

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**EDUCAÇÃO CONSCIENTIZADORA NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO**  
**EM HANSENÍASE**

**RENILDA ROSA DIAS FERREIRA DE ARAÚJO**

**RIBEIRÃO PRETO**  
**2005**

**RENILDA ROSA DIAS FERREIRA DE ARAÚJO**

**EDUCAÇÃO CONSCIENTIZADORA NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO  
EM HANSENÍASE**

Tese apresentada à Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do Título de Doutora em Enfermagem no Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem.

Eixo Temático - Fundamentos Teóricos e Filosóficos do Cuidar

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sônia Maria Villela Bueno

**RIBEIRÃO PRETO  
2005**

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

## FICHA CATALOGRÁFICA

Araújo, Renilda Rosa Dias Ferreira de.

Educação conscientizadora na prática do enfermeiro em hanseníase / Renilda Rosa Dias Ferreira de Araújo ; orientador Sônia Maria Villela Bueno. -- Ribeirão Preto, 2005.

144 f.: fig.; 30 cm.

Tese (Doutorado – Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem. Eixo Temático – Fundamentos Teóricos e Filosóficos do Cuidar) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

1. Hanseníase. 2. Educação Conscientizadora. 3. Enfermagem. I. Título.

## **ESTA TESE DE DOUTORADO**

- Insere-se no Eixo Temático - Fundamentos Teóricos e Filosóficos do Cuidar, do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e da Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo.
  
- Recebeu auxílio do Programa Qualificação Institucional (PQI) da Graduação em Enfermagem, convênio firmado pela CAPES/FAMERP n. 00073/03-2
  
- Recebeu auxílio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, de Bolsa no Exterior, na modalidade Sanduíche, Processo nº 2000916/03 na Universidade de Santiago de Compostela, na Espanha.

## FOLHA DE AVALIAÇÃO

Pesquisadora: Renilda Rosa Dias Ferreira de Araújo

Título: Educação conscientizadora na prática do enfermeiro em hanseníase. 2005  
144 f.

Tese apresentada à Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do Título de Doutora em Enfermagem no Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem.

Eixo Temático - Fundamentos Teóricos e Filosóficos do Cuidar

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**DEDICO ESTE TRABALHO**

*Aos meus pais, “In Memoriam” Francisco Dias Rodrigues e Maria Julia de Almeida ,*

*As minhas filhas, Nicole Geovana Dias Carneiro e*

*Laura Geovanna Dias Ferreira de Araújo*

*Ao meu esposo, Eder Ferreira de Araújo*

*Á minha amiga, minha irmã de coração Maria Helena Pinto*

*Á minha sobrinha, afilhada e ex-aluna, Vanessa Geroli de Almeida*

*Á minha, família*

## *HOMENAGEM ESPECIAL*

*À Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Sônia Maria Villela Bueno, pela disponibilidade, amizade, confiança e acreditar que é possível vencer as barreiras geográficas. Sou infinitamente grata por sua orientação e condução deste estudo.*

*Ao Prof. Dr. José Antônio Caride Gómez, por possibilitar compartilhar novos conhecimentos na Universidade de Santiago de Compostela – Espanha e também por contribuir com uma etapa deste estudo, seus ensinamentos sempre me acompanharão.*

## *AGRADECIMENTOS ESPECIAIS*

*A concretização deste estudo só foi possível por acreditar que a educação enfatiza a participação das pessoas em todas aquelas decisões, iniciativas, experiências, que possibilitam seu crescimento como sujeitos da ação, contrapondo sua mera situação de objeto; obrigada à todos aqueles que direta ou indiretamente partilharam desse processo de conscientização em um mundo em permanentes mudanças.*

*Ao Prof<sup>ta</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Helena Pinto, pela amizade incondicional, por compartilhar momentos de vida tão difíceis, pelas enriquecedoras sugestões na efetivação desta investigação. Sou eternamente grata.*

*À Prof<sup>ta</sup>. Dr<sup>a</sup>. Margarita Antônia Villar Luis e a À Prof<sup>ta</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cláudia Bernardi Cesarino, pelas imprescindíveis contribuições por ocasião do exame de qualificação.*

*À Prof<sup>ta</sup>. Dr<sup>a</sup>. Márcia Caron Ruffino, por possibilitar os primeiros passos dessa investigação.*

*À Prof<sup>ta</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cláudia Bernardi Cesarino, ex-coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Medicina de São José do Rio Preto, pelo auxílio, facilitando e oportunizando direcionar as atividades docentes no período de elaboração deste estudo.*

*Aos funcionários do Ambulatório de Dermatologia Sanitária da Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, em especial a Dr<sup>a</sup> Rosa Soubhia e a Prof<sup>ta</sup> Dr<sup>a</sup> Vânia Paschoal Del'Arco, pela confiança e incentivo à realização da pesquisa.*

*Às colegas e aos professores do curso de doutorado, foram momentos ímpares tê-los ao meu lado no percurso deste caminhar; em especial a turma 2001.*

*Aos docentes e funcionários da EERP/USP- com carinho à Deolinda Fabri e à Maria de Lourdes Batista de Abreu, pela acolhida em toda busca por novos conhecimentos.*

*Às colegas do Departamento de Enfermagem Saúde Coletiva e Orientação Profissional de Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto: Vânia Del'Arco Paschoal, Cláudia El Gazetai, Denise Beretta Barbosa, Zaida Aurora Sperles Geraldi Soler, Rose, Gislaine, Margarete, Elaine, Sônia, Sílvia Helena Vendramini, Lourdes e Marilene Rocha, pela amizade.*

*Aos docentes e funcionários do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, com os quais tenho a oportunidade de conviver, trabalhar, ensinar, pesquisar e compartilhar os processos de mudanças e transformações.*

*À todas as turmas do programa de extensão "FAMERP abraça Colina", por todas as horas e saberes compartilhados neste caminhar.*

*À Creudimar Brito Silva, pelo carinho sempre demonstrado às minhas filhas durante os meus momentos de ausência.*

*À CAPES e ao CNPq, órgãos que financiaram este estudo.*

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Perfil dos portadores de hanseníase quanto ao sexo, idade, estado civil, cor, escolaridade, forma clínica e ocupação	91
Quadro 2	Falas mais significativas sobre o conhecimento da doença	94
Quadro 3	Falas mais significativas sobre os sinais e sintomas da doença	95
Quadro 4	Falas mais significativas sobre a transmissão da doença	97
Quadro 5	Falas mais significativas sobre o estigma da doença	97
Quadro 6	Falas mais significativas sobre a falta de prevenção para as incapacidades físicas da doença	99
Quadro 7	Respostas dos seis portadores de hanseníase sobre o seu conhecimento atual da doença após o processo educativo conscientizador	124

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Sala de aula com alguns participantes do estudo	104
Figura 2	Representação anatômica dos nervos periféricos acometidos	107
Figura 3	Folder utilizado na discussão em comum	110
Figura 4	Cartaz confeccionado pelos participantes do estudo	111
Figura 5	Alguns participantes do estudo	114
Figura 6	Desenhos realizados por um participante	117
Figura 7	Foto de três participantes e a pesquisadora	120

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	( <i>Acquired Immunological Deficiency Syndrome</i> ) Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNDS	Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DIR	Direção Regional de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
FUNFARME	Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
MB	Multibacilar
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PB	Paucibacilar
PIB	Produto Interno Bruto
PQT	Poliquimioterapia
SES	Secretária de Estado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization



*Não há educação sem amor, O amor implica luta contra o egoísmo.  
Quem não é capaz de amar os seres inacabados não pode educar. Não  
há educação imposta, como não há amor imposto. Quem não ama não  
compreende o próximo, não o respeita. Não há educação do medo.  
Nada se pode temer da educação quando se ama.*

*Paulo Freire*

## **RESUMO**

ARAÚJO, R. R. D. F. de **Educação conscientizadora na prática do enfermeiro em hanseníase** 2005. 144 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

No presente estudo de natureza qualitativa, objetivamos levantar as necessidades de aprendizagem, com o desenvolvimento de um programa educativo relacionado à hanseníase com o seu portador, mediado pela metodologia da pesquisa-ação e baseado no referencial teórico da educação conscientizadora de Paulo Freire. Trabalhamos com dezenove sujeitos no primeiro momento e com seis de ambos os sexos, nos momentos subsequentes. A investigação ocorreu em uma Faculdade de Medicina do interior paulista. A coleta de dados foi efetivada por meio de entrevistas, observação participante, círculo de discussões e visita domiciliar. A análise dos dados foi desenvolvida à luz do referencial da educação conscientizadora. Os resultados apontaram cinco temas geradores: a desinformação da doença, sinais e sintomas da hanseníase, transmissão da doença, estigma e a falta de prevenção para as incapacidades físicas. Elaboramos um plano de ensino para cada tema gerador, desenvolvemos o programa educativo com situações problematizadoras da realidade do portador, motivando o sujeito ao diálogo. O levantamento das necessidades de aprendizagem demonstrou a relevância da inserção do portador em um processo educativo, no qual este foi o sujeito da ação, principalmente ao utilizarmos as temáticas com estratégias facilitadoras para o seu aprendizado. O programa educativo desenvolvido desencadeou a tomada de consciência, o desenvolvimento de capacidades e habilidades para o autocuidado. A avaliação do processo de conscientização permitiu comprovarmos a mudança de um sujeito passivo em ativo e reflexivo, multiplicador de informações e transformador de sua realidade, respeitando seu contexto cultural.

**Palavras chave:** Hanseníase, Educação conscientizadora, Enfermagem

## **RESUMEN**

ARAÚJO, R. R. D. F. de. Educación conscientizadora en la práctica del enfermero en lepra 2005. 144 hojas. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

En este estudio, el objetivo fue verificar las necesidades de aprendizaje, con el desarrollo de un programa educativo relacionado a la lepra con su portador, mediado por la metodología de investigación-acción y basado en el referencial teórico de la educación conscientizadora de Paulo Freire. Trabajamos con diecinueve sujetos en un primer momento y con seis de ambos géneros, en momentos subsecuentes. La investigación fue realizada en una Escuela de Medicina del Estado de São Paulo. La recolección de datos fue realizada por medio de encuestas, observación participante, círculo de discusiones y visita domiciliar. El análisis de los datos fue desarrollado a la luz del referencial de la educación conscientizadora. Los resultados apuntaron cinco temas generadores: la desinformación de la enfermedad, señales y síntomas de lepra, transmisión de la enfermedad, el estigma y la falta de prevención para las incapacidades físicas. Elaboramos un plan de enseñanza para cada tema generador, desarrollamos el programa educativo con situaciones problematizadoras de la realidad del portador, motivando el individuo al diálogo. El levantamiento de las necesidades de aprendizaje demostró la relevancia de la inserción del portador en un proceso educativo, en el cual este fue sujeto de acción, principalmente al utilizar las temáticas con estrategias facilitadoras para su aprendizaje. El programa educativo desencadenó la tomada de conciencia, el desarrollo de capacidades y habilidades para el auto-cuidado. La evaluación del proceso de tomada de conciencia permitió la comprobación del cambio de un individuo pasivo al activo y reflexivo, multiplicador de informaciones y transformador de su realidad, respetando su contexto cultural.

**Palabras clave:** Lepra, educación conscientizadora, enfermería.

## **ABSTRACT**

ARAÚJO, R. R. D. F. de. Consciousness education in leprosy nursing practice 2005. 144 Sheets. Thesis (Doctorate)- Nursing School at Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

On this study, we aimed at verifying learning needs, developing an educative program related to leprosy with the carrier, mediated by research-action methodology and based on Paulo Freire's theoretical referential of consciousness education. We worked with nineteen individuals on a first moment and with six of both genders, in subsequent moments. The investigation was developed on a Medicine School from São Paulo State. Data was collected through interviews, participant observation, discussion groups and home visiting. Data analysis was carried out based on consciousness education referential. The results pointed out five generators themes: disease disinformation, leprosy signals and symptoms, disease transmission, stigma and lack of prevention for physical incapacities. We elaborated a teaching plan for each generator theme, developed the educative program with problems situations of carriers' reality, motivating them to dialogue. The verification of learning needs demonstrated the relevance of the insertion of the carriers on an educative process, in which they were the action individual, mainly when we use the thematic with facilitator strategies for their learning. The educative program with leprosy carrier propitiated consciousness' taking, the development of capacities and abilities for self-caring. The consciousness process evaluation allowed us to testify the changing of a passive individual into and active and reflexive one, information multiplier and reality transformer, respecting cultural context.

**Key-words:** Leprosy, conscience education, nursing

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>17</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>21</b>
<b>3 QUADRO TEÓRICO</b>	<b>22</b>
3.1 A hanseníase	22
3.2 A Educação em Saúde	30
3.2.1 Refletindo a inter-relação entre Educação e desenvolvimento	30
3.2.2 Aproximando e identificando a Saúde e a Educação em Saúde	36
3.2.3 Buscando a origem da Educação em Saúde	45
3.2.4 Desvelando a transição da Educação Sanitária à Educação em Saúde	52
3.2.5 Descrevendo modelos pedagógicos na Educação em Saúde	58
3.2.6 Revelando paradigmas da Educação/enfoques na Educação em Saúde	61
3.2.7 Identificando os agentes atuantes na Educação em Saúde	64
3.2.8 Relacionando a atividade educativa na prática em enfermagem	66
3.2.9 Compreendendo a educação conscientizadora	69
3.3 A avaliação educativa	71
3.3.1 Tipos de avaliação	74
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO</b>	<b>76</b>
4.1 Delineamento do estudo	76
4.2 O método Paulo Freire	78
4.3 Cenários do estudo	82
4.4 Aspectos éticos	83
4.5 Participantes do estudo	84
4.6 Coleta e análise dos dados	85
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>89</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>127</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>130</b>
<b>APÊNDICE</b>	<b>142</b>
<b>ANEXO</b>	<b>144</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Justificativa do estudo

A dinâmica das doenças crônicas sempre esteve presente ao longo da história da humanidade. O que se observa hoje é a rapidez das transformações, bem como de seus reflexos, as mudanças nos paradigmas e nos contextos que são ágeis, implicando atualização nas estratégias e táticas desempenhadas no controle destas patologias assim como na hanseníase.

Os inúmeros trabalhos presentes nesse sentido refletem as preocupações dos pesquisadores relativos à complexidade da doença remetendo a um claro conhecimento da não existência de uma conduta isolada, constituindo assim, um desafio às formas inovadoras de intervenção junto às novas possibilidades de atuação principalmente no âmbito das práticas educativas.

Todo atendimento dermatológico a que um portador de hanseníase se submete é sempre uma situação difícil para ele e para seus familiares. Os efeitos ou conseqüências de uma doença crônica, no caso, a hanseníase, não se resumem apenas em um sinal-lesão e alteração funcional de um órgão ou, especificamente, comprometimento de nervos, que pela ação do bacilo *Mycobacterium Leprae* (*M. leprae*) são alterados, sofrendo danos estruturais e funcionais, estando mais sujeitos a traumatismos, à compressão ósteo-ligamentares e à variação da irrigação sanguínea; esse quadro é desencadeante das incapacidades físicas; implicando em inúmeras mudanças no cotidiano da vida pessoal, familiar, ocupacional e social.

Há cliente que se adapta, facilmente, às novas situações; outros não. Um dos aspectos que pode facilitar essa adaptação é o acesso às informações, a conhecimentos e habilidades sobre o que acontece durante o período do tratamento e após a alta, principalmente para prevenir as incapacidades físicas. Com esses recursos, ele pode participar efetivamente do tratamento e saber prevenir, obtendo melhor qualidade de vida.

Na constante busca de novas contribuições em aprofundar os conhecimentos ao olhar para os diferentes contextos políticos, culturais, sociais e educativos, refletimos as indagações originárias em minha dissertação de mestrado em 1994, que objetivou identificar a irregularidade dos portadores de hanseníase ao serviço de saúde. O estudo apontou que as ações educativas devem contemplar a dinâmica do Programa de Controle da Hanseníase abordando não somente os aspectos biológicos pertinentes à doença como também os evolutivos, preventivos e de reabilitação.

Essa inquietação evidenciou a necessidade de identificar as lacunas de conhecimento do portador de hanseníase em relação à doença em que a relevância dos componentes educativos se faz mister, principalmente o uso de metodologias de ensino-aprendizagem, o que na área da saúde é um tema atual e que aponta a preocupação dos profissionais que atuam com essa clientela.

Diferentes estudos vêm sendo desenvolvidos nesta temática com portadores de doenças crônico-degenerativas (RODRIGUES, 1993; ZAGO, 1994; CESARINO, 2000), mas poucas são as publicações que discutem a problemática do processo educativo com o portador de hanseníase.

Refletindo sobre a trajetória profissional vivenciada e ao reportar às experiências advindas da prática como enfermeira assistencial, percebia-se que a nossa atuação ocorria de acordo com o modelo aprendido quando cursávamos a graduação, dominado pelo cuidar tecnicista e fragmentado. Atualmente, atuando como docente, temos participado de diversos

cursos de atualização em estratégias de ensino, os quais tem nos despertado, mais e mais o interesse em discutirmos novas abordagens de ensino e de assistência ao portador de hanseníase.

No repensar desta trajetória, temos enfrentado muitas barreiras, tanto na assistência como na docência, conseqüentes de uma formação autoritária e conservadora pautada no positivismo e na competência técnica. Tal percepção foi ocorrendo aos poucos, como quando nos deparamos com situações-problemas no dia-a-dia, as quais exigia maior envolvimento sobre questões psicológicas, sociais, culturais e espirituais.

Isso posto, questionamos a forma de comunicar as informações ao portador, apoiada numa concepção pedagógica conservadora ainda presente em razão da verticalidade das ações preconizadas nos serviços de saúde. Assim, é preciso permitir, através da aprendizagem dialógica e libertadora, o desenvolvimento de consciência crítica na qual o portador de hanseníase encontre sentido para a prática em um contexto.

Sendo assim, consideramos a educação como forma eficaz para despertar a consciência preventiva, em relação aos infortúnios decorrentes da doença, educação essa que visa a construção do conhecimento, por parte do portador de hanseníase, sobre a doença e suas conseqüências para preveni-las, de tal forma que esse cliente possa ser trabalhado dentro de uma concepção progressista, valorizando sua história e seu contexto, transformando-o em ser crítico e agente de mudança da sua própria realidade.

Para conseguirmos o aproveitamento das capacidades e habilidades de aprendizagem do portador de hanseníase e o envolvimento em relação ao que irá aprender, é preciso que, previamente ao início de processos desse tipo, saibamos quanto a pessoa conhece e o que conhece; a vivência, para que, sendo ajudado através da ação educativa, chegue a identificar sua própria realidade e assim, transformá-la.

No desenvolvimento do estudo, intentamos buscar um fio norteador teórico que pudesse subsidiar uma interação com o portador de hanseníase, investigando o conhecimento que eles possuem sobre a doença e suas conseqüências; trabalhamos conjuntamente, um programa educativo utilizando o Método Pedagógico de PAULO FREIRE que é o que se aproximou de nossa proposta atual. Esse método pressupõe inicialmente a identificação do universo de palavras ou temas significativos da realidade do educando, levando-o à reflexão, que gera a tomada de consciência, favorecendo o aprendizado, a crítica, a autotransformação e a transformação da sua realidade.

Portanto, propusemos no presente estudo, a partir de elementos extraídos do contexto do próprio portador, com base no diálogo e na participação ativa, incitar o sujeito a se conscientizar dos aspectos gerais que intercorrem na doença, tais como: transmissão, identificação de sinais e sintomas, estigma e prevenção de incapacidades físicas, favorecendo a construção desse novo saber centrado em sua problemática.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi levantar as necessidades de aprendizagem e desenvolver um programa educativo conscientizador entre o enfermeiro e o portador de hanseníase.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Levantar as necessidades de aprendizagem e desenvolver um programa educativo conscientizador relacionado à hanseníase em um grupo de portadores.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar os conhecimentos sobre a hanseníase em um grupo de portadores;
- Desenvolver um programa educativo de hanseníase, pautado nas necessidades de aprendizagem identificadas, tendo como suporte teórico das ações e intervenções educativas a educação conscientizadora;
- Avaliar o processo de conscientização.

### 3 QUADRO TEÓRICO

#### 3.1 A hanseníase

A ocorrência da hanseníase tem registros muito antigos. As primeiras citações na literatura datam o ano de 600 a.C., tendo a África e a Índia como focos iniciais da doença. No Brasil, os relatos apontam o surgimento dos primeiros casos com o advento do tráfico negreiro, coincidindo com a colonização do continente americano (CUNHA, 1997; OPROMOLLA, 1998).

Os países que contribuem para a manutenção da endemia hanseníase estão localizados nas regiões tropicais e subtropicais do globo terrestre, aonde o padrão de vida, a má higiene e a qualidade de educação coexistem com a desinformação. As mudanças nessas características aliadas a medidas utilizadas no controle da hanseníase vêm favorecer a diminuição da incidência da doença na população (BECHELLI, 1999; WHO, 1988).

Para Sampaio e Rivitti (2000), a disseminação da hanseníase no mundo não pode ser explicada por apenas um fator isolado, mas por uma associação de fatores.

A literatura apresenta que a taxa de disseminação da doença esta associada à proporção de indivíduos susceptíveis na população e que a manutenção da endemia é de responsabilidade das formas contagiantes que permanecem por longo período sem diagnóstico e tratamento (BRYCESON, 1992; OPROMOLLA, 2000; BRASIL, MS, 2001).

Para Lombardi (1990) e Talhari; Neves (1997), o período de incubação é de meses e até anos, mantendo a média variável entre 3 a 5 anos e os contatos podem ser infectados pelos bacilos que sobrevivem, com seu poder patogênico, no meio ambiente.

O reconhecimento da hanseníase como doença infecto-contagiosa só foi confirmado em 1873, quando Hansen isolou o *M. leprae*, descrevendo o bacilo da lepra e assim, a etiologia bacteriológica passou a ocupar o lugar das teorias de base hereditária (BRASIL; MS, 1989; OPROMOLLA, 2000; NOGUEIRA, 2005).

Diversos autores relatam que o *M. leprae* tem afinidade pelas células Schwann e as do sistema retículo endotelial, acometendo pele e nervos periféricos, ocasionando alterações da sensibilidade e da força muscular, levando o doente a um elevado potencial incapacitante que vai desde a perda parcial ou total do órgão enervado até à da função motora, determinando seqüelas principalmente em face e membros. Esse fato deve-se à preferência do bacilo em localizar-se em órgãos de temperatura mais baixa (LOMBARDI, 1990; VERONESI, 1999; TALHARI; NEVES, 1997).

No início do século XX, surgiam algumas propostas de medidas gerais de controle tais como: notificação compulsória de todos os casos, isolamento dos doentes com a criação dos asilos-colônias, afastamento dos recém-nascidos e impedimento da importação de casos. Desse modo, as primeiras décadas foram marcadas pela ampliação do número de construções asilares. Longe das cidades, o atendimento limitou-se a afastá-los do convívio social, o que não significou, obrigatoriamente, que dispusessem de assistência médica ou algum tipo de tratamento. Apenas em 1917, é que se efetivou a notificação compulsória dos casos e iniciou-se de fato a substituição das ações de caridade pública e de exclusão por ações estatais organizadas. Nos dias atuais, ainda permanece no quadro das doenças de notificação compulsória por manter-se endêmica, sendo, por isso, relevante problema de saúde pública (NEMES, 1989; BRASIL, MS, 1991, 2002a).

A hanseníase é classificada de acordo com as variações nas manifestações clínicas, além de acentuadas diferenças em sua imunologia, histologia, evolução e epidemiologia (BRASIL, MS, 1994a; OLIVEIRA; ROMANELLI, 1998; FOSS, 1999).

As pessoas que desenvolverão a doença passam pela fase inicial denominada Indeterminada e Tuberculóide, sendo formas fechadas, onde nenhum caso é considerado contagiante devido à baixa carga bacilar e todas são curáveis sem seqüelas. Quando não ocorre tratamento, evoluem para formas polarizadas contagiantes ou abertas, sendo denominadas de Dimorfa e Virchowiana (OPROMOLLA, 2000; BRASIL, MS, 2002a; BRASIL, MS, 2002b).

Em se tratando de uma doença crônica, de evolução insidiosa e de grande potencial incapacitante, a base de classificação deve ser clínica, buscando-se a sintomatologia neurológica e os sinais cutâneos; o exame bacteriológico de esfregaços de lesões cutâneas; considerando os achados imunológicos e histológicos (BRASIL, 1994a; OPRMOLLA, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1982, preconizou a terapêutica implantada gradativamente no Brasil, denominada de Poliquimioterapia (PQT), normatizada em 1991 através da Portaria do Ministério da Saúde, nº 1401. Este foi um dos determinantes fundamentais na redução da prevalência da doença, culminando com a aprovação, no mesmo ano, na 44ª Assembléia Mundial de Saúde, a Resolução de acelerar os esforços para a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até o ano 2000. A eliminação foi preconizada na redução da prevalência para menos de um caso por 10.000 habitantes (BRASIL, MS, 2001).

É pertinente a preocupação de Opromolla (1998) relacionada à possibilidade da hanseníase atingir a meta de 'eliminação' e deixar de ser prioridade para a OMS enquanto problema de saúde pública. Os países endêmicos seriam os mais prejudicados com a diminuição da aplicação de recursos financeiros, interferindo nas ações de acompanhamento e de reabilitação dos portadores vitimados pelas seqüelas incapacitantes, decorrentes do

diagnóstico tardio e dos surtos reacionais tendo como conseqüência o prejuízo das atividades laborais.

Os objetivos previstos no Plano de Eliminação de Hanseníase são os seguintes: o diagnóstico de todos os casos esperados, tratar com PQT pelo menos 90% dos casos registrados, propor soluções apropriadas e adaptadas à realidade local para acompanhamento dos casos, estabelecer um sistema de avaliação e supervisão para as ações propostas, intensificar as ações de vigilância epidemiológica e desenvolver as ações de prevenção e tratamento de incapacidades físicas (BRASIL, MS, 2001).

O Brasil adotou esse compromisso e mobilizou os serviços de saúde para o alcance efetivo desses objetivos, com elementos indicativos de melhorias na qualidade da assistência ao portador da doença. A PQT atingiu mundialmente aproximadamente 14 milhões de casos e evitou cerca de dois milhões de incapacidades físicas (OPAS/OMS, 2003; SANSARRICQ, 2004).

Nosso país apresentou uma redução considerável da prevalência em 1985, passando de 16,4/10.000 habitantes para 5,4/10.000 habitantes em 1997. Em 1999, na Costa do Marfim, em uma reunião promovida pela OMS, assumiu-se um novo compromisso: eliminar a doença até o final de 2005, pois a meta preconizada pela OMS era de 4,6/10.000 habitantes (BRASIL, MS, 2000).

Atualmente, a hanseníase permanece endêmica em 15 países da Ásia, África e América Latina. O Brasil se destaca figurando em segundo lugar em número de casos, com uma prevalência de 4,52 casos/10.000 habitantes e com um coeficiente de detecção de 2,77 casos/habitantes (BRASIL, MS, 2004; WHO, 2004).

A região sul e sudeste são detentoras de prevalências próximas ou nos limites desejados para o controle da endemia, contrastando com as demais regiões, nas quais persistem expressiva prevalência e detecção de casos novos (BRASIL; MS, 2002b).

Ocorreu uma tendência decrescente da endemia no Estado de São Paulo. Em 1986 apresentava uma prevalência de 13,01/10.000 habitantes reduzindo drasticamente para 1,41/10.000 habitantes em 2003. Considera-se que a mesma esteja sob controle, mas permanece a vigilância epidemiológica com a aplicação das ações preconizadas. No município de São José do Rio Preto, encontrou-se em 2003 uma prevalência de 1,49/10.000 habitantes (SÃO PAULO, SES, 2004; NOGUEIRA, 2005).

Os avanços ocorridos na última década afetaram profundamente a redução da prevalência da hanseníase (80%), mas a detecção de casos novos não teve impacto semelhante, com a média de 2,36/10.000 habitantes. Isso aponta a necessidade de medidas de controle adicionais para a consolidação das metas (CONVIT, ULRICH, 2000; BRASIL; MS, 2002a).

O reagrupamento de clientes para a implantação dos novos esquemas terapêuticos resulta em mudança na nomenclatura, adotando-se também a classificação simplificada da OMS e que divide os casos em Paucibacilares (PB) e Multibacilares (MB). Nessa situação, deverão ser classificados e tratados como PB todos os casos com baciloscopia negativa (forma Indeterminada e Tuberculóide). Todos os casos com baciloscopia positiva, forma clínica Virchowiana e Dimorfa, serão tratados com MB. As drogas utilizadas, a dapsona, rifampicina e a clofazimina, devem ser prescritas de acordo com a classificação da doença. É fundamental a realização do tratamento, pois as doses iniciais dessas drogas são capazes de matar os bacilos, inibindo seu potencial infectante (OLIVEIRA, ROMANELLI, 1998; BRASIL, MS, 2002 a).

A hanseníase deve ser analisada por sua magnitude como também por sua transcendência, principalmente se não for oportunamente diagnosticada e tratada, ocasionando graves repercussões físicas, emocionais e sociais. Os fatores que podem estar associados são vários, tais como: o abandono do tratamento pelos pacientes, o diagnóstico tardio, o nível de

esclarecimento sobre a doença, baixa taxa de exames de comunicantes, má qualidade de vida e de saúde da comunidade brasileira, além do preconceito e estigma que perseguem o portador interferindo nas medidas de controle (LANA et al, 2000).

Ignotti et al (2001, p.27) salientam que

o abandono do tratamento implica numa reflexão sobre o risco de transmissão dos casos bacilíferos detectados e não tratados adequadamente, do risco de desenvolvimento de incapacidades físicas, com conseqüências econômicas e sociais, além do risco do desenvolvimento de formas bacilíferas fármaco-resistentes às drogas atualmente utilizadas como melhor esquema terapêutico.

Os mesmos autores ainda referem que o indicador reflete fracasso dos serviços de saúde em acompanhar o portador de hanseníase. Este é denominado indicador operacional, ou seja, o 'percentual de casos em abandono de tratamento' (medido pelo número de casos em registro ativo que não comparecem ao serviço de saúde há mais de 12 meses, dividido pelo total de casos em registro ativo em 31/12/ano) pode ser considerado como fator negativo no controle da doença (BRASIL; MS, 1994a; IGNOTTI et al, 2001).

Ressalta-se que o abandono ocorre nos primeiros meses do tratamento, sem ser considerada sua classificação operacional, sendo o dobro de casos encontrados entre os multibacilares, tendo relação direta com o diagnóstico tardio (BRASIL, MS, 2000).

As incapacidades físicas e as deformidades advindas da hanseníase estão diretamente relacionadas à precocidade da realização do diagnóstico e tratamento específico da doença, bem como da avaliação neurológica sistematizada. A recomendação do Ministério da Saúde é que em todo o território nacional, os serviços de saúde realizem a avaliação e a determinação do grau de incapacidade do portador no momento do diagnóstico, durante o tratamento no mínimo uma vez ao ano e por ocasião da alta, devendo classificá-la em graus de acordo com a intensidade do comprometimento ocorrido nos olhos, mãos e pés (BRASIL, MS, 1994a).

Pioto (1996) relata em seu estudo que a maior parte das incapacidades físicas em hanseníase decorrem das alterações funcionais resultantes de processos inflamatórios ocorridos nos nervos periféricos, as quais podem ser prevenidas através da implementação de ações sistemáticas de prevenção de incapacidades durante o tratamento e após a alta por cura. Helene, Leão, Minakawa (2001) também demonstraram a preocupação com a necessidade da elaboração de propostas de intervenção com enfoque na prevenção.

É de competência dos profissionais de saúde alertar ao paciente para que tenha atitude de vigilância na evolução do comprometimento neurológico, orientando-o na inspeção e na realização de técnicas simples de autocuidado, evitando a instalação ou o agravamento das incapacidades físicas ou que evoluam para deformidades. A preferência do bacilo *M. leprae* para alojar-se em pele, seus anexos e nervos periféricos, é o que precipita todo o processo incapacitante (BRASIL, MS, 2002a).

Mesmo sendo a hanseníase uma doença crônica, a avaliação das incapacidades físicas do portador vem sendo valorizada não só por sua importância para a prevenção e correção das deformidades, mas também como auxílio na determinação de sua forma clínica.

Em seus estudos, Pedrosa (1991) e Oliveira (1993) enfatizam a importância da atenção às incapacidades físicas, pois, além do aspecto humano, ocorre perda significativa na força de trabalho e ainda causa repugnância na sociedade.

Na prática, observa-se fortemente a presença da representação social da hanseníase, fazendo que seu portador seja rotulado em sua comunidade, mesmo em face do avanço na área de saúde proporcionando o tratamento específico e a cura em todos os casos. Contribui ainda, como temor, em todas as sociedades, as deformidades físicas, constituindo elementos prioritários na manutenção da rejeição, do estigma e dos tabus pertinentes à doença (MIRANDA, 1999; MAIA et al, 2000; CARVALHO, ALVARÉZ, 2001).

As mudanças que ocorrem atualmente nas relações sociais do portador de hanseníase como a prevenção das incapacidades físicas que viabiliza o trabalho e o tratamento ambulatorial que está sendo mais eficaz. Mesmo assim, a sociedade o discrimina, caracterizando a doença tanto como um problema sócio-cultural como médico, o que caberá ao processo histórico mostrar as mudanças sócio-culturais, na medida em que o portador esteja cada vez mais consciente para o exercício da cidadania.

As ações políticas e sociais estabelecidas na Dermatologia Sanitária que se desenvolveram ao longo dos anos contribuíram com o processo de estigmatização, extrapolando o caráter científico e trazendo determinantes sociais e culturais muito fortes (NOGUEIRA, 2005).

A implantação de ações de controle da hanseníase em todas as Unidades de Saúde da rede básica hoje se apresenta como uma das soluções para o alcance da meta de eliminação. Tal implantação tem custo reduzido, pois não necessita de ações de alta complexidade. Os medicamentos e os imunobiológicos são fornecidos pelo gestor federal, sendo de responsabilidade do gestor do município, assessorado pelo gestor estadual. O planejamento, a execução e a avaliação das ações de controle são conduzidos a uma nova realidade, na qual o gestor local assume efetivamente a gerência do controle da hanseníase (BRASIL, MS, 2000).

Autores como Maia et al (2000, p. 30) concluem em sua pesquisa que, “a enfermagem, juntamente com os demais profissionais, é responsável pela prevenção e controle desta endemia, principalmente no que se refere ao desenvolvimento de práticas educativas”.

Ao enfermeiro compete atuar como elemento diretivo do processo de educação, motivando o cliente à prevenção das incapacidades físicas favorecendo a eficácia do tratamento. Entre outras medidas, é responsável por contribuir para a promoção de saúde das

peessoas no exercício de sua prática em suas diversas áreas de atuação, desempenhando o papel de educador em saúde (PEDRAZZANI, 1995; LESSA, 1996).

O portador de hanseníase necessita, pois, conhecer a doença e conscientizar-se da importância das ações preventivas e curativas. Dessa maneira, educá-lo exige o uso de estratégias de aprendizado para o adulto, que apreende os conhecimentos com base em suas experiências de vida.

## **3.2 A Educação em Saúde**

### **3.2 1 Refletindo a inter-relação entre educação e desenvolvimento**

A educação como fonte geradora de desenvolvimento afeta as oportunidades pessoais e coletivas, interferindo na mobilidade social, na distribuição de riquezas, repercutindo no bem estar material e social dos cidadãos.

Podemos analisar os efeitos positivos da educação sobre o comportamento de futuros trabalhadores vislumbrando a economia, a sociologia e a psicologia. Segundo a lógica econômica, as pessoas com mais educação ganham mais porque têm maiores e mais conhecimentos úteis para o mercado de trabalho em que se apresenta uma oferta limitada; a interpretação sociológica assinala que a maior escolaridade está em si mesma, correlacionada com a origem das classes sociais, já que a educação difunde valores sociais e modos de conduta que são amplamente remunerados pela classe dominante ou elite; e a interpretação psicológica sustenta que a educação meramente seleciona as pessoas de acordo com as suas habilidades naturais e, obviamente, as pessoas mais capazes ganham mais (CARIDE, 2002).

Para os países e os economistas dos anos cinquenta e sessenta, a educação representava uma considerável contribuição para o crescimento e o desenvolvimento

econômico: quanto mais desenvolvido um país, melhor seria a qualidade de ensino oferecido à população. A relação educação-emprego é explicada nesses anos pela grande expansão da educação conseqüente da transformação social e das grandes polêmicas acadêmicas, vejamos:

- os países ocidentais em tempos de segunda revolução industrial iniciam as suas políticas de bem-estar da população (mais emprego, mais investimento e distribuição do crescimento);
- a Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) aprova a Declaração dos Direitos Humanos acrescentando um ponto importante às políticas socioeducativas;
- para as novas nações, a educação passa a ser ativador do desenvolvimento econômico e nivelador das desigualdades sociais;
- para os países industrializados, a democratização da educação torna-se essencial para melhorar a qualidade de vida de seus cidadãos;
- o Estado-Empresa partilha o tecnicismo das políticas econômicas, fruto do qual as escolas (instituição) gozam de maior protagonismo;

A educação enquanto estratégia de desenvolvimento converteu-se em outro esforço para a modernização, a industrialização e, conseqüentemente, para o aumento do Produto Interno Bruto (PIB) dos países.

O Estado é, antes de tudo, uma empresa econômica empenhada em desenvolver uma política de desenvolvimento e vê a educação como um dos seus recursos fundamentais.

Para Quintana (1989, p. 269),

nas sociedades pré-industriais o sistema educativo condicionava a formação quantitativa e qualitativa da força de trabalho profissional, manipulando os poucos canais de mobilidade social ascendente. Nas sociedades industriais acontece ao contrário: o desenvolvimento econômico e as necessidades profissionais são as que dirigem e estimulam a expansão escolar; o desenvolvimento econômico induz a escola a adequar-se às necessidades qualitativas e quantitativas de mão-de-obra.

Um dos grandes problemas do terceiro mundo ainda seria a educação e, apesar do crescimento verificado nos anos sessenta, entre os países industrializados ainda persistiam as desigualdades internas. A permanência do abismo entre Norte e Sul continua a alargar e

contribuir para o aumento das grandes desigualdades demográficas, de crescimento econômico e de industrialização; e o aumento dos problemas sociais provocados pelo desemprego no bloco Sul. Com as diferenças econômicas, constatam-se grandes diferenças educacionais e se percebe que não é somente a economia que está envolvida no desenvolvimento de uma educação para a transformação social e o desenvolvimento.

A educação como processo de melhoria das pessoas diante dos novos compromissos para um desenvolvimento mais humano e sustentável significaria uma das mais importantes causas deste fato: a mudança no conceito de Educação. A educação passa a ser concebida como uma característica da existência humana (PETRUS, 1997).

O conceito de educação se redefine completamente. Até princípios dos anos 70 e no âmbito popular, confundia-se a educação com a escolarização no sistema educativo formal, a partir da grande aceitação por ofertar-lhe uma concepção mais ampla, identificando-a com a aprendizagem ao longo da vida (sem ter em conta onde, quando e em que idade se produz), relegaram-se outros papéis à escola e à educação institucional.

No decorrer da década de setenta e em inícios dos anos oitenta, alguns acontecimentos viriam reorientar a Educação para as novas configurações do desenvolvimento social, entre os quais destacamos:

a) Entre 1975 e 1976 a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) examinou o tema “Finalidades e Teorias da Educação” chegando à conclusão que a autonomia (dar aos indivíduos e grupos o máximo de consciência, conhecimento e competência para que possam na mais larga medida possível, gerir a sua vida pessoal e coletiva), a equidade (permitir, ao conjunto de cidadãos, participar na vida cultural e econômica, oferecendo-lhes uma idêntica formação de base) e a sobrevivência (permitir a cada nação, transmitir e enriquecer o seu patrimônio cultural através da sucessão de gerações e proporcionar a compreensão mútua e a consciência de uma solidariedade de destino que se

tornou mundial) seriam os indicadores da preocupação de desenvolver a totalidade das possibilidades do homem. Embora muitas sejam desconhecidas, importam ao homem transcender-se a si próprio e, á preocupação de ter mais, deve estar aliada a aspiração de ser mais.

b) Em 1976, na Conferência da UNESCO em Nairobi, definiu-se Educação Permanente como um projeto global que deve reestruturar o sistema educativo assim como desenvolver todas as suas possibilidades de formação em seu exterior.

c) Outros fatos e projetos internacionais se intensificam no decorrer desta década, como a incidência da Educação Ambiental para análise crítica do marco socioeconômico, valorizando-a com fator de mudança das tendências humanas que danificam irresponsavelmente as condições ambientais, tais como: Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (1973), Programa Internacional de Educação Ambiental (1974), Seminário Internacional de Educação Ambiental (1975) e a Conferência Intergovernamental sobre Educação Ambiental (1977).

Outros fatores (biológicos e sociais) influenciam na educação do indivíduo e dentro da economia debate a contribuição das escolas para o desenvolvimento pelos conhecimentos que transmitem ou pelo seu efeito socializador (CARIDE, 1993).

O pensamento global emergente marca a década de 80 trazendo a necessidade de uma educação holística, universal e integral frente aos paradigmas positivista e tecnocrata, confirmando o investimento no capital humano e na tecnologia, afetando a produtividade no processo macro de desenvolvimento estrutural econômico e social da sociedade.

No processo de aprendizagem, não é possível promover no sujeito uma consciência planetária sem promover conjuntamente o descobrir e o enriquecer através de seu amplo potencial. Trata-se de uma educação adaptada a um novo mundo que se configura cada vez mais globalizado e interdependente apontando o desenvolvimento pessoal e das

capacidades humanas, desencadeando a tomada de consciência das suas possibilidades éticas e axiológicas (COLOM, 2000).

A aquisição de conhecimentos e destrezas é necessária para a participação na sociedade civil e na vida pública; esse conjunto de competências não se limita às regras básicas do passado como a leitura e simples operações aritméticas; envolve a recepção e codificação das mensagens, espírito crítico e participação coletiva. Essas são características do novo sujeito socializado num mundo de imagens e que se instrui desde e com a mecânica discursiva do audiovisual (YUSTE, 1999).

A interpretação do fato de uma qualidade de vida aceitável que corresponda a capacidade para compreender e transformar a realidade está no esforço que uma vez satisfeita as necessidades sociais básicas (alimentação, seguridade e proteção) da população existe a possibilidade de conseguir melhores níveis educativos para a sua efetivação.

A educação seria assim uma estratégia para superar o subdesenvolvimento das comunidades desafiando as condições de pobreza, desigualdade e insegurança social; uma educação que favoreça repartir, equilibradamente, uma distribuição consensuada e participativa dos bens sociais e culturais que se produza na sociedade. Mas sobre uma educação crítica capaz de forjar independências e propiciar autodeterminações, dirigida a uma clarificação global, a uma compreensão dialética do que está sucedendo para poder resistir e viver com respeito e dignidade (SÁEZ CARRERAS, 1998; CARIDE, 2002).

A educação terá de assumir a sua caracterização como uma prática política, afirmada em valores que promovam esta transformação social, o pensamento crítico e a ação emancipatória, atribuindo ainda a tarefa de assumir a favor de um desenvolvimento humano mais congruente com a justiça e a equidade social (CARIDE, MEIRA, 2001).

Morin (2001, p. 13) aponta que

os sete saberes fundamentais para a educação do futuro, abrangendo toda a sociedade e a cultura, segundo modelo e regras próprias a cada uma, sendo

estes: as cegueiras e conhecimento, o erro e a ilusão, os princípios do conhecimento pertinente, ensinar a condição humana, ensinar a identidade terrena, enfrentar as incertezas, ensinar a compreensão, a ética do gênero humano.

A vinculação entre educação e desenvolvimento só é compreensível se estiverem presentes na vida cotidiana, na relação do sujeito com o seu contexto social, cultural, econômico e natural, situação e mundo. A capacidade humana de mudar e transformar a si e a sociedade está ancorada na sua concepção de homem enquanto ser inacabado. Acredita-se que o inacabamento do homem é o núcleo fundamental de sua natureza sustentada pelo processo de educação (FREIRE, 1993).

É fundamental equilibrar a aspiração coletiva de um bem estar social garantido pelas instâncias políticas, quer locais, estaduais ou nacionais, respeitando as diferenças na busca de solucionar os problemas, onde as identidades constroem a diversidade, do mesmo modo e em um processo dialético em que as diversidades são construtoras de identidades (CARIDE, 2002).

O funcionamento estrutural da sociedade é impactado por uma série de mudanças culturais e socioeconômicas que contribuíram com alterações significativas nos últimos anos do século XX. O coletivo social, a degradação ambiental, a ampliação do número de pessoas em condições de vida inaceitável de miséria e de fome, o terrorismo (com poder fortalecido recentemente) apontam como as relações humanas estão agonizando.

Recentemente, surgiram fenômenos da confrontação e da negociação da diferença, em forma de guerra, xenofobia, violência, as quais demonstram que existe uma importante crise ética e moral. Por tudo isso, é necessário deixar de pensar na educação exclusivamente desde os parâmetros econômicos e produtivos, e promover uma educação que cultive, sobre tudo, os valores de uma cidadania democrática (GÓMEZ-GRANELL; VILLA, 2001).

Pensar um mundo onde se prolonga a vida, mas reduz a biodiversidade, generalizam os consumos aumentando a produção maciça e abusiva de resíduos, massificam-

se as comodidades agravando as situações de marginalidade e pobreza, democratizam-se os Estados persistindo os conflitos e as guerras, estendem-se os direitos sociais enquanto cresce o anonimato do coletivo (VALLA, 1999; CARIDE, 2002).

No processo de educação e de desenvolvimento não existem limites nas formas de transmitir os conteúdos educativos; saberes, valores, atitudes, comportamentos, hábitos e outros, tendo a possibilidade de ser transferidos, apropriados e apreendidos através de vários meios e estratégias metodológicas, enfocando um ensino-aprendizagem dialógico, crítico e emancipatório.

A construção e a reconstrução permanente das realidades que possibilitam a vida devem também salientar a premissa básica de que a visão e a interpretação que realiza cada sujeito das suas situações ambientais não pode alhear-se das práticas sociais (a cultura, a educação, a economia e outras) em que participa, que o afetam e mesmo condicionam a sua forma de atuar (CARIDE, 2000; VASCONCELOS, 2001).

A inter-relação entre educação e desenvolvimento aponta que a sociedade deposita atualmente uma grande confiança na educação e formação de crianças, jovens e adultos. Esta é imprescindível para o desenvolvimento estrutural da sociedade e a formação integral de autênticas comunidades em que o sujeito identifica o seu passado e reflete sobre a realidade vivida o que possibilita transformá-la. Esta transformação afeta múltiplas realidades e sua incidência no cotidiano deve ser considerada como um valor estimável em qualquer proposta orientada a aperfeiçoar as condições de vida e o pleno exercício da cidadania.

### **3.2 2 Aproximando e identificando a saúde com a Educação em Saúde**

Abordar a temática Educação em Saúde, atualmente, é remeter a um contexto inseparável de melhora de qualidade da vida, em que a prevenção e a promoção à saúde

constituem um suporte fundamental para a orientação, informação e a formação da população, de tal forma que favoreça intervir, ativamente, na tomada de decisões referentes ao seu bem estar físico e mental, seja no plano individual e/ou coletivo.

É complicado e até incongruente determinar o momento histórico no qual se define o conceito de saúde. Desde épocas remotas, o cuidado da mesma, constitui um dos elementos mais substantivos do viver humano, aspecto que representa distintos significados no presente e com perspectiva histórica. Definir saúde foi e será motivo de controvérsias, já que é um conceito, intimamente ligado ao de cultura e, portanto, à própria evolução das civilizações em diversos contextos geográficos e humanos (CURVO, 2000).

Na atualidade, tenta-se proporcionar saúde, fundamentalmente, mediante a melhoria dos estilos de vida, o meio ambiente e a assistência sanitária, remetendo ao sujeito a responsabilidade do cuidado com seu próprio corpo, considerando que no segundo terço do século XX ocorreram vários avanços na formulação de políticas saudáveis.

Consideramos ser necessário pontuar a existência de um discurso com duas vias entre as concepções de saúde e os movimentos em saúde pública. Após o final da II Grande Guerra Mundial, a OMS definiu a saúde como “um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade”. Essa concepção clássica trazia aspectos que no momento eram inovadores, como contemplar a saúde desde o ponto de vista positivo e não só como a ausência de enfermidade, e introduzia o conceito social como elemento imprescindível para o bem estar; entretanto, foi objeto de críticas, notadamente por ser ambígua e estática (BUENO, 2001).

O fato de que tal definição não expressa de maneira sistemática, esse significado frustra qualquer esforço de aclarar e melhorá-la. Mesmo sendo limitada, essa definição é um conceito poderoso e primitivo que está na inconsciência coletiva da sociedade. Greene; Simons-Morton (1998, p. 4) definem saúde como “o estado que existe quando as

enfermidades não estão presentes e que a maneira de promover a saúde é definir, estudar, compreender e por último tratar de prevenir a enfermidade”.

Serrano-González (1990), ao analisar a mesma definição da OMS, crítica-a por estar formulada em termos absolutos, com um conteúdo muito abstrato, que oculta os processos de saúde e de vida, estimando que o conceito de saúde tem muitas variáveis que contemplam a vida humana e afeta o homem em todas as direções.

Para Callahan (1997, p.26), a crítica está relacionada ao enfoque de “bem estar físico, mental e social total”, colocando tanto a Medicina como a sociedade em uma posição insustentável ao serem solicitadas para atingir metas inalcançáveis. Por exemplo, não há motivo para pensar que tão somente possa proporcionar uma contribuição modesta para o “bem estar social total”.

Em 1985, a OMS afirmou que “a saúde é a capacidade de desenvolver o próprio potencial pessoal e responder de forma positiva aos desafios do ambiente”. Uma vez mais, faz-se notório o processo de transformação do significado da saúde e a influência desse aspecto na saúde pública, ao final do século XX, incidindo na definição de movimentos como o da atenção primária e da promoção à saúde.

A margem dessa apreciação holística de saúde, as concepções mais divulgadas, atualmente, reconhece a saúde como um sentimento subjetivo de bem estar, uma habilidade para adaptar-se a estados de mudanças de tensões, com capacidade para atualizar o pleno uso do potencial que se possui (GREENE; SIMONS-MORTON, 1998).

Acreditamos que a saúde concebida como um continuum, que vai da enfermidade ao máximo bem estar, tem um significado diferente de boa saúde. Esta pode existir como um estado relativamente passivo, de estar livre de doenças e na qual, o sujeito esteja em paz com seu ambiente. Entretanto, o bem estar de alto nível se defini como “um método ou

funcionamento integrado que está orientado até a maximização, da qual é capaz em seu ambiente, no qual se desenvolve” (FERNÁNDEZ, 1995, p. 21).

A consideração da saúde como um direito e um dever do Estado tem, no caso brasileiro, um dos seus principais referentes na própria Constituição Federal de 1988, no capítulo 23, onde se sustentam as bases para a criação de SUS, vindo a constituir-se como alicerce da assistência à saúde.

Ao longo do século XX, vários autores no campo da saúde pública salientaram a importância da Educação em Saúde centrada na alteração, no sentido favorável dos conhecimentos, atitudes e hábitos pertinentes à saúde, sendo suas práticas, de caráter normativas e impositivas, não considerando a população como sujeito ativo do processo de saúde. O seu surgimento no Brasil relaciona-se ao combate de epidemias que interferiam na exportação das monoculturas agrícolas (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

Como resposta às crescentes expectativas criadas em torno de um novo movimento para a saúde pública e comunitária, realizou-se na cidade de Ottawa (Canadá), em 1986, a I Conferência Internacional para Promoção da Saúde, na qual elaborou-se uma Carta para conseguir a meta de “Saúde para Todos no ano 2000”.

Adotando como princípio norteador à saúde, o referencial da promoção para a saúde, conforme as diretrizes estabelecidas pela Carta de Ottawa, define-se aquela como

o processo que proporciona às pessoas os meios necessários para exercer um maior controle sobre sua própria saúde e assim poder melhorá-la e ainda o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo (CARTA, 1987, p. 129-133).

A saúde passa a ser considerada a partir de uma dimensão mais ampla, não dependendo somente dos serviços sanitários, porém existe uma série de requisitos sobre os quais deve se embasar qualquer ação que fomente o seu interesse e mantendo a paz, moradia, educação, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

Para Candeias (1997), existe, na área de promoção para a saúde, uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida que garantam saúde. Dessa maneira, medidas educativas adquirem relevância e imperiosidade nas ações de saúde, a que considera como um âmbito fundamental do desenvolvimento humano.

A compreensão do movimento da Atenção Primária a Saúde (APS) passa pela contextualização e análise da evolução da saúde pública, conhecendo dessa maneira suas chaves explicativas. O primeiro movimento de saúde pública centrada nas condições de vida das cidades durou até o início da era microbiológica e deram passo as possibilidades deslumbrantes do descobrimento de agentes específicos das afecções infecto-contagiosas, a imunização e a vacinação, com um matiz de intervenção individual, envolvendo a participação formal do Estado nas responsabilidades sobre a saúde e o bem estar coletivo (MENDES, 2002).

Denominada como a era bacteriológica, todavia as doenças infecto-contagiosas permaneciam como primeira causa de morbimortalidade. Nesse período, introduziu-se uma visão de saúde pública ampla considerando-a como a arte e a ciência de impedir as enfermidades, prolongar a vida, fomentar a saúde e a eficácia física e mental, mediante o esforço organizado da comunidade e desenvolvendo ações de saneamento do meio, controle das doenças infecciosas e a educação sanitária (WINSLOW, 1923).

A moderna saúde pública situa-se na década dos anos 70 trazendo uma redefinição das possibilidades e limites da era terapêutica. Surge a primeira crise energética em 1973 e o aumento dos custos com a assistência sanitária, entre outros fatores, como o envelhecimento populacional, as desigualdades em saúde, uma série de movimentos de base social, condicionando de maneira direta, os novos planejamentos em saúde pública.

O Informe 'Uma nova perspectiva da saúde dos canadenses' apresentou os determinantes de saúde construindo um modelo baseado na comunidade, em base a interação

de quatro variáveis: a Biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a assistência sanitária. Uma das principais consequências desse Informe enfatiza a importância do comportamento individual enquanto que como fator gerador de enfermidade, incidindo, de um lado, na necessidade de educar para a saúde e, por outro, de conscientizar a cada sujeito de sua própria saúde (LALONDE, 1974).

Os anos setenta são marcados por uma relativização do papel dos serviços médicos e uma revalorização da importância de dois tipos de medidas: as dirigidas a atuar sobre o meio ambiente e as que incidem sobre os estilos de vida das pessoas, fundamentalmente, na sociedade em seu conjunto. Os estilos de vida não correspondem somente a alguns comportamentos, como o exercício físico, a dieta ou a ausência de consumo de substâncias prejudiciais, mas também, a outras atitudes e práticas, como a tolerância, a solidariedade, o respeito pelas diferenças e os direitos humanos e a participação, que ocorrem na vida coletiva (FERNÁNDEZ; REGULES, 1994; TORRES; HORTALE; SCGALL, 2003).

Lalonde (1974) já destacava a importância que as variáveis ambientais e pessoais (condutas e estilos de vida) desempenhavam na morbimortalidade da população. Uma questão, especialmente salientável é quando, recentemente, os maiores problemas da saúde pública (doenças cardiovasculares, câncer, AIDS-Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida, acidentes de trânsito e transtornos psicossociais e alimentares) apresentam como fonte de variáveis explicativas, os fatores do meio ambiente e os comportamentos humanos.

A ação em favor da saúde da população tem sido um dos campos de ação tradicional dentro da política social, transformando os modos de abordar os problemas que as situações de carência de saúde geraram através de múltiplas formas. As políticas sanitárias e as estruturas que suportam as mesmas têm transformado a raiz das críticas e autocríticas do próprio sistema sanitário, desvelando o aparecimento de novas necessidades sociais que têm

dado lugar a diferentes linhas de ações dentro da política sanitária, convergentes com as mudanças que atingem as sociedades contemporâneas (ALEMÁN; GARCÉS, 1998).

Dentro do desenho da APS, a Declaração resultante da Conferência de Alma-Ata celebrada em 1978, patrocinada pela OMS, foi o ponto norteador e o apoio aos indivíduos e aos grupos sociais para que assumam cada vez mais o controle de suas vidas e de sua saúde (VASCONCELOS, 2001).

Encontra-se no marco de atuação e no texto da Declaração de Alma-Ata, uma das definições da APS que tem suscitado um maior consenso, conceituando-a como,

a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologia prática, cientificamente, fundados e socialmente, aceitáveis, localizado ao alcance de todos os indivíduos e famílias de uma comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada uma das etapas de seu desenvolvimento com um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação. A atenção primária forma parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do que constitui a função central e o núcleo principal, como o desenvolvimento social e econômico global de uma comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde elevando o mais próximo possível da atenção primária de saúde ao lugar onde residem e trabalham as pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária (OMS, 2003).

A saúde sobre o prisma da APS é um recurso para a vida, é uma condição de equilíbrio funcional, psicofísico dos indivíduos que vivem integrados em seu meio ambiente natural e social. Nessa visão, o conceito de saúde é compreensivo com valores de autonomia e solidariedade.

A APS representa teoricamente, o primeiro ponto de contato individual e comunitário para atender tanto o indivíduo enfermo como o saudável, fazendo valer a prevenção e a promoção da saúde, uma vez que potencializa o autocuidado e a participação da comunidade, podendo resolver desta maneira, uma elevada porcentagem dos problemas de demanda normal dos usuários (HERNÁNDEZ, 2000).

A manutenção da contemplação da saúde como um continuum e as próprias definições de bem estar como forma de funcionamento individual outorgam à saúde um

caráter dinâmico e ativo. A saúde já não é considerada como uma entidade passiva, dependente da enfermidade, senão que a saúde é um processo dinâmico que pode oscilar desde a má ou boa saúde ao bem estar, pleno, em caso de que este possa existir.

Nessa perspectiva, atribui-se ao próprio sujeito, uma atitude de respeito a sua saúde, podendo ser otimizada até chegar ao máximo bem estar. O funcionamento pessoal e a educação são integrados como componentes fundamentais desse modelo de bem estar. Um aspecto importante a destacar é que a saúde é um conceito cultural intimamente ligado às necessidades do homem em seu meio, mas também, a sua forma de percebê-las e enfrentá-las (CURVO, 2000).

Do ponto de vista da APS, a intervenção é encaminhada a potencializar medidas de Educação em Saúde, em que o desenvolvimento de atividades para a situação do sujeito nos direciona para a promoção e prevenção da saúde, fomentando a realização de atividades de identificação de grupos de risco e o diagnóstico precoce das enfermidades (VASCONCELOS, 2001).

Uma revisão do estado atual da Educação em Saúde haverá de afetar seus componentes e atuações. De um lado, porque se entende a educação como algo além dos conteúdos acadêmicos tradicionais, e estender-se ao longo da vida a múltiplos aspectos do sujeito e de seu meio. Por outra parte, a saúde como capacidade de desenvolver o próprio potencial pessoal para responder de forma positiva aos desafios do ambiente é considerada como um recurso para a vida diária e não só um objeto da vida, uma simples ausência de enfermidade.

Do que temos expressado induz-se que podemos visualizar a saúde através das dimensões pessoal, social e de equilíbrio com a natureza. Nesse processo, a missão da Educação em Saúde é impulsionar todas essas dimensões, a partir do conhecimento de conceitos, teorias, habilidades, através da conscientização até a ação.

Neste novo marco dinâmico de saúde, no cenário das preocupações educativas e pedagógicas de fins de século XX, surge como nova disciplina, a Educação em Saúde, tendo como base argumental, a reivindicação de que processo de bem estar requer educação, com o objetivo de que o sujeito aprenda a agir de maneira positiva no âmbito da saúde, em todas e cada uma das dimensões: física, mental, social e outras.

Em um contexto de mudança das causas de enfermidade e mortalidade, que passam de ser infecciosas a constituir-se em enfermidades crônicas, as quais derivam dos próprios hábitos do sujeito (falta de exercícios, fumar, dietas inadequadas, consumo de bebida alcoólica, entre outros), faz-se efetiva a necessidade de Educação em Saúde. Considerando que deverá partir-se da premissa de que os comportamentos da pessoa provocam suas enfermidades, pelo que é imprescindível mudá-los de negativos a hábitos saudáveis, faz-se necessário a sustentação em estratégias que os favoreçam na busca de mais e melhor qualidade de vida (HERNÁNDEZ, 2000).

Educar os sujeitos de forma positiva a comportar-se de modo saudável é fundamental para a efetiva adoção de responsabilidades, capacitando-os para utilizar seus potenciais de ação, de forma a garantir sua saúde. Essas condições exigem uma disciplina que articule a educação como corpo teórico e prático, reflexivo e estratégico para alcançar e atingir os interesses educativos. Isso é uma tarefa que será objeto de considerações e propostas na Educação em Saúde.

Nesse contexto, as práticas em saúde não são apenas uma intervenção na doença, mas um processo para que o sujeito e a coletividade disponham de meios para a manutenção de seu estado de saúde, no qual estão relacionados os fatores orgânicos, psicológicos, socioeconômicos e espirituais, podendo ser exercida em qualquer espaço social, onde o campo da saúde é muito mais amplo do que o da doença (PEREIRA, 2003).

### 3.2.3 Buscando a origem da Educação em Saúde

A Educação para a Saúde se constitui formalmente como disciplina em 1921, quando se implantou o primeiro Curso de Educação para a Saúde no Instituto de Tecnologia de Massachusetts, nos Estados Unidos, sendo que em 1922, foi fundada a sua primeira Organização Profissional: The Public Health Education, seção da American Public Health Association (ROSEN, 1958).

Entretanto, foi em 1923, que se estabeleceram os primeiros artigos apresentando a definição de Educação para a Saúde, com a obra de Winslow (1923). Nela conceitua-se a saúde pública apontando a relevância de incluir a Educação Sanitária como umas das ações primordiais para o fomento e proteção da saúde da população.

Em 1947, realizou-se o primeiro simpósio sobre o título '*O que é a Educação para a Saúde?*', se bem, até 1977, nenhum documento foi editado por essa Organização. No âmbito internacional, as publicações surgiram nos anos oitenta (ANDERSON, 1984; TONES, 1985; GREEN; RAEBURN, 1988; MINKLER, 1989) e os acontecimentos mais importantes são a Carta de Ottawa (CARTA, 1987) e a Conferência de Promoção de Saúde de Adelaide (OMS, 2004).

A partir desse marco, o conceito, a delimitação de suas funções e inclusive a expansão do campo de atuação em Educação para a Saúde, evoluíram progressivamente, respondendo a interesses de algumas disciplinas como a Medicina, a Psicologia, a Sociologia e a Pedagogia. Por conseqüência do caráter multidisciplinar, favorece-se a investigação e a expansão da disciplina, incidindo na importância de valorizar a complexidade que a caracteriza para definí-la, assim como para determinar seus objetivos e funções específicas, adotando critérios, desde múltiplas perspectivas.

Conceituar o complexo campo da Educação não é tarefa fácil. São muitas as questões que precisam ser matizadas para conseguir um mínimo de clarificação, como também o são as diversas variáveis (sobre o objeto da disciplina, sobre seus métodos, sobre sua evolução histórica entre outras) que conformam o seu conhecimento.

A análise etimológica da palavra educar põe em manifesto que educação provém, fonética e morfológicamente de *educare* (conduzir, guiar, orientar), mas, semanticamente, recorre também, o sentido de *educere* (fazer sair, extrair, dar a luz), o que é suposto desde a antiga tradução, a coexistência de dois marcos conceituais básicos, dentro do campo da educação: um modelo diretivo ou de intervenção, ajustado à versão semântica de *educare* e um modelo de extração ou desenvolvimento, referido na versão de *educere* (CASTILLO, BURY, 1998).

De acordo com essas duas tendências, podem distinguir-se dois modelos de Educação:

1 - Educação tradicional ou formal: segundo este modelo, a educação é um processo de socialização. Pretende que o indivíduo adquira a faculdade de atuar, de forma congruente, dentro do meio sociocultural a que pertence. É um processo de aprendizagem social, que combina reações de conformidade, desconformidade, marginalização e conflito, implicando a interiorização da cultura característica de um meio social determinado.

Nesse modelo, os programas educativos estão baseados em um produto. Caracteriza-se por dar importância às leis, às teorias científicas e aos conteúdos. Transmitem-se protótipos de conhecimentos, de condutas e tem como objetivo favorecer a coesão social impondo limites aos comportamentos, tornando-os acrílicos. É um tipo de educação passiva baseada na memorização dos conteúdos.

Por longos períodos, acreditou-se que o indivíduo era um recipiente vazio ou uma tábua rasa que o educador devesse enchê-lo, assim, reproduzindo modelos educativos

verticais, no qual o professor tem a autoridade e o saber. A aquisição de conhecimentos se obtinha, basicamente, por transmissão. Por essa razão, os verbos associados ao termo educador eram: transmitir, informar, explicar e fazer repetir, enquanto que as expressões utilizadas para definir a atividade do educando se expressam como escutar, assimilar, receber, armazenar e repetir (BODERNAVE, 1988, FREIRE, 1992, 1993; BUENO, 2001).

2 - Educação interativa: este modelo fundamenta-se no processo interativo entre educador/educando e tem como finalidade o desenvolvimento de ambas partes, sobretudo do educando. Considera-se a cultura do sujeito, sua maneira de situar-se no tempo, relacionando seu passado, seu presente e seu futuro, ou seja, sua bagagem de crenças e valores, isto é, a sua própria historicidade de vida. Mas, que os conteúdos em si mesmo importa como se aprende: o importante é aprender a aprender. É também um tipo de educação que parte das necessidades culturais, espirituais e técnicas dos sujeitos. O papel do educando é ativo: ele é descobridor, enquanto que o papel do educador é de coordenar, isto é, de facilitador no processo educativo.

Partimos de concepções que vêem a educação como um processo de comunicação (diálogo) que visa a liberdade e a felicidade dos seres humanos, em que tanto educandos como educadores formam e constituem sujeitos ativos, caracteriza-se por uma relação de crescimento e de reciprocidade.

Um fator primordial é a natureza política, social e intersubjetiva dessas relações, conduzindo a uma concepção mais abrangente do processo pedagógico. O estabelecimento de bases para uma práxis da Educação para a Saúde é fundamental visando a contribuir para a estruturação de pessoas íntegras e dignas. A concepção integral do ser humano se encontra no fundamento da vontade de construção de um método dialógico de articulação de saberes que contemple singularidades e multiplicidades (FREIRE, 1993).

Na busca da integralidade, Freire (1993), refletindo sobre a natureza do ser humano, no contexto do processo pedagógico, enxerga ‘um ser da práxis, da ação e da reflexão’. A mesma constatação aparece por Vygostsky (1994) em suas análises sobre os instrumentos e símbolos enquanto mediadores do ‘comportamento cultural’, integrando as intenções e representações simbólicas das ações, num continuum indissociável do agir e do sentir. Constata ainda, o fenômeno de internalização dos processos sociais e culturais, o que constitui o elo entre a dimensão coletiva da pessoa humana e a sua individualidade e toma a forma de processos psicológicos com graus diversos de particularização. A constatação desse continuum sujeito-coletivo permite a incorporação à práxis da Educação em Saúde de diversos níveis de vivência e ação: intrapsíquico, interacional e macrossocial, sendo assim, possível envolver vários atores sociais em distintos âmbitos na resolutividade de problemas coletivos.

Desde a perspectiva pragmática e situacional da inserção do sujeito em contextos reais do cotidiano, onde o pano de fundo do processo educativo é o cenário vivenciado, abarcando aspectos do cotidiano (contingências, insegurança). Tal concepção parte do pressuposto de que o ser humano, por constituir um ser em situação, não pode ser compreendido fora das relações com seu mundo (FREIRE, 1993).

A construção de um processo mediatizado pela comunicação através da relação educador-educando implica a participação ativa do sujeito-educando. Pensar em uma educação ‘dialógica e crítica’ como princípio de uma consciência, como assinalado por Freire (1992), a ‘transitividade crítica’ opondo-se à ‘coisificação’- consciência transitivo-ingênua ou a transitividade. O conteúdo programático da educação, a partir do momento em que o sujeito-educando passa a ser educador-educando, já não é mais impositivo ou paternalista, mas uma retribuição organizada, sistematizada e enriquecida dos elementos que lhe foram entregue de forma não estruturada (FREIRE, 1993).

Enquanto campo de prática do setor Saúde, a Educação em Saúde tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população. Entretanto, até a década de 70, a Educação em Saúde no Brasil teve seu papel ligado às iniciativas elitistas político-econômicas e, portanto, subordinada a elas, sendo sua prática voltada à imposição de normas e comportamentos (SMEKE; OLIVEIRA, 2001; VASCONCELOS, 2001).

A autarquia política que se sustentou sob um regime tecnocrata ditatorial, após a Revolução de 1964, imposta pelo governo militar e presente até o início da década de oitenta, alavancou uma série de experiências, em condições de emergência, de Educação para a Saúde que significaram uma ruptura com o padrão referido acima. Nesse período, a política de saúde priorizava a expansão de serviços médicos privados, principalmente hospitalares, não havendo espaço significativo às ações educativas.

O método da educação popular, sistematizado por Paulo Freire, constitui-se como norteador da relação entre intelectuais e classes populares. As práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços de saúde levaram vários profissionais de saúde insatisfeitos, a engajarem-se naquele processo.

As mudanças culturais e sociais que se desencadearam ao final dos anos setenta, a inserção de pensamentos sociológico e filosófico inovadores, favoreceram o surgimento de experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados do Estado, onde profissionais de saúde aprendem a se relacionar com os grupos populares, começando a esboçar tentativas de organização de ações de saúde integradas à dinâmica social, principalmente na região sudeste do país (VALLA, 1999).

A participação de profissionais de saúde nas experiências de Educação Popular, a partir dos anos 70, trouxe, para o setor saúde, uma cultura de relação com as classes populares

que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da Educação em Saúde.

Com a conquista da democracia política e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 80, os movimentos sociais passaram a lutar por mudanças mais globais nas políticas sociais. Em muitas instituições de saúde, grupos de profissionais têm enfrentado o desafio de incorporar no serviço público a metodologia da educação popular, adaptando-a ao novo contexto de complexidade institucional e da vida social. Enfrentam tanto a lógica hegemônica de funcionamento dos serviços de saúde, quanto à subordinação aos interesses de legitimação do poder político e econômico dominante (VASCONCELOS, 2001).

Tem-se assistido, em alguns locais, a emergência de novos padrões de enfrentamento dos problemas de saúde marcados pela integração entre o saber técnico e o saber popular e pela mútua colaboração. Nessa perspectiva, a Educação em Saúde deixa de ser uma atividade a mais realizada nos serviços, para ser algo que atinge e reorienta a diversidade de práticas ali realizadas. Passa a ser um instrumento de construção da participação popular nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, de aprofundamento da intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade. Apesar de esse processo vir ocorrendo no Brasil de forma fragmentada, em experiências e iniciativas marcadas pela transitoriedade, tal constatação coincide com a percepção de autores situados em outros países, como MacDonald; Warren (1991, p. 39-44), da Inglaterra e Austrália, respectivamente enfocando que,

a educação não é um mero componente da Atenção Primária à Saúde (APS). Antes disto, esta é, em sua totalidade, um processo eminentemente educativo na medida em que, na perspectiva defendida pela Conferência de Alma Ata, se baseia no encorajamento e apoio para que as pessoas e grupos sociais assumam um maior controle sobre sua saúde e suas vidas (...). Grande parte do que Paulo Freire diz sobre o processo educativo é diretamente aplicável à Atenção Primária à Saúde. Nós afirmamos ainda mais: a metodologia educativa de Paulo Freire é uma sólida base para se atingir uma Atenção Primária à Saúde integral.

Com a priorização internacional da APS, tendo como marco a Conferência de Alma-Ata em 1978, os Organismos Internacionais de Saúde, como a OMS, passaram a enfatizar a necessidade de se estudar o contexto cultural das populações para melhor adequação das práticas de saúde. Mas a maioria das orientações e das novas práticas emergentes, segundo Campbell (1993), caracteriza-se por uma utilização instrumental e simplificadora dos dados culturais locais: as crenças, linguagem e iniciativas da população são estudadas para fazer as mensagens educativas se tornarem mais compreensíveis e mais atraentes.

As prioridades e os conhecimentos educativos necessários continuam sendo determinados pelo grupo de profissionais técnicos sem se deixar questionar pelas razões, interesses e saberes da população, só que agora procurando revesti-los, espertamente, com discursos locais ou associando-os com acontecimentos e crenças daquela população. Apesar da nova roupagem antropológica, continuam repetindo o modelo da educação bancária criticado por Freire (2001a, p. 36),

a narração de que o educador é o sujeito, conduz os educandos à memorização mecânica do conteúdo narrado. Mais ainda, a narração os transforma em 'vasilhas', em recipientes a serem 'enchidos' pelo educador. Quanto mais vá 'enchendo' os recipientes com seus 'depósitos', tanto melhor educador será. Quanto mais se deixem docilmente 'encher', tanto melhores educandos serão. (...) nesta distorcida visão da educação, não há criatividade, não há transformação, não há saber. Só existe saber na invenção, na reinvenção, na busca inquieta, impaciente, permanente, que os homens fazem no mundo, com o mundo e com os outros.

A proposta metodológica que a Educação Popular propõe para mudança é buscar subordinação do ato pedagógico ao movimento dos próprios educandos em direção ao ser mais, tentando superar as limitações e opressões de suas vidas. Para isso, o educador deve investir na descoberta e inserção nesse movimento (de busca e de construção) existente na dinâmica social do grupo em que atua,

educação popular não visa criar sujeitos subalternos educados: sujeitos limpos, polidos, alfabetizados, bebendo água fervida, comendo farinha de soja e defecando em fossas sépticas. Visa participar do esforço que já fazem

hoje todas as categorias de sujeitos subalternos - do índio ao operário do ABC paulista - para a organização do trabalho político que, passo a passo, abra caminho para a conquista de sua liberdade e de seus direitos. A educação popular é um modo de participação de agentes eruditos (professores, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde e outros) neste trabalho político (BRANDÃO, 1982, p. 42).

É viável refletir uma ampliação da afirmativa citada por Brandão e utilizar o vocabulário do setor saúde, afirmar que educação popular é a participação de agentes eruditos no esforço de luta pela saúde (entendida de forma ampla) que os vários cidadãos já vem fazendo. O trabalho político é uma das dimensões dessa luta. O educador é o profissional que usa a palavra e o gesto como instrumentos de trabalho na luta coletiva.

Aos profissionais de saúde cabe reconhecer o saber expresso no senso comum, o saber da população (considerar que todos os sujeitos são portadores de saberes diferentes, transmitindo o modo de vida dos grupos dominados) e deixar de lado, a visão de que senso comum é opinião, conhecimento vulgar, forma de conhecimento não verdadeiro com o qual precisam romper para tornar possível, o verdadeiro (LEFÉVRE, 1999).

### **3.2.4 Desvelando a transição da Educação Sanitária à Educação em Saúde**

A Educação Sanitária no Brasil surge marcada por discursos e práticas impositivos e prescritivos; influenciada pelas experiências européias do século XVIII e XIX. Ao final desse século XIX e início do século XX, as primeiras intervenções do Estado eram voltadas para a saúde das classes populares, estruturadas para combater as epidemias de varíola, peste e febre amarela. As ações médicas e a educação assumiram, então, importância central no debate político nacional, contudo marcada pela ausência do ator popular como elemento ativo (VASCONCELOS, 2001).

O termo Educação em Saúde é uma evolução moderna e atualizada do que com autenticidade era a Educação Sanitária. Essa não pode ser conceituada como uma simples

informação médica ou sanitária, realizada por profissionais de saúde, exclusivamente sobre temas de enfermidades e não de saúde em sentido amplo, recorrendo às denominadas campanhas e lutas. As mudanças ocorridas nas políticas de saúde foram as que repercutiram, diretamente, nas conceituações e nas práticas da Educação em Saúde, pelo que dentro do contexto político da atenção primária coloca-se a ênfase na prevenção e na promoção da saúde, na formação e a participação da comunidade.

Em cada uma das ações do sujeito, a educação é um componente fundamental, sendo uma das diversas formas para que a conduta influa em relação às práticas e condições da saúde. Existem várias definições para a Educação em Saúde e a Educação Sanitária. Distinguem-se ao menos duas correntes ideológicas: uma que considera que uma definição deveria ser válida segundo o setor de intervenção (hospital, escola, trabalho) e outra, que crê na existência de um processo idêntico aplicável a qualquer que seja o lugar de intervenção, o que intervêm e o que participa (ROCHON, 1992).

Também são numerosas e diversas as definições de Educação Sanitária. Em geral, os aspectos educativos têm sido determinados por conhecimentos que sobre o corpo e a enfermidade se tenham formulado nas diferentes épocas. A característica comum a todas elas é a consideração da Educação Sanitária como o processo de aquisição de conhecimentos e modificações de atitudes e hábitos: - os que se denominavam hábitos de vida e práticas higiênicas ou regras higiênicas. A ação educativa dirigia, exclusivamente, ao indivíduo.

Nessa perspectiva, a Educação Sanitária representa, essencialmente, uma ação exercida individualmente para conseguir modificar seus comportamentos. De maneira geral, pretende-se que os sujeitos adquiram e conservem hábitos de vida saudáveis que aprendam a usar melhor os serviços de saúde que tem a sua disposição e estejam capacitados para tomar as decisões (individual ou coletivamente) que implicam a melhora de seu estado de saúde e de saneamento do meio em que vivem.

Outro fator a se considerar na Educação Sanitária é a melhoria da saúde de uma nação e da redução de enfermidades que podem ser prevenidas, as incapacidades e a morte, em uma dimensão de cuidado à saúde que se interessa em influir nos fatores da conduta (SIMONDS, 1976).

Pode-se observar que algumas concepções, embora aparentemente equivalentes, incidem sobre o caráter de um processo de mudança pessoal, outras sobre a necessidade de mudar os agentes responsáveis do seu estado de saúde e da comunidade, e outras sobre a necessidade de modificar certos aspectos da cultura dos grupos sociais. Nessa linha, torna-se um processo que informa, motiva e ajuda a população a adotar e manter práticas e estilos de vida saudáveis, que desencadeiam as mudanças ambientais necessárias para facilitar e dirigir a formação profissional e atingir objetivos pré-determinados (SALLERAS, 1985; CASTILLO, BURY, 1998).

Isso significa compor uma diversidade no enfoque tradicional de educação sanitária em que a ênfase limitava-se à modificação de condutas de risco no âmbito individual e de estilos de vida. Amplia-se a denominação para a Educação em Saúde, em decorrência da reorientação, atualmente, para a capacitação do sujeito, baseado em uma informação adequada, podendo intervir nos processos relacionados com sua própria saúde, tanto pessoal como comunitária.

Para autores como Grenne; Simons-Morton (1998) e Rochon (1992), a definição mais completa é a realizada por Green (1980: p. 6) na qual a Educação em Saúde concebe-se como “toda aquela combinação de experiências de aprendizagem planejada, destinada a facilitar as mudanças espontâneas de comportamentos saudáveis”.

Em concordância com Tones; Tilford (1994) salientamos que semelhante ao conceito de saúde e ao mesmo tempo em que os serviços de saúde evoluem, o significado de

Educação em Saúde foi experimentando distintas mudanças nos últimos anos, ampliando e outorgando novos significados aos seus conceitos e práticas.

É primordial que Educação em Saúde se atine à aquisição de conhecimentos e atitudes, assim como a alteração da conduta individual e coletiva em assuntos relacionados com a saúde, para manter práticas e estilos de vida saudáveis, proporcionando as mudanças ambientais necessárias para facilitar esse objetivo. Nesse enfoque, é necessário despertar nos sujeitos uma consciência sanitária desde os primeiros anos de vida.

Outros autores concebem a Educação em Saúde como um processo planejado e sistemático de comunicação e ensino-aprendizagem orientado a tornar fácil a aquisição, eleição e manutenção das práticas saudáveis tornando difíceis as práticas de risco (COSTA; LÓPEZ, 1996).

De tudo isso, depreende-se que a Educação em Saúde deve ter como objetivo, não só a orientação de uma vida sã, senão o interesse de um adequado afrontamento da enfermidade através da capacitação do sujeito, mediante condutas eficazes e uma aceitável convivência com a mesma (GALLAR, 1998).

Por demais, dessas definições enunciadas podemos entender que a Educação em Saúde deve dirigir-se a,

proporcionar informações planejadas e adequadas à situação real dos indivíduos e das comunidades, que permitam uma postura de afrontamento efetivo frente às condutas ou fatores de risco e às possibilidades da prevenção primária, secundária e terciária; capacitar os sujeitos para que participem na gestão dos cuidados, em todos os níveis (CURVO, 2000).

Apesar da existência de diferentes tendências, hoje existe um consenso mínimo sobre a idéia de que educar em saúde requer mais que a simples informação e que a finalidade não é proporcionar conhecimentos senão conseguir a mudança nas atitudes e nos estilos de vida, mas essas mudanças devem ser realizadas de maneira consciente e desejável.

Educar em Saúde é ajudar a adaptação voluntária dos comportamentos das pessoas, através da combinação de experiências de aprendizagem que melhorem sua saúde,

baseando em fomento de estilos de vida saudáveis; considerando que a Educação em Saúde (saúde e educação) é antes de tudo um direito básico e, portanto, deve ser acessível, contínuo e equitativo. Fomentar estilos de vida saudáveis não significa somente não fumar, não beber, comer bem e fazer exercícios; a saúde psíquica e social se relaciona em deixar o consumismo e o individualismo e ser solidário com o meio e com os demais. Por isso, os conteúdos de Educação em Saúde devem oferecer instrumentos ao sujeito para contribuir a ser mais livre em sua tomada de decisão e favorecer o desenvolvimento sadio (METCALFE et al, 1995).

Outras atitudes e práticas (como a tolerância, a solidariedade, o respeito pelas diferenças e os direitos humanos e a participação, que ocorrem na vida coletiva), e não somente alguns comportamentos (exercícios físico, a dieta ou a ausência de consumo de substâncias prejudiciais) correspondem aos estilos de vida (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2003).

Consistindo em um processo e experiência de aprendizagem, a Educação em Saúde, tem a finalidade de promoção de saúde. Esse conteúdo contemplaria aqueles conhecimentos, atitudes, destrezas e hábitos relacionados com o desenvolvimento da autonomia pessoal, física e motora, o conhecimento e aceitação do próprio corpo e dos outros.

A Educação em Saúde é uma magnífica oportunidade para a atenção à diversidade (um dos princípios corretivos das desigualdades), pois o desenvolvimento de hábitos saudáveis dentro do âmbito escolar, familiar e da comunidade social em geral, permite, no seu tempo, o aproveitamento de suas potencialidades. Isto é certo, na medida em que através da Educação para a Saúde possibilita-se um maior grau de igualdade de oportunidades para todos, independente de suas capacidades, circunstâncias sociais, etnia, interesses, motivações e outros (SEONE; FERNÁNDEZ; MÉNDEZ, 2000).

Assim entendida, a Educação em Saúde constitui um elemento certamente inovador, uma realidade no tempo, não uma simples moda, onde ao final do século XX

apresentava-se em termos de uma exigência, irremediável: aprender a viver em um contexto marcado pelas mudanças ambientais e sociais.

Enquanto profissionais de saúde, não podemos renunciar a esse novo desafio. Enfocar a Educação em Saúde na diversidade é um problema de convicções sociais, culturais e pedagógicas de todos aqueles implicados em atingir melhoria na educação e na saúde.

Essa temática deve oferecer condições para que os sujeitos desenvolvam o senso de responsabilidade, tanto por sua própria saúde, como pela saúde da comunidade, merecendo consideração como um dos mais importantes elos entre suas perspectivas dos projetos governamentais e das práticas em saúde. Nesse sentido, ressalta-se que as ações educativas em saúde são processos que objetivam capacitar sujeitos e/ou grupos, de modo que possam assumir ou ajudar na melhoria das condições de saúde da população (KAWAMOTO, 1993; LEVY, 2003).

Não obstante, deve tomar-se em conta, que a Educação em Saúde, se relaciona com outras áreas de forma transversal, enquanto favoreçam ou participem de questões saudáveis. Assim, a Educação Ambiental para estabelecer relações entre a humanidade e a biosfera e a interação de processos ecológicos e humanos num meio ambiente saudável, invade o aspecto físico, mas também o cultural e o social; a Educação no Trânsito como meio para evitar acidentes ou condutas agressivas; a Educação para o Lazer, para orientar atividades culturais, desportivas e sociais, que não tragam riscos para a saúde pessoal ou de outros; a Educação para o Consumo como prevenção de drogadição ou desenvolvimento de atitudes pessoais para um consumo sadio e racional; ou a Educação para a Paz que garante atitudes não violentas e solidárias que favoreçam um clima social saudável.

Existem outros temas transversais que consideramos implícitos na Educação em Saúde, como é o conceito de Co-educação ou da Educação para a Igualdade e a Interculturalidade, posto que não consideremos diferença alguma que distinga conceitos de

saúde distintos para uns e para outras, para brancos ou amarelos, para fieis ou infiéis; todos, por certo, têm direito a uma mesma qualidade de vida, estado de bem estar e felicidade. A saúde não pode discriminar-se para uns e para outros.

### **3.2.5 Descrevendo modelos pedagógicos na Educação em Saúde**

As conceituações são, freqüentemente, caracterizadas por debates dialéticos e a adoção de uma definição ou outra reflete nas diferenças ideológicas; neste sentido, a Educação em Saúde não é neutra. É necessário apresentar os diferentes enfoques ou modelos de Educação para a Saúde e as dificuldades que se encontram são permeadas pela falta de uma coerência interna da linha metodológica.

Tones (1994) apresenta quatro enfoques diferentes de Educação em Saúde, descrevendo suas bases filosóficas para essa prática:

#### **1 - Modelo médico, preventivo ou individualista**

Este oferece uma interpretação parcial e reducionista da saúde. As pessoas são consideradas máquinas, cujas partes estão sujeitas aos ataques de microorganismos patogênicos ou não; o ambiente apenas é tido como uma fonte de agentes patogênicos que interferem no funcionamento normal do organismo. O principal papel da medicina é restaurar a ordem e reparar a função; nessa linha, a saúde é definida como ausência de desordem funcional.

A nova geração de enfermidades, as crônico-degenerativas, provocou mudanças a partir da década de cinquenta. Assim, o modelo curativo não responde, ocasionando uma mudança, desde a cura à prevenção. A Educação em Saúde destaca-se em um novo modelo médico preventivo; já que o estilo de vida e as condutas das pessoas se consideram implicadas em causar ou acelerar as enfermidades da civilização, à educação se delega um papel de

persuadir os sujeitos para a mudança de seu estilo de vida. Desde esse modelo, o indivíduo é visto livre para eleger e, em consequência, seu status de saúde como um assunto sobre o qual tem controle.

O educador para a saúde deve oferecer argumentos persuasivos e informações relevantes, mas a responsabilidade de mudança depende do indivíduo. Reclamam três críticas: primeiro nega que a saúde é um produto social; segundo assume que existe liberdade de escolha, e terceiro é ineficiente inclusive em seus próprios termos de referência.

Esta perspectiva se concretiza, demasiadamente, no indivíduo, acusando-o do que denomina “culpabilizar a vítima”. A Educação em Saúde centraliza na mudança da conduta individual e limita o seu alcance e condescendência às práticas que levaram cada vez mais ao conceito de culpabilização da vítima por sua deficiência de saúde. Já que os indivíduos são os responsáveis de sua própria saúde, esse modelo serve para justificar as desigualdades na sociedade, incluindo as em saúde (LAURA; HEANEY, 1990; NAIDOO, 1992).

## 2 - Voluntarismo e o modelo educativo

A filosofia, base deste segundo enfoque de Educação em Saúde, fundamenta-se na consideração de que a educação deveria estar, primeiramente, interessada pela racionalidade e a liberdade de escolha. O modelo educativo, de fato, não é tão simples como o anterior, pois nesse se entende que oferecer, somente, informação sobre temas de saúde não é suficiente para provocar mudanças de conduta.

Considera-se que a principal meta da Educação em Saúde é facilitar a tomada de decisões, independentemente, da natureza da escolha que possa ser tomada. Portanto, a importância de proteger a liberdade e posteriores escolhas de saúde informadas tem sido apoiada por distintos autores que argumentam que a Educação em Saúde deveria intentar respostas voluntárias às mensagens educativas.

## 3 - Modelo radical

Baseia-se em que a Educação em Saúde para ser efetiva deve focar-se com maior ênfase nos determinantes sociais e ambientais, sendo sua função principal a de estimular a consciência crítica.

Para tanto deve haver o desenvolvimento de uma consciência que permite que o sujeito olhe com visão crítica suas circunstâncias como primeiro passo para mudança. O sujeito deve primeiro tomar consciência da existência das origens sociais da enfermidade e deve ser persuadido para atuar.

Dessa forma, os educadores em saúde devem implicar o sujeito na ação coletiva para criar ambientes promotores de saúde e devem ajudar a organizar-se para mudanças institucionais, políticas e ambientes que prejudicam a saúde. Apesar das vantagens outorgadas a esse modelo, seu principal inconveniente é que não se garante que as pessoas sejam capazes de mudar as circunstâncias sociais.

#### 4 - Modelo “empowerment” - do empoderamento

Este modelo facilita a tomada de decisões, autenticamente, informada. Em essência, oferece a informação favorecendo modificações em aspectos da personalidade. Essas mudanças favorece o desenvolvimento da personalidade implicando no mudar os modos em que o sujeito se vê a si mesmo e equipá-lo com distintas destrezas e habilidades que lhes possam ajudar a interagir mais efetivamente, com seu ambiente.

A estratégia adotada impõe um desenho para aumentar os sentimentos de valor e auto-estima e promover o desenvolvimento de uma convicção de que é possível estar a cargo da vida de cada um, dotando-lhe de capacidade de decisão. Conseqüentemente, seu principal propósito é conscientizar de temas chave e oferecer as destrezas necessárias para o desenvolvimento de poder tanto individual como da comunidade.

Os principais componentes são o próprio ambiente e as relações recíprocas entre o sujeito e o ambiente, as características psicológicas e, finalmente, as condutas que atuam

como uma classe de contato entre a personalidade e o ambiente. Estabelecendo uma extensa variedade de competências que facilitam sua meta; entre elas, pode-se destacar as seguintes: comunicar-se efetivamente, estabelecer relações, resolver conflitos, ser positivo, apoiar-se em outros, influir nas pessoas e nos sistemas.

Em vários artigos são ilustradas a aplicação e a integração da teoria da mudança social de Paulo Freire, fazendo alusão a programas específicos desenvolvidos sobre esse modelo (SERRANO GONZÁLEZ, 1990; WALLERSTEIN, 1993; WALLERSTEIN; BERNSTEIN, 1994; WALLERSTEIN; SÁNCHEZ-MERKI, 1994).

### **3.2.6 Revelando paradigmas da educação/enfoques na Educação em Saúde**

Tanto as Ciências Sociais como a Educação em Saúde caracterizam-se pela ausência de um único enfoque. Vários autores têm proposto três paradigmas no âmbito da educação, os quais podem ser identificados nos diversos estudos sobre educação. Esses são: a) o empírico-analítico; b) a investigação simbólica ou lingüística; e c) a ciência crítica (GIROX, 1981; POPKEWITZ, 1984; ESCUDERO, 1986; JACOB, 1987; SÁEZ CARRERAS, 1986, 1998).

É evidente que cada um desses paradigmas adota uma plataforma conceitual frente à realidade educativa e desde a qual se mantêm, implícita ou explicitamente, determinados supostos teóricos e determinada metodologia de trabalho e de investigação.

#### **1 - Paradigma/enfoque técnico – científico**

Adota um modelo de cientificidade e de investigação que se tem inspirado nos pressupostos tomados do modelo dominante no campo das ciências físico-naturais. De acordo com esse ponto de partida, os fenômenos educativos se definem, fundamentalmente, pelo fato

de ser objetivos e por onde se pode fazer uma análise científica dos mesmos (CARR; KEMMIS, 1986).

A realidade educativa se vê justificada, cientificamente, tendo por objeto, o controle e a racionalização das práticas educativas. O ensino fica reduzido à transmissão. O que se planeja limita-se como uma atividade instrumental, cujo valor, reside unicamente, na otimização eficaz de resultados preestabelecidos de aprendizagem (PÉREZ GÓMEZ, 1983).

A crítica a esse enfoque centraliza-se na escassa incidência de seus resultados na prática educativa, a excessiva concentração dos problemas na construção teórico pedagógica e certo desinteresse e o esquecimento dos problemas práticos e seu poder prescritivo de resultados ser menos relevante do que o esperado (ELLIOTT, 1978; STENHOUSE, 1987; CARR; KEMMIS, 1988; KEMMIS, 1998).

Esse enfoque apresenta certas coincidências com o modelo médico da Educação em Saúde. Ambos delegam à educação um papel simplista. Sua função é a de transmitir conhecimentos, esquecendo, completamente, as influências ambientais. Ademais enfatizam a busca da generalização pretendida a predição e o controle da conduta que são conhecimentos com os fundamentos da investigação positivista.

## 2 – Paradigma/enfoque interpretativo

Enfrenta-se radicalmente ao modelo anterior ao que acusa de considerar as instituições escolares como realidades uniformes, descontextualizadas e suscetíveis de regulação e de controle preciso. Defende a natureza particular dos fenômenos sociais: uma realidade cheia de interpretações e de significados subjetivos e intersubjetivos.

A característica central é o interesse no significado humano da vida social e sua elucidação e exposição pelos investigadores. Não aspira apresentar leis universais explícitas, nem a controlar os fenômenos mediante ações técnicas. A meta da ciência é descobrir os

processos de interação social, identificando padrões de intercâmbio e regras sociais dinâmicas contextualizadas e negociadas.

Sua função, mais que explicar e prescrever, é iluminar, clarificar e interpretar os fenômenos sociais. Pode-se observar certo paralelismo entre esse enfoque e o voluntarismo ou modelo educativo de Educação em Saúde. A Saúde e a Educação são construtos sociais; categorias formadas por nossas interações e experiências com os outros.

É evidente que nossos significados de Saúde e de Educação dependem das condições ambientais em que nos encontramos imersos. Os indivíduos não são meros receptores de estímulos predeterminados. Todos tomam em consideração, o contexto de nossas condutas e ações. As causas e os efeitos da conduta humana são tão complexos que necessitamos conhecer o contexto da conduta e o propósito atribuído pelos indivíduos interessados.

### 3 - Paradigma/enfoque crítico

Educar para emancipar é o objetivo deste paradigma, ou seja, a orientação que demanda um conhecimento crítico, reflexivo, emancipador, que luta contra formas autoritárias, repressivas e de privilégio.

A teoria que aspira a construção crítica tem como função explicar e descobrir os fenômenos sociais. Mas, sobretudo deve ser normativa, integrando fatos e valores, relacionados à teoria e à prática, com a finalidade de potencializar os sujeitos e os grupos de instrumentos de transformação social e educativa.

Nessa orientação, deve-se cumprir uma função emancipadora, mas para isso é necessário criar um contexto social que o sustente. O educador não deve ser um receptor passivo e reprodutor da realidade educativa estabelecida. Nem sequer, o condutor de um projeto educativo dentro do marco ideológico-cultural dominante. Será um observador crítico, um agente ativo que se interage com os educandos numa relação de horizontalidade, na luta

contra os contextos escolares e sociais desumanos, na construção conjunta de uma pedagogia conscientizadora.

Esse enfoque tem semelhanças com o modelo radical e com o “empowerment”, pois ambos contam com os sujeitos para a transformação social, cujo efeito é possibilitar o desvelamento de oportunidades para que os participantes construam seus próprios significados (nesse caso sobre a saúde). Em definitivo, pretende ajudar os atores sociais a atuar em mais apropriadamente à luz de seus valores sobre saúde (ROBOTTOM; COLGUHOUN, 1992).

Denota-se a melhor aproximação ao modelo “empowerment”, sobretudo se levarmos em conta, que esse modelo toma como princípios, a filosofia educativa de Freire, a da libertação, cujos princípios de uma cultura deveriam chegar a ser prioritários nas estratégias de intervenção de promoção de saúde de tal forma que não associara naturalmente o contexto de barreiras com as diferenças culturais. Os esforços programáticos deveriam proporcionar a possibilidade da pedagogia crítica como parte das práticas de promoção de saúde nas escolas, comunidades e lugares de trabalho (AIRHINHENBUWA, 1995; BUENO, 1997, 1998).

### **3.2.7 Identificando os agentes atuantes na Educação em Saúde**

Entende-se por agentes da Educação em Saúde, todos os membros da comunidade que contribuem para que os sujeitos e grupos adotem condutas positivas de saúde. Não obstante, há uma série de profissionais que, por suas características e/ou atividades, tem mais oportunidades, conhecimentos e facilidades para transmitir mensagens de saúde ou por sentir-se envolvidos nas suas práticas. Entre eles, destaca-se o papel de profissionais sanitários, de educação e dos meios de comunicação. Todos esses profissionais são agentes de

transformação desde duas perspectivas distintas: uma programada (intencionada, seguindo um tipo de metodologia elegida, previamente); e outra, cada vez mais valorizada, que é a repercussão da conduta de saúde desses profissionais, na mudança de hábitos negativos da população (CURVO, 2000).

Dentro do grupo de profissionais da saúde, merece destaque especial o profissional enfermeiro como educador de saúde. O campo oferece diversificadas possibilidades a esse profissional, contando com um amplo campo de atuação e podendo trabalhar tanto com o sujeito, com grupos ou com a comunidade. A configuração de um corpo próprio de conhecimentos científicos, no desenvolvimento de uma linguagem comum e no emprego de uma metodologia de trabalho efetiva, dialógica, horizontal e participativa, favorece a compreensão da magnitude da atuação desse profissional enfermeiro na sociedade.

Assim, o profissional enfermeiro que trabalha na comunidade está implicado nessa tarefa e deve impulsionar os sujeitos, as famílias e os grupos a adquirirem sólidos princípios e práticas saudáveis, contribuindo, pois, para criar uma cultura de saúde. Ao enfermeiro é imprescindível conhecer e utilizar métodos educativos alternativos e inovadores, que favorecem a aprendizagem de seus clientes e do intercâmbio de conhecimento entre ambos.

Sabe-se que as ações educativas melhoram as relações profissional-sujeito e os ambientes social e físico. Além disso, a Educação em Saúde, como uma prática social, baseada no diálogo, ou seja, na troca de saberes, favorece a compreensão dessa relação no processo saúde-doença e, respectivamente, o intercâmbio entre o saber científico e o popular.

O campo de ação é constituído pelos sujeitos, os grupos e toda a coletividade, considerando sempre a contexto sócio-cultural aos quais dirigimos a ação educativa, assim como, as circunstâncias que definem a vida pessoal e a realidade de cada sujeito. Essa análise para todos da realidade demonstra a diversidade de necessidades, ao tempo que justifica a

existência de distintos objetivos e estratégias a serem adotadas (CAJA LÓPEZ; LÓPEZ PISA, 1995).

A classificação dos campos de atuação em Educação em Saúde pode ser descrita a partir de dois objetivos: manter a saúde da comunidade, entendida como ativa e capaz de autocuidar-se, trabalhar e estudar e atender as pessoas doentes que precisam de assistência sanitária para melhorar ou repor a saúde. Essa classificação é útil para planejar e desenvolver os distintos programas, mas desde o ponto de vista objetivo, as diferenças entre pessoas saudáveis e doentes, assim como, as diferenças entre estado de saúde e estado de enfermidade, não são sempre claras e excludentes (SALLERAS, 1998).

Outra forma de classificar os campos de atuação em Educação em Saúde remete às diversas etapas do ciclo de vida, adequando às intervenções das necessidades de saúde específicas das pessoas em cada uma de suas etapas evolutivas, podendo ser o meio ou lugar em que se desenvolve e a etapa do ciclo vital ou doença sofrida pelo sujeito ou grupo.

A Educação em Saúde está centrada, atualmente, na capacitação do sujeito para que, baseado na informação adequada, possa intervir nos processos relacionados com sua própria saúde, tanto no nível individual como comunitário.

### **3.2.8 Relacionando a atividade educativa na prática em enfermagem**

Várias mudanças ocorrem nas ciências em geral, desde os primórdios da idade moderna até os tempos atuais. A Enfermagem tem procurado acompanhar as evoluções dos conceitos definidos nas diferentes áreas, tais como: Saúde, Educação, Educação para a Saúde e Ciências Sociais, entre outras.

O enfermeiro, sendo um educador por natureza, deve estar preparado para exercer esse papel. Para que isso ocorra, fazem-se necessários o seu aperfeiçoamento e especialização,

que garantirão o seu preparo para exercer esse papel tão importante para sua formação profissional.

Ao discorrermos sobre as funções do enfermeiro destacam-se aquelas voltadas para as dimensões administrativa, assistencial e educativa. As duas primeiras funções se completam e ambas são permeadas pela última, a função educativa (FERREIRA, 2002).

As atividades educativas são inerentes à prática do enfermeiro, e essa vem sendo cada vez mais valorizada, dado seu papel relevante na continuidade profissional do enfermeiro em serviço. E ainda, o enfermeiro prioriza a educação do pessoal de enfermagem em detrimento das necessidades de aprendizagem do cliente, da equipe e da unidade.

Por sua vez, Gemelli (2000) acrescenta que o enfermeiro abdica do cuidado e do seu papel de educador, delegando-os a outros membros da equipe, por assumir funções burocráticas, acumular unidades para supervisionar, entre outras dificuldades da prática da assistência de enfermagem.

Quando realizada, a atividade educativa tem um cunho paternalista e autoritário, dificultando ou impedindo o desenvolvimento da visão crítica por parte do sujeito, bloqueando a capacidade de reflexão daqueles que procuram alguma forma de assistência. Isso se dá, quando a preocupação didática é apenas de repasse ou transmissão de conhecimentos.

Zago (1994) afirma que a atividade educativa do enfermeiro é entendida como um meio para que o cliente, agente participante do processo educativo, desenvolva suas potencialidades para o autocuidado. Sob esta perspectiva, ao enfermeiro cabe facilitar ou ajudar o cliente a desenvolver as suas potencialidades para tal.

É fundamental salientar que a educação dos portadores de hanseníase está inserida em um tema mais complexo, que é a Educação em Saúde, sendo conceituada como um processo capaz de desenvolver nas pessoas, a consciência crítica de seus problemas e, ao

mesmo tempo criar uma prontidão para atuar no sentido da mudança, na medida em que os indivíduos se apropriem de conhecimentos e práticas importantes para sua autonomia de ação (PONTES, 1988, p.22).

A Educação em Saúde precisa ser mais estudada e melhor compreendida para que os enfermeiros possam recriar o processo educativo, contendo conhecimentos de pedagogia, porém transformado, para que não seja uma simples transferência de informação aos educandos, mas um ensino que busca um resultado mais imediato sobre o modo como eles cuidam de sua saúde, porque se fundamenta numa necessidade imediata (ALMEIDA et al, 1989).

Teoricamente, os profissionais da saúde consideram-se aptos para o desenvolvimento de ações educativas junto aos clientes, porém, na prática, a educação acontece como transmissão de conhecimento e informações, desrespeitando o conhecimento do sujeito, suas experiências, suas dúvidas, seus medos e seus tabus. Portanto, é desvinculada da situação social e cultural, não relacionando o conteúdo transmitido com sua realidade.

A atividade educativa deve ser norteadada pelo diálogo, deixando de ser estática e centralizada no profissional, para ser dinâmica e problematizadora, centrada no cliente, no desenvolvimento de suas potencialidades e de sua autonomia. O mesmo deverá sentir-se ainda incentivado a expressar seus temores e ressentimentos, pois ao permitir a liberdade de expressão estabelece uma relação dialógica e horizontal (SILVA; TEIXEIRA, 1997; BUENO, 2001).

Há que se ressaltar a importância do relacionamento enfermeiro-cliente, pois para ocorrer um processo educativo, caracterizado pela continuidade e dinamismo, esse deve ser marcado pelo desafio de transformar suas realidades. Tendo tal premissa como ponto de partida, a aprendizagem será favorecida e, conseqüentemente, a aplicação de conhecimentos construídos a partir das percepções do enfermeiro e do cliente, de maneira que o pensar, o

sentir e o agir possam ser integrados. Assim, concebe-se educação como um processo dinâmico, criativo, progressivo, reflexivo e libertador, contextualizado no universo cultural onde se compartilha o aprendizado, objetivando o aproveitamento máximo das capacidades residuais ou potencialidades do cliente, permitindo o desenvolvimento das habilidades fundamentais para o dia a dia, que lhe permitam a integração ao meio social.

O processo educativo deve ser pautado nas reais condições do cliente, considerando suas dificuldades ou limitações, destacando-se as habilidades psicomotoras ou locomotoras, incluindo a destreza manual e a presença de deficiência sensoriais (principalmente a visão), e o estado educacional que está associado ao nível de compreensão e ao padrão cultural.

Smeltzer; Bare (1998) chamam atenção ao fato de que nunca devemos supor ter ocorrido a aprendizagem pelo simples motivo de termos realizado o ensino. Daí a necessidade de estabelecer medidas precisas de planejamento e de avaliação.

Para o planejamento de ações educativas, é necessária a observação de passos fundamentais, onde a promoção, a prevenção, a manutenção e a restauração da saúde sejam situações apropriadas para a utilização de estratégias de aprendizagem. A participação efetiva do cliente em todos esses passos constitui-se na questão central do processo educativo.

### **3.2.9 Compreendendo a educação conscientizadora**

O modelo pedagógico da educação conscientizadora teve sua origem na década de sessenta, no movimento de Cultura Popular, cujos debates caracterizaram-se pela participação ativa do sujeito da aprendizagem no processo de construção do conhecimento.

Na concepção bancária, educar consiste no ato de depositar, de transformar o educando em vasilhas, em recipientes a serem cheios pelo educador, impedindo-o de

desenvolver em si, a consciência crítica de que resultaria a sua inserção no mundo, como transformador dele. Nessa ótica distorcida de educação, não há criticidade e, portanto, não há transformação. Há um saber reprodutivo, reflexo de uma prática educativa dominadora, caracterizada principalmente, pela desigualdade entre os homens, pela visão de um mundo determinado e pré-definido. Visão essa, oposta à educação conscientizadora, libertadora, problematizadora<sup>1</sup>, derivada do diálogo, da inquietude e busca, na qual o educador e o educando assumem uma relação horizontal, papéis de educador-educando e educando-educador. Esse é um encontro onde não existe ninguém com saber absoluto e ninguém absolutamente, ignorante (FREIRE, 1980, p.57).

Neste modelo, o homem realiza-se como ser da ‘práxis’<sup>2</sup>. É responsável não só por desvelar a realidade, mas também por transformá-la pela ação prática sobre ela. O processo de conhecimento e instrumentação que aumenta o poder do homem para intervir através da reflexão e compreensão do contexto de sua realidade, de forma crítica, leva-o a busca de soluções criativas para essa realidade, transformando-a. É um encontro onde tanto o educador como os educandos são homens igualmente livres e críticos (FREIRE, 1993).

A conscientização e a atividade educativa estão fundamentadas na relação íntima, horizontal e dialética, permeadas a todo momento pelo contexto social, não podendo existir à conscientização com na ausência da ação-reflexão, como uma espiral.

A prática educativa em saúde voltada à educação de adultos é uma oportunidade para a conquista de liberdade de ação, tanto para o cliente como para o profissional de saúde, liberdade essa, conquistada e não doada (FREIRE, 1993).

---

<sup>1</sup> Problematizar é propor a situação como problema. A problematização nasce da consciência que os homens adquirem de si mesmos, que sabem pouco a próprio respeito. Esse pouco saber faz com que os homens se transformem e se ponham a si mesmos como problemas (JORGE, 1981).

<sup>2</sup> Práxis: a reflexão e a ação dos homens sobre o mundo para transforma-lo (FREIRE, 1993).

Concordamos com Casagrande (1998) quando destaca a preocupação do exercício da atividade educativa e aponta ser a prática educativa orientada, justificada e representada em uma estrutura teórica, organizada ao processo ensino-aprendizagem.

Vivemos em um processo de constantes transformações, onde o conhecimento emerge acelerado, compreendemos que o modelo pedagógico pautado na construção do saber, pelo sujeito, deve caracterizar a fundamentação do processo educativo.

Ao educador compete colaborar com o educando na organização de seu pensamento, estimular a identificação de suas necessidades de aprendizagem, através da reflexão e do diálogo, para assim desvelar sua realidade de maneira crítica e conscientizadora tornando-o agente da transformação social.

### **3.3 A avaliação educativa**

A avaliação é hoje um dos principais problemas das administrações e um tema em desenvolvimento. Para tanto deve adaptar-se à realidade social, desde uma perspectiva aberta, atual, multidisciplinar, crítica e plural. Em nossa sociedade global, do conhecimento e da informação, os desenhos e as técnicas de avaliação são, mais do que nunca, um expoente da cultura e dos valores da sociedade que os desenvolve e aplica. Uma forma de avaliação planejada e aplicada em um determinado contexto social e determinado momento nem sempre pode ser usada para avaliar projetos, serviços, pessoas com valores e realidades culturais diferentes (SERRA, 2004).

A imparcialidade cultural da avaliação será garantida se considerar o contexto em que se realiza. É necessário que em qualquer processo de avaliação os objetivos sejam identificados e sua capacidade discriminatória se contenha. Desde uma perspectiva crítica,

qualquer avaliação que ignore a complexidade social está deformada tornando inválido o seu resultado.

Ressaltamos a definição de CASANOVA (1992: 3):

a avaliação consiste em um processo sistemático de escolha de dados, incorporado ao sistema geral de atuação educativa, que permite obter informações válidas e confiáveis para formar juízo de valor próximo de uma situação. Estes juízos, por sua vez, se utilizaram na tomada de decisões, conseqüentemente, com o objetivo de melhorar a atividade educativa avaliada.

Considerada como uma tecnologia social, a avaliação consiste em transformar a informação em novo conhecimento; esse mecanismo é entendido como instrumento para a ação orientada a transformar as situações de grupos humanos em condições desvantajosas, e, ainda que pesem as semelhanças, a avaliação se distingue da investigação social.

A investigação objetiva essencialmente incrementar o corpo de conhecimento, estabelecendo relações entre os fenômenos, as situações e os fatos, entre outros; enquanto a avaliação se preocupa com o aperfeiçoamento da ação e se compromete, fundamentalmente, com o juízo de valor. A investigação finaliza com conclusões de como ocorrem os fatos, alimenta a teoria e o corpo de conhecimento sobre certo objeto do saber; a avaliação deve terminar com recomendações que levam a modificar o que se estava fazendo ou ainda agregar novas ações (NIRENBERG; BRAWERMAN; RUÍZ, 2000). Estas autoras descrevem que é muito sutil a distinção entre a avaliação e investigação; a avaliação pode ser vista também como investigação desde a perspectiva que possibilita o avanço do conhecimento a partir da sistematização da prática.

Avaliar significa conhecer para compreender, com o fim de valorar para optar sobre uma parcela dada da realidade social. Um processo sistemático de coleta de informações rigorosa, valiosa e fiável, orientado a valorar a qualidade e como base nas decisões anteriores de melhorar, tanto do programa como o pessoal (PEREZ JUSTE, 1991).

Desde uma perspectiva ampla, avaliação é o descobrimento da natureza e o valor de algo. Nos programas de saúde, a avaliação é uma excelente estratégia social para conseguir entender o que sucede com as atividades e as instituições sanitárias, é uma plataforma de discussão que permite aprofundar e enriquecer o controle democrático dos serviços públicos (FERNÁNDEZ SIERRA; SANTOS GUERRA, 1992).

Durante a segunda metade do século XX, as concepções e os modos de avaliar foram mudando em paralelo com as mudanças transcorridas nos paradigmas da ciência. A grande influência nas modalidades de planejamento, gestão e avaliação dos projetos e programas sociais vieram das formas neopositivistas, racionalistas, mecanicistas com a incorporação de metodologia subjetiva ao incidir nos modos de conhecer a realidade.

O processo avaliativo implica transformações. A avaliação é capacitadora e iluminadora, pois busca na teoria, na experiência e no conhecimento, as argumentações que melhor expliquem os resultados e facilitem o crescimento, o desenvolvimento e o aperfeiçoamento dos que intervêm no projeto.

Enquanto um processo contínuo, a avaliação deve estar presente desde o início e em todas as etapas desse processo, passando pelo planejamento do problema a resolver ou etapa diagnóstica; durante a execução da ação e ao finalizar os períodos determinados, onde a ênfase é apontar resultados ou efeitos (NIRENBERG; BRAWERMAN; RUÍZ, 2000).

A avaliação implica uma plataforma de diálogo entre os avaliadores e os avaliados, entre várias instâncias em que são desenvolvidas; mas o diálogo tem uma dupla finalidade: uma para gerar compreensão e outra para melhorar a qualidade da atividade educativa. O diálogo se transforma no caminho no qual os sujeitos se movimentam na busca da verdade e do valor, desde a flexibilidade, a abertura, a liberdade e a participação que sustenta um diálogo onde se constroem o conhecimento sobre a realidade educativa avaliada (SERRA, 2004).

Por vez, a avaliação almeja alcançar um nível de compreensão sobre o funcionamento da atividade educativa em seu contexto sobre sua racionalidade, seu sentido educativo, as intenções educativas que estão em marcha e ainda os efeitos que estão sendo gerados.

### 3.3.1 Tipos de avaliação

Identificam-se três tipos de avaliação ao ter em conta a hora de organizar a avaliação dos programas de educação e promoção de saúde (GREEN et al., 1980; GREEN; GORDON, 1982; HAWE, DEGELING; HALL, 1993; DIGAN; CARR, 1992): avaliação formativa/de processo; avaliação de impacto e avaliação de resultados.

A avaliação de processo ou formativa refere-se à previsão de um feedback diagnóstico sobre a qualidade e a implementação de métodos, atividades ou programas. Sua principal meta é o controle e a seguridade da qualidade na prática (GREEN; LEWIS, 1986).

Sarvela; Dermott (1993, p. 10) definem-na como “o processo que se leva a cabo enquanto o programa está sendo desenvolvido e implementado. A principal meta é melhorar o programa. Assegurar a qualidade e o controle é importante elemento da avaliação formativa”.

HAWE, DEGELING; HALL (1993, p.63) afirmam que

“a avaliação de processo cobre todos os aspectos do processo de provisão do programa e inclusive, aspectos como o conteúdo e a assistência das reuniões e o que as pessoas opinam delas”. Esse tipo de retroalimentação normalmente proporciona informação específica que ajuda a melhorar o programa e seu desenvolvimento. Por esta razão, a avaliação de processo também se denomina “avaliação formativa”.

Alguns autores distinguem a avaliação de processo da formativa. Para Dehar; Casswell; Duignan (1993), a avaliação de processo está relacionada com documentar e analisar o modo em que opera, ajudar na interpretação dos resultados do programa e informar na planificação de futuros programas. Entretanto, a avaliação formativa implica uma coleta de

dados e um feedback de informação em curso relevante na planificação se está desenhado e implementado. Seu principal propósito é ajudar a criar melhores ações oferecendo uma avaliação desde os estados mais precoces de seu desenvolvimento. Isto implica um trabalho colaborativo entre o avaliador e aqueles que planejam e implementam as ações.

A avaliação formativa pretende aportar elementos de análises e de reflexão que permitam melhorar as ações avaliadas e que esta melhora tenha lugar durante todo o processo e não unicamente quando finalizar (SERRA, 2004).

Na literatura revisada, há autores que não estabelecem diferenças entre a avaliação de impacto e a avaliação de resultados, e falam apenas de avaliação de resultados (NUTBEAN; SMITH; CATFORD, 1996) ou de avaliação somativa, englobando impacto e de resultados (SARVELA; DERMOTT, 1993); outros distinguem entre ambos os tipos (GREENE; SIMONS-MORTON, 1998; HAWES; DEGELING; HALL, 1993).

Tanto a avaliação de impacto como a de resultados implicam na valoração dos efeitos do programa, mas de distinto modo. A avaliação de impacto, somente, centra-se na valoração dos efeitos imediatos do programa e, em geral, corresponde aos objetivos do mesmo. A avaliação dos resultados está centrada nos efeitos posteriores, à longo prazo e, em geral, corresponde à meta do programa.

A diferença entre avaliação de impacto e avaliação de resultados não depende tanto do que se mede e sim da seqüência de medida. Isso significa que um fator não permite, por si mesmo, determinar se deve medir-se na avaliação do impacto ou na avaliação dos resultados. Isso depende da cadeia causal de acontecimentos que se tenha postulado e da situação que ocupa o programa em relação com ditos acontecimentos.

Nutbeam; Smith; Catford (1996) consideram que a importância relativa da avaliação do processo e dos resultados varia segundo o estado de desenvolvimento do projeto de educação para a saúde.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 Delineamento do estudo

Ao nos aproximarmos das questões norteadoras deste estudo, cada vez mais tínhamos a certeza de que a abordagem qualitativa era o melhor caminho metodológico para seguirmos visando atender aos objetivos propostos, onde elegemos a pesquisa ação articulada ao referencial teórico metodológico de Paulo Freire da educação conscientizadora. Isto favoreceu o levantamento das necessidades de aprendizagem por meio do estudo exploratório, assim como, trabalharmos ações e intervenções educativas e posteriormente avaliarmos o processo de conscientização.

Para a abordagem qualitativa, segundo Minayo (2004) não existem padrões pré-estabelecidos, podendo o pesquisador utilizar vários recursos e técnicas, dispondo de sua criatividade e intuição. Nas últimas décadas, a pesquisa qualitativa vem sendo muito utilizada na Área da Saúde, mas, principalmente, nas investigações na enfermagem.

A pesquisa qualitativa é a abordagem que permite compreender os processos que possuem dimensões simbólicas, concretas e históricas; e que, dando relevância às expressões e vivências dos sujeitos, privilegie os caracteres nucleares do objeto a ser investigado: os significados; a relação tempo/espaço/realidade; as relações dos sujeitos numa dada estrutura. Esta possibilita melhor compreensão do fenômeno em estudo, visa captar emoções, percepções e interpretações do sujeito, em um contexto próprio com descrições minuciosas dos fatos (MINAYO, 2004).

Dentro dessa modalidade, encontra-se a Pesquisa Ação, que é um método de trabalho que atrela no processo a pesquisa e a ação. Enquadra-se na pesquisa social e

educativa, com base empírica, em que os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. Essa modalidade de pesquisa pressupõe a necessidade de um referencial teórico para ter sentido e sustentação, e a mediação teórica conceitual permanece operando na investigação (THIOLLENT, 1998).

A Pesquisa Ação facilita o envolvimento do pesquisador no levantamento dos dados e desenvolvimento da intervenção educativa, de forma conjunta, através da prática participativa com o pesquisado. Os dados são predominantemente descritivos incluindo a entrevista, para esclarecer afirmações e percepções; os significados que as pessoas dão às coisas ou à vida são focos de atenção especial, pelo pesquisador. Há sempre uma preocupação de captar como os sujeitos encaram as questões que estão sendo focalizadas.

Como técnica de coleta de dados, é importante incluir a observação participante, ajudando o pesquisador na interação com os sujeitos da pesquisa, em seu próprio ambiente. Então, a observação participante é obtida por meio direto do pesquisador com o fenômeno observado, para recolher as ações dos atores em seu contexto natural, a partir de suas perspectivas e de seus pontos de vista. Pode ser considerada ainda, como parte essencial de trabalho de campo, na pesquisa qualitativa (MINAYO, 2004).

A escolha pelo modelo da Pesquisa Ação, voltada para educação conscientizadora, propicia o desenvolvimento do homem como um todo, tornando-o agente de sua própria transformação (FREIRE, 1993). Esse autor contesta em sua pedagogia, a concepção tradicional da educação fundamentada nos métodos centrados na autoridade do educador que detém o saber.

Para o registro do levantamento das necessidades, além das observações da realidade, aplica-se um instrumento com questões norteadoras, através da entrevista. O uso desse instrumento é importante porque é considerado como uma orientação metodológica

capaz de, com base ampla de divergência e convergência, gerar a reflexão do sujeito sobre a situação que se quer estudar. Este ajuda a estabelecer a compreensão da realidade e da investigação (ULMANN, 1994).

Após o levantamento das necessidades os achados são organizados sendo possível elaborar os quadros com as respostas categorizadas, conteúdo das falas dos sujeitos pesquisados mais significativas, o que possibilita o planejamento, a execução e a avaliação do programa educativo, conjuntamente, pesquisador-pesquisado, atendendo os problemas evidenciados surgidos na coleta de dados. Essa atividade pode ser registrada mediante autorização do grupo, através de fotos e filmagens. O conteúdo poderá ser transcrito e discutido posteriormente, até mesmo como meio de intervenção educativa (FERRARI, 1973; FERNANDES, 1994; MINAYO, 2004).

Na área das ciências sociais e humanas, é permitido ao pesquisador ser participante do que se estuda. Para tanto, deve ocorrer o seu envolvimento no processo de mudança que o sujeito participante da pesquisa está vivendo, motivando-o a aprofundar a visão da sua situação, para poder nela intervir. Com sua ação, deve possibilitar que os sujeitos participem do direito de pensar e de utilizar o conhecimento construindo, coletivamente, para melhoria da sua realidade.

#### **4.2 O método Paulo Freire**

Para a interpretação dos dados, utilizamos os pressupostos da análise preconizada por Freire (1992), com algumas adaptações, pois esta investigação é voltada ao contexto da saúde. O método é fundamentado na pedagogia da alfabetização que, para o autor, é, antes de tudo, apreender a ler o mundo e compreender o seu contexto. Com isso, a partir do educando

é possível criar oportunidades para que o mesmo possa desenvolver e aperfeiçoar suas capacidades de compreender o mundo em que vivem (FREIRE, 1993).

Para tanto, o método Paulo Freire que é ativo, dialogal e crítico, possibilita buscar conhecimento de como os sujeitos participantes do estudo pensam a realidade, o que pensam sobre ela, de modo que, ao tomar consciência, sejam criadores de cultura. Assim, trata-se de construir uma educação transformadora, em que o elemento norteador é o diálogo do educador com os educandos, numa relação horizontal.

O desenvolvimento prático desse poderá proceder-se através de dois momentos, descritos a seguir (FREIRE, 1992, 1993; BUENO, 2001):

#### A) Levantamento do Universo Temático<sup>4</sup>

Refere-se à descrição e à interpretação da situação do educando e à identificação de suas necessidades de aprendizagem, de seus conhecimentos e de suas habilidades. A organização da análise do universo temático segue as seguintes fases:

1 - Levantamento dos temas geradores. Esta fase, segundo Freire (1992), culmina com a busca de resultados muito ricos para o educador, não só pelas relações que trava, mas pela busca da temática do pensamento dos homens, pensamentos estes, que se encontram somente no meio deles. Visa buscar, portanto, temas significativos com os participantes deste processo. Essa procura é o ponto de partida do processo da educação conscientizadora. Como refere o mesmo autor, o tema gerador é o pensamento do 'homem' sobre a realidade e sua ação sobre a ação para esta realidade que está em sua práxis. Essas observações são a emissões dos significados e dos pensamentos que acontecem no ambiente trabalhado.

2 – Organização do material da coleta de dados. O conteúdo registrado é resultado da emissão dos significados e dos pensamentos dos educandos, captados através da observação participante e/ou da aplicação de um instrumento, possibilitando interpretação e seleção dos

---

<sup>4</sup> Universo temático: é o conjunto de temas geradores, onde a investigação deste Universo implica numa metodologia dialógica e conscientizadora (FREIRE, 1993).

assuntos centrais, conforme sugere Freire (1992). Processa-se a leitura detalhada de todas as observações e respostas emitidas pelos sujeitos pesquisados. É nessa fase que se faz um recorte do texto, selecionando frases ou palavras mencionadas com mais frequência ou colocados com mais ênfase pelo sujeito participante do estudo e passíveis de serem trabalhados na atividade educativa. Aqui é possível juntar o pensamento para depois reunir os conteúdos expressos pelo pesquisado com elementos em comum.

3 – Seleção e codificação de palavras e frases registradas/emitidas. São selecionadas em ordem, definidas algumas palavras e/ou frases que possam ser agrupadas pela riqueza temática, codificando-se os temas geradores.

4 – Síntese das palavras e frases selecionadas. Selecionados e codificados os temas geradores, agrupam-se todas as palavras e frases relacionadas ao tema gerador, reunindo grandes temas.

5 – Ordem dos temas geradores. Ordenam-se os temas geradores, pedagogicamente, numa seqüência lógica no planejamento e execução das atividades educativas estabelecidas.

#### B) Desenvolvimento das Atividades Educativas da Pesquisa-Ação

1 – Plano de ensino relativos aos temas geradores. Elabora-se um programa educativo ou plano de ensino, considerando-se cada tema gerador levantado.

2 – Desenvolvimento da educação conscientizadora. Implementa-se o plano de ensino, iniciando-se com as situações/problemas codificadas para a seguir serem decodificadas<sup>5</sup> pelo sujeito pesquisado e pesquisador. O debate em torno delas proporcionará ao grupo a conscientização.

O ideal é conhecer ou inserir-se no grupo a pesquisar e no contexto de investigação, pois que a interação prévia favorece as aproximações. O próprio projeto de investigação, a Pesquisa Ação, pressupõe uma relação de participação entre pesquisador.

---

<sup>5</sup> Decodificação: é a análise crítica da situação existencial codificada, feita pelos educados e educadores, levando os educandos a conscientização à medida que se alfabetiza (FREIRE, 1992).

Juntos, refletem e procuram elucidar os problemas. A manifestação verbal e a participação ativa do sujeito refletem a eficácia das ações educativas implementares.

3 – Avaliação do processo. A abordagem adequada das ações propostas é evidenciada no discurso que passa a ser utilizado com frequência pelo sujeito pesquisado, com a compreensão do seu significado, com a adoção de termos adequados. A avaliação deve ser de forma aberta, para consternar a solução dos problemas de modo que as pessoas envolvidas nesta ação educativa construam sua própria história.

Essas ações pedagógicas e científicas deverão ser pautadas em princípios éticos, favorecendo a sua valorização e melhoria da sua qualidade de vida, tendo em foco a visão totalizada de ser humano e da importância do resgate do exercício pleno da cidadania (BUENO, 2001).

Sendo assim, referenciais teóricos e práticos sobre o assunto revelam a importância da integração e cumplicidade da comunidade nesse processo, objetivando o desenvolvimento da pesquisa-ação de forma participativa, investigando e levantando problemas de grupos específicos procurando efetivamente, trabalhar em conjunto, as ações educativas no contexto peculiar.

Portanto, o avanço das idéias nas diferentes abordagens pedagógicas, filosóficas e científicas, entre as várias áreas do saber humano, facilita o confronto das perspectivas alternativas para o atendimento ao conhecimento do indivíduo. Atualmente, existem pesquisas de diferentes abordagens que apresentam qualificação dos dados, sobretudo, quando o pressuposto requer consenso, fortalecido pela qualificação deste, levando à melhor compreensão e interpretação dos resultados apresentados, principalmente, quando há necessidade de considerar as falas dos seus pares ou grupos (WHO, 1993).

Nessa perspectiva, a utilização do referido modelo pedagógico conscientizador foi pertinente ao desenvolvimento da educação conscientizadora ao portador de hanseníase, com

necessidades de aprendizagem específicas, e possibilitando o desmembramento da atividade educativa, norteando a assistência de enfermagem.

### **4.3 Cenários do estudo**

O desenvolvimento do estudo ocorreu na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), sendo constituído por três cenários distintos.

O ambulatório foi o primeiro cenário de nosso estudo, pertence a um hospital de ensino (Hospital de Base), de grande porte, com 593 leitos, que faz o atendimento em várias especialidades médicas, desenvolvendo áreas de assistência, ensino, pesquisa e extensão. Esse ambulatório é considerado Centro de Referência do SUS e de excelência em diferentes especialidades, prestando assistência multiprofissional. Realiza atendimento à pacientes provenientes da própria cidade, da região e de outros estados e constitui campo de ensino para estudantes dos Cursos de Graduação em Medicina e em Enfermagem e pós-graduação em diversas áreas da saúde.

A abordagem ao cliente portador de hanseníase é realizada pela equipe multiprofissional constituída por médicos (dermatologista, patologista e oftalmologista), enfermeiro, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. O atendimento nesse ambulatório inicia-se com a primeira consulta médica para levantamento de dados, pedidos de exames laboratoriais e outros, para fins de diagnóstico da doença e posterior acompanhamento; é preenchido um formulário para notificação, padronizado pelo Ministério da Saúde. Depois se realizam informativo de rotinas e orientações em grupo (grupo aberto), sendo essas, apresentadas pela psicóloga de acordo com as necessidades momentâneas, sem, contudo, desenvolver atividades educativas. O atendimento ocorre todas as terças, quartas e quintas-feiras à tarde, atendendo, em média, oitenta clientes durante o mês.

O segundo cenário foi uma das salas do prédio da FAMERP, espaço utilizado para o ensino da graduação dos dois cursos referidos anteriormente, a qual foi agendada com antecedência. A sala que utilizamos para o desenvolvimento do processo educativo apresentava as características necessárias à realização do círculo de discussão, por ser ampla, possibilitando dispor as cadeiras em círculo; contando com boas iluminação e ventilação; com recursos audiovisuais, de acordo com os contemplados nos planos de ensino; não houve interferência de ruídos; favorecendo assim, o desenrolar das atividades educativas.

O terceiro cenário constituiu-se do domicílio do portador de hanseníase, onde realizamos a avaliação do processo de conscientização. Todas as residências eram simples, humildes, limpas, arejadas e acolhedoras.

#### **4.4 Aspectos éticos**

O Projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da referida instituição para apreciação. Tal procedimento visou atender aos dispositivos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº196, de 10 de outubro de 1996, os quais regulamentam a realização de pesquisas envolvendo seres humanos. O Projeto foi aprovado e encontra-se registrado no protocolo número 3154/2001 (CEP/FAMERP, 2001; anexo A).

Uma vez aprovado, iniciou-se a coleta de dados. Antes, porém, houve uma reunião com a equipe de profissionais responsáveis pelo atendimento aos clientes portadores de hanseníase, a fim de expor-lhes o objetivo do estudo, bem como a forma de desdobramento do mesmo.

O estudo foi esclarecido para todos os sujeitos que manifestaram concordância na realização de todos os passos de desenvolvimento da pesquisa, assumindo assim, o compromisso na participação da pesquisa, ao assinarem o Termo de Consentimento Pós-

Esclarecimento (apêndice B). O documento contou com a assinatura em duas vias, uma para o arquivo da pesquisadora e outra entregue ao portador, sujeito da pesquisa. Foi assegurado aos mesmos, o direito de desistirem da participação no estudo a qualquer momento, sem prejuízo do seu atendimento na instituição, bem como os benefícios que direta ou indiretamente possam contribuir na melhora da qualidade de atendimento prestado aos portadores de hanseníase.

#### **4.5 Participantes da pesquisa**

Para a inclusão dos portadores como sujeito da pesquisa, estabelecemos critérios básicos: ser maior de 18 anos; residir em São José do Rio Preto e/ou região; estar em tratamento medicamentoso, apresentar diagnóstico médico de hanseníase; aceitar participar da pesquisa; estar em condições físicas e ter disponibilidade de tempo à de freqüentar as reuniões de grupo e oferecer informações.

No serviço havia 30 sujeitos matriculados no Programa de Controle da Hanseníase e que freqüentavam apenas o grupo de retornos agendados para as terças-feiras, dia determinado para o atendimento dos clientes em tratamento medicamentoso.

Uma vez atendidos os critérios básicos, incluiu no estudo 19 sujeitos no período de setembro a novembro de 2001, onde foram levantados os seus conhecimentos, suas experiências, as situações-problemas, registrando suas falas, expressões faciais, emoções e atitudes, valorizando e considerando a capacidade de compreensão.

Dos 19 sujeitos convocados, compareceram ao 1º encontro do programa educativo, 11. No desenvolvimento das atividades de educação conscientizadora (março a junho de 2003) e da avaliação do processo (janeiro e fevereiro de 2005) houve participação de apenas seis sujeitos, até o final dessa investigação, os quais se mantiveram constantes, no

atendimento aos critérios de inclusão. Os demais não mantiveram no grupo em detrimento das reações eritematosas entre outros aspectos.

Ressaltamos o pensamento de Minayo (2004, p. 103) quando relata que:

“numa abordagem qualitativa, preocupamos-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação (p.102) e privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer”.

#### **4.6 Coleta e análise dos dados**

A coleta e a análise dos dados ocorreram concomitantemente, retratando o referencial metodológico adotado, um constante ir e vir, visando à riqueza dos dados.

Utilizamos a entrevista entre as técnicas de coleta de dados em dois momentos distintos. No primeiro momento, ocorrido de agosto a dezembro de 2001 no ambulatório com a finalidade de levantar as necessidades de aprendizagem, foi composta por questões de identificação dos sujeitos e de seu contexto e por questões norteadoras sobre seu conhecimento da hanseníase (apêndice A). O segundo momento, realizado no domicílio do pesquisado em janeiro e fevereiro de 2005, objetivando avaliar o processo de conscientização, contou com uma pergunta norteadora: qual o seu conhecimento da doença após o programa educativo? As entrevistas tiveram em média aproximadamente 45 minutos de duração. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas de acordo com a permissão do sujeito participante, seguimos um instrumento que norteou a coleta de informações.

A entrevista permite melhor interação entre pesquisador e pesquisado. Objetivando-se apreender as falas do sujeito, esta culmina em ‘uma conserva com finalidade’ favorecendo a abertura e aprofundamento da comunicação (MINAYO, 2004, p.99).

Outra técnica que utilizamos foi a observação participante, uma vez que na Pesquisa Ação é facultado o envolvimento do pesquisador com o pesquisado em uma ação

participativa, desta forma permanecemos no ambulatório de agosto a dezembro de 2001 e observamos situações-problemas reais vivenciadas pelos sujeitos, com vista a obtenção dos dados de maneira real e fiel, dentro das limitações pertinentes a temática no presente estudo.

E, segundo Minayo (2004, p. 134)

a observação participante pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. Sua importância é de tal ordem que alguns estudiosos a tomam não apenas como uma estratégia no conjunto da investigação, mas como um fim em si mesmo, para a compreensão da realidade.

Foi realizado, também, um diário de campo onde registrávamos informações sobre o transcorrer da entrevista como: a impressão do pesquisador, as interferências do ambiente, as pausas com expressão dos sentimentos e outras, sendo estes transcritos logo após a entrevista. Na seqüência, os dados foram analisados e comparados, possibilitando a certificação da compreensão e entendimento das informações.

Para melhor compreensão passamos a descrever passo a passo o desmembramento do estudo, conforme o referencial metodológico.

A primeira etapa foi oportunizada pelo conhecimento do local de estudo decorrente de nossa atuação docente na instituição e de nossa inserção no campo enquanto pesquisadora, a partir de 2001. O interesse pela manifestação dos portadores de hanseníase a respeito de suas dificuldades, do conhecimento inadequado de sua doença e das sugestões de como solucioná-los, foram possibilitadas por meio de abordagens realizada com as técnicas da entrevista semi-estruturada e da observação participante, estabelecendo uma relação interativa e espontânea, entre pesquisador e pesquisado. Nesse momento, esclarecemos a finalidade e a importância do Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (apêndice B) aos sujeitos alvos de nosso estudo e os que manifestaram concordância em participar e atendiam os critérios de inclusão, assinaram. As entrevistas foram realizadas no ambulatório da FUNFARME, posterior ao atendimento médico, previamente agendado. A observação da realidade concretizou-se com a permanência no campo da investigadora propiciando um

relacionamento de profissionalismo e confiança com os pesquisados. Desta etapa participaram 19 clientes.

Descrevemos e interpretamos as situações-problemas do portador de hanseníase, identificando suas necessidades de aprendizagem considerando seu conhecimento sobre a doença, por meio da entrevista e da observação participante. Para a organização da análise do universo temático, procedemos inicialmente à organização, seleção, codificação e síntese do material da coleta de dados, realizamos a transcrição das fitas cassetes, a leitura detalhada de todas as nossas observações e as respostas verbalizadas dos 19 sujeitos pesquisados, fizemos recortes no texto, escolhendo palavras ou frases mais significativas e repetidas, objetivando seu agrupamento, considerando a riqueza temática através da codificação denominada temas geradores. Esse procedimento possibilitou selecionar os temas geradores relevantes: desinformação sobre a doença, sinais e sintomas da hanseníase, transmissão da doença, estigma e falta de prevenção para as incapacidades físicas. Elaboramos o planejamento e a aplicação das ações educativas.

Na seqüência passamos ao desenvolvimento das ações e intervenções educativas por meio do planejamento e aplicação desses planos educativos, constituindo assim, a segunda etapa do processo que ocorreu entre março a junho de 2003, a qual se caracterizou em encontros quinzenais, com aproximadamente uma hora e meia de duração. O processo de conscientização foi realizado com círculo de discussão, objetivando propiciar a reflexão, a descrição e a avaliação das situações-problema, com a participação de seis sujeitos.

A cada retorno estabelecido coletivamente, abordávamos um tema gerador de cada vez. O programa educativo foi norteado pelos planos de ensino sobre cada uma dessas temáticas contemplando os elementos pedagógicos essenciais, tais como: os objetivos, os conteúdos programáticos, as estratégias (métodos, técnicas e recursos didáticos), a avaliação e a bibliografia.

Primeiramente, oferecíamos o café da manhã em todos os encontros. Dávamos início aos questionamentos, tomando sempre o cuidado em seguir os planos de ensino, permitindo a exposição das idéias e a contextualização, garantindo assim, o desenvolvimento das atividades propostas da educação conscientizadora, pela metodologia participativa, dialógica e reflexiva permitindo a integração de todos os participantes, seguida de desenhos representativos, fotografia (autorizada por assinatura dos clientes) e observação, favorecendo a avaliação do processo ensino-aprendizagem, na horizontalidade.

Em todos os encontros observamos que a interação entre os portadores de *hanseníase* propiciou manifestações espontâneas, uma relação pautada no respeito mútuo; questionavam suas experiências, discutiam suas dúvidas e dificuldades e identificaram-se reciprocamente, por terem necessidades de aprendizagens semelhantes.

A terceira etapa foi constituída pela entrevista desenvolvida no domicílio de cada um dos seis sujeitos participantes dos encontros, objetivando coletar informações sobre o objeto de estudo, não tendo característica de apenas complementar as informações ausentes, mas de refazer o depoimento, pois acreditávamos que um novo encontro seria marcado por maior complexidade, novos relatos e aprofundamento do que foi relatado avaliar a tomada de consciência pertinente aos temas trabalhados, escolhendo seu ambiente natural, favorecido pelo contexto de sua realidade.

A análise dos relatos oriundos da entrevista permitiu à participação nas diferentes formas de expressar seu pensamento e na comunicação, na medida em que era capaz de construir um novo conhecimento comprovado pela tomada de consciência e ainda por saber abordar o tema dialogado. Optamos em realizar uma visita no domicílio, por ser este o local de seu habitat natural, favorecendo a verbalização de pensar sem interferências de um ambiente estranho ao seu contexto.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Trilhado o caminho para o alcance dos objetivos, para demonstrarmos a caracterização da Pesquisa-Ação apresentamos os resultados e discussão concomitantemente, primeiramente a caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa e, posteriormente, as etapas: 1<sup>a</sup> - retratamos o levantamento do universo temático, 2<sup>a</sup> - o desenvolvimento das ações e intervenções educativas e 3<sup>a</sup> - a avaliação do processo de conscientização.

### **5.1 Caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa**

A caracterização dos portadores de hanseníase foi obtida através do instrumento de conhecimento da hanseníase (apêndice A) o qual levantamos informações relacionadas ao sexo, idade, estado civil, cor, escolaridade, forma clínica da doença, ocupação profissional e procedência. O anonimato foi assegurado por identificação numérica, conforme observa no Quadro 1.

**QUADRO 1:** Perfil dos portadores de hanseníase quanto ao sexo, idade, estado civil, cor, escolaridade, forma clínica e ocupação, São José do Rio Preto, 2001.

S	Sexo		Idade		Estado Civil			Cor		Escolaridade		Forma Clínica				Ocupação
	M	F	≥ 31 – 40 anos	≥ 41 anos	S	C	O	B	NB	IGC	IGI	I	T	D	V	
1		x		x			x		x	x					x	Doméstica
2	x			x			x	x			x				x	Aposentado
3	x			x		x		x			x		x			Vigilante
4	x			x		x		x			x				x	Aposentado
5	x		x		x			x		x				x		Embalador
6	x			x		x		x			x				x	Pintor
7		x		x			x		x		x			x		Doméstica
8		x		x			x	x			x			x		Do Lar
9#		x		x		x		x							x	Do Lar
10		x		x		x		x			x		x			Doméstica
11	x			x			x		x		x			x		Lombador
12		x		x		x			x		x	x				Do Lar
13	x			x		x		x		x				x		Lavrador
<b>Participaram de toda etapa da pesquisa</b>																
14	x			x			x	x			x			x		Lavrador
15		x		x		x		x			x		x			Do Lar
16	x			x		x		x		x				x		Lavrador
17	x			x		x		x		x				x		Ferrovário
18		x	x			x		x			x	x				Do Lar
19#		x		x		x			x						x	Lavadeira
T	10	9	2	17	1	12	6	14	5	5	12	2	3	8	6	

Sujeito= S

Estado Civil (S = Solteiro; C = Casado; O = Outros)

Cor (B = Branca; NB = Não Branca)

Escolaridade (IGC = I grau completo; IGI = I grau incompleto; e # analfabeto)

Forma clínica da hanseníase (I = Indeterminada; T = Tuberculóide; D = Dimorfa; V = Virchowiana)

Tratando-se da variável idade, os resultados revelam que a maioria dos clientes está distribuída numa faixa etária economicamente ativa, entre 21 e 50 anos, a maioria em plena atividade laboral, dificultando a capacidade produtora e, conseqüentemente, afastando-os do trabalho tal como referem os estudos de PASCHOAL, SOLER, 1999; RODRIGUES et al, 2000; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2003.

Segundo Araújo; Oliveira (2003), o padrão de distribuição da hanseníase, por faixa etária, registrado na literatura, é variável e apresenta diferenças regionais. A maioria dos estudos de distribuição de hanseníase, por idade, baseia-se em dados da prevalência. Além disso, a ocorrência da doença é, freqüentemente, relacionada à idade na detecção, mais do que

à idade nas primeiras manifestações da doença. Assim, em uma doença crônica como a hanseníase, os dados da idade no início da doença podem não refletir, totalmente, os riscos específicos por idade (NOORDEN, 1985; RODRIGUES et al, 2000).

Quanto à distribuição por sexo, observamos que a maioria dos clientes é do sexo masculino confirmando outros achados, ocorrendo o predomínio da doença nos homens, em relação às mulheres tal como encontrado nos estudo de CESTARI et al, 1989, OLIVEIRA, 1989, CRISTOFOLINI, 1991 e ARAÚJO; OLIVEIRA, 2003. De acordo com Rodrigues et al (2000), embora a ocorrência de casos de hanseníase tenha, aparentemente, a mesma frequência entre pessoas de ambos os sexos, o número maior de casos masculinos descritos pode refletir uma maior movimentação e oportunidade de contato dos homens.

Em relação à cor, optamos por classificar os indivíduos em cor branca ou não branca, mesmo sabendo das possíveis falhas, pois depende do critério subjetivo do observador. Com isso, observamos que a maioria dos clientes é branca, confirmando que essa distribuição é semelhante aos dados populacionais, segundo a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com a população de cor branca correspondendo à metade (IBGE, 1993).

Tratando-se da profissão, observamos uma interação considerável com o nível de escolaridade da população estudada, sendo que mais da metade dos clientes possui ensino fundamental incompleto. Depreendemos tratar-se de uma população com maior contingente de mão-de-obra não especializada. Perez, apud por Oliveira (1993), afirma em seu estudo sobre incidência de doenças e ocupação, que a população mais afetada pertence a uma classe social econômica baixa, sendo que a maioria executava ocupação braçal, doméstica ou era desocupada e mendiga. Logo, a distribuição das atividades ocupacionais dos 19 portadores estudados apresentou-se concordante com a observada em outros estudos em relação à condição econômica, mas diferindo no rol das profissões.

Para Araújo; Oliveira, (2003), o meio sócio-econômico tem influência na distribuição das doenças de modo geral, pois a promiscuidade favorece a multi-exposição, estando ligada à pobreza e podendo ser, muitas vezes, fator desencadeante. A hanseníase, conforme sabemos, ocorre em maior frequência nas classes menos favorecidas, cujas ocupações, mal remuneradas e de baixo padrão econômico, contribuem para o desenvolvimento da doença. Vale ressaltarmos que para o sexo feminino, a profissão que mais se destacou foi a de trabalhadora do lar, ocasionando o não respaldo das leis trabalhistas (licenças, afastamentos, aposentadoria compatível, entre outras) e, portanto, portadoras de maiores dificuldades que os homens, no momento de afastar-se do serviço.

Com relação ao estado civil, observamos que a maioria dos clientes é casada, coincidindo com outros estudos, como o realizado por Oliveira (1987).

Com referência à doença, o quadro clínico revela que a maioria dos entrevistados apresenta a forma clínica contagante (dimorfa e/ou virchowiana), estando em tratamento poliquimioterápico para doentes multibacilares. Esses dados são compatíveis com a real situação de doentes de hanseníase matriculados nos serviços de saúde para controle e tratamento.

## **5.2 O processo educativo**

**⇒ 1ª Etapa: Levantamento do universo temático: identificação das necessidades de aprendizagem dos sujeitos pesquisados sobre a doença**

Estas necessidades foram identificadas através das entrevistas semi-estruturadas realizadas com os 19 sujeitos através de questões norteadoras relativas à temática trabalhada:

↪ O que o senhor (a) sabe sobre a doença?

- ↪ Como o senhor (a) soube da doença?
- ↪ O senhor (a) sabe como pega?
- ↪ A doença atrapalhou o serviço ou continua atrapalhando?
- ↪ Teve algum acidente depois de saber da doença?
- ↪ As pessoas tiveram/têm preconceito?
- ↪ Quanto à alimentação, tem alguma dúvida?
- ↪ O que o senhor (a) sente?
- ↪ Gostaria de fazer alguma pergunta?

Buscamos compreensão no referencial teórico, interpretamos os assuntos centrais selecionados, anteriormente descritos e emergidos. Transcrevemos e analisamos as falas mais significativas. Apresentamos em forma de quadro os dados com as respectivas análises.

**Quadro 2** – Falas mais significativas sobre o conhecimento da doença, São José do Rio Preto, 2001.

SUJEITOS	FALAS MAIS SIGNIFICATIVAS
14	“... da doença não sei nada”
16	“... ela não é contagiosa”
17	“... gostaria de saber se sara, se vai sará logo ou não?”
07	“... que era do rato, da urina do rato; ou não sei se comprei um alimento estragado no mercado”
19	“... as pessoas falam que isso não tem cura”
18	“... eu não fui bem orientada que qualquer coisa eu pudesse voltá no médico”
16	“... ela ataca pessoas adultas ou novas?”
19	“... eu falei se a doença cai as mãos da gente,...”

De acordo com as falas dos sujeitos pesquisados expressas no Quadro 2, podemos depreender que a falta de conhecimento deles sobre a doença, quanto por parte dos profissionais de saúde identificados na observação local, contribuem severamente para retardar o diagnóstico que, nesse caso, é definido quando o doente já apresenta algum grau de incapacidade física. A desinformação é marcante quando ressaltam: que não sabe (S: 14), que falam que não tem cura (S: 19), que não é contagiosa (S: 16), entre outros.

Contudo, Opromolla (2000) destaca que a hanseníase passou a ser encarada como doença curável com a teoria clínica, através das várias experiências, cujos principais pontos foram a classificação em formas clínicas polares, a admissão de uma fase inicial de baixa contagiosidade e a possibilidade de negatificação baciloscópica através do tratamento.

Alguns estudos apontam que a maioria da população, quando contaminada, apresenta resistência ao *M. leprae* e não chega a adoecer, muito embora a relação agente/meio/hospedeiro possa alterar-se, desencadeando indivíduos resistentes (BRASIL, MS, 1989; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2003). Assim, com todo o avanço tecnológico, há uma divergência entre o conhecimento científico e a sua aplicação. Existe também a presença de explicações surgidas a partir do imaginário social para conferir significado aos aspectos ignorados da doença.

**Quadro 3** – Falas mais significativas sobre os sinais e sintomas da doença, São José do Rio Preto, 2001.

SUJEITOS	FALAS MAIS SIGNIFICATIVAS
01	“... já tinha aparecido uma mancha nas costas, eu comecei com uma dormência no pé eu sentia muito mal estar”
16	“... percebi uma mancha no corpo, no braço direito”
05	“... no começo formigava meu pé”
17	“... as junta dói um pouco ainda”
06	“... não agüento de dor e de moleza”
19	“... saiu esses carocinho”
19	“... eu senti a pinicação no meu corpo, um ardume”

A partir das falas, emitidas dos sujeitos pesquisados no Quadro 3, referente à identificação de sintomas, percebemos a falta de esclarecimento para distinguir quais são os sintomas próprios da doença e quais são os originários dos episódios reacionais.

Sabemos que a infecção hansênica é caracterizada por vários sinais e sintomas manifestos através de lesões cutâneas e distúrbios neuríticos, alterando de um doente para outro, conforme o grau de resistência do organismo (FOSS, 1999).

Baseando em observações empíricas com os doentes, depreendemos que muitos deles culpam a medicação como responsável pela sua fraqueza, mal estar, desânimo, perda da potência sexual, levando-os a questionar a credibilidade da doença, do tratamento e do próprio serviço.

As lesões e a perda de sensibilidade são os achados mais comuns, devido à localização do *M. leprae* em regiões corporais com temperatura mais baixa, onde os nervos se encontram muito próximos à pele, manifestando as lesões e áreas anestésicas, com alterações de sensibilidade cutânea (FOSS, 1999). A evolução crônica da moléstia é comumente perturbada por episódios reacionais agudos ou subagudos, isolados, repetidos que podem aparecer no decurso da doença ou após a cura (TALHARI, 1994; PASCHOAL, SOLER, 1999; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2003).

A detecção precoce da crise reacional e a orientação dos achados clínicos contribuem, facilmente, para determinar e reparar danos. O doente pode ter comprometimento neural ou do estado geral, variando desde o surgimento de lesões pouco sintomáticas até lesões papulosas eritematosas, sensíveis ao toque, associadas à febre, enfartamento ganglionar doloroso, dores articulares, insônia, depressão e mal estar geral. Inúmeras situações podem ser desencadeantes dos surtos reacionais, que levam ao desequilíbrio do sistema imunológico como: traumas, infecções, intervenções cirúrgicas, gravidez, estresse físico e psicológico (SEHGAL, 1987; PASCHOAL, SOLER, 1999).

A queixa da dor é um aspecto importante, uma experiência humana universal e um fenômeno complexo, multifatorial. Sua percepção resulta da interação de fatores sensitivos, cognitivos e afetivos peculiares a cada pessoa. Observamos que a dor, desagradável e subjetiva, é influenciada pelas vivências culturais e traumáticas de cada indivíduo.

Agora, estaremos buscando o entendimento sobre a transmissão da hanseníase, conforme as falas expressas dos 19 portadores estudados.

**Quadro 4** – Falas mais significativas sobre a transmissão da doença, São José do Rio Preto, 2001

SUJEITOS	FALAS MAIS SIGNIFICATIVAS
01	“... e a dúvida fica disso: da gente não sabê de onde pegou”
09	“...como é que pega esse negócio, se é na vasia, colher, garfo ou prato?”
16	“... é através de uma alimentação descontrolada durante a convivência da vida da gente; a comida, alimentação fraca ou ela é hereditária?”
17	“... Ah, cada um fala uma coisa, né!; tem vários fator, não sei como peguei”

As falas emitidas, expressas no Quadro 4, evidenciaram-nos, mais uma vez, o nível de desinformação que impera entre os portadores de hanseníase pesquisados.

A transmissão é admitida como sendo as vias aeríferas superiores, porta de entrada principal do *M. leprae*, e existe a possibilidade da transmissão via cutânea, quando há lesões ulceradas ou traumáticas na pele, através do contato íntimo e prolongado com portadores de formas multibacilares (dimorfa e/ou virchowiana), (VERONESI, 1999; BRASIL, MS, 1994b; TALHARI, 1994; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2003).

Vários autores apontam à infecção hansênica outros fatores desencadeantes como climáticos, nutricionais, econômicos e sociológicos. No entanto, nenhum deles isolados justifica a disseminação da doença, mas que a melhora das condições de vida contribuem para a redução do problema (PASCHOAL, SOLER, 1999; MAIA et al, 2000).

Observamos que às vezes, o cliente portador de hanseníase incorpora conhecimentos atuais sobre a doença, porém de maneira superficial, permitindo que conteúdos arcaicos e falsos justifiquem os seus estar doente.

**Quadro 5** – Falas mais significativas sobre o estigma da doença, São José do Rio Preto, 2001.

SUJEITOS	FALAS MAIS SIGNIFICATIVAS
11	“... pessoa que tinha amizade, que agora não foi e não vai mais na minha casa”
15	“... mais a gente ainda senti muito preconceito”
05	“... tem gente que a gente nem conta, né!, porque senão!”
16	“... tem que ir pra algum lugar separado, ficá ali fora do percurso do povo”
06	“... é, tem gente que às veiz pode até ficá com medo, né!”
10	“... eu fui lá no posto e falei pra enfermeira que eu não quero que ninguém saiba”

O Quadro 5 permite evidenciar as falas apresentadas dos clientes pesquisados, revelando que esses têm idéia sobre o significado do estigma social frente à doença quando mostram a perda da amizade (S: 11)/ que há preconceito (S: 15)/ que não dá para contar (S: 05); relacionam a segregação com a doença/sintoma, fora do percurso do povo (S: 16), e outras.

Segundo Mendes (1987), na luta pelo combate de todos os tipos de preconceitos envolvendo a hanseníase, o combate ao uso pejorativo do termo lepra é uma luta que se iniciou no Brasil com Rottberg, quando elaborou um estudo minucioso sobre o problema do “leprostigma”. Através de sua interferência, o termo lepra foi substituído, na comunidade científica brasileira, pelo termo hanseníase, pois na consciência desinformada da maioria da população, a palavra lepra representa algo repugnante.

Essas observações indicam que a essência da problemática envolvendo a hanseníase transcende à mudança da nomenclatura. Essa mudança, preconizada, valorizada e doutrinada, não tem sido acompanhada de uma efetiva mudança de postura, pois sob o prisma psico-sócio-cultural, nenhuma outra doença tem um caudal tão antigo e vasto de tabus, sendo esses aumentados pela existência de portadores com severas mutilações (SOUZA, 2003).

A doença e, especialmente, os doentes, inspiram medo nas pessoas pelo receio de contágio. O ‘saber - ser portador de hanseníase’ repercute no cliente um impacto que, por ser grande, ativa uma série de mecanismos de auto - rejeição e auto - agressão inconscientes. Ligado a esse fato, surge a analogia com relação ao termo lepra, que traz consigo uma carga elevada de estigma, sendo reforçado pela terminologia depreciativa utilizada na educação, arte e meios de comunicação social.

Temos observado que, profissionais de saúde verbalizam o termo hanseníase para os clientes pré-diagnosticados; tendo esse cliente conhecimentos estigmatizantes acerca da doença, ocorre a já referida analogia com a deformação. Tratando-se, porém, de um cliente

que desconhece os conteúdos atuais da doença, há a necessidade de informar-lhe a relação existente com o termo lepra, usado indevidamente, em épocas remotas, para aquelas pessoas portadoras de descamação na pele e outros sinais característicos da hanseníase.

Esse procedimento tem o sentido de facilitar o entendimento por parte do cliente. Não falar sobre essa relação pode levá-lo a uma situação embaraçosa frente à sociedade, pois por mais que se adote uma postura de naturalidade, encarando a doença como uma outra qualquer, é impossível não relacioná-la a sua história, que é estigmatizante (MENDES, 1987).

Não obstante o avanço na área da saúde ter proporcionado o tratamento específico para a doença, levando à cura em todos os casos, em nossa prática, verificamos que esses conceitos e formas de tratar a hanseníase, ao longo dos anos, ainda perseguem a verdadeira identidade da mesma. A representação social que se tem da doença faz ainda com que o portador seja rotulado na sociedade optando, na maioria das vezes, por esconder a doença.

Desta vez, estaremos analisando as falas dos portadores de hanseníase estudados, ao revelarem a falta de prevenção de incapacidades físicas.

**Quadro 6** – Falas mais significativas sobre a falta de prevenção para as incapacidades físicas da doença, São José do Rio Preto, 2001.

SUJEITOS	FALAS MAIS SIGNIFICATIVAS
02	“... eu tinha uma ferida no pé”
15	“... às vezes eu pego alguma coisa assim e caí”
08	“... me dói essa mão aqui e depois me forma um calinho aqui, nesse dedo aqui”
17	“... as vista enfraqueceu muito”
09	“... minha vista queima que nem fogo”
11	“... aí caía água quente, queimava e num sentia, quando eu via, tava aquela bóia”
19	“... esse dedinho ganho invergadura”

Conforme o Quadro 6, as falas emitidas pelos 19 sujeitos pesquisados na 1ª fase deste estudo revelam a falta de prevenção das incapacidades físicas, culminando no agravamento de sua doença, dado o nível de desinformação que eles têm. Cristofolini (1991) expressa que as incapacidades desenvolvidas pelo cliente portador de hanseníase constituem o

grande desafio que se apresenta no processo de tratamento e recuperação deste doente. Assim, as incapacidades físicas constituem um problema de Saúde Pública no país, pelos índices elevados, nas diversas regiões e pela limitação de capacidade física excessiva, além do aspecto humanista dificultando a atuação do doente, na sua vida profissional (OLIVEIRA, 1987).

Segundo estudiosos nessa área, mais de 50% das incapacidades físicas podem ser evitadas com o tratamento precoce da doença e o uso apropriado e persistente das técnicas simples de prevenção. As complicações decorrentes do comprometimento neurológico são desastrosas, com a perda total ou parcial do órgão enervado, perda da sensibilidade e da função motora, advindo seqüelas que, freqüentemente, atingem os olhos, o nariz, as mãos e os pés (NEVES, 1994; PASCHOAL; SOLER, 1999).

Talhari; Neves (1997) e Paschoal; Soler, (1999) acrescentam que o comprometimento neurológico acentuado no cliente acometido pelo Mal de Hansen pode ocorrer devido à evolução lenta da doença, pela ação direta do bacilo ou, indiretamente, por processos reacionais. Consoante com esses autores, as complicações secundárias, decorrentes da perda da sensibilidade, podem provocar ferimentos devido aos traumas repetidos no mesmo local, levando a possíveis infecções. A repetição desse processo repercute, freqüentemente, em perda de substâncias moles e ósseas, pela reabsorção fisiológica, levando à deformidade. Porém, com o tratamento medicamentoso adotado e preconizado pela OMS em 1982, observa-se uma diminuição da freqüência e intensidade do aparecimento dessas incapacidades físicas.

Pesquisadores como Oliveira; Romanelli (1998) têm apontado a importância de um trabalho educativo com clientes logo após o diagnóstico definitivo, e que deve se estender durante todo o tratamento para elucidar os portadores acerca das transformações que podem ocorrer no organismo, acompanhando-os no processo evolutivo da doença, permitindo que

homens e mulheres possam manter sua identidade pessoal e social. O diagnóstico provoca um impacto emocional intenso e negativo, perturbando a integridade psicológica dos doentes.

É importante que os clientes sejam atendidos por uma equipe multiprofissional, dentro da qual a colaboração de um psicólogo poderá proporcionar benefícios para a saúde e estabilidade emocionais deste cliente, uma vez que a doença desencadeia um estado de crise, provocando tensões e, conseqüentemente, modificações físicas, psicológicas e sociais. Esse conjunto de situações acaba desestabilizando o relacionamento familiar e social, e a compreensão da realidade da enfermidade pode minimizar esse quadro.

As ações educativas não podem ficar restritas ao cliente, mas precisam estender-se aos familiares, que devem colaborar com aquele, auxiliando-o no tratamento e na melhoria de sua qualidade de vida.

#### » **Temas Geradores**

Ordenamos os temas geradores resultantes das falas mais significativas: 1- desinformação sobre a doença; 2- sinais e sintomas da hanseníase; 3- transmissão da doença; 4- estigma e 5- falta de prevenção para as incapacidades físicas.

Assim, diante do nível de desinformação sobre a hanseníase encontrado entre os 19 sujeitos aqui pesquisados, traçamos os planos de ensino sobre as maiores dificuldades reveladas por eles, culminando com o desenvolvimento das ações e intervenções educativas. Isso caracterizou a próxima etapa.

#### **⇒ 2ª Etapa: Desenvolvimento das atividades educativas em grupo**

Ao planejarmos os planos de ensino escolhemos estratégias de fácil entendimento e, na execução dos mesmos trabalhamos com abordagens simples, usamos uma linguagem clara e objetiva. No desenvolvimento de cada plano de ensino utilizamos situações problematizadoras, com as discussões no grupo, observações de figuras, realização de

desenhos, elaboração de cartazes, verbalização de experiências vivenciadas, motivando a aquisição de novos conhecimentos.

Ao desenvolvermos o círculo de cultura, atuamos enquanto coordenador de debates tendo o compromisso de ordenar os conhecimentos a fim de que os educandos compreendessem o sentido e a utilização do conhecimento, para formar uma consciência crítica. Foi necessário conhecer o que os participantes já sabiam sobre o assunto a ser discutido e o que iriam saber. Para tanto, foi preciso um trabalho pedagógico crítico, por meios da educação dialogal e ativa, permeando a responsabilidade social e política (FREIRE, 1993; BUENO, 2001).

Ao desenvolvermos o programa educativo estabelecemos seis encontros, nos quais no primeiro realizamos a recepção dos sujeitos participantes e revimos os critérios de inclusão e nos demais trabalhamos o desenvolvimento das ações educativas propriamente dito.

**1º Encontro:** realizado no dia 25 de março de 2003, sala de aula da FAMERP

O primeiro encontro objetivou realizar a apresentação dos onze sujeitos participantes nesta etapa, lembrando que esses atendiam aos critérios pré-estabelecidos; construir o cronograma de encontros e ainda explicar a proposta do estudo.

Inicialmente, preparamos o ambiente colocando uma música instrumental para recepcioná-los. Arrumamos uma mesa para o café da manhã (café, leite, bolachas, chocolate em pó, adoçante) já que o horário combinado foi de 09:00 as 10:30 horas; decoramos a mesa com um arranjo de flor artificial e a disposição das cadeiras em círculo. À medida que os mesmos iam chegando agradecíamos pela presença, dávamos as boas vindas e convidávamos a tomarem o café da manhã. Posteriormente, distribuíamos uma folha de sulfite e uma caneta

para escreverem seus nomes (o que apresentou dificuldade, ajudamos). Explicávamos que depois colassem o papel no braço da cadeira, sua identificação.

Após todos estarem sentados em círculo, explicamos que esse programa educativo experimental seria objeto de nossa tese de doutorado, dizendo que foi construído a partir da análise das falas registradas nas entrevistas realizadas anteriormente. Apresentamos o programa educativo com a descrição dos planos de ensino a serem desenvolvidos.

A seguir trabalhamos com uma dinâmica de apresentação denominada: o barbante.

### **Avaliação do processo(formativa)**

O encontro propiciou além da interação, o aquecimento para o desenvolvimento dos próximos temas que seriam discutidos. Cada encontro foi caracterizado por temas geradores proporcionando conhecimentos e habilidades, favorecendo a avaliação formativa, de forma contínua (Figura 1).



**Figura 1:** Sala de aula com alguns participantes do estudo

**PROGRAMA EDUCATIVO****Tema I:** Informação sobre a hanseníase**Duração:** 9:00 as 10:30 horas **Participantes:** 06 clientes e 1 coordenador de debates**Objetivo Geral:** o grupo de portadores de hanseníase deverá estar apto a conceituar a hanseníase.

<b>OBJETIVOS ESPECÍFIOS</b>	<b>CONTEÚDO PROGRAMÁTICO</b>	<b>ESTRATÉGIAS DE ENSINO</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definir a hanseníase.</li> <li>2. Relatar as formas clínicas da doença.</li> <li>3. Apresentar o esquema anatômico do sistema nervoso periférico.</li> <li>4. Expor sugestões de como amenizar as lacunas da desinformação sobre a doença.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definição clássica de hanseníase.</li> <li>2. Abordagens das formas clínicas da hanseníase.</li> <li>3. Apresentação do esquema anatômico do sistema nervoso periférico.</li> <li>4. Identificação das lacunas de desinformação da doença.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Construindo conceito (mostrar figuras).</li> <li>2. Aula expositiva dialogada (com o auxílio de transparências do esquema anatômico do sistema nervoso periférico).</li> <li>3. Discussão em grupo (dividir o grupo em subgrupos e solicitar que construam a definição da doença).</li> </ol>

<b>RECURSOS</b>	<b>AValiação</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Texto.</li> <li>2. Retroprojektor.</li> <li>3. Quadro negro e giz.</li> </ol>	<p>Ao final da unidade o grupo deverá verbalizar sobre:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A definição doença.</li> <li>2. As diversas formas clínicas da hanseníase o esquema anatômico do sistema nervoso periférico.</li> <li>3. As sugestões para amenizar as lacunas da desinformação sobre a doença.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manual do Ministério da Saúde. BRASIL, MS, 2002b.</li> </ol>

**2º encontro:** realizado no dia 08 de abril de 2003, sala de aula da FAMERP

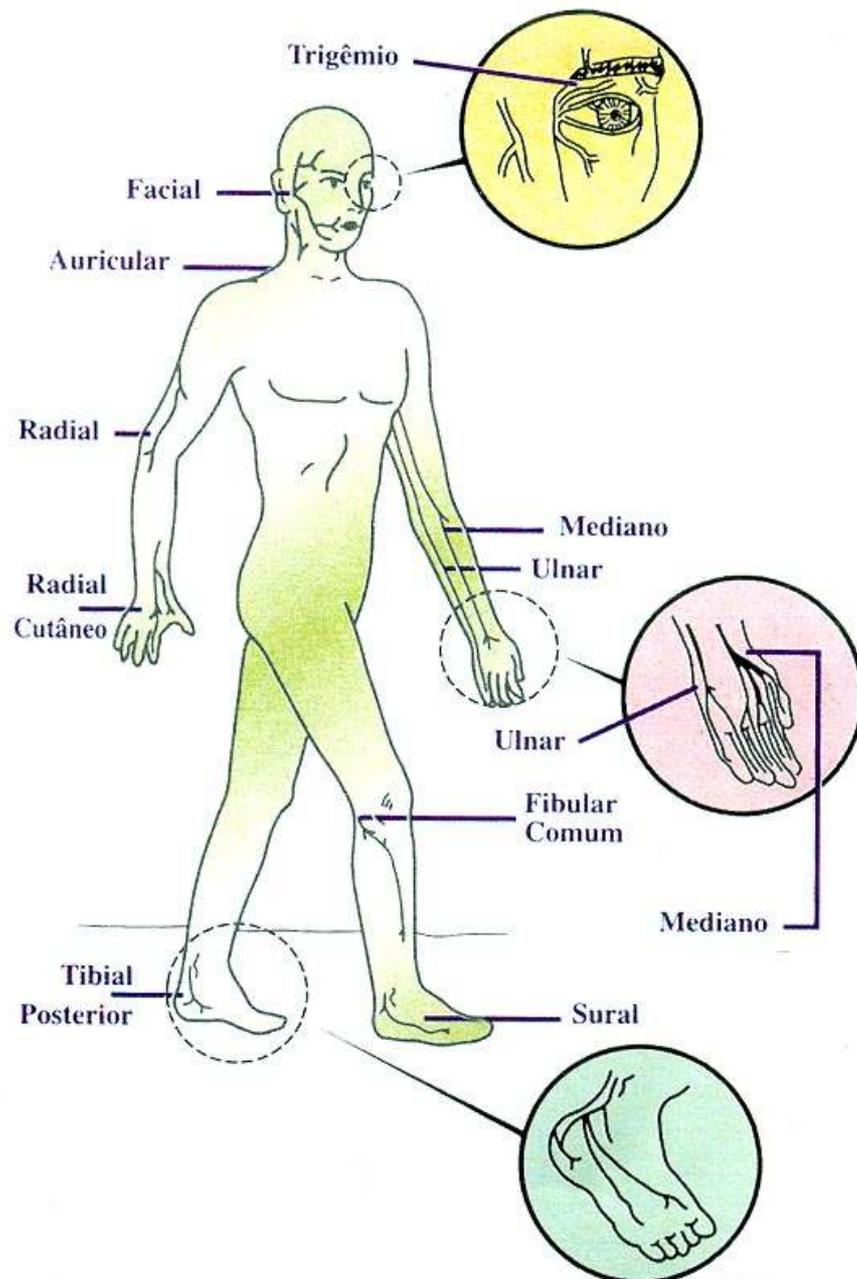
Salientamos que a partir deste momento passamos a contar com seis sujeitos, os quais estiveram presentes até ao final do estudo.

Neste dia, repetimos a recepção, as boas vindas, o agradecimento, o convite ao café da manhã. Depois de conversarmos um pouco de como passaram após o nosso primeiro encontro, demos seguimento com a leitura das falas mais significativas que culminou no tema gerador de desinformação sobre a hanseníase, a ser trabalhado neste encontro. Para nossa surpresa, o grupo iniciou um diálogo, verbalizando suas situações vivenciadas resultantes da falta de conhecimento da doença. Concomitantemente, colocamos um esquema com a representação anatômica do acometimento dos nervos periféricos, no retroprojeto. Na medida em que dialogávamos, eles olhavam a figura e colocavam uma das mãos sobre o local de seu comprometimento. Discutiam suas formas clínicas e o que elas representavam para cada um. Na seqüência realizamos a leitura de um texto extraído do manual do MS (referenciado no plano de ensino), retornamos a reflexão e cada um expressou o seu conceito da doença, as diferentes formas clínicas da enfermidade, atingindo assim, os objetivos do encontro. Cada vez que eles aprofundavam eram descobridores das interfaces dessas situações.

### **Avaliação do processo (formativa)**

A finalidade de apresentarmos o problema constituiu-se ponto de partida ao processo ensino-aprendizagem do grupo, principalmente por termos apresentado suas falas apontando a sua desinformação sobre a hanseníase. O problema foi relevante na construção de novos conhecimentos, como podemos constatar. O nosso papel foi de mediador do diálogo. Mobilizamos o grupo, na identificação dos objetivos propostos, não desviando do tema e ainda adotamos uma postura flexível nas respostas, sempre respeitando o seu entendimento.

Observamos a capacidade de refletirem sobre si e sobre o próprio problema vivido. Essa operação revela sua crítica da realidade.



**Figura 2:** Representação anatômica dos nervos periféricos acometidos  
Fonte: NOGUEIRA, 2005.

**PROGRAMA EDUCATIVO****Tema II :**       **Sinais e sintomas da hanseníase****Duração :**       9:00 as 10:30 horas   **Participantes:** 06 clientes e 1 coordenador de debates**Objetivo Geral:** o grupo de portadores de hanseníase deverá estar apto a identificar os sinais e sintomas da hanseníase.

<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>CONTEÚDO PROGRAMÁTICO</b>	<b>ESTRATÉGIAS DE ENSINO</b>
1. Definir os sinais e os sintomas da doença.	1. Definição dos sinais e dos sintomas da doença.	1. Apresentação de figuras para a identificação dos sinais e sintomas.
2. Identificar os sinais e os sintomas.	2. Apresentação dos sinais e dos sintomas (perda da sensibilidade, madarose, ptose palpebral, mudança da coloração da pele), febre (surto reacionais).	2. Elaboração de cartazes identificando os sinais e sintomas.
3. Diferenciar os sinais e os sintomas.	3. Diferença entre os diversos sinais e sintomas	3. Discussão em comum (oferecer texto para leitura e após sugerir que o grupo discuta sobre as alterações que ocorrem).

<b>RECURSOS</b>	<b>AValiação</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>
1. Cartolina, cola e tesoura. 2. Folha de papel sulfite. 3. Figuras das diversas formas clínicas da doença.	Ao final da unidade o grupo deverá verbalizar:  1. A definição dos sinais e sintomas da doença;  2. A identificação dos sinais e sintomas;  3. A diferença entre os sinais e sintomas;	1. Manual do Ministério da Saúde, BRASIL, MS, 2002b.

**3º Encontro:** realizado no dia 22 de abril de 2003, sala de aula da FAMERP.

Como já referimos anteriormente, repetimos todos os passos até dar início ao tema do dia, que foi sinais e sintomas da hanseníase. Explicamos como seriam as atividades neste momento. Dividimos em dois subgrupos, distribuimos várias figuras apontando sinais da doença (algumas com texto explicativo ao lado e outras somente a figura), e pedimos que montassem um cartaz. Ficaram livres para discutirem e após algum tempo apresentaram a construção do cartaz. Nesse momento buscamos o conhecimento dos participantes, para chegar a um consenso ou esclarecer dúvidas. As falas de reflexão retratavam estarem receptivos às informações e ao novo conhecimento. Denotavam algumas expressões pensativas, receio de se expor, o que logo era desfeito.

Dentro da premissa básica da educação conscientizadora, é imprescindível a problematização da realidade para que o educando possa detectar os problemas, organizar as idéias, buscar soluções coletivamente. Esse processo favoreceu buscarmos aquilo que os sujeitos já sabiam, através das experiências vivenciadas e a nossa relação de forma horizontalizada.

#### **Avaliação do processo (formativa)**

Reconhecemos que os participantes exerceram uma prática conscientizadora, propiciado pelo diálogo constante uns com os outros com contextos semelhantes. Possibilitaram atitudes críticas na medida que estavam envolvidos e comprometidos no desvelar de sua realidade.

A hanseníase ainda é um problema de saúde em São Paulo. E você como profissional de saúde, pode ajudar a mudar esse quadro diagnosticando casos, iniciando imediatamente a poliquimioterapia e recuperando, avaliando e orientando os pacientes que abandonaram o tratamento.

**AS PESSOAS QUE TÊM HANSENÍASE SE QUEIXAM DE:**

- ◆ Manchas na pele que não doem, não incomodam, não coçam, não pegam pó
- ◆ Dormência
- ◆ Formigamento
- ◆ Manchas com queda de pêlos
- ◆ Queimar-se ou cortar-se sem sentir.

**O DIAGNÓSTICO DE HANSENÍASE É ESSENCIALMENTE CLÍNICO, BASEADO EM:**

Lesões cutâneas compatíveis com uma das formas da hanseníase Indeterminada, Tuberculóide, Dimorfa ou Virchowiana com alteração da sensibilidade; ou alteração da sensibilidade na pele com comprometimento do tronco nervoso.

**PAUCIBACILAR (PB)**                      **MULTIBACILAR (MB)**



Hanseníase Indeterminada  
(não contagiante)

Hanseníase Dimorfa  
(contagiante)

Hanseníase Tuberculóide  
(não contagiante)

Hanseníase Virchowiana  
(contagiante)

**Figura 3:** Folder utilizado na discussão em comum. Fonte: BRASIL, MS, 2002b.



**Figura 4:** Cartaz confeccionado pelos participantes do estudo. Fonte: BRASIL, MS, 2002b.

**PROGRAMA EDUCATIVO****Tema III: Transmissão da hanseníase****Duração:** 9:00 as 10:30 horas **Participantes:** 06 clientes e 1 coordenador de debates**Objetivo Geral:** o grupo de portadores de hanseníase deverá estar apto a relatar o modo de transmissão da hanseníase.

<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>CONTEÚDO PROGRAMÁTICO</b>	<b>ESTRATÉGIAS DE ENSINO</b>
1. Definir o modo de transmissão. 2. Relatar modo de transmissão. 3. Mostrar fatores que interferem na transmissão da doença.	1. Conceituação do modo de transmissão. 2. Fatores relacionados à transmissão.	1. Tempestade cerebral. 2. Apresentação do trecho do filme “Uma estranha entre nós” (10 minutos). 3. Discussão em grupo.
<b>RECURSOS</b>	<b>AVALIAÇÃO</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>
1. Quadro negro e giz. 2. Televisor e vídeo. 3. Flip Chart.	Ao final da unidade o grupo deverá verbalizar: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Como é o modo de transmissão.</li> <li>2. Os fatores que interferem na transmissão.</li> </ol>	1. Filme pré-selecionado

**4º Encontro:** realizado no dia 06 de maio de 2003, sala de aula da FAMERP.

Dispensamos as descrições da recepção dos participantes. O tema trabalhado foi a transmissão da hanseníase. Retomamos no coletivo os conceitos trabalhados anteriormente. A partir daí, o diálogo foi desencadeado por uma das participantes que relatou ao grupo que sua sogra e seu marido tiveram hanseníase. Promovemos a estratégia de tempestade de idéias na medida que íamos refletindo, íamos escrevendo no flip-chart, o qual dividimos em duas partes e separamos as falas que refletiam o que transmitia e o que não transmitia a doença. Ao longo

da ampla discussão, da imersão nos problemas, contestando ou contradizendo os fenômenos experienciados entendiam a relação dinâmica da transmissão da doença em suas vidas, sem perderem a noção de conjunto que caracteriza a própria vida. A apresentação de um trecho do filme 'Uma estranha entre nós' revelou sentimentos semelhantes ao vivido pela personagem, propiciando maior reflexão. Essa relação estabelece novo vínculo de saber, nova forma de união, mais solidária. Um pensar coletivo. Verbalizaram também as questões cultural, social e religiosa que cada pessoa traz consigo e deve ser analisada, pois podem influenciar seu comportamento de aceitar a si próprio, como um portador de hanseníase.

#### **Avaliação do processo (formativa)**

O enfrentamento de suas situações-problemas foi possibilitado através do processo educativo, que se concretizou ao compartilharmos saberes a fim de desenvolvermos estratégias para enfrentá-los, a partir do reconhecimento e reflexão. A interação entre educador-educando foi imprescindível para que a educação conscientizadora ocorresse com princípios humanistas, através de uma prática crítica e criativa, portanto por um contínuo movimento de percepção, reflexão e ação.



**Figura 5:** Alguns participantes do estudo assistindo um trecho do filme.

**PROGRAMA EDUCATIVO****Tema IV: Estigma diante da hanseníase****Duração :** 9:00 as 10:30 horas **Participantes:** 06 clientes e 1 coordenador de debates**Objetivo Geral:** o grupo de portadores de hanseníase deverá estar apto a discorrer sobre o estigma da hanseníase.

<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>CONTEÚDOS PROGRAMÁTICO</b>	<b>ESTRATÉGIAS DE ENSINO</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Discorrer sobre a história da hanseníase apontando fatos relevantes.</li> <li>2. Identificar situações que causam estigma.</li> <li>3. Discutir as dificuldades encontradas quanto ao preconceito.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evolução histórica da hanseníase.</li> <li>2. Aspectos emocionais que envolvem o portador de hanseníase.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aula expositiva dialogada.</li> <li>2. Questões indagadoras</li> </ol>

<b>RECURSOS</b>	<b>AVALIAÇÃO</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sulfite e lápis.</li> <li>2. Quadro negro e giz</li> </ol>	<p>Ao final da unidade o grupo deverá ser capaz de verbalizar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Os aspectos históricos relevantes da hanseníase.</li> <li>2. Situações que causam estigma.</li> <li>3. Dificuldades encontradas relacionadas ao preconceito.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Textos com leituras complementares.</li> </ol>

**5º Encontro:** realizado no dia 20 de maio de 2003, sala de aula da FAMERP.

Primeiramente, falamos sobre o que é o estigma. O grupo concluiu que quando uma pessoa apresenta alguma diferença que constitui, uma dificuldade para a sua aceitação na sociedade, ela tem um estigma. Enumeramos alguns atributos considerados estigmatizantes pela população, surgiram: o cego, o doente mental, os portadores de AIDS, de tuberculose e da própria hanseníase, o negro, entre outros. A reflexão ainda permitiu analisar que a pessoa estigmatizada desenvolve algum mecanismo para lidar com essa situação, como por exemplo, uma benção, a crença de que o sofrimento ensina.

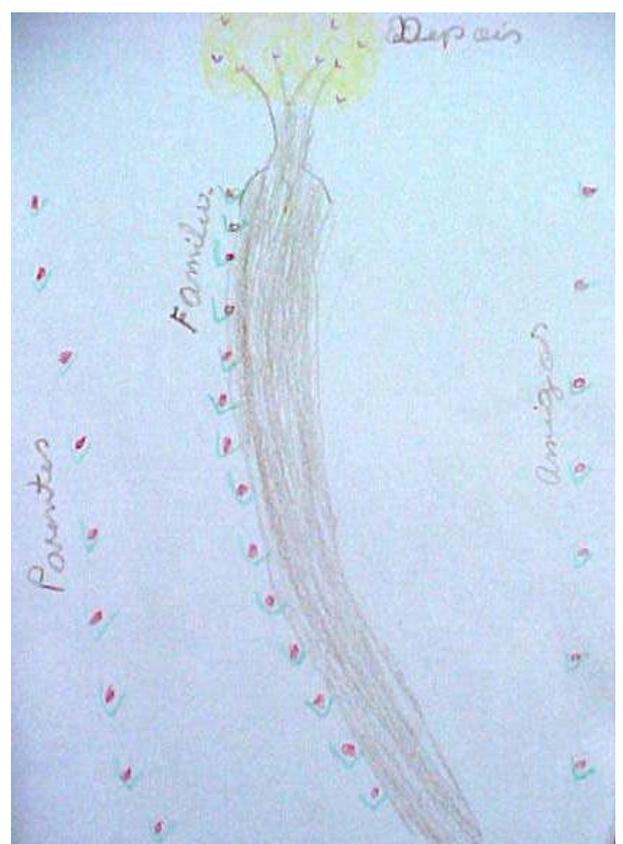
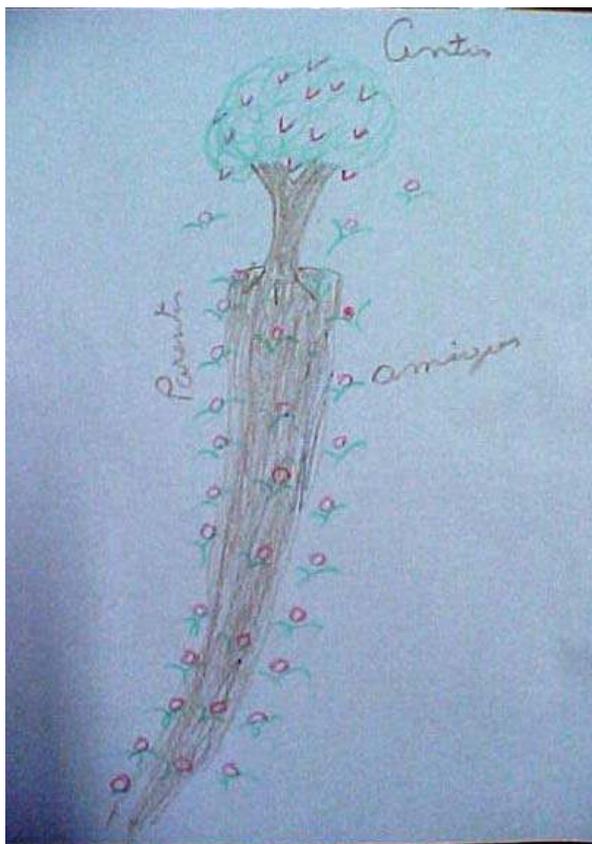
Outra questão por nós direcionada foi: se há diferença em um portador de estigma que não é visível e de outro que é? Só por essa questão delongamos tempo e relataram que o não visível pode manipular, dizê-lo ou não dizê-lo, mentir ou não mentir e ainda, em cada caso para quem, quando, onde. No caso da pessoa visivelmente estigmatizada, ela se expõe à tensão gerada, apresenta motivos para sentir que em situações sociais seu comportamento pode vacilar entre o retraimento e a agressividade.

Suscitaram questionamentos como o da integridade do homem que fica ameaçada ao sofrer mudanças no seu modo de viver, inicialmente quando os problemas físicos superam os psicológicos, porém tornam-se mais vultuosas com a alteração de sua imagem corporal. A condição crônica da doença gera segregação, exclusão social; perda da beleza, de amizades e de atividades sociais. As reações emocionais podem manifestar-se em condutas de afastamento, diminuindo a proximidade ou determinando uma rejeição do contato, implicando em um rompimento, variando de maior ou menor intensidade. Tais dificuldades no relacionamento são observadas tanto nas relações mais íntimas como a família, amigos vizinhos e colegas de trabalho, como nas relações sociais mais distantes.

Solicitamos que desenhassem o que representava o estigma para eles. A oportunidade do diálogo estimulou a livre expressão sobre suas realidades, do que é relevante, valorizando sempre suas vivências.

### Avaliação do processo (formativa)

Os clientes estavam mais abertos, mais participativos, buscando soluções para os seus problemas, expressaram suas necessidades de aprendizagem, identificando a mudança de postura frente à enfermidade de que é portador.



**Figura 6:** Desenhos realizados por um participante

**PROGRAMA EDUCATIVO****Tema V :** Falta de prevenção para as incapacidades físicas**Duração :** 9:00 as 10:30 horas **Participantes:** 06 clientes e 1 coordenador de debates**Objetivo Geral:** o grupo de portadores de hanseníase deverá estar apto a relatar as medidas preventivas para as incapacidades físicas.

<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>CONTEÚDOS PROGRAMÁTICO</b>	<b>ESTRATÉGIAS DE ENSINO</b>
1. Definir o que é prevenção de incapacidades físicas.	1. Definição de incapacidades físicas.	1. Apresentação de duas fotos de uma mão e de um pé acometido pela doença.
2. Listar ações que previnem incapacidades físicas.	2. Graus de incapacidades físicas.	2. Discussão em grupo.
3. Identificar as incapacidades físicas.	3. Causas de incapacidades físicas e ações preventivas.	3. Aula expositiva dialogada.
4. Mencionar os graus de incapacidades físicas.	4. Relação das causas e ações educativas.	
5. Relacionar suas causas e ações educativas.		

<b>RECURSOS</b>	<b>AVALIAÇÃO</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>
1. Fotos 2. Flip-chart	Ao final da unidade o grupo deverá verbalizar: 1. O que é prevenção. 2. As ações que previnem incapacidades físicas. 3. A identificação de incapacidades físicas.	BRASIL, MS, 2002b.

**6º Encontro:** realizado no dia 03 de junho de 2003, sala de aula da FAMERP.

Para o desenvolvimento deste tema, dividimos em dois subgrupos, distribuimos duas fotos que retratavam a mão e a outra do pé de um portador de hanseníase. Pedimos para analisarem as alterações existentes. Identificaram seus próprios comprometimentos, ou seja: atrofia do nervo da mão, pele ressecada, artelhos em garra, úlcera plantar. Lançamos uma indagação no intuito de vislumbrarem a visão global. Perguntamos porque aquela pessoa chegou até o quadro retratado na foto. Escrevemos no flip-chart as respostas, entre elas: ‘a pessoa não sabia se era da hanseníase’, ‘não conhecia a doença’, não seguiu as informações de fazer exercícios. Ainda escrevemos algumas ações simples a serem realizados pelos portadores de hanseníase, o que objetivou as discussões, se estas eram feitas ou não.

A capacidade de ajustar-se à realidade acrescida à possibilidade de transformação pela opção e não pela imposição, em que o portador de hanseníase assumiu o papel de sujeito, com a liberdade de pensamento, de ação e de decisão, altera sua realidade pela tomada de consciência de suas situações-problemas, tornou-se ativo, não sendo submetido a prescrições alheias e a comandos externos.

Concordamos com Bordenave; Pereira (2001) que uma pessoa só conhece bem algo quando o transforma, transformando ela também no processo.

### **Avaliação do processo (formativa)**

As práticas educativas são efetivamente ponto de partida para a prática diária possibilitando ao portador de hanseníase assumir novos comportamentos, por considerar que é, precisamente na vida cotidiana, que vivencia experiências marcantes. Tais experiências, enquanto objeto de análise, permitem, através da visão reflexiva dos problemas, descartar ou

transformar imagens subjetivas construídas quando o profissional de saúde informa como as ações de prevenção devem ser realizadas no domicílio possibilitando mudanças no seu agir.

Através desse encontro, a relação entre eles fortaleceu o acréscimo aos seus saberes, produto de suas reflexões, análises críticas e discussões que sobrevieram desse momento.



**Figura 7:** Foto de três participantes e a pesquisadora.

### » Desenvolvimento da educação conscientizadora

Desenvolvemos ao longo do processo ensino-aprendizagem uma educação conscientizadora visando trabalhar as temáticas contempladas nos planos de ensino, de forma aberta, dinâmica e democrática, crítica e reflexiva, dialogal e interativa, tendo em vista os preceitos da horizontalidade, com isto, permitimos a participação ativa dos educandos na construção de conhecimento e habilidades, tanto no nível individual quanto coletivo.

Para tal efetivação, trabalhamos com dinâmicas ativas e criativas, através de exercícios e da identificação de problemas possibilitando-lhes a busca de solução para os mesmos.

No papel de educador, manter a claridade que a relação com o educando é o ponto chave como aspecto determinante para ocorrer a aprendizagem. Aprender não é o mesmo que ensinar; é um processo ativo que provoca transformações estruturais da inteligência, favorecendo o educando estar mais bem preparado às novas aprendizagens (BORDENAVE; PEREIRA, 2001).

Coubemos motivar o educando a aprender e não apenas dedicarmos a repassar conteúdos ou atermos as estratégias metodológicas, sendo o ensino resultado da relação interpessoal.

Ressaltamos que o modelo de ensino de Freire da educação conscientizadora, em seus pressupostos destaca a relação educador-educando como crítica dialógica, horizontal, efetivando o crescimento humano em ambos, assim o processo ensino-aprendizagem se concretizou.

Concordamos com Moraes (2003) quando diz que precisamos cuidar do aprendiz para que ele possa aprender a pensar de maneira mais global, a refletir, a criar com autonomia soluções para os problemas, estimulando o pleno desenvolvimento de sua inteligência.

Para Freire (2001b), todo conhecimento está em processo de construção e reconstrução, de criação e recriação. A metodologia conscientizadora possibilitou observarmos as diferentes interfaces da temática, sendo que cada tema gerador, congrega várias visões, trabalhamos com o conhecimento produzido no diálogo, no contexto que emergiu.

A atividade educativa desenvolvida através deste modelo com os portadores de hanseníase favoreceu a tomada de consciência das situações-problemas vivenciadas, respondendo as suas necessidades de aprendizagem.

### ⇒ 3ª Etapa: Avaliação do processo de conscientização (somativa)

De maneira geral, independente do caráter ou do objetivo, a avaliação remete ao conhecimento da situação final resultante de nossas intervenções em uma dada situação inicial, de modo que a análise tenha por base informações dos componentes do cenário da avaliação, ou seja, características da situação inicial, objetivos, metas e estratégias da intervenção e características presentes na situação.

O processo educativo foi ativamente oportunizado pela definição do problema, pela avaliação da situação inicial, pela fixação de saberes construídos e não impostos. Para tanto, avaliamos que as necessidades priorizadas pelos educandos, partindo de suas experiências pessoais e guiadas por pelo nosso conhecimento técnico-científico, reformulando a compreensão da realidade e propiciando, assim, a melhoria de suas condições de saúde.

A participação ativa do portador de hanseníase como sujeito da ação foi possível a partir do instante em que se sentiu incluído no processo educativo, em que essas ações partiram do seu viver diário, permitindo reflexões conjuntas com o educador. As vivências compartilhadas, as informações e as práticas de viver possibilitaram a socialização do saber.

Outro aspecto que observamos ao expressar seus anseios, suas preocupações, suas dúvidas e o próprio significado que dá à vida, permitiu refletir sobre sua condição de saúde, atitudes que pertencem ao processo educativo dialogal, horizontal, efetivado em nossa atividade.

Para Serra (2004), quando se realiza o diálogo é porque se realiza a compreensão; quando se produz a compreensão é mais fácil e enriquecedor o diálogo.

A identificação das dimensões da realidade na qual intervimos se faz necessária quando realiza-se a avaliação de práticas educativas em saúde, pois estas podem compreender, simultaneamente: a) dimensão em que a promoção da saúde cristaliza sua interface da defesa do direito à vida, incorporando princípios como participação e responsabilidade, sendo a educação em saúde transformada em educação para a cidadania, ou seja, instrumentalização da sociedade para participar de intervenções na realidade, buscando qualidade de vida; b) dimensão das singularidades dos sujeitos e suas compreensões sobre saúde e doença, em que por meio da ação comunicativa é possível imprimir direção e sentido para atos de construção de vida mais saudável, aglutinando ‘velhos e novos’ princípios como orientadores de suas ações.

Ao visitarmos os domicílios dos educandos, além de termos uma boa recepção, certificamos de que escolhemos com propriedade estar em seu contexto natural para avaliarmos as falas referentes aos seus ‘novos e velhos’ conhecimentos. A partir destes resultados, elaboramos o quadro que se segue:

**Quadro 7** - Respostas dos seis portadores de hanseníase sobre o seu conhecimento atual da doença após o processo educativo conscientizador, São José do Rio Preto, 2005.

“...com o tratamento vai indo... que tratando não é contagiosa”. S 17

“... tenho conhecimento de como a doença surge, os sintomas e até hoje a única seqüela que eu sinto que eu sei foi a doença, mas eu fiquei muito feliz no tratamento, graças a Deus, meu tratamento foi certinho, tratei 6 meses e fiquei curada... esses encontros que a gente fez ajudou muito a sarar das seqüelas que eu tive, aprendi muita coisa como lidar com o problema...”. S 15

“... eu aprendi, é mais fácil, conversando a gente aprendi’, ‘foi bom, fez a gente pensar, dar nossa opinião’, ‘quando participamos, falamos, aprendemos mais fácil’, ‘hoje possa fala que sei sobre a doença’, ‘que tinha muitas dúvidas, agora sei e posso conversa com outras pessoas’, ‘ajudo a todo mundo sabe mais da doença’”. S 18

“... outro dia conversando com a vizinha, ela falo que o marido tava com dormência no pé e não sentia num lugar da perna, falei que podia se hanseníase, que era bom leva no médico... depois mi procuro dizendo que é mesmo hanseníase... fiquei muito feliz porque foi com os encontros que não fiquei com dúvida e pude ajuda”. S 15

“... eu gostei porque explico muito... pensava que pegava do garfo ou de outras coisa, ... agora sei que é da respiração’, ‘se a pessoa cuida, ela volta na ativa novamente’”. S 16

“... pode pegar de uma ferida, de uma pessoa que não tratou bem da doença ... do ar que respira”. S 14

“... então vive por muitos anos com a pessoa doente sem tratar ... pode pegar, isso eu não sabia”. S 19

“...o encontro ajudou, se me perguntarem, eu falo numa boa porque eu não tenho problema sabe, a pessoa sai contaminando até entrar em tratamento, uma vez que ela entrou em tratamento, não tem mais nenhum risco, nenhum perigo de contagiar, então não tem como, assim, o porquê de esconder.”. S 18

“...assim que é medicado já esta livre de contaminar outros ...foi muito valido, estou muito contente e feliz ... não estou sentindo mais nada,...nosso grupo levou vantagem e teve grande apoio e participo bastante”. S 16

“... doença que não dói... é lenta... penetra no corpo... e não aparece rapidamente na pessoa, ela depois vai detonando a pessoa, vai indo pros nervos, vai dando manchas”. S 17

“... agora se a pessoa estiver medicada, daí realmente não tem perigo”. S 19

“... fazer exercícios com o nervo, com a bolinha, tratar a pele com bastante creme, fica muito ressecada a pele ... não pode nem sair no sol se não passar creme ... tenho protegido, caminho com manga cumprida ... eu aprendi os banhos”. S 17

“... a pessoa vai ficando desanimada, vai perdendo o animo, ... enfraquecida, porque os nervos e o movimento do corpo da pessoa ... vai ficando praticamente invalida, prejudicada realmente por uma doença. Se a pessoa cuida, ela volta na ativa novamente e nem percebe que passou aquela enfermidade, agora se continua sem os medicamentos, sem cuidado ..., vai fica inativa ...levando os nervos, encolhendo ..., sem os movimentos ..., perde a força// e não tem condições de fazer nada ... sem validade ... fica uma queimaduras, fica marcas, manchas, fica ... horrenda, perde a sensibilidade, perde . Não sinto nada mais”. S 16

“... uso luva, principalmente quando vou mexe com cabo de ferramenta ... uso direto a luva de sola ...

eu quero protege bem .... Na coceira é preciso lava e passa ... pomada ... aquela queimadura nas pernas, no pé, no dedo ... um calor proveniente da doença, agora sei que é porque atinge os nervos das mãos ou dos pés”. S 14

“... foi bom porque a gente aprendeu como complicou o problema, a gente teve bastante experiência, de conversar um com o outro, foi muito bom os encontros”. S 16

“... o encontro mostrou que mudou muito. Estou curada, acabou o preconceito da família, dos vizinhos, estou mais enturmada agora ... estou curada”. S 15

“... eu aconselho a todos que não precisa ter receio de nada ... antes eram jogado fora, discriminado. Hoje, o desenvolvimento é bastante grande ... sem medo e preconceito, porque desde que seja medicado, não há problema. Aconselho tranquilo os companheiros que não desanimem ... que é tudo passageiro, o preconceito vem da própria pessoa.”. S 16

No decorrer de nossa trajetória profissional notamos que as ações educativas são desvinculadas da realidade cultural, social e emocional em que o cliente se insere, ficando esse à margem do processo educativo, que deve ser participativo. Sendo este motivador para a realização do presente estudo.

O desenvolvimento da consciência do educando deve ser pautado pelo ato de refletir, pensar, criar, investigar, adquirir conhecimentos, criticar, bem como o despertar para intervir em sua realidade com responsabilidade e confiança. Todos esses quesitos proporcionam modificar a realidade norteada pelo diálogo, assumindo o compromisso político e social com o portador de hanseníase, o enfermeiro identifica com ele suas necessidades de aprendizagem permeada pela reflexão-ação e desenvolvendo o pensamento crítico e reflexivo, o que facilita a atividade educativa conscientizadora, culminando na transformação da realidade. O processo de conscientização só ocorre através da educação, que possibilita a conquista da cidadania.

Atualmente, as ações educativas são prioritárias no programa de controle da hanseníase, com a finalidade de diagnosticar precocemente a doença e proporcionar mudanças de atitudes relacionadas à socialização do doente (SOUZA, 2003)

Trabalhar com o processo ensino-aprendizagem voltado o portador de hanseníase favoreceu a aquisição de novos conhecimentos e alteração em sua postura quanto à doença. Este reconheceu a importância da hanseníase como problema de saúde pública e ainda em ser um colaborador na redução de danos inerentes a condição de adoecer no âmbito individual ou coletivo.

A metodologia conscientizadora nos deixou a certeza de que é possível para o profissional enfermeiro ser um facilitador do processo ensino-aprendizagem e não apenas um transmissor de informações, pautado na horizontalidade das relações, no acreditar e permitir o direito de expressão, enfim no diálogo e na reflexão.

Pois disse o que achei preciso  
dizer, num tempo em que o mundo  
ensina a poder calar (...)

Contigo fico, cantando  
de prontidão. Como é fácil  
partir, romper as amarras

Pois eu prefiro ficar  
contigo, estrela da terra  
não me canso de esperar

Fique de tudo o que dei,  
conjugando o verbo amar,  
o rastro de uma esperança  
que o homem precisa achar.

Fique o dito pelo dito,  
Nada mais vos tenho a dar.

(Poesia comprometida com a Minha e a  
Tua Vida – Thiago de Melo)

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Algumas reflexões sobre a temática estudada se fazem necessárias, pois a tomada de consciência a que o sujeito pesquisado chegou ao final deste processo de construção vai além da nossa capacidade de apreensão e descrição.

Neste novo milênio, necessitamos avançar nas exigências da educação, principalmente na educação em saúde. O programa educativo dessa investigação foi direcionado pela pesquisa qualitativa, especificamente a Pesquisa-Ação, ancorada na pedagogia conscientizadora, norteadas, portanto, por uma metodologia participativa.

A identificação das necessidades de aprendizagem, o desenvolvimento das ações e intervenções educativas e a avaliação do processo de conscientização/somativa com o portador de hanseníase foram realizados a partir do levantamento do universo temático, da aplicação do programa educativo e das visitas domiciliares. A ação educativa apresentada baseou-se no contexto da realidade dos sujeitos participantes.

Um fator essencial que experienciamos, no que tange a construção do programa educativo, foram as entrevistas, que possibilitaram uma primeira aproximação interativa e de confiança com os educandos vindo a se fortalecer com a efetivação do ato educativo. Somando a esta, a observação participante favoreceu recolhermos as ações vivenciadas pelos sujeitos em seu contexto natural.

No decorrer do estudo, vislumbramos as inúmeras possibilidades do uso de estratégias que facilitem a aprendizagem. Nesse processo, é importante considerar o que já existe na estrutura cognitiva do educando, pois o principal filtro seletivo está nas suas peculiaridades, conceitos espontâneos e implícitos, para gerar as adequadas contradições ou conflitos cognitivos capazes de fazê-lo substituir ou reconstruir suas idéias para a

conscientização. Para que o mesmo construísse o seu conhecimento sem memorizá-lo, foi necessário respeitar o seu padrão cultural e a sua forma de pensar.

Partindo da identificação das necessidades de aprendizagem de 19 sujeitos realizamos um processo educativo contando com a participação de seis portadores, os quais permitiram compartilharmos suas experiências e suas trajetórias de vida. Tivemos o referencial pedagógico da educação conscientizadora subsidiando, a todo o momento, a análise dessa pesquisa, que nos possibilitou atingir os objetivos propostos.

O processo ensino-aprendizagem realizado entre o enfermeiro e o portador de hanseníase propiciou a tomada de consciência, o desenvolvimento de capacidades e habilidades não só para o seu autocuidado, mas também a contribuir em sua atuação como agente multiplicador de informações e transformador de sua realidade.

Vale ressaltar que o portador de hanseníase de nosso estudo discutiu sua problemática, uma vez consciente dela, adquiriu forças e coragem de lutar, ao invés de ser levado por conceitos incorretos ou duvidosos. Vimos o educando participando ativamente do processo em constante diálogo com os outros, igualmente envolvidos no contexto, possibilitando atitudes críticas, reflexivas e comprometidas com a ação.

Corroborando com essas afirmações, Freire (1993) descreve que conscientizar implica em um progressivo e contínuo desvelamento da realidade. Assim, salientamos que os sujeitos envolvidos nesse estudo desenvolveram uma prática conscientizadora através do programa educativo possibilitado pelos diversos momentos de ir e vir em suas contextualizações.

A adoção de inovações educativas aplicadas ao campo da saúde, especificamente à enfermagem, que tratem o fenômeno educativo na sua totalidade, desde o lidar com os desejos, as necessidades, as crenças, os estilos de vida e até os valores, reforça a visão que as soluções dos problemas de saúde requerem ações socialmente sustentadas do ponto de vista

cultural e político-econômico. O entendimento de tal fenômeno pode desvelar, na assistência de enfermagem prestada ao portador de hanseníase, o favorecimento da atenção ao ser humano integral submetido ao seu cuidar profissional e não apenas o olhar sobre a enfermidade que o acomete.

Entendemos que o programa educativo conscientizador aos portadores de hanseníase constituiu um grande desafio tanto para o país como para os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, pois as ações específicas neste campo, a serem implantadas, dependem do estabelecimento de políticas públicas e dos investimentos em recursos humanos para que ocorram mudanças no processo educativo dos programas preconizados por estes órgãos.

AIRHIHENBUWA, C. O. **Health and culture**. Sage: Thousand Oaks, 1995.

ALEMAN, C.; GARCÉS, J. **Política social**. Madrid: McGraw Hill, 1998.

ALMEIDA, M. C. P. et al. A situação da enfermagem nos anos 80. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41., 1989, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Associação Brasileira de Enfermagem, 1989. p. 43-75.

ANDERSON, R. Health promotion: an overview. In: **EUROPEAN monographs in health education research**. 6. ed. Edinburgh: Scottish Health Education Group, 1984. p. 4-126.

ARAÚJO, R. R. D. F.; OLIVEIRA, M. H. P. A irregularidade dos portadores de hanseníase ao Serviço de Saúde. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 59-64, 2003.

BECHELLI, L. M. Hanseníase. In: VERONESI, R.; FOCCACIA, R.; DIETZE, R. **Doenças infecciosas e parasitárias**. Rio de Janeiro, 1999. p. 349-366.

BODERNAVE, J. E. D. **Alguns fatores pedagógicos**. O trabalho pedagógico do instrutor/supervisor. Brasília (DF): Ministério da Saúde/ PNDST/Aids, 1988.

BODERNAVE, J. D.; PEREIRA, J. D. **Estratégias de ensino e aprendizagem**. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

BRANDÃO, C. R. **Lutar com a palavra**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Controle da hanseníase**: uma proposta de interação ensino-serviço. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1989.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.401, que normatiza a Polioquimioterapia para doentes de hanseníase. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 14 ago. 1991.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Dermatologia Sanitária. **Guia de controle da hanseníase**. 2. ed. Brasília (DF): Fundação Nacional da Saúde, 1994a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de normas e procedimentos para o controle da hanseníase**. Brasília (DF): Fundação Nacional da Saúde, 1994b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a elaboração de programas de capacitação para a equipe de saúde da rede básica atuar nas ações de controle de hanseníase**. Brasília (DF): FNS / CNDS, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Normas técnicas para a eliminação da hanseníase no Brasil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002a. (Série Cadernos de Atenção Básica, nº 10; Série A - Normas e Manuais Técnicos, nº 111).

- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 5. ed. Brasília (DF): FUNASA, 2002b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde lança campanha para eliminar hanseníase até 2005**. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 dez. 2004.
- BRYCESON, A. D. M. Leprosy. In: CHAMPION, R. H.; BURTON, J. L.; EBLING, F. L. G. **Textbook of dermatology**. Oxford: Blackwell Scientific, 1992. p. 1065-1083.
- BUENO, S. M. V. **Marco conceitual e referencial teórico da educação em saúde: orientação à prevenção de DST-AIDS e drogas no Brasil para criança, adolescente e adulto jovem**. Documento. Brasília (DF): Ministério da Saúde/CNDST-AIDS, 1997-8.
- \_\_\_\_\_. **Educação preventiva em sexualidade, DST - AIDS e drogas nas escolas**. 2001. 263f. Tese (Livre Docência)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.
- CAJA LÓPEZ, C.; LÓPEZ PISA, R. M. **Enfermería comunitaria**. Madrid: Masson, 1995.
- CALLAHAN, D. Health and society: some ethical imperatives. In: KNOWLES, John H. (Ed.). **Doing better and feeling worse**. New York: W. W. Norton and CO, 1997. p. 26.
- CAMPBELL, H. Estudio etnográfico enfocado: instrumento de investigación sobre las IRA. **Boletim do Grupo CID/OMS**, Washington, n. 24, p. 2-5, 1993.
- CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, p. 209-213, 1997.
- CARIDE, J. A. Diseño de políticas culturales y animación cultural de comunidades humanas. In: SANTOS, M. et al. **Educación para la innovación y la competitividad**. Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, 1993. p. 303-318.
- \_\_\_\_\_. **Estudiar ambientes**. A análise de contextos como prática educativo-ambiental. Coruña: Centro de Documentación Domindo Quiroga / Casa da Xuventude-Concello de Oleiros, 2000.
- \_\_\_\_\_. La educación como desarrollo: una visión estratégica y humanista. **Diálogos**, Barcelona, ano VII, v. 3, n. 31-32, 2002.
- CARIDE, J. A.; MEIRA, P. A. **Educación ambiental e desarrollo humano**. Barcelona: Editorial Ariel, 2001.
- CARR, W.; KEMMIS, S. **Becoming critical education, knowledge and action research**. London: The Falmer Press, 1986.
- \_\_\_\_\_. **Teoría crítica de la enseñanza**. La investigación-acción en la formación de profesorado. Barcelona: Martinez Roca, 1988.

- CARVALHO, G. C.; ALVAREZ, R. R. A. Avaliação de incapacidades físicas neuro-músculo-esqueléticas em pacientes com hanseníase. **Hansenologia Internationalis**, v. 25, n. 1, p. 39-48, 2001.
- CARTA de Ottawa para la promoción de la salud. **Revista de Sanidad e Higiene Pública**, v. 61, p.129-133, 1987.
- CASAGRANDE, L. D. Educação problematizadora: transformação da prática do profissional de saúde. In: REUNIÃO ANUAL DA ABENO, 33, 1998. **Anais...** Revista da Associação Brasileira de Ensino Odontológico, 1998. p. 16-19.
- CASANOVA, M. A. **La evaluación, garantía de calidad para el centro educativo**. Zaragoza: Edelvives, 1992.
- CASTILLO, F.; BURY, J. A. (Dirs.): **Education pour la santé**. Paris: Presses Universitaires, 1998.
- CESARINO, C. B. **Eficácia da educação conscientizadora no controle da hipertensão arterial sistêmica**. 2000. 94f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2000.
- CESTARI, T. F. et al. Epidemiologia da hanseníase no Rio Grande do Sul. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 5, p. 271-274, 1989.
- CRISTOFOLINI, L. **Pacientes em quimioterapia anti-hansênica: problemas nasais**. 1991. 110f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.
- COLOM, A. J. **Desarrollo sostenible e educación para el desarrollo**. Barcelona: Octaedro, 2000.
- CONVIT, J.; ULRICH, M. Immunotherapy and immunoprophylaxis of leprosy. **Indian Journal Leprosy**, v. 72, p. 21-32, 2000.
- COSTA, M.; LÓPEZ, E. **Educación para la salud**. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Piramide, 1996.
- CURVO, S. D. Educación para la salud: evolución histórica y conceptos básicos. In: CALERO, E. R. **Enfermería S 21: enfermería comunitaria: métodos y técnicas**. Madrid: DAE, 2000. cap. 14, p. 228-234.
- CUNHA, A. Z. S. **Hanseníase: a história de um problema de saúde pública**. 1997. 158f. Dissertação (Mestrado)– Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz, 1997.
- DEHAR, M.; CASSWELL, S.; DUIGNAN, P. Formative and process evaluation of health promotion and preventio programs. **Evaluation Review**, v. 2, n. 17, p. 204-220, 1993.
- DIGNAN, M. B.; CARR, P. A. **Program planning for health education and promotion**. 2. ed. Philadelphia: Lea & Febigar, 1992.

ELLIOTT, J. What is action-research in schools. **Journal of Curriculum Studies**, v. 10, n. 4, p. 355-357, 1978.

ESCUADERO, J. M. Innovación e investigación educativa: introducción. **Revista de Innovación e Investigación Educativa**, v. 1, p. 5-44, 1986.

FERNANDES, J. C. L. Práticas educativas para a prevenção do HIV/Aids: aspectos conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 2, p. 171-180, 1994.

FERNÁNDEZ, L. A. L.; REGULES, J. M. A. **Promoción de la salud**: un enfoque en salud pública. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994. (Documentos Técnicos EASP, 1).

FERNÁNDEZ, M. P. F. **La educación para la salud en la adolescencia**: evaluación de necesidades para la elaboración de un programa. Tese (Doutorado)-Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, 1995.

FERNÁNDEZ SIERRA, J.; SANTOS GUERRA, M. A. **Evaluación cualitativa de programas de educación para la salud**. Málaga: Aljibe, 1992.

FERRARI, A. T. **Metodologia da ciência**. 2. ed. Rio de Janeiro: Kennedy, 1973. p. 7-23.

FERREIRA, Maria Cristina de Moura. **Construir e reconstruir**: uma práxis conscientizadora do enfermeiro em programas municipais de educação sexual. 2002. 256 f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2002.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática de libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

\_\_\_\_\_. **Educação para a prática da liberdade**. 21. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. 22. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1993.

\_\_\_\_\_. **Educação e mudança**. 24. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001a.

\_\_\_\_\_. Impossível existir sem sonhos. In: FREIRE, A. M. A. (Org) **Pedagogia dos sonhos possíveis**. São Paulo: Ed.Unesp, 2001b. p. 35-40. (Série Paulo Freire).

FOSS, N. T. Hanseníase: aspectos clínicos, imunológicos e terapêuticos. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 74, n. 2, p. 113-119, 1999.

GALLAR, M. **Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente**. Madrid: Paraninfo, 1998.

GEMELLI, L. M G. **A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro**: um estudo de caso. 2000. 120f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

GIROUX, H. A. Toward a new sociology of curriculum. In: GIROUX, H. A.; PENNA, A. N.; PINAR, W. F. (Eds.) **Curriculum and instruction**. Berkeley: McCutchan, 1981.

GÓMEZ-GRANELL, C.; VILA, I. **La ciudad como proyecto educativo**. Barcelona: Octaedro, 2001.

GREEN, L. W. et al. **Health education planning: a diagnostic approach**. Palo Alto: Mayfield, 1980.

\_\_\_\_\_; GORDON, N. P. Productive research designs for health education investigations. **Health Education**, v. 3, p. 4-10, 1982.

\_\_\_\_\_; LEWIS, F. M. **Measurement and evaluation in health education and health promotion**. Palo Alto: Mayfield, 1986.

\_\_\_\_\_; RAEBURN, J. M. Health promotion. What is it, what will it become. **Health Promotion**, v. 3, p. 151-159, 1988.

GREENE, W. H.; SIMONS-MORTON, B. G. **Educación para la salud**. Madrid: Interamericana, 1998.

HELENE, L. M. F.; LEÃO, V. M.; MINAKAWA, M. M. Perfis epidemiológicos e a avaliação de incapacidades físicas de hansenianos de uma UBS de São Paulo. **Hansenologia Internationalis**, v. 26, n. 1, p. 5-12, 2001.

HAWE, P.; DEGELING, D.; HALL, J. **Evaluation en la promoción de la salud**. Barcelona: Masson, 1993.

HERNÁNDEZ, M. M A. Métodos y medios de educación para la salud. In: CALERO, E. R. **Enfermaria S21: enfermaría comunitária: métodos y técnicas**. Madrid: DAE, 2000. cap.15, p.237-247.

IGNOTTI, E. et al. Estudo da adesão ao tratamento da hanseníase no município de Duque de Caxias - Rio de Janeiro. "Abandonos ou abandonados". **Hansenologia Internationalis**, v. 26, n. 1, p. 27-30, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Anuário estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 1993.

JACOB, E. Traditions of qualitative research: a review. **Review of Educational Research**, v. 51, p. 1-50, 1987.

JORGE, J. S. **A ideologia de Paulo Freire**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1981.

KAWAMOTO, E. E. Educação em saúde. In: \_\_\_\_\_. (Org.) **Enfermagem comunitária**. São Paulo: E. P. U., 1993. p. 29-33.

KEMMIS, S. **El curriculum: más allá de la teoría de la reproducción**. Madrid: Morata, 1998.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, 1974.

- LANA, F. C. F. et al. Situação epidemiológica da hanseníase no município de Belo Horizonte/MG – Período 92/97. **Hansenologia Internationalis**, v. 25, n. 2, p.121-132, 2000.
- LAURA, R. S.; HEANEY, **The philosophical foundations of health education**. London: Routledge, 1990.
- LEFÉVRE, F. Educação popular e tomada de decisão em saúde. **Jornal da USP**, out. 1999.
- LESSA, Z. L. Hanseníase e educação em hanseníase: controle entre o conhecimento científico, empírico e teológico. **Hansenologia Internationalis**, v. 21, n. 1, p. 77-89, 1996.
- LEVY, S. **Programa educação em saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/pes/pes/index.htm>>. Acesso em: 03 out. 2003.
- LOMBARDI, C. História natural de hanseníase. In: LOMBARDI, C. (Coord.) **Hanseníase: epidemiologia e controle**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1990. p.13-30.
- MacDONALD, J. J.; WARREN, W. G. Primary health care as an educational process: a model and a freirean perspective. **International Quarterly of Community Health Education**, v. 12, p. 35-50, 1991.
- MAIA, M. A. C., et al. Conhecimento da equipe de enfermagem e trabalhadores braçais sobre hanseníase. **Hansenologia Internationalis**, v. 25, n. 1, p. 26-30, 2000.
- MENDES, I. J. M. **O ser hanseniano**. 1987. 98f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1987.
- MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- METCALFE, O. et al. **Promoción de la salud de la juventud europea**. La educación para la salud en el ámbito educativo. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia y Ministerio de Salud y Consumo, 1995.
- MINKLER, M. Health education, health promotion and the open society: an historical perspective. **Health Education Quarterly**, v. 16, p. 17-30, 1989.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / ABRASCO, 2004.
- MIRANDA, C. A. S. De tsara't a Hnaseníase... O impacto da representação social e a crise identitária (orepensar do enfermeiro). Ribeirão Preto. 1999. 162 f. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1999.
- MORAES, M.C. **Educar na biologia do amor e da soliedariedade**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- MORIN, E. **Os setes saberes necessários à educação do futuro**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília (DF): UNESCO, 2001.

NAIDOO, J. Limits to individualism. In: RODMELL S.; WATT, A. (Eds.) **The politics of health education**. London: Routledge, 1992. p.17-37.

NEMES, M. I. B. **A hanseníase e as práticas sanitárias em São Paulo: 10 anos de subprograma de controle da hanseníase na Secretaria do Estado da Saúde (1977-1987)**. 1989. 194f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)-Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

NEVES, R. G. Terapêutica da hanseníase: situação atual. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v. 62, n. 4, p. 15-22, abr. 1992.

NIRENBERG, O.; BRAWERMAN, J.; RUÍZ, V. **Evaluar para la transformación**. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales. Buenos Aires: Piados, 2000.

NOGUEIRA, W. Hanseníase: o controle de uma endemia secular em São Paulo. **Prática Hospitalar**, ano VII, n. 37, jan-fev. 2005. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2037/paginas/indice%2037.html>>. Acesso em: 05 abr. 2005.

NOORDEN, S. K. The epidemiology of leprosy. In: HASTINGS, R. C. **Leprosy**. New York: Churchil Livingstone, 1985. p.15-30.

NUTBEAM, D.; SMITH, C.; CATFORD, J. Evaluation in health education. A review of progress, possibilities and problems. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Health Promotion: an anthology**. Washington (DC), 1996. p. 165-176.

OLIVEIRA, M. H. P. **Incapacidades físicas em portadores de hanseníase**. 1987. 114f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1987.

\_\_\_\_\_. Prefácio. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle da hanseníase: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1989.

\_\_\_\_\_. Associação entre atividades ocupacionais dos hansenianos e incapacidades físicas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 46, n. 3-4, p. 279-284, jul./dez.1993.

\_\_\_\_\_; ROMANELLI, G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 1, p. 51-60, 1998.

OPROMOLLA, D. V. A. Hanseníase após a cura. **Hansenologia Internationalis**, v. 3, n. 1-2, p. 1-2, 1998

\_\_\_\_\_.**Noções de hansenologia**. Bauru: Centro de estudos “Dr. Reynaldo Quagliato”, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional Sobre os Cuidados Primários de Saúde. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 7 maio 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Genebra: OMS, 1986. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/Promocao/cartas/carta%20de%20ottawa.htm>>. Acesso em: 12 nov. 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Hanseníase Hoje: eliminação da Hanseníase nas Américas**, n. 11, 2003.

PASCHOAL, V. D. A.; SOLER Z. A.S. G. Um sistema de cores na avaliação biopsicossocial do portador de hanseníase. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 21-31, 1999.

PEDRAZZANI, E. S. Levantamento sobre as ações de enfermagem no programa de controle de hanseníase no Estado de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 3, p. 109-111, jan.1995.

PEDROSA, L. A. K. **Crenças das pessoas portadoras de hanseníase sobre sua doença: base para a compreensão de suas ações em saúde**. 1991. 157f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527- 1534, set./out. 2003.

PEREZ GÓMEZ, A. Modelos contemporaneos de evaluación. In: J. GIMENO; A. PEREZ. (Eds.) **La enseñanza: su teoría y su practica**. Madrid: Akal, 1983. p. 426-449.

PEREZ JUSTE R. Evaluación de programs de orientación. In: ENCUESTRO ESTATAL DE PEDAGOGIA: Pedagogia y orientación em la reforma, 7., 1991, Albacete. **Anais...** Albacete, 1991.

PETRUS, A. **Pedagogia social**. Barcelona: Ariel, 1997.

PIOTO, M. P. **Incapacidades em hanseníase no município de Bauru, São Paulo, Brasil**. São Paulo, 1996. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

PONTES, R. H. P. Repensando a prática educativa do profissional de saúde. In: ENCONTRO NACIONAL DE EDUCAÇÃO EM DIABETES, 2., 1988, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: SBEM-SC, 1988. p. 20-24.

QUINTANA, J. M. **Sociologia de la educación**. Madrid: Editorial Dykinson, 1989.

RIBOT, C.; FERNÁNDEZ, T. M. A.; GARCÍA, L. D. Investigación cualitativa en atención primaria. Una experiencia con entrevistas abiertas. **Atención Primaria**, v. 25, p. 343-348, 2000.

ROBOTTOM, I.; COLQUHOUN, D. Participatory research, environmental health education and the politics of method. **Health Education Research**, v. 7, n. 4, p. 457-469, 1992.

ROCHON, A. **Educación para la salud: guía práctico para realizar un proyecto**. Madrid: Díaz Santos, 1992.

RODRIGUES, A. L. P. et al. Ocorrência de reações em pacientes pós - alta por cura de hanseníase: subsídios para implementação de um programa de atenção específica. **Hansenologia Internationalis**, v. 25, n. 1, p. 7-15, 2000.

RODRIGUES, R. A. P. **Atividade educativa da enfermeira geriátrica: conscientização para o autocuidado das idosas que tiveram queda**. 1993. 203 f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.

ROSEN, G. **A history of public health**. New York: M. D. Publications, 1958.

SÁEZ CARRERAS, J. El debate teoría-praxis en ciencias de la educación y su repercusión en pedagogía social. **Revista de Pedagogía Social**, n. 3, p. 9-47, 1986.

\_\_\_\_\_. Neoliberalismo, políticas sociales y educación social. In: GARCÍA, J.; SÁNCHEZ, A. (Coords.) **Políticas sociales y educación social** Granada: Grupo Editorial Universitario, 1998. p. 11-53. (Actas del XIII Seminario de Pedagogía Social).

SALLERAS, L. L. La educación para la salud en los servicios sanitarios. **Revista de Sanidad e Higiene Pública**, Madrid, 1985, v. 55, p. 1239.

\_\_\_\_\_. **Educación sanitária: princípios, métodos y aplicaciones**. 2. ed. Madrid: Díaz Santos, 1998.

SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A. Epidemiologia da hanseníase tuberculose e micobacteriosses. In: \_\_\_\_\_ **Dermatologia**. 2. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 2000. cap. 93, p. 985-986.

SANSARRICQ, H. Lessons to be learned. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Multidrug therapy against leprosy: development and implementation over the past 25 years**. Geneva, 2004. chapter 7, p.171-178. Disponível em <<http://www.who.int/lep/>> . Acesso em: 10 dez. 2004.

SARVELA, P. D.; DERMOTT, R. J. **Health education evaluation and measurement**. Madison: WCB Brown & Benchmark, 1993.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Série histórica 1985-2003. **Casos detectados, prevalência e coeficiente por ano no estado de São Paulo**. 2004. Disponível em: <[http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/Hans\\_shprev85.htm](http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/Hans_shprev85.htm)>. Acesso em: 10 dez. 2004.

SEHGAL, V. N. Reactions in Leprosy: clinical aspects. **International Journal of Dermatology**, v. 26, p. 278-289, 1987.

SEONE, M. A.; FERNÁNDEZ, M. D.; MÉNDEZ, M. L. M. **Calidad educativa y empleo en contextos multiculturales**. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela/ Instituto de Ciencias da Educación, 2000.

SERRA, M. G. **Evaluación de los servicios sociales**. Barcelona: Gedisa Editorial, 2004.

SERRANO GONZÁLEZ, M. I. **Salud y participación comunitaria**. Madrid: Díaz Santos, 1990.

SCRIVEN, M. The methodology of evaluation. In: STAKE, R. E. (Ed.) **The methodology of evaluation**. Chicago: McCutchan, 1967. (AERA monograph series on curriculum evaluation, 1)

\_\_\_\_\_. Goal-free evaluation. In: HOUSE, E. R. (Ed.) **School evaluation: the politics and process**. Berkeley, California: McCutchan, 1973. p. 319-328.

SILVA, R.; TEIXEIRA, R. Aspectos psíquicos sociais dos estomizados. In: CREMA, E.; SILVA, R. (Coords.) **Estomas: uma abordagem interdisciplinar**. Uberaba: Pinti, 1997. cap.13, p.177-191.

SIMONDS, S. K. **Health education in the mid-1970s: state of the art**. Preventive medicine USA. New York: Prodist, 1976.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. et al. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 115-136.

SMELTZER, J. B.; BARE, B. C. **Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SOUZA, C. S. Liga de combate à hanseníase “Luiz Marino Bechelli: a inserção de um projeto acadêmico junto à atenção primária em saúde e comunidade. **Hansenologia Internationalis**, v. 28, n. 1, p. 59-64, 2003.

STENHOUSE, L. **La investigación como base de la enseñanza**. Madrid: Morata, 1987.

TALHARI, S. Hanseníase: situação atual. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 3, p.209-215, maio/jun. 1994.

\_\_\_\_\_; NEVES, R. G. **Hanseníase: dermatologia tropical**. 3. ed. Rio de Janeiro: Tropical, 1997.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. 6 ed. São Paulo: Cortez, 1998.

TONES, K. Health promotion: a new panacea. **Journal of the Institute of Health Education**, v. 23, p. 16-21, 1985.

\_\_\_\_\_. Changing theory and practice: trends in methods, strategies and settings in health education. **Health Education Journal**, v. 3, n. 52, p. 125-139, 1994.

\_\_\_\_\_; TILFORD, S. **Health education: effectiveness, efficiency and equity**, Londres: Campmanshall, 1994.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1039-1047, jul/ago. 2003.

ULMANN, S. **Semântica**: uma introdução à ciência do significado. Tradução de J. A. O. Mateus. Lisboa, 1994.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, v. 2, p. 7-14, 1999. Suplemento.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 29-31.

VERONESI, R. **Doenças infecciosas e parasitárias**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. cap. 44, p. 349.

VIGOSTSKY, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

ZAGO, M. M. F. **O ritual de orientação de pacientes pelos enfermeiros cirúrgicos**: um estudo etnográfico. 1994. 154f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

WALLERSTEIN, N. Empowerment and health: the theory and practice of community change. **Community Development Journal**, v. 28, n. 3, p. 218-227, 1993.

\_\_\_\_\_; BERNSTEIN, E. Introduction to community empowerment, participatory education and health. **Health Education Quarterly**, v. 21, n. 2, p. 141-148, 1994.

\_\_\_\_\_; SÁNCHEZ-MERKI, V. Freirian praxis in health education: research results from an adolescent prevention program. **Health Education Research**, v. 9, n. 1, p. 105-108, 1994.

WINSLOW, C. E. A. **The evolution and significance of the modern public health campaigns**. New Haven: Yale University Press, 1923.

WORLD HEALTH ORGANIZATION International Conference on Health Promotion. **Healthy public policy**: strategies for action. Adelaide: Commonwealth Department of Community Services Health Australia, 1988.

\_\_\_\_\_. Global Programme on Aids. **School health education to prevent Aids and STD**: a recourse package for curriculum planner. Hand book for curriculum planners, students activities and teachers' guide. Geneva: WHO, 1993.

\_\_\_\_\_. Progress towards leprosy elimination **Weekly Epidemiological Records**, v. 73, n. 21, p. 153-160, 1998. Disponível em: <<http://www.who.int/lep/>>. Acesso em: 20 mar. 2002.

\_\_\_\_\_. **Report on the sixth meeting of the WHO technical advisory group on the elimination of leprosy**. 2004. Disponível em: <<http://www.who.int/lep/>>. Acesso em: 11 dez 2004.

YUSTE, R. La escuela del terceiro milênio ante la educación desde nuevas tecnologías. **Innovación educativa**, n. 9, p. 327-336, 1999.

## ANEXO A



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
AUTARQUIA ESTADUAL - LEI Nº 8899 ,de 27/09/94  
(Reconhecida pelo Decreto Federal nº 74.179, de 14/06/74 )

Parecer n.º 068/2001

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

O Protocolo nº. 3154/2001 sob a responsabilidade de Renilda Rosa Dias Ferreira de Araújo, com o título "Atividade Educativa do Enfermeiro com portadores de Hanseníase", está de acordo com a Resolução CNS 196/96 do Ministério da Saúde e foi aprovado pelo CEP-FAMERP .

São José do Rio Preto, 16 de julho de 2001.

  
**PROF. DR. JOSÉ PAULO CIPULLO**  
**COORDENADOR DO CEP/FAMERP**

**APÊNDICE A****INSTRUMENTO: CONHECIMENTO SOBRE A HANSENÍASE**

1) Identificação dos dados necessários para individualização da população estudada (idade, sexo, cor, ocupação profissional, estado civil, forma clínica, grau de escolaridade, procedência).

2) Questões norteadoras sobre a temática trabalhada:

- O que o senhor (a) sabe sobre a doença?
- Como o senhor (a) soube da doença?
- O senhor (a) sabe como pega?
- A doença atrapalhou o serviço ou continua atrapalhando?
- Teve algum acidente depois de saber da doença?
- As pessoas tiveram/tem preconceito?
- Quanta alimentação tem alguma dúvida?
- O que o senhor (a) sente?
- Gostaria de fazer alguma pergunta?

**APÊNDICE B****TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO**

**Título do Projeto:** Atividade Educativa do Enfermeiro com Portadores de Hanseníase

**Pesquisador Responsável:** Renilda Rosa Dias Ferreira de Araújo

**Inscrição no Conselho Regional de Enfermagem:** 32712

**Cargo/Função:** Coordenador de Ensino

**Instituição:** FAMERP

**Confirmação do pesquisador:**

Certifico que informei e expliquei à pessoa nomeada abaixo sobre a descrição dos procedimentos do estudo e deste formulário de consentimento.

Telefone para contato:(17) 2275733 Ramal 174 (Secretaria de Enfermagem)

Endereço: Avenida Brigadeiro Faria Lima, número 5416

Vila São Pedro – São José do Rio Preto – SP

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Assinatura do Pesquisador Responsável:

Data:

**Consentimento para atuar como sujeito na pesquisa:**

Eu recebi uma descrição verbal do estudo titulado “Atividade Educativa do Enfermeiro com Portadores de Hanseníase”, tendo como objetivos propor e implantar um programa educativo que me ajude a prevenir as incapacidades físicas ocasionadas pela doença da qual sou portador.

Entendo que nenhum serviço médico ou compensação será oferecida em decorrência de minha participação e que minha assinatura neste documento, por livre e espontânea vontade, representa a concordância para atuar como sujeito no estudo proposto. Fica-me assegurado os seguintes direitos: liberdade para interromper a participação em qualquer fase do estudo, no momento em que julgar necessário; assegurando-me a confiança de qualquer resposta quando por mim solicitado, assim como o sigilo de minha identidade e de conhecer os resultados obtidos. Declaro ainda que fui certificado que os resultados obtidos poderão ser utilizados em publicação e estudos futuros.

Observação: Quanto à autorização da gravação das entrevistas: Sim ( ) Não ( )

Quanto à autorização da filmagem e retirada de fotos Sim ( ) Não ( )

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pelo pesquisador, consinto em participar na amostragem do projeto de pesquisa em questão, por livre vontade, sem que tenha sido submetido a qualquer tipo de pressão.

São José do Rio Preto (SP), de de 2001.

Assinatura do Participante:\_\_\_\_\_