**

“Experiências traumáticas ou ausência de estimulação apropriada prejudicam seriamente o desenvolvimento da criança”. **MJ – pg 13.**

“As relações humanas estabelecidas durante o cuidado da criança favorecem o desenvolvimento do cérebro. Os relacionamentos nos quais ocorre interação efetiva são a base do aprendizado para pensar e raciocinar”. **MJ – pg 57.**

Possibilidades de intervenção

As intersecções apresentadas pelo diagrama de Labonte proporcionam um espaço para o desenvolvimento de tecnologias e abordagens de intervenção junto à família para promover a saúde infantil de forma mais integral, equitativa e efetiva.

Nos trechos oriundos do *corpus* desta pesquisa, surgem proposições de atividades propostas pelo Projeto Janelas para trabalhar junto às famílias foram categorizadas adiante.

Relações sociais

- **Cultura de paz**

“A harmonia familiar é muito importante para o bom desenvolvimento da criança ‘A paz começa em casa’: construir, assim, com as famílias, uma cultura de paz em cada ação realizada”. **BJ – pg 63.**

“Crianças que têm interações saudáveis contínuas com pessoas que cuidam bem delas tornam-se melhor preparadas, emocional e biologicamente, para aprender e trabalhar estresses e desapontamentos do dia a dia de suas vidas. Isto significa trabalhar diretamente as raízes da violência”. **MJ – pg 10.**

- **Função materna e paterna**

“Nossos cuidados e nossa proteção começam antes mesmo do início da gravidez, quando os (futuros) pais cuidam de sua saúde e planejam a família que querem construir”. **MJ – pg 24.**

“Através do acompanhamento pré-natal podemos prevenir e tratar muitas doenças, favorecendo o nascimento de um bebê saudável. Sempre que possível devemos estimular a presença do pai nas consultas [de] e também no momento do parto”. **MJ – pg 24.**

- **Garantia da equidade**

“Nosso país tem um alto índice de pobreza. Por isso, muitas famílias precisam ser apoiadas para conseguirem cumprir sua função e dispensarem às crianças os cuidados que elas necessitam”. **MJ – pg 05.**

“Acreditamos que as famílias já são competentes para cuidar de seus filhos – o que queremos é fortalecer essas competências, sobretudo através dos agentes comunitários de saúde e das equipes de PSF”. **MJ – pg 05.**

“Algumas famílias, mais que outras, dependem muito de apoio externo para dar conta de sua sobrevivência e dos cuidados que seus membros mais jovens necessitam. Estas devem ter prioridade de atenção por parte dos diferentes agentes sociais”. **MJ – pg 27.**

- **Patrimônio familiar**

“Patrimônio indica um conjunto de recursos do qual as pessoas podem dispor para garantir a si mesmas e a seus familiares maior segurança e melhor padrão de vida. Tais recursos compõem-se de trabalho, saúde, moradia, habilidades pessoais e relacionais – tais como relacionamentos de vizinhança, de amizade, familiares, comunitários e institucionais”. **BJ – pg 26.**

“Compreender o trabalho social a partir do patrimônio implica uma abertura a uma realidade mais ampla, que transcende a dificuldade em si ao invés de se restringir à aplicação de soluções previamente concebidas. (...) Dessa forma, sendo realista e observando a pessoa, família ou comunidade para identificar o patrimônio presente, o profissional deve primeiramente ajudar a reconhecer a presença daquele patrimônio e, depois, incentivar seu uso e fortalecimento”. **BJ – pg 27.**

“Não podemos desconsiderar a realidade social na qual a família está inserida e que influencia sobremaneira o seu funcionamento. A necessidade de trabalho, a falta dele, a proximidade de outros familiares ou não, uma comunidade mais solidária ou cercada de conflitos ou violência, tudo isso causará ações e reações dessa família, determinando sua forma de se organizar e cuidar”. **MJ – pg 30.**

“A orientação dada à família precisa ser feita a partir dos recursos que ela tem, ou seja, dos alimentos que tiver em casa, ou dos que poderá conseguir através da ajuda de vizinhos, parentes, amigos e instituições próximas”. **MJ – pg 68.**

- **Qualidade de relacionamentos interpessoais**

“Freqüentemente nos deparamos com pais preocupados, culpados ou sobrecarregados por não terem tempo ‘suficiente’ para cuidar dos filhos. /Porém, mais importante do que quanto os pais fazem, é o que e como fazem: seu interesse, a importância, o orgulho, a satisfação e a segurança que demonstram. Sem dúvida estas serão as mensagens de amor e de cuidado mais facilmente percebidas pelas crianças”. **MJ – pg 30.**

“Conversar sobre a importância de estabelecer relações afetivas com a criança, mediante contatos físicos freqüentes, manifestações explícitas de amor, lembrando que é a confiança nas próprias capacidades que torna as pessoas fortes”. **MJ – pg 58.**

- **Reconhecimento de papéis entre os cuidadores da criança**

“Uma família se constitui a partir da decisão de algumas pessoas conviverem, assumindo um compromisso de uma ligação duradoura, que inclui o cuidado entre os adultos e deles para com as crianças”. **MJ – pg 34.**

“Muitas pessoas consideram que cuidar de crianças é uma tarefa para a qual as mulheres têm um dom natural e que basta ser mãe para estar apta a realizar a missão de criar e educar uma criança, graças ao instinto materno. (...) uma observação atenta da realidade seria suficiente para mostrar que não se trata de uma verdade absoluta”. **MJ – pg 48.**

“Muitos homens e mulheres que nunca vivenciaram a paternidade/maternidade biológica, tornam-se capazes de cuidar adequadamente de crianças, enquanto muitas mães naturais não conseguem ser protetoras e cuidadoras de seus filhos”. **MJ – pg 48.**

“(...) a capacidade para cuidar bem de uma criança é determinada muito mais pelo aprendizado decorrente das experiências do que pela biologia. Essas experiências definem os conhecimentos, habilidades e práticas que cada pessoa tem em relação à criança. Definem também a disponibilidade interna, isto é, a atitude, a pré-disposição da pessoa para ser uma cuidadora efetiva”. **MJ – pg 48.**

“Uma maneira pela qual os trabalhadores de saúde podem ajudar os cuidadores a desenvolverem-se nesse papel é reforçando o que eles fazem de positivo, valorizando seus esforços e capacidades”. **MJ – pg 48.**

- **Redes sociais**

“A rede social é constituída por um conjunto de relações interpessoais a partir das quais a pessoa e/ou a família mantêm a própria identidade social”. **BJ – pg 27.**

“Toda pessoa possui uma rede de relacionamentos. A pessoa em situação de pobreza muitas vezes se sente isolada por ser excluída socialmente e não consegue perceber os vínculos que possui e que podem dar suporte e ajudá-la a superar suas dificuldades. Na verdade, porém, ninguém está sozinho, nem as pessoas, nem as instituições”. **BJ – pg 28.**

“Na abordagem de redes, o profissional utiliza, antes de tudo, o olhar e a escuta, por isso precisa ser sensível e atento ao gesto, à palavra e ao silêncio, tanto seu quanto da pessoa que atende, pois eles também carregam o significado das relações sociais”. **BJ – pg 28.**

“A pessoa cresce relacionando-se com outras pessoas. As pessoas que ela conhece e que fazem parte de sua vida são sua rede social. É através desses relacionamentos que a pessoa constrói, sustenta e mantém sua identidade, ou seja, seus hábitos, costumes, crenças e valores, que contribuem para que ela tenha determinadas características”. **MJ – pg 42.**

“É através da rede social que uma pessoa recebe amor, ajuda material, serviços e informações”. **MJ – pg 42.**

“Uma recomendação muito importante: o agente comunitário de saúde não deve ser o único elo de ligação entre a família e o serviço de saúde. O envolvimento de todos os profissionais da equipe ajudará a aumentar a rede de apoio de uma pessoa”. **MJ – pg 44.**

• **Relações de solidariedade**

“Em muitas famílias, além do pai e da mãe, outras pessoas cuidam: os avós, tios, irmãos, primos, vizinhos e amigos”. **MJ – pg 27.**

“[Uma família cuidadora] Faz boas relações com as famílias vizinhas e com a comunidade”. **MJ – pg 28.**

“A comunidade, os vizinhos, os parentes e amigos são muito importantes para o fortalecimento da família, especialmente em momentos de crise”. **MJ – pg 36.**

Possíveis estratégias para trabalhar a autonomia, liberdade, criatividade e auto-realização da criança, dentro de um plano de aspirações individuais compartilhados no âmbito familiar, que atribuem significados positivos para o viver foram:

Habilidade para realizar o desejado

- **Ação comunicativa**

“Os processos comunicativos baseiam-se em escutar o outro para compreender quais são suas crenças, sua situação e suas possibilidades, e poder atuar conjuntamente”. **BJ – pg 35.**

“A comunicação é indispensável para a assistência à saúde, pois é o principal meio de veiculação do processo educativo. Enquanto atividade de suporte aos programas de saúde, constitui-se em recurso para estabelecer a confiança e a vinculação do usuário ao profissional e ao serviço de saúde”. **BJ – pg 35.**

“A tecnologia das relações é uma das mais complexas, pois abrange não só conhecimentos, habilidades e comportamentos, como também atitudes. O profissional de saúde deve ter uma atitude comunicativa, isto é, disponibilidade interna de se envolver na interação pessoa a pessoa, e o compromisso de utilizar a comunicação como instrumento terapêutico”. **BJ – pg 35.**

“Educação em saúde no contexto deste projeto deve ser compreendida como um espaço de diálogos e trocas orientados para a construção da consciência crítica de todos os envolvidos e a busca de alternativas para o enfrentamento de dificuldades e obstáculos da vida cotidiana”. **MJ – pg 18.**

- **Cuidado com enfoque na família**

“A família é o primeiro lugar de pertença, onde a pessoa recebe um nome e vai construindo uma identidade, a partir da qual se relaciona com outras pessoas”. **BJ – pg 25.**

“Acreditamos que as famílias já são competentes para cuidar de seus filhos – o que queremos é fortalecer essas competências, sobretudo através dos agentes comunitários de saúde e das equipes de PSF”. **MJ – pg 05.**

“Esperamos identificar todas as famílias que vivem em situação de maior vulnerabilidade, desenvolvendo ações educativas em saúde que promovam e fortaleçam de fato seus

vínculos internos e com a comunidade, contribuindo assim para a construção de uma rede de apoio para o desenvolvimento humano e comunitário”. **MJ – pg 07.**

“É fundamental que a equipe de saúde considerar que os pais poderão apropriar-se e exercer os cuidados necessários à criança, desde que se sintam apoiados, cuidados nas suas deficiências e reconhecidas nas suas habilidades. (...) Para a criança, certamente, são esses momentos que a ajudarão, desde pequena, a construir uma vida melhor e mais saudável – física, emocional e socialmente”. **MJ – pg 31.**

“Existem muitos tipos de família. Família não é um fenômeno dado pela natureza; ela é uma construção cultural. Não existe um modelo certo ou errado de família a ser seguido ou combatido. As formas como as famílias se organizam e os princípios que regem suas relações são muito variados nas diferentes culturas e sociedades”. **MJ – pg 35.**

“É importante saber que vários arranjos familiares são possíveis e que são complexas e múltiplas as causas de sua formação”. **MJ – pg 36.**

- **Diálogo com a criança**

“Explicar que o bebê necessita ser carregado e ninado por alguns períodos, lembrando que as crianças vêm de um ambiente no qual os movimentos e o aconchego são constantes (o ventre materno). E que acariciar a criança e conversar, utilizando uma linguagem clara e simples, facilita a construção de um vínculo afetivo positivo e o desenvolvimento da linguagem”. **MJ – pg 50.**

“Conversar sobre como colocar limites à criança quando necessário, dando explicações simples e sem violência”. **MJ – pg 54.**

“A conversa é uma importante forma de relacionar-se com crianças de todas as idades. Tanto bebês como as crianças maiores gostam de conversar com um adulto que fala olhando em seus olhos, em tom de voz suave e calmo”. **MJ – pg 58.**

“Conversar com crianças envolve troca de palavras, idéias e sentimentos, inclui o que dizemos e como dizemos. Nós nos comunicamos com olhares, com ações, com silêncios e com palavras. (...) Garantir alguns momentos de conversa agradável todos os dias durante a infância favorece que haja diálogo nas idades posteriores”. **MJ – pg 58.**

- **Participação e tomada de decisão na infância**

“Todas as pessoas, inclusive as crianças, têm direito e são capazes de escolher o caminho mais apropriado para promover, manter e recuperar sua saúde”. **BJ – pg 25.**

“O desenvolvimento infantil é um conceito que toma como princípio o fato de a criança ser protagonista de seu próprio desenvolvimento. Ou seja, desde a gestação, o bebê não é propriedade de alguém. A criança é uma pessoa, sujeito de direitos, capaz de modificar os ambientes e as reações das pessoas em volta dela e que, portanto, precisa ser ‘ouvida’ em suas mais diferentes manifestações”. **BJ – pg 32.**

“Incentivar maior independência da criança nas atividades de vestir, tomar banho, comer, brincar, mesmo que ela demore mais que o esperado para realizá-las ou faça-as de uma maneira muito diferente da usual. Isto certamente ajudará muito na sua auto-estima e em seu processo de socialização”. **MJ – pg 59.**

“Parecia que a defesa da criança enquanto sujeito de direitos não implicava, para ela, quaisquer deveres, de qualquer natureza... Mas, criança tem deveres também. E para cada responsabilidade delegada à criança, o adulto deve considerar sua idade, seu momento de desenvolvimento, seu grau de maturidade intelectual e emocional”. **MJ – pg 92.**

“O tema da participação da criança não é um assunto simples. Participação tem múltiplas formas e níveis de atuação, podendo ocorrer em diferentes espaços de expressão: na família, na escola, nas ruas, nos bairros, nas cidades”. **MJ – pg 94.**

“É responsabilidade dos adultos garantir que existam oportunidades, tempo e locais seguros para que as opiniões das crianças sejam ouvidas e consideradas devidamente”. **MJ – pg 94.**

“A participação infantil autêntica deve partir das próprias crianças, ser formulada em seus próprios termos, em sua própria realidade; deve estar de acordo com seus próprios sonhos, opiniões e preocupações. Recebendo informações, apoio e condições favoráveis para participar adequadamente, as crianças ganham confiança e auto-estima”. **MJ – pg 95.**

“Criança é pessoa, é cidadã, tem vez e tem voz. Ela tem idéias sobre si mesma, sobre os outros e sobre o mundo. Sua palavra deve ser ouvida e valorizada”. **MJ – pg 97.**

“Ouvindo crianças e considerando suas necessidades, anseios e expectativas, o planejamento e a execução das ações levarão a resultados mais eficazes”. **MJ – pg 96.**

“É importante explicar sempre o porquê das decisões que a família toma em relação à criança, perguntando antes sua opinião e ouvindo com interesse o que ela tem para dizer”. **MJ – pg 97.**

“Participando das decisões em casa, a criança vai se tornar um adulto seguro e participativo”. **MJ – pg 97.**

Controle sobre a vida

- **Advocacia dos direitos da criança**

“A Lei Orgânica da Assistência Social / LOAS estabelece que o núcleo familiar é o primeiro objetivo da Assistência Social, e que cabe ao Poder Público garantir os direitos da família”. **MJ – pg 37.**

“É importante lembrar que leis não se fazem sozinhas, dentro de gabinetes de políticos ou especialistas. Elas são fruto da mobilização da sociedade, contra a injustiça e a desigualdade social”. **MJ – pg 88.**

“Cidadania não é apenas votar e ser votado; é atuar de forma participativa; é respeitar e ser respeitado, ouvir e ser ouvido pela comunidade”. **MJ – pg 89.**

“O ECA [Estatuto da Criança e do Adolescente] é regido pela doutrina da Proteção Integral criada pelas Nações Unidas; aplica-se assim a todas as crianças e adolescentes, e não apenas àqueles abandonados ou autores de ato infracional. Colocar isto em prática é o grande desafio da sociedade brasileira”. **MJ – pg 90.**

- **Divisão de tarefas para o cuidar**

“Geralmente é a mulher quem assume vários papéis dentro da família. Ela é esposa, mãe, responsável pela organização da casa e pelas tarefas domésticas. Muitas também ajudam nas despesas trabalhando fora, ou são elas mesmas as chefes de família”. **MJ – pg 26.**

“(…) em um número crescente de famílias, por necessidade ou por escolha, o homem está cada vez mais assumindo e dividindo com a mulher o cuidado da casa e das crianças. Alguns querem até estar muito presentes, brincando com as crianças, lendo histórias para elas e preparando a comida”. **MJ – pg 26.**

“Quanto maiores forem as dificuldades a serem enfrentadas, maior será a necessidade de divisão das responsabilidades e dos cuidados entre os membros mais velhos”. **MJ – pg 26.**

“Assim, a eficácia dos cuidados familiares depende do grau de apoio mútuo e de organização interna, isto é, das qualidades individuais e do relacionamento entre os membros da família”. **MJ – pg 27.**

- **Inclusão das crianças com necessidades especiais**

“A chegada, por exemplo, de uma criança com deficiência numa família exige, não somente, diferentes investimentos e cuidados com ela, mas influenciará toda a organização da comunidade e desta receberá também influências para agir de forma mais ou menos inclusiva”. **BJ – pg 55.**

“A criança que possui uma deficiência física precisa do apoio, amor, afeto de sua família, de alimento, brinquedo, amigos, ir à escola e também ser suprido na ordem das suas diferenças específicas como uma cadeira de rodas, ou adaptações de materiais e ambientais para poder participar”. **BJ – pg 59.**

“Todas as crianças, de qualquer etnia, classe social, condição física ou mental, precisam ser atendidas em suas necessidades essenciais para se desenvolverem”. **MJ – pg 49.**

“[Crianças com necessidades especiais] (...) são aquelas que podem apresentar deficiência mental, física, auditiva ou visual; deficiência múltipla; insuficiências orgânicas;

transtorno global do desenvolvimento (autismo, por ex.); dificuldades de aprendizagem; problemas de conduta; déficit de atenção com hiperatividade; superdotação intelectual”.

MJ – pg 49.

“Assim, além da atenção às necessidades essenciais de todas as crianças, as equipes de saúde poderão tirar essas famílias do isolamento, estimulando sua participação e orientando-as nos cuidados específicos que crianças com necessidades especiais tanto precisam”. **MJ – pg 49.**

“Quanto mais cedo a família tiver informações sobre as dificuldades e necessidades das crianças, maior será sua possibilidade de descobrir alternativas e obter respostas mais favoráveis, através de sua participação e aproveitamento das janelas de oportunidades”.

MJ – pg 59.

“Oferecer oportunidades de participação e convivência com todos os membros da família, na vizinhança, na escola e na comunidade. Se a família for ajudada a acessar mais recursos e serviços, isto fortalecerá suas competências na atenção às suas crianças com necessidades especiais”. **MJ – pg 59.**

- **Participação e controle social**

“O objetivo da interação entre os profissionais de saúde e a família deve ser manter e promover a aquisição de um senso de controle sobre a vida, nas experiências do processo saúde-doença”. **BJ – pg 25.**

“São marcados novos encontros com outros membros da família, vizinhos, parentes, amigos, e, caso seja necessário, com instituições – postos de saúde, creches, escolas. É importante conhecer todos os recursos da comunidade para poder ajudar a pessoa a usá-los a seu favor”. **MJ – pg 44.**

“É no enfrentamento das dificuldades, no envolvimento com situações, pessoas e responsabilidades que se vai tecendo a história da família, que está continuamente sujeita a crises, mas que também é capaz de avanços e superações ao longo de toda sua existência”. **MJ – pg 47.**

Anexo VII

Cronogramas das Oficinas de Capacitação “Nossas crianças: Janelas de Oportunidades”

Oficina de Capacitação de Agentes Multiplicadores do Projeto “Janelas” Cronograma de Atividades

Carga Horária: **05 encontros de 8 hs cada**

Frequência: **semanal**

Objetivos Gerais:

- **Sensibilizar os agentes multiplicadores para a criação de um espaço de capacitação dinâmico, criativo e participativo para as Equipes de Saúde da Família;**
- **Prepará-los para capacitarem as equipes de modo que elas se sintam estimuladas e competentes para desenvolverem os temas propostos pelo projeto e introduzirem os produtos - cartilha e ficha de acompanhamento - em sua rotina de atendimento.**

Coordenação Geral: **Malú e Dete**

1º. Encontro	•Objetivos específicos	•Conteúdo programático	•Técnica	•Recursos necessários	•Desenvolvimento da atividade
8-10hs	<p>1. Sentir-se acolhido e integrado ao grupo de trabalho</p> <p>1b. Apresentar a pasta e seus conteúdos</p> <p>2. Conhecer o projeto e seus produtos (cartilha, manual e ficha)</p> <p>2b. Sensibilizar para o tema Primeira Infância</p>	<p>1º. Dar-se a conhecer e conhecer o outro, interagindo, integrando-se, sentindo-se incluído.</p> <p>2º. Levantamento de expectativas</p> <p>- cadastro; avaliação diária; caracterização da população-alvo; programação</p> <p>1º. histórico do projeto (Angela)</p> <p>2º. conteúdos das págs 5 a 7 do</p>	<p>- Técnica do cochicho (história do nome)</p> <p>- Coleta das palavras em um flipchart + técnica da flor</p> <p>- apresentação oral</p> <p>- exposição sintética com pps</p> <p>- ouvir a música</p>	<p>- sala com cadeiras em círculo</p> <p>- flip chart; papéis cortados em forma de quadrado, com as pontas dobradas ao centro, de um tamanho que caiba dentro de um copo</p> <p>- uma pasta para cada participante</p> <p>- micro e datashow</p> <p>- toca CD; música do CD Palavra Cantada; manual de apoio</p>	<p>- formar duplas de conversa sobre a história do nome; uma pessoa relata sobre a outra para o grupo.</p> <p>- 1ª. palavra: cada participante escreve dentro do quadradinho de papel que recebeu uma palavra que representa o que ele traz para o grupo (seu patrimônio)</p> <p>- 2ª. palavra: cada participante fala uma palavra que representa suas expectativas para esta capacitação, que é anotada na folha do flip chart</p> <p>- conversar com o grupo com apoio do pps</p>

		manual	(criança não trabalha; criança dá trabalho) e fazer leitura conjunta e comentada das págs do manual		- após comentários sobre a música, divisão em subgrupos a partir da distribuição dos números de 1 a 5. Facilitadores orientam a leitura nos subgrupos.
10-12hs	3. Identificar comportamentos de cuidado para com as pessoas e o meio ambiente; refletir sobre atitudes de proteger e cuidar	- Questões para reflexão da pág. 23 do manual / conteúdos emergentes do grupo (conceitos e situações concretas relacionadas ao proteger e cuidar)	1ª. Discussão em subgrupos 2ª. Elaboração de cartaz	- manual, papel e canetas - papel kraft ou cartolina, revistas, cola, giz de cera, canetas hidrográficas	- divisão em pequenos grupos para elaborar respostas. - elaboração de cartaz com representação dos conteúdos dos grupos sobre proteger e cuidar - plenária para apresentação e discussão.
12 hs	ALMOÇO NO LOCAL				
13-16hs	Antes de reiniciar o trabalho e as leituras, fazer um exercício corporal 4. Conhecer o conteúdo da cartilha e do manual sobre o tema proteger e cuidar	- Conteúdos das págs 4 a 6 da cartilha; págs 22 a 25 e 30 a 33 do manual	- exercício da bola de energia (Daisuke) - Leitura conjunta e comentada na seguinte ordem: <ul style="list-style-type: none"> • págs 4 a 6 da cartilha • págs 22 e 23 do manual • págs. 30, 31, 32 e 33 do manual • págs. 24 e 25 do manual • pág. 1 da ficha / quadro sobre gestação 	- cartilha da família, manual de apoio e ficha de acompanhamento	- todos em círculo, em pé - continuar o trabalho em pequenos grupos.
16-16:45hs	5. Fazer a revisão dos conteúdos e práticas do dia sob a ótica da multiplicação para as equipes de PSF	- conteúdos e práticas do dia	- trabalho em pequenos grupos	- cópia xerox do planejamento do dia	- cada participante recebe uma cópia da programação e anota o que acha que funcionaria ou não com os agentes e as

					equipes, além de outras sugestões. Este registro será retomado para o planejamento da multiplicação, assunto do 5º encontro.
16:45-17hs	6. Avaliação do dia e “nossos planos” para a semana		- brincando de fazer bolhinhas de sabão	- ficha de avaliação diária e brinquedo de fazer bolhinhas de sabão	- Cada participante preenche sua ficha de avaliação do dia. Cada um solta uma bolha de sabão e fala sobre seus sentimentos ao final desse dia de trabalho e sobre seus planos em relação ao projeto para a semana, e passa a vez.

Coordenação Geral: **Maria De La Ó e Anna Chiesa**

2º. Encontro	•Objetivos específicos (os participantes deverão...)	•Conteúdo programático	•Técnica	•Recursos necessários	•Desenvolvimento da atividade
8-10hs	1. Acolher os participantes 2. Rememorar a 1ª oficina 3. Vivenciar interdependência e cooperação no grupo de trabalho 4. Refletir sobre o tema família	- O que o grupo pensou e fez durante a semana. - Vivência em grupo - Levantamento dos conteúdos do grupo – conceitos, preconceitos; reflexão e análise do material apresentado (vídeo) e produzido pelo grupo (a janela)	Relaxamento (Dete) - “nossa memória” - Dança/diferentes ritmos (Dete) - 1ª. Confecção da “Nossa Janela de Família” - 2ª. Apresentação do vídeo “O Epicentro do Amor” – 20’	- - toca CD (Malú) - papel A3, canetas coloridas, giz de cera, cola, revistas e jornais - aparelho de tv e vídeo	- os participantes vão chegando e fazem a atividade ao ar livre. - o facilitador sintetiza o trabalho da oficina anterior e pede os conteúdos do grupo. - o facilitador promove a reflexão do grupo sobre a experiência vivida . Comentários - Anna Chiesa - divisão em subgrupos para confecção da janela; afixar os painéis. - o grupo assiste ao vídeo, faz o debate e problematiza o tema
10-12hs	5. Conhecer os conteúdos da cartilha e do manual sobre o tema família	- Função materna e função paterna; diferentes arranjos familiares, a divisão dos papéis e dos cuidados na família; trabalho com famílias	- Exposição oral com apoio de pps (Angela – 30’) - Leitura conjunta e comentada na seguinte seqüência:	- datashow e notebook - cartilha e manual	- após a exposição oral e a leitura conjunta e comentada das páginas da cartilha e do manual,

			<ul style="list-style-type: none"> • pág. 9 da cartilha e págs 34 a 39 do manual; • pág. 7 da cartilha e págs. 26 a 29 do manual; • págs. 45 a 47 do manual. 		retomar as janelas feitas pelo grupo e abrir a discussão.
ALMOÇO					
13-16:30 hs	6. Vivenciar a necessidade e os benefícios da convivência e cooperação com os outros 7. Conhecer os conteúdos da cartilha e do manual sobre o tema rede social	1°. Vivência em grupo 2°. Ouvir uma estória 3°. Conceito de interdependência, composição e transcendência - conteúdos das págs. 10 e 11 da cartilha e págs. 40 a 44 do manual	1ª. Dinâmica de grupo (Dete) 2ª. Contar uma estória (Dete) 3ª. Fazer a pergunta: Quantas pessoas há nesta sala? 1ª. Leitura conjunta e comentada 2ª. Montagem da rede da família 3ª. Exposição oral (Malú)	- 01 pacote de balas - Lenda Chinesa * (fonte: L. Boff) - manual e cartilha - folhas de cartolina, canetas coloridas, giz de cera, cola, revistas e jornais	- aos pares, um em frente ao outro, cada participante recebe uma bala que tem que desembulhar e comer sem dobrar o braço, estando o outro braço atrás das costas... - leitura do texto da lenda - conversa em grupo (Maria De La Ó) - cada subgrupo retoma a janela da família que confeccionou colocando-a no centro da folha de cartolina. Ao redor da janela, vai construindo a rede social da família (conceitos de interdependência, transcendência e composição). Apresentação e debate.

				-	
16:30 - 16:45hs	8. Fazer a revisão dos conteúdos e práticas do dia sob a ótica da multiplicação para as equipes de PSF	- conteúdos e práticas do dia	- trabalho em pequenos grupos	- cópia do planejamento do dia	- as pessoas se organizam em pequenos grupos, por escolha livre, para fazerem uma revisão do dia, anotando o que acham que funcionaria ou não com os agentes e as equipes, além de outras sugestões. Este registro será retomado no último encontro.
16:45-17hs	9. Avaliação do dia e “nossos planos” para a semana		- ficha de avaliação diária - técnica do aviãozinho	- ficha de avaliação e papel A4	- cada participante solta seu aviãozinho e captura um outro. Cada um lê em voz alta o que está escrito no avião que capturou.

** Diz uma lenda chinesa...*

Naquele tempo, um discípulo perguntou ao vidente:

_Mestre, qual é a diferença entre o céu e o inferno?

E o vidente respondeu:

_Ela é muito pequena, contudo, com grandes conseqüências.

Vi um grande monte de arroz, cozido e preparado como alimento.

Ao redor dele muitos homens, famintos, quase a morrer.

Não podiam aproximar-se do monte de arroz,

mas possuíam longos palitos de dois a três metros de comprimento

(os chineses, naquele tempo, já comiam o arroz com palitos)

Apanhavam o arroz, é verdade, mas não conseguiam levá-lo à própria boca,

porque os palitos eram muito longos.

E assim, famintos e moribundos, juntos mas solitários,

permaneciam sofrendo uma fome eterna,

diante de uma fartura inesgotável.

Isso era o inferno.

Vi outro monte de arroz, cozido e preparado como alimento.

Ao redor dele muitos homens, famintos, mas cheios de vitalidade.

Não podiam aproximar-se do monte de arroz,

mas possuíam longos palitos de dois a três metros de comprimento.

Apanhavam o arroz, mas não conseguiam levá-lo à própria boca,

porque os palitos eram muito longos.

Mas, com seus longos palitos, em vez de levá-los à própria boca, serviam o arroz uns aos outros.

E assim matavam sua fome insaciável, numa grande comunhão fraterna, juntos e solidários,

gozando a excelência dos homens e das coisas.

Isso era o céu.

“Vida para além da morte”
Leonardo Boff

Coordenação Geral: **Anna Chiesa e Deusdedit**

3º Encontro	•Objetivos específicos	•Conteúdo programático	•Técnica	•Recursos necessários	•Desenvolvimento da atividade
8 - 9hs	1. Rememorar a 2ª. oficina 2. Vivenciar o lugar de cuidador e de criança	- levantamento dos conteúdos e práticas da oficina anterior - vivências relacionadas ao cuidar e ser cuidado, conduzir e ser conduzido, dependência do outro, medos, confiança x desconfiança, identificação com a criança, etc.	- “nossa memória” - exercício “O cego e o mudo”	- filipetas de papel A4 (Angela) - faixas de pano para tapar os olhos e a boca, de cada um dos participantes	- o facilitador pede para o grupo lembrar o que foi feito no encontro anterior. Cada participante escreve em uma filipeta o que foi mais marcante para ele(a). - formar duplas, onde um é cego e outro é mudo. O mudo conduz o cego durante 3 ‘. Invertem-se as posições por mais 3’. Conversam entre si sobre a experiência vivida durante 5’. Finalização no grupo grande.
9 -10hs 10h – 12h30	3. Conhecer o conteúdo do manual sobre como usar a cartilha 4. Conhecer os conteúdos da cartilha, do manual e da ficha sobre os seguintes temas: cuidar de crianças e vacinação; amor e segurança; cuidados com a higiene	- págs. 12-15 e 16-21 do manual - tema 1: págs. 14 e 15 da cartilha, 48 a 51 do manual e seção Amor e Segurança da ficha de acompanhamento. - tema 2: pág. 20 da cartilha, 72 e 73 do manual e seção Higiene da ficha de acompanhamento.	- leitura em pequenos grupos - leitura, discussão e apresentação dos conteúdos pelos subgrupos	- manual - manual, cartilha e ficha	- divisão em 04 subgrupos para leitura e discussão. Cada grupo é acompanhado por um facilitador. - divisão em 04 subgrupos para leitura de todo o material. Cada 2 subgrupos ficam responsáveis por apresentar um tema (1.cuidar de crianças 2. higiene) sendo que um focaliza o conteúdo da cartilha e outro o conteúdo da ficha de acompanhamento. (11:30 hs – plenária)
ALMOÇO					
13h30 – 14h	5. Fortalecer os vínculos do grupo através de uma atividade feita em conjunto	- trabalho corporal - págs. 16 e 17 da	- liang gong (Rute / UBS Chára Santana)	- toca CD (Malú)	- trabalho ao ar livre, coordenado por uma integrante do grupo de multiplicadores.

14h - 16h30	6. Conhecer os conteúdos da cartilha, do manual e da ficha sobre: como as crianças aprendem e alimentação	cartilha; 52 a 61 do manual e seção sobre o brincar da ficha. - págs. 18 e 19 da cartilha; 62 a 71 do manual e seção sobre alimentação da ficha.	- leitura em pequenos grupos	- manual, cartilha e ficha - transparências e canetas para retroprojetor (Anna e Angela) - aparelho de retroprojetor	- divisão em 04 subgrupos. São 02 temas: cada 2 subgrupos ficam responsáveis por apresentar um tema, sendo que um focaliza o conteúdo da cartilha e outro o conteúdo da ficha de acompanhamento. (15:30hs – plenária)
16h30 - 16h45	7. Fazer a revisão dos conteúdos e práticas do dia sob a ótica da multiplicação para as equipes de PSF	- conteúdos e práticas do dia	- trabalho em pequenos grupos	- papel, caneta e cópia xerox do planejamento do dia	- as pessoas se organizam em pequenos grupos, por escolha livre, para fazerem uma revisão do dia, anotando o que acham que funcionaria ou não com os agentes e as equipes, além de outras sugestões. Este registro será retomado para o planejamento da multiplicação, assunto da 5º. encontro.
16h45 – 17h	8. Avaliação do dia e “nossos planos” para a semana			- flipchart e canetas coloridas	- Cada participante escreve no quadro ou flipchart uma frase curta que indique suas ações ou planos para a multiplicação em sua unidade.

Coordenação Geral: Malú e Maria De La Ó

4º Encontro	•Objetivos específicos	•Conteúdo programático	•Técnica	•Recursos necessários	•Desenvolvimento da atividade
8h – 9h	1. Acolhimento dos participantes 2. Rememorar o 3º Encontro	- receber e conhecer como cada pessoa chega para iniciar mais um dia de trabalho - levantamento dos conteúdos e práticas da oficina anterior	- apresentação das frutas - “nossa memória”	- filipetas com nomes de frutas (Dete) -	- cada um dos participantes escolhe uma fruta de acordo com o que está sentindo no momento e descreve as razões da sua escolha. - o facilitador sintetiza o trabalho da oficina anterior indicando os grandes temas tratados. Pede ao grupo que identifique os conteúdos e as técnicas utilizadas,

9h -12h30	3. Refletir sobre como orientar famílias para cuidarem de crianças com doenças comuns na infância, aprendendo a reconhecer sinais de perigo, e sobre prevenção de acidentes	- conteúdos da pág. 21 da cartilha e das págs. 74 a 83 do manual - ficha/seção saúde - conteúdos das págs. 22 e 23 da cartilha; 84 a 87 do manual e seção prevenção de acidentes da ficha.	- leitura dos textos e dramatização - vídeo “Conversando com as mães sobre problemas respiratórios” (Maria)	- manual, cartilha e ficha - aparelho de tv e vídeo	além de sua avaliação sobre a aplicabilidade do treinamento na Unidade (Malu e Maria) - divisão em 4 subgrupos para leitura e montagem de dramatização “Conversando com as famílias sobre: criança com diarreia; criança com febre; criança com tosse; prevenção de acidentes. - o grupo assiste ao vídeo como fechamento do trabalho do período da manhã.
ALMOÇO					
13h30 – 14h00	5. Aquecimento após o almoço	- dançar	- ritmos diversos para descontrair e despertar a atenção	- toca CD	- o facilitador propõe a dança e coordena a realização e avaliação da vivência (Dete)
14h -16h30	6. Sensibilizar-se para o tema dos direitos da criança através de uma reflexão inicial em grupo 7. Conhecer os conteúdos da cartilha e do manual sobre os direitos e a participação da criança	- letra da música “Meu Guri” de Chico Buarque de Holanda - Direitos da criança: conteúdos das págs 24 e 25 da cartilha e das págs 88 a 93 do manual - Participação da criança: conteúdos da pág 26 da cartilha e das págs 94 a 97 do manual	- discussão em pequenos grupos e plenária - divisão em 4 grupos, com leitura de textos, exercícios e exposição oral (tipo seminário)	- cópia da letra da música (Cacá), papel Kraft ou cartolina, canetas hidrográficas, revistas - manual e cartilha - papéis e canetas para preparar a exposição	- cada subgrupo lê e reflete sobre a letra da música; registra os conteúdos discutidos em um cartaz relacionando-os com possíveis violações de direitos da criança, Plenária. - Grupos 1e 2: trabalham os conteúdos sobre direitos através da leitura dos textos correspondentes e faz o exercício da pág. 93 (O que trabalhar com a família - item 2) - Grupos 3 e 4: trabalham os conteúdos sobre participação através da leitura dos textos correspondentes e faz o exercício da pág. 97 (O que trabalhar com a família – identificar atitudes e comportamentos

					compatíveis com as idéias propostas). Apresentação dos trabalhos: grupos ímpares apresentam as possíveis dificuldades e os grupos pares apresentam as possíveis facilidades para promover os conteúdos, pensando tanto nas ESF quanto nas famílias
16:30 -17 hs	8. Avaliação do dia		- “salada de frutas”	- filipetas com nomes de frutas (Dete)	- Cada participante escolhe novamente uma fruta e expõe o porque de sua escolha. O grupo faz uma salada de frutas.

Lembrete: identificar as pessoas que estão participando da Pré-Conferência de Saúde.

Coordenação Geral: **Angela e Cacá**

5º Encontro	•Objetivos específicos (os participantes deverão...)	•Conteúdo programático	•Técnica	•Recursos necessários	•Desenvolvimento da atividade
8-9hs	1. Refletir sobre o Projeto Janelas, os conteúdos e técnicas trabalhadas na oficina de capacitação e o papel do agente multiplicador.	- o que aprendemos; nosso interesse e disposição para trabalhar o projeto; dificuldades sentidas e temidas; reafirmação do compromisso assumido.	- o Jardim do “Janelas” (Cacá)	- desenho de uma árvore (apenas delineada) em cartolina - grama e terra em papel crepom - sementes pequenas e grandes em papel kraft (recortadas) - folhas (papel verde) - flores - frutos - jardineiro - gotas de água - adubo - sol - nuvens (claras e escuras) - raios - um regador - uma cobra - algumas	- começar com uma árvore delineada + terra e grama afixadas com fita crepe. - colocar 2 sementes grandes na terra para representar os conteúdos e experiências adquiridas pelo grupo durante os 4 encontros de capacitação; - convidar o grupo a semear a terra com as sementes da multiplicação da capacitação. Cada participante escreve na sua semente o que acha que ela tem de bom para vingar. Lê o que escreveu para todos e cola a sua semente na terra;

				<p>minhocas</p> <ul style="list-style-type: none"> - abelhas - pássaros - borboletas - fita crepe 	<p>- depois de todos apresentarem suas “boas sementes” cada um escolhe uma outra parte da árvore e um dentre vários outros elementos disponíveis para com eles representar os resultados que espera alcançar e as dificuldades que acredita encontrar. Cada um escreve e apresenta verbalmente antes de colar no desenho da árvore;</p> <p>- o monitor deve sempre fazer uma síntese, após cada passo do trabalho de construção da árvore;</p> <p>- ao final, o monitor deve buscar fazer uma síntese contando com a ajuda do próprio grupo;</p> <p>- terminar cantando “O Cio da Terra”.</p> <p>Obs: a idéia é obter um produto, utilizando a simbologia da árvore e dos demais elementos da natureza, que represente todas as atitudes, disposições e expectativas de resultados do grupo frente ao trabalho de implantação do Projeto e da tarefa de multiplicação para as equipes em particular.</p> <p>Trabalhar as seguintes analogias:</p> <p>- <u>Água</u> – Pode</p>
--	--	--	--	---	---

					<p>Representar Aquilo Que É Indispensável Para O Projeto Acontecer, Isto É, Nossa Responsabilidade E Empenho Frente Ao Compromisso Assumido.</p> <p>- <u>Sol</u> – Pode Representar A Vontade De Cada Um De Nós (Âmbito Individual) E A Vontade Política Das Instituições Responsáveis (Âmbito Institucional).</p> <p>- <u>Adubo</u> – Pode Representar Nossa Necessidade De Sermos Estimulados E Valorizados, Como Um Alimento Que Traz A Energia Do Renovar, Inovar, Fazer Acontecer, Mesmo Quando Os Obstáculos Parecem Intransponíveis.</p> <p>- <u>Minhocas</u> – Elas Ficam Escondidas Debaixo Da Terra, Mas Seu Trabalho É Fundamental. São As Minhocas Que</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>Deixam A Terra Permeável Para Receber A Água. Muitos Fazem Esse Papel.</p> <p>- Nuvens Com Raios – Podem Representar Momentos Difíceis, De Crise, Quando Tudo Parece Que Vai Ruir.</p> <p>- Abelhas – Podem Representar Trabalhadores Incansáveis, Que Vão E Vem, Que Não Desistem Nunca.</p> <p>- Borboletas – Podem Representar As Crianças Do Projeto.</p> <p>- Jardineiro – Pode Representar O Agente Multiplicador, Aquele Que Tem Que Coordenar, Estar Atendo A Tudo E A Todos; Que Também Tem Que Dominar Suas Ferramentas De Trabalho.</p>
9-10hs	<p>2. Conhecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conteúdos do último capítulo do manual (“Conversando com os Agentes e as Equipes de PSF”) e a lista de Competências Familiares do UNICEF; - Perspectivas de monitoramento/construção do marco zero; - Capacitação de radialistas; - O que não devemos fazer quando trabalhamos com grupos. 	<ul style="list-style-type: none"> - valorização dos profissionais envolvidos; - as 28 competências familiares; - acompanhamento das ações e monitoramento de resultados; - mobilização social através de rádios oficiais e rádios 	<ul style="list-style-type: none"> - exposição oral (Angela) - apresentação do vídeo “Zé Confuso” (Dete) 	<ul style="list-style-type: none"> - manual - TV e vídeo 	<ul style="list-style-type: none"> - O facilitador apresenta os temas do manual e recomenda-os para leitura em casa (págs 98 e 99 + anexo págs 100 e 101); - O facilitador expõe oralmente as perspectivas de monitoramento e acompanhamento do Projeto; - O facilitador recolhe

		comunitárias; - trabalhando a capacitação dos ACS e das Equipes.			a ficha de caracterização da população-alvo e os contatos com as rádios comunitárias que cada participante providenciou; - comentários sobre o vídeo (Dete)
10-12hs	3a . Fazer o planejamento da capacitação das equipes 3b . Para os profissionais das Coordenadorias de Saúde: planejar o acompanhamento da capacitação e das ações das equipes (supervisão, orientação, apoio, registros e relatórios)	- diretrizes e parâmetros para o planejamento da multiplicação* - referência de prazo para a multiplicação (de 15/09 a 15/10) - reuniões bimensais de acompanhamento das ações (montar agenda Grupo Sul I) - todos os conteúdos trabalhados	- exposição oral (Angela) - trabalho em grupo	- Papel A4 e canetas + cópia do planejamento dos 4 encontros de multiplicadores	* Material e outros recursos para realização da oficina de multiplicação por conta de cada UBS ou apoio do parceiro do PSF/outros; Fornecimento do manual, cartilha e ficha mediante apresentação do plano e cronograma da multiplicação; Carga horária mínima: 24 hs Carga horária máxima: 32 hs Formato do treinamento de acordo com a realidade local; Fornecimento das cartilhas das famílias mediante apresentação de relatório da oficina de multiplicação com relação nominal dos participantes; - divisão em subgrupos (critérios de proximidade e intercâmbio entre os profissionais e suas unidades); - os facilitadores acompanham o trabalho nos subgrupos, esclarecendo dúvidas e socializando as informações necessárias.

ALMOÇO					
13h – 15h30	Continuidade do trabalho de planejamento				
15h30 – 17h	4. Fechamento 5. Comemorar o trabalho realizado e a conclusão da oficina. 6. Foto da “formatura”	- retomar as palavras escritas no 1º. encontro - celebrar, confraternizar	- técnica da flor - prática da Pastoral (Dete)	- saquinho contendo as palavras - uma cesta com bombons sortidos	- cada participante retira uma palavra e comenta o que recebeu. - descrição da confraternização em folha anexa **

**** Confraternização**

Levar um presente (caixa de bombons ou similar que será distribuído a todos). Mas antes, realizar um sorteio. Depois do sorteio, trabalhar da seguinte forma:

- 1- **Parabéns.** *Você teve muita sorte, foi o premiado. Este presente simboliza o carinho, a compreensão e a amizade construídos durante este encontro. No entanto lhe dou uma triste notícia: este presente não será seu. Observe o grupo e entregue-o a quem você considerar a pessoa mais organizada.*
- 2- **Organização** *é algo muito importante, que bom que você possui esta virtude. Apesar de ser organizado, também não vai ficar com o presente. Por favor, levante-se e entregue-o à pessoa que você considera a mais feliz.*
- 3- **Felicidade** *deve ser construída em bases sólidas. Ela não depende dos outros, mas única e exclusivamente de nós mesmos. Todavia, mesmo com essa carinha mais feliz do mundo, o presente irá para alguém que na sua opinião, é uma pessoa meiga.*
- 4- **Meiguice** *não é muito comum hoje em dia, mas você possui esta qualidade, meus parabéns. No entanto, o presente também não é o seu. Você com seu jeito meigo, passe o presente a quem você considera extrovertido.*
- 5- *Por ser assim **extrovertido** é que você foi escolhido para receber este presente. Infelizmente vou ter que lhe dizer que ele também não é seu. Passe-o para quem você considera uma pessoa corajosa.*
- 6- *Que bom ganhar um presente por ter a virtude da **coragem**. É isso que você vem demonstrando nestes dias aqui conosco. Com isso temos a certeza de que não vai ser difícil passar este presente a quem você considera muito inteligente.*
- 7- **Inteligência** *é um dos sete dons do Espírito Santo. Parabéns por você ter nos enriquecido com esse seu talento. Sabemos que há tantas pessoas que guardam seus dons só para o seu próprio bem... Inteligente como você é com certeza já sabe que também não vai ficar com o presente. Passe-o para a pessoa que você considera a mais simpática.*
- 8- *Para comemorar a sua **simpatia**, ofereça a todos os presentes, um largo sorriso. Uma pessoa **simpática** como você, com certeza não vai ficar triste por não ficar com o presente. Queira entregá-lo a quem você acha muito dinâmica.*

- 9- **Dinamismo** é força, coragem, compromisso, energia. Agentes comunitários de saúde e educadores têm por missão multiplicar boas idéias e bons propósitos. Para isso, o dinamismo é uma qualidade muito importante! O mundo precisa de gente dinâmica como você. Parabéns! Mas passe este presente a quem você considera uma pessoa solidária.
- 10- **Solidariedade** é uma virtude muito rara neste mundo, infelizmente... Você está de parabéns por ser solidário com os que precisam tanto de sua ajuda. Mas apesar de possuir uma qualidade tão fundamental, o presente também não vai ficar com você. Entregue-o a quem você considera uma pessoa alegre.
- 11- **Alegria** com certeza faz bem a muitos corações. Pessoas alegres, como você, transmitem otimismo, entusiasmo, alto astral. Com esta sua característica, passe o presente a quem você considera elegante.
- 12- A **Elegância**, sem dúvida, complementa a criação humana e torna sua presença marcante. Uma pessoa elegante sobressai em qualquer reunião ou evento. Apesar de tudo isso, você vai ter que passar este presente para uma pessoa que você acha muito bonita.
- 13- Ótimo, você foi escolhida como uma pessoa muito bonita. Mostre sua **beleza** desfilando para todo o grupo. Muito bem, você desfilou maravilhosamente, mas lamentamos dizer que o presente também não será seu. Passe-o para quem, na sua opinião, transmite paz.
- 14- O mundo todo clama por **Paz** e você, naturalmente possui tão grande riqueza. Transmitindo sua paz para todos nós, entregue este presente a quem você considera uma pessoa generosa.
- 15- **Generosidade!** Como precisamos de pessoas que distribuem seus dons, seu tempo, seus cuidados. Por isso mesmo, você está sendo convidado a abrir o seu presente e dividi-lo com todos os participantes dessa confraternização.

Para todos nós que também somos um pouco **organizados, felizes, meigos, extrovertidos, corajosos, inteligentes, simpáticos, dinâmicos, solidários, alegres, elegantes, bonitos, pacíficos e generosos, PARABÉNS e SUCESSO** em tudo que fizermos, pelo desenvolvimento dos outros e de cada um de nós!!!

Anexo VIII

Descrição das Oficinas de Capacitação do Projeto Janelas

A análise documental também favoreceu a descrição das atividades desenvolvidas pelos diferentes atores deste processo com o intuito de aproximar a operacionalização das categorias empíricas encontradas junto ao referencial de análise do método educativo proposto por Paulo Freire.

As Oficinas de Capacitação “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades” objetivaram a criação de um espaço de integração entre os membros das equipes de saúde da família. Neste sentido, os participantes poderiam se expressar de forma criativa e participativa ao longo do processo educativo. A introdução da tríade do Projeto Janelas vinculou-se a valorização das competências e experiências anteriores relacionadas ao cotidiano do trabalho a fim de aumentar a motivação e adesão dos multiplicadores aos conceitos do projeto.

As oficinas foram preparadas pela equipe técnica ao longo de 5 encontros semanais, com duração de oito horas cada, abrangendo o período da manhã e da tarde com intervalos destinados para descanso, alimentação, descontração e entrosamento entre os participantes. Cabe ressaltar que, todos cronogramas demarcam o intervalo médio esperado para a realização cada etapa da oficina.

Destaca-se também a importância da interdisciplinaridade na reorganização dos serviços de saúde para melhor atender a complexidade que o conceito ampliado do processo saúde-doença tanto por parte da coordenação quanto dos participantes. Cada encontro foi coordenado por dois integrantes da equipe técnica (exceto na oficina inicial em que todos coordenaram): 2 enfermeiras, 2 assistentes sociais, 1 psicóloga e 1 administradora.

Durante a capacitação realizada pelo Projeto Janelas, vale destacar a participação de diferentes atores em um esforço interdisciplinar para a aquisição de novas abordagens e tecnologias do cuidado da saúde da criança por intermédio do fortalecimento das competências da família. Neste sentido, reafirmou-se a importância

da contribuição da ESF, em especial do ACS, no trabalho de consolidação dos princípios do SUS e do ideário da Promoção da Saúde por meio da construção de uma linguagem comum, independente das especificidades técnicas de cada trabalhador.

A contribuição dos diferentes trabalhadores das equipes de saúde da família – agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem – foi essencial para o desenvolvimento de uma linguagem comum dentro do projeto. Salienta-se o envolvimento de outros trabalhadores responsáveis pela gestão do serviço de saúde tais como auxiliares técnico-administrativos e gerente de unidade básica de saúde; e pela manutenção do ambiente do trabalho com a participação de auxiliares de limpeza.

Com base no princípio da troca de saberes e da pertença no grupo, a escolha do espaço físico primou por um local adequado, agradável e confortável para os encontros. A disposição circular dos assentos e a facilidade para a realização das metodologias participativas sugeridas pela coordenação foram outros aspectos considerados pela coordenação dos encontros. Durante a realização de um dos encontros, mediante as condições climáticas no dia, utilizou-se também o ambiente externo para promover maior contato com a natureza.

Desde sua implantação no município de São Paulo até o final de 2005, foram capacitados 130 multiplicadores – 45 na região Sul I, 25 na região Sul II e 30 em ambas regiões Centro-Norte e Leste – de um total de 256 equipes de PSF que atendem aproximadamente 25000 famílias distribuídas nas 72 unidades básicas de saúde vinculadas ao projeto.

A escolha de um dia específico da semana permitiu maior flexibilidade para negociar o critério de frequência de 80 a 100 por cento com as gerências envolvidas, pois visou a redução de impacto na dinâmica do trabalho exercido pelos multiplicadores.

As avaliações foram fornecidas ao final de cada encontro, sendo isentas de identificação do participante e com critérios docimológicos objetivos e subjetivos tanto do aspecto técnico, quanto da motivação e envolvimento dos multiplicadores.

A primeira questão visa identificar a percepção dos participantes no que tange à aproximação dos conteúdos trabalhados ao seu cotidiano; as três questões subseqüentes foram direcionadas para o método de ensino-aprendizagem empregado no decorrer dos encontros; a quinta pergunta apresenta um caráter auto-avaliativo a fim de mensurar a receptividade e participação dos educandos através de sua própria perspectiva; o sexto questionamento configurava um campo aberto para comentários adicionais que os participantes julgassem pertinentes; por fim, a sétima questão ilustrava uma “escala de carinhas” com diferentes formas de expressão emocional com o intuito de dimensionar a percepção subjetiva do impacto do encontro nos participantes.

Para que haja uma continuidade das ações empreendidas, encontros bimestrais são promovidos a fim de manter a rede de apoio dos multiplicadores, assim como outras atividades de pesquisa e avaliação que permitem verificar o processo e os resultados obtidos em cada região vinculada ao projeto.

Primeiro encontro

Na fase de aquecimento do período da manhã, os participantes foram convidados a formar duplas ou trios, caso o número de participantes fosse ímpar, para a realização da “técnica do cochicho” sobre a história do nome de cada um, permitindo uma maior integração, autoconhecimento, alteridade e resgate da identidade de cada participante desde o início do processo educativo.

Após as apresentações, foi realizada a “técnica da flor” como forma de captação de atributos positivos que os participantes estariam dispostos a compartilhar e daquilo que eles esperam receber ao longo do processo educativo. Papéis cortados em forma de quadrado foram distribuídos com o intuito de que cada pessoa colocasse uma

qualidade que trouxe para o trabalho com o grupo. Depois de recolher os papéis com a primeira palavra solicitada e guardá-los até o último dia da capacitação, a coordenação indagou sobre outras palavras que melhor expressassem as expectativas dos participantes, com a diferença de escrevê-las no *flip chart* a fim de identificar os anseios específicos do grupo e buscar alternativas para trabalhá-los.

Nesta ocasião, os participantes preencheram uma ficha de cadastro e receberam uma pasta com material didático das Oficinas de Capacitação: Manual e cartilha “Toda hora é hora de cuidar”; ficha de acompanhamento de cuidados para a Promoção da Saúde da criança; cópia do planejamento de atividades do dia; textos avulsos e letras de música para serem utilizados nos próximos encontros. O *book* de apoio subsidiou as leituras complementares para os multiplicadores.

Em seguida, os coordenadores apresentaram os objetivos e a programação prevista para a capacitação dos multiplicadores e solicitaram a apresentação oral dos participantes sobre a caracterização da população-alvo (perfil de morbi-mortalidade, programas em andamento, recursos e equipamentos sociais etc).

Para a introdução do Projeto Janelas, a coordenação preparou uma exposição sintética em *Power Point*® – apresentada com auxílio de computador e *datashow* – relativa ao histórico do projeto e propiciar a apresentação da tríade produzida pelos parceiros.

Como forma de sensibilizar os participantes para o conteúdo “Primeira infância” foram empregada as seguintes atividades: com o apoio de aparelho de *compact disc*, ouvir CD com a música “criança não trabalha, criança dá trabalho” e expressar suas impressões sobre ela; dividir os participantes em 5 subgrupos para a leitura e discussão das páginas 5 a 7 do manual de apoio.

Ainda no período da manhã, foi proposta a elaboração de um trabalho de recortes e colagem (a partir de imagens de revistas e jornais) para a confecção de um cartaz que captasse as representações dos participantes, a partir de conceitos e situações concretas, com base na problematização proposta na página 23 do manual de apoio,

sobre as formas de proteção e de cuidado destinadas às pessoas e ao meio ambiente. Outros recursos foram disponibilizados para a montagem do cartaz em papel *Kraft* ou cartolina, tais como giz de cera e canetas hidrográficas, caso alguém quisesse desenhar sua própria figura. Finalmente, os subgrupos apresentaram seu resultado em plenária e, em seguida, o coordenador abriu espaço para discussão em grupo.

Para o início da tarde, realizou-se um exercício corporal denominado “bola de energia” com todos os participantes em pé e em círculo para prepará-los para as leituras programadas. Tal técnica permite aumentar a conexão entre os integrantes e manipular a energia do corpo com o objetivo condensar energia invisível, mas perceptível. Proporciona um momento de recarregar as energias do grupo e promover boas vibrações para as atividades vespertinas.

Cada um dos 5 subgrupos formados trabalhou o tema “Proteger e Cuidar” contido na tríade do Projeto Janelas com o objetivo de ler, refletir, apresentar e discutir em conjunto os seguintes excertos: página 4 a 6 da cartilha, página 22 e 23 do manual de apoio, páginas 24 e 25 do manual de apoio, páginas 30 a 33 do manual de apoio e a primeira parte da ficha de acompanhamento relacionada à gestação.

À guisa de síntese do encontro, a coordenadoria distribuiu para os participantes uma cópia do planejamento do dia com os conteúdos e práticas do encontro a fim de que cada um assinale os elementos que funcionariam ou não em sua equipe de trabalho, bem como apresentar sugestões e alternativas. Vale ressaltar que, este instrumento foi aplicado em todos encontros para servir de base, no último encontro das oficinas de capacitação do Projeto Janelas, para os multiplicadores planejarem e reproduzirem um processo educativo em seus respectivos *loci* de atuação.

Para o encerramento das atividades do dia, após o preenchimento da ficha de avaliação diária, os coordenadores convidam os participantes para brincar de bolinhas de sabão – como forma de resgatar as brincadeiras de infância que caracterizam uma das temáticas centrais da capacitação – sendo que cada um recebe um frasco para fazer bolinhas de sabão, assopra uma bolha e comenta sobre seus sentimentos ao final

deste encontro e as possibilidades relacionadas à consolidação do Projeto Janelas junto a sua equipe de trabalho no transcorrer da semana.

Segundo encontro

Para o início das atividades da manhã, os participantes foram convidados a realizar um relaxamento ao ar livre e em contato com a natureza por meio de técnicas corporais. Depois desta dinâmica, a coordenadora recorda e sintetiza, com o apoio dos participantes, o trabalho realizado na semana anterior. Cabe ressaltar a importância da técnica de “memorização” em atividades grupais, pois é um ótimo recurso para avaliar a apreensão dos conteúdos, o envolvimento com as atividades e o reforço da práxis no cotidiano dos serviços aos quais estão vinculados.

A seguir, para promover uma vivência em grupo que considere a interdependência e cooperação, a coordenação propõe dançar ao som de diferentes ritmos musicais e refletir sobre tal experiência a fim de salientar a importância da definição de objetivos comuns, da inserção de cada profissional dentro do processo de trabalho e da multi ou interdisciplinaridade na resolubilidade das necessidades de saúde de sua população.

O Projeto Janelas editou e produziu uma fita de vídeo com 7 curtas-metragens, para serem assistidos e discutidos pelos participantes dos encontros, referentes a: conceito de família (“O epicentro do amor”), desenvolvimento infantil e importância da primeira infância (“Desenvolvimento integral da primeira infância” e “Os primeiros anos marcam para sempre”), problemas comuns na infância e cuidados caseiros (“Conversando com as mães”), resiliência e exclusão social (“Rompendo o ciclo da pobreza”), maus-tratos e violência contra a criança (“Violência contra a criança”), planejamento das ações educativas em saúde (“Zé Confuso”).

Para discutir o tema “Família”, o grupo foi subdividido para a montagem da “Nossa Janela da Família” com o uso de papel sulfite, canetas coloridas, giz de cera, assim como recortes e colagem de imagens de revistas e jornais. Ao término da atividade, os painéis foram afixados para apreciação dos pares.

Ainda na perspectiva de problematizar o conceito de família junto ao grupo, com o apoio de televisão e vídeo-cassete, o coordenador apresenta o vídeo “O epicentro do amor” para instigar a discussão e análise sobre as funções, conceitos e preconceitos sobre a composição e dinâmica familiar.

Após a discussão de ambas atividades, a coordenadora realiza uma exposição oral em Power Point® sobre: trabalho com famílias; função materna, paterna ou outro cuidador; arranjos familiares; divisão de papéis e cuidados da família. Para a leitura conjunta em subgrupos foram selecionados os seguintes trechos: página 7 e 9 da cartilha; página 26 a 29, 34 a 39 e 45 a 47 do manual de apoio. A partir desta reflexão em grupo, com referência às “Janelas” feitas pelos participantes para concluir a discussão da manhã.

No período vespertino valorizou-se a importância do tema “Convivência e cooperação no trabalho em equipe” mediante a realização da “técnica da bala”. Formaram-se duas fileiras com número equivalente de participantes, um em frente ao outro, após a distribuição de uma bala para cada integrante da dupla, ambos se posicionam de forma a permanecer com um braço estendido e outro flexionado atrás das costas. O desafio proposto está em encontrar uma maneira de desembulhar a bala sem dobrar o braço, cuja finalidade é reconhecer as relações de interdependência e transcendência na solução dos problemas.

Para reforçar a atividade anterior, a leitura da “Lenda Chinesa”, escrita por Leonardo Boff em “Vida para além da morte”, reflete a importância da cooperação entre os integrantes do grupo frente às dificuldades apresentadas pela realidade. Antes de iniciar a discussão das atividades realizadas, a coordenadora questiona quantas pessoas estão presentes na sala a fim de verificar a noção de integração e composição dos integrantes do grupo, bem como transcender a realidade direta e imediata para identificar a contribuição de diferentes atores cuja intercomunicação resultou na realização desses encontros.

Com relação ao tema “Redes sociais” a coordenação solicitou a leitura conjunta e comentada das páginas 10 e 11 da cartilha e das páginas 40 a 44 do manual de apoio.

Em seguida, retomou as “Janelas” produzidas pelo grupo no último encontro e, em uma cartolina, os participantes centralizaram sua “Janela” e construíram, ao redor desta montagem, os elementos que configuram a rede social da família através de canetas coloridas, giz de cera, cola, revistas e jornais.

Os participantes preencheram suas cópias do planejamento do dia e avaliações diárias, sendo convidados a lembrar, de forma lúdica, como montar um avião de papel. Cada participante escreve em seu aviõzinho suas emoções e planos para a semana, lançando-os para o ar. Todos recolhem os aviõezinhos e lêem em voz alta o que foi escrito, sendo que está técnica prima pelo sigilo e espontaneidade de seu dono.

Para o encerramento das atividades do dia, após o preenchimento da ficha de avaliação diária, os coordenadores convidam os participantes para brincar de bolinhas de sabão – como forma de resgatar as brincadeiras de infância que caracterizam uma das temáticas centrais da capacitação – sendo que cada um recebe um frasco para fazer bolinhas de sabão, assopra uma bolha e comenta sobre seus sentimentos ao final deste encontro e as possibilidades relacionadas à consolidação do Projeto Janelas junto a sua equipe de trabalho no transcorrer da semana.

Terceiro encontro

Para rememorar o encontro anterior, as coordenadoras distribuíram filipetas de papel sulfite para os participantes e, em uma palavra ou frase curta, descrever qual momento mais marcante em sua opinião.

No aquecimento inicial, realizou-se o “exercício do cego e do mudo” que abrange as relações de cuidar e ser cuidado, dependência e independência, vínculos de confiança ou de desconfiança, entre outros aspectos envolvidos nas relações interpessoais. A vivência consiste em formar duplas que alternam o papel de “cego” e “mudo”. Para isso, são necessárias faixas de pano para vendar os olhos de um dos participantes e tapar a boca do outro. Durante três minutos, o “cego” conduz o “mudo” e, pelo mesmo tempo, invertem-se essas posições. Os participantes, livres das faixas

de pano, conversam sobre tal experiência por mais cinco minutos. Abre-se a discussão para o grupo inteiro.

Após este exercício, foi proposta a formação de quatro subgrupos para a leitura das páginas 12 a 15 e 16 a 21 do manual de apoio para abordar as possibilidades de uso dos instrumentos destinados ao acompanhamento da criança e do suporte informativo para a família na perspectiva dos participantes em seus processos de trabalho.

Não obstante, com a finalidade de suscitar o tema “Cuidados com a criança” em suas diferentes dimensões – cuidados infantis, imunização durante a infância, segurança, amor, higiene corporal – a coordenação dividiu dois temas: o primeiro referente às páginas 14 e 15 da cartilha, 48 a 51 do manual de apoio e a seção “Amor e Segurança” da ficha de acompanhamento; e o segundo relacionado à página 20 da cartilha, páginas 72 e 73 do manual de apoio e a seção “Higiene” da ficha de acompanhamento.

Selecionados os temas – Cuidar de crianças e Higiene, respectivamente – dois subgrupos trabalham a mesma temática com base no manual de apoio, entretanto, um dos subgrupos enfoca o conteúdo da cartilha e o outro enfatiza os tópicos da ficha de acompanhamento. Para encerrar o período matutino, o grupo apresenta os resultados da discussão em uma plenária.

Após o almoço, para fortalecer o sentimento de inclusão e os vínculos com o grupo, todos foram convidados a participar do exercício de *liang gong*, ministrado por uma das multiplicadoras do projeto, ao ar livre e ao som de uma música relaxante.

Similarmente ao trabalho realizado na manhã, os subgrupos foram organizados com base em outros dois temas: um aborda as brincadeiras na infância com base nas páginas 16 e 17 da cartilha, 52 a 61 do manual de apoio e da seção “Brincadeiras” da ficha de acompanhamento; o outro contempla as diferenças da alimentação desde a amamentação até a incorporação do padrão alimentar da família por meio das páginas

18 e 19 da cartilha, 62 a 71 do manual de apoio e da seção “Alimentação” da ficha de acompanhamento.

Ao término da plenária da tarde e o preenchimento das fichas de avaliação diária, os participantes escreveram, com canetas coloridas em um *flip chart*, seus planos para a multiplicação no decorrer da semana em seus locais de atuação.

Quarto encontro

O encontro anterior foi rememorado com a “técnica das frutas”, que relaciona a escolha de uma determinada fruta a partir dos sentimentos e pensamentos dos participantes como forma de avaliar o estado de humor e disposição para as atividades do dia. As coordenadoras distribuíram filipetas de papel sulfite para os participantes contendo nomes de diferentes frutas (com repetições). Ainda nesta etapa recordatória, a coordenação solicita que os multiplicadores comentem sobre a reprodutibilidade e aplicabilidade dos conteúdos trabalhados até o momento em suas unidades de origem.

Para abordar os temas “Problemas comuns na infância”, “Reconhecimento de sinais de perigo pelos cuidadores” e “Prevenção de acidentes” foram selecionados, para o trabalho em 4 subgrupos, as páginas 21 da cartilha, 74 a 83 do manual de apoio e da seção “Saúde” da ficha de acompanhamento para fortalecer os cuidados da família mediante morbidades que podem ser resolvidas em casa ou que precisam do serviço de saúde; enquanto que as páginas 22 e 23 da cartilha, 84 a 87 do manual de apoio e da seção “Prevenção de acidentes” da ficha de acompanhamento se destinam ao controle de injúrias no ambiente doméstico, durante o lazer, na rua e no trânsito.

Além da leitura em grupo e discussão temática, a coordenação requisitou a montagem de 4 possíveis cenas que demonstrassem o diálogo entre o profissional de saúde e a família sobre a “Criança com diarreia”, “Criança com febre”, “Criança com tosse” e “Prevenção de acidentes”. Após a dramatização dos participantes, apresentou-se o filme “Conversando com as mães” com o intuito de fixar e sintetizar os conteúdos abordados durante a manhã.

Para preparar o retorno para as atividades vespertinas, a coordenação promoveu um momento para dançar vários ritmos musicais para descontrair e despertar a atenção dos participantes. Ainda com a ajuda do aparelho de *compact disc*, tocou-se um CD com a música “meu guri”, de Chico Buarque de Holanda, para que os subgrupos produzissem um cartaz com o uso de cartolina ou papel Kraft, canetas hidrográficas e revistas, a partir da letra da música, a fim de relacionar possíveis violações dos direitos da criança. Os resultados parciais foram reunidos e apresentados em plenária.

A abordagem dos temas “Direitos das crianças” e “Participação da criança” foram escolhidas, respectivamente, as páginas 24 e 25 da cartilha e 88 a 93 do manual de apoio, e as páginas 26 da cartilha, 94 a 97 do manual de apoio. A coordenação também providenciou cópias do Estatuto da Criança e do Adolescente e Convenção sobre os direitos das crianças para subsidiar as discussões. Vale ressaltar que as páginas 93 e 97 do manual de apoio têm quadros de exercícios para suscitar a reflexão das equipes de saúde da família sobre possíveis intervenções relacionadas à advocacia dos direitos da criança e da família.

Os subgrupos receberam folhas sulfite e canetas para preparar posterior exposição oral e foram classificados de 1 a 4, sendo que os dois primeiros discutiriam os direitos infantis e, os últimos, pensariam modos de viabilizar a participação infantil na tomada de algumas decisões e formação da cidadania. Não obstante, as equipes ímpares identificariam os nós críticos para a efetivação dos temas junto às equipes e/ou famílias, enquanto que os representantes dos números pares discutiriam facilitadores para a implementação das idéias propostas.

Para encerrar as atividades do dia, o grupo todo seleciona novamente um tipo de fruta e explica o motivo da escolha, em especial, se houve mudança na fruta selecionada, realizando uma “salada de frutas”.

Quinto encontro

O último encontro iniciou com a reflexão sobre as potencialidades e desafios para o Projeto Janelas, rememoração teórico-metodológica das oficinas anteriores,

compreensão do papel dos multiplicadores para a reorganização do processo de trabalho a partir da Promoção da Saúde, avaliação da disponibilidade e motivação dos participantes e reforço do compromisso acordado para a implementação do projeto em seus territórios.

Em seguida, a coordenação propôs a construção do “Jardim do Projeto Janelas” com o envolvimento de todos diante de uma árvore delineada em uma cartolina com caneta hidrográfica, terra e grama de papel e afixadas com fita crepe. A partir deste cenário incompleto, a coordenadora apresentou outros elementos também confeccionados em papéis coloridos. Os participantes receberam duas grandes sementes, feitas em papel Kraft, a fim de escrever os conteúdos apreendidos e experiências acumuladas durante a capacitação. Logo depois, o grupo “semeou a terra” com as sementes da multiplicação da capacitação, relatando a principal qualidade escrita nelas.

Após a semeadura, todos são convidados a escolher outros elementos, tais como folhas, flores, frutos, gotas de água, adubo, sol, nuvens claras, nuvens escuras, raios, jardineiro, regador, cobra, minhocas, abelhas, pássaros e borboletas para preencher a área ao redor da árvore. Cada etapa de montagem do cenário foi abordada pela coordenadora com o objetivo de fazer breves sínteses mediante a simbologia do jardim e realizar analogias específicas para cada elemento da natureza e sua importância para a consolidação do Projeto Janelas.

Após essa construção coletiva e com o auxílio de todos, a coordenação realizou uma síntese final com o intuito de captar as atitudes, disposições, necessidades e expectativas de resultados para a multiplicação das oficinas pedagógicas junto às equipes de saúde da família envolvidas. Concluiu-se a atividade com o grupo cantando o “cio da terra” de Milton Nascimento e Chico Buarque de Holanda.

Ainda no período da manhã, os participantes receberam como tarefa de casa a leitura do capítulo final do manual de apoio “Conversando com os agentes e as equipes de PSF” com o objetivo de valorizar as ações das equipes de saúde da família e do anexo que contempla as 28 competências familiares propostas pelo UNICEF. Uma das

coordenadoras expôs oralmente suas perspectivas com relação ao acompanhamento e monitoramento do Projeto Janelas, assim como recolheu as fichas de caracterização do perfil da população incluída nesta etapa do projeto.

Para reforçar a participação comunitária, a capacitação de radialistas de rádios oficiais e/ou comunitárias foi aventada pelas equipes de saúde da família. Os participantes, que entraram em contato com estes profissionais da mídia, foram incentivados a manter tal vínculo para incrementar o alcance da divulgação do Projeto Janelas junto aos usuários locais.

O vídeo “Zé Confuso” engloba comportamentos e atitudes que precisam ser evitadas durante a execução das oficinas da multiplicação. Entretanto, com a ajuda da coordenação, a temática abordada no vídeo extrapola também para as etapas de planejamento e avaliação do processo educativo a fim de contribuir na consolidação do cronograma feito pelos representantes das equipes de saúde da família cuja carga horária mínima foi fixada em 24 horas e, máxima, em 32 horas. O formato da multiplicação considerou os recursos da realidade local.

Para a multiplicação nas UBS envolvidas, a coordenação forneceu a tríade de produtos do Projeto Janelas mediante a relação nominal dos participantes arrolados. Para as Coordenadorias de Saúde foram propostas reuniões bimestrais para acompanhar a capacitação e a implementação do projeto por meio de supervisão, orientação e apoio operacional de registros e relatórios.

A coordenação propôs a subdivisão dos participantes a partir de critérios de proximidade e interação entre os territórios e unidades de serviço. Durante o término do período matutino e início da tarde, as coordenadoras auxiliaram a discussão dos conteúdos trabalhados ao longo das oficinas a fim de esclarecer dúvidas, socializar informações e sugerir mudanças.

O encerramento das oficinas de capacitação ocorreu em um clima de celebração, sendo resgatada a “técnica da flor” na qual as palavras que expressavam qualidades

positivas dos participantes foram retiradas de um saquinho de pano e todos relatavam qual o significado da palavra escolhida por ele naquele momento.

Após compartilhar as boas qualidades de todos, a representante da Pastoral da Criança proporcionou o sorteio de uma caixa de bombons. Contudo, o primeiro sorteado não manteve seu prêmio, pois a coordenação indicava sucessivos ganhadores, de acordo com um determinado atributo positivo, até que no final, partilhou-se o presente com o grupo. Em seguida, a confraternização foi celebrada com todos os atores envolvidos no processo educativo e registrada por meio de fotografias.

Anexo IX

Instrumento de Avaliação do Projeto Janelas



Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação do Programa Saúde da Família



CAPACITAÇÃO DE AGENTES MULTIPLICADORES DO PROJETO JANELAS

FICHA DE AVALIAÇÃO DIÁRIA

Data.....

1. Relevância dos temas abordados para a sua prática:

ótimo () bom () regular () ruim ()

2. Didática dos facilitadores:

ótimo () bom () regular () ruim ()

3. Metodologia e técnicas pedagógicas utilizadas:

ótimo () bom () regular () ruim ()

4. Recursos áudio visuais utilizados:

ótimo () bom () regular () ruim ()

5. Como você avalia sua participação e aprendizado nesta capacitação?

ótimo () bom () regular () ruim ()

6. Você gostaria de comentar mais alguma coisa?

.....
.....
.....

7. Coloque um "X" nas carinhas abaixo. Escolha as carinhas que indicam como você está se sentindo ao terminar o dia de hoje.

