REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO – PPGR
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA – NESC
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF

ANDREZZA KARINE ARAÚJO DE MEDEIROS PEREIRA

LIMITES E POSSIBILIDADES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PAU DOS FERROS/RN

NATAL
2014

ANDREZZA KARINE ARAÚJO DE MEDEIROS PEREIRA

LIMITES E POSSIBILIDADES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE PAU DOS FERROS/RN

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde da Família.
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maísa Paulino Rodrigues

NATAL
2014

ANDREZZA KARINE ARAÚJO DE MEDEIROS PEREIRA

LIMITES E POSSIBILIDADES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE PAU DOS FERROS/RN

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: ___/___/___.

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof.ª Dr.ª Maísa Paulino Rodrigues
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

_____

Prof. Dr. Antonio Medeiros Júnior
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

_____

Prof. Dr. João Bosco Filho
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Aos meu filhos, Gabriel Vitório e Ana Laura, minhas joias preciosas, meus amores, que me oportunizaram me realizar como mãe e com quem aprendo a cada dia a ser uma pessoa melhor e mais madura.

Ao meu companheiro de vida, Thiago. Pela demonstração de amor, carinho, dedicação e cumplicidade. Por estar presente em minha vida todos os dias me incentivando e me apoiando em todos os momentos. Por sempre me apoiar em todos os meus projetos de vida e profissionais.

Aos meus queridos pais, pelo amor e dedicação e por terem me ensinado que a vida é feita de muitos esforços, dedicação, honestidade e luta.

AGRADECIMENTOS

Expresso meu sentimento de carinho e gratidão a todos que contribuíram para a realização deste trabalho:

A Deus, que me proporcionou esta conquista e esteve sempre ao meu lado, iluminando-me e guardando-me de todos os perigos, principalmente nas viagens para Natal.

Em especial à minha orientadora Maísa Paulino, pelos ensinamentos, compromisso, incentivo e apoio no meu crescimento enquanto pesquisadora e por me oportunizar uma experiência singular que levarei na minha bagagem de conhecimentos para todos os espaços em que irei transitar.

Aos coordenadores do curso, por terem decido lutar com entusiasmo e garra pelo projeto do Mestrado Profissional, por nos mostrar o quanto é importante lutar por uma sociedade mais justa e igualitária e por nos encorajar nos momentos difíceis.

Aos queridos professores do curso, em especial à Prof.ª Ana Karenine, ao Prof Júnior e à Prof.ª Karla Patrícia, por terem me oportunizado fazer um passeio teórico por muitos conhecimentos da saúde coletiva e da pesquisa e por terem contribuído, com suas reflexões teóricas, para o meu amadurecimento.

Aos colegas de curso, em especial àqueles que me acolheram e com quem aprendi muito, compartilhei ideias e angústias e construí muitos trabalhos, Marise, Rosana, Glériston, Márcia e Ricardo.

Fica a saudade.

Compartilho também esta conquista com todas as pessoas com as quais convivo:

Minha família, que entende as minhas ausências e a minha dedicação em aprimorar meus conhecimentos. Em especial os meus filhos e o meu esposo que durante dois anos, abriram mão de minha presença, de minha dedicação e por que não dizer do meu aconchego de mãe e de esposa. E aos meus pais que muitas vezes se preocuparam por eu estar na estrada e muitas vezes cuidaram de minha família para que pudesse me dedicar ao curso.

À família do meu esposo, que me acolheu em Natal e me proporcionou aconchego e carinho, em especial ao meu sogro, Alexandrino Suassuna Sobrinho (*in memoriam*) que sempre me esperava com carinho e entusiasmo para saber de minhas conquistas e me incentivar a continuar buscando sempre crescer mais.

Aos colegas de trabalho do curso de enfermagem do CEN/CAMEAM, por me incentivarem sempre e me apoiarem sempre.

Aos alunos do CEN/CAMEAM, que muitas vezes compreenderam minha ausência e me incentivaram. Em especial a aluna Hélida Lunara que contribui, em alguns momentos, na construção desse trabalho.

Aos profissionais e trabalhadores das Equipes de Saúde da Família da zona urbana de Pau dos Ferros, que oportunizaram essa construção, participando como sujeitos do estudo e das minhas reflexões.

A todos que fazem o Mestrado Profissional em Saúde da Família, meu agradecimento, em especial à Edvânia que, de forma carinhosa, nos acolheu e apoiou.

“A educação não transforma o mundo.
A educação muda as pessoas.
As pessoas mudam o mundo”.
Paulo Freire

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta-se como um espaço privilegiado para a efetivação de práticas de educação em saúde orientadas pelo diálogo entre o saber científico e o saber popular, uma vez que é nesse espaço de saúde que profissionais e indivíduos/família se interrelacionam, criam vínculos, dialogam e constroem soluções para o enfrentamento dos problemas de saúde da população. O objetivo geral deste estudo foi analisar os limites e as possibilidades de efetivação da educação em saúde voltada para a coletividade na ESF de Pau dos Ferros/RN. Nesse sentido, buscou-se conhecer as concepções de educação em saúde dos profissionais de nível universitário da ESF; observar onde as práticas de educação eram desenvolvidas; conhecer os conteúdos e metodologias utilizadas para a efetivação das práticas de educação em saúde e caracterizar os espaços onde tais práticas eram desenvolvidas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo-exploratório realizada junto a nove equipes localizadas na zona urbana do município. Foram investigados 28 profissionais que atuam nessas equipes, dentre os quais elencamos: quatro médicos, oito enfermeiros e dezesseis cirurgiões dentistas. Fez-se uso da entrevista semiestruturada e da observação baseada em princípios etnográficos. Os dados foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo de Bardin. O estudo obedeceu aos aspectos éticos contidos na Resolução 196/96 que regulamenta as Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Os resultados apontam que as concepções e práticas de educação em saúde dos profissionais da ESF são orientadas por uma "educação bancária", pautadas pela transmissão e reprodução de conhecimentos. As temáticas são desenvolvidas de forma verticalizada, dissonantes da realidade de vida e saúde dos usuários. As práticas educativas são ofertadas majoritariamente por enfermeiros e estudantes de graduação em estágio na USF. Em sua maioria não são planejadas em equipe, e estão direcionadas à prevenção de doenças, distanciando-se da promoção da saúde. As principais dificuldades apontadas para a efetivação da educação em saúde dizem respeito à dificuldade de trabalhar em equipe, à falta de apoio da gestão, à estrutura física inadequada e a pouca adesão dos profissionais as práticas educativas. Portanto, a educação em saúde praticada na ESF não consegue instrumentalizar os sujeitos para que estes tenham autonomia e possam tornar-se sujeitos de suas vidas, de sua história. A prática educativa centrada na transmissão de conhecimentos ainda é uma realidade presente na ESF, constituindo-se em um desafio a ser superado.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde. Saúde da Família. Prática Profissional.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (ESF) is an especial area to the effectiveness of the educational practices in education and health. Its main point is to enable a dialog between the scientific and the popular knowledge, since it is the place where healthcare professionals and people/families relate to each other, create bounds, dialogue, and build solutions to face the problems of the health care of the people. The general objective of this study was to analyze the limits and the possibilities of the effectiveness of the education in health care delivered to the society in the ESF of Pau dos Ferros, RN. To accomplish this objective it was attempted to know the different conceptions of education in health of the professionals of the ESF who had major degree in their fields; it was also observed where the practices of education were developed; plus it was also visualized the used contents and methodology to the effectiveness of the practices of education in health; finally it was studied the characteristics of the places where the practices were developed. It is a qualitative descriptive-exploratory research made with nine groups placed in the urban area of the city. eighteen professional of these groups participated of the research: four physicians, eight nurses and six orthodontists. For the data collection, it was made a semistructured interview and also an observation based on the ethnographical principles. The data were analyzed using Bardin's (2010) analysis of content. This study followed all the ethical aspects listed on the Resolution 196/96. The one that rules the Researches with Human Beings. The results point that the conceptions and practices of the professionals of the ESF regarding education in health are ruled by a "banking education", focused on the transference and reproduction of knowledge. The subjects are developed vertically, not according to the reality of life and health of the users. Nurses and major students, during their internship, offer the educational practices during in the USF, in most of the cases. Most of the time they are not planned by the whole group, and are focused on prevention of diseases, turning away from the promotion of health. The main difficulties pointed to the effectiveness of the education in health are the non-participation of all the professionals who are part of the group, the lack of support of the administration, the inadequate infrastructure and the existence of individualized practices. Therefore, the education in health practiced in the ESF cannot make the subjects to be independent and rulers of their own lives and history. The educational practice focused on transference of knowledge is still real in USF, and it is a challenge to be overcome.

KEYWORDS: Education in Health. Family Health. Professional Practice.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma de coleta de dados. 60
Figura 2 - Fluxograma da observação etnográfica.....61
Figura 3 - Distribuição das categorias e subcategorias simbólicas da educação em saúde 62
Figura 4 - Percepção sobre a educação em saúde..... 63
Figura 5 - Práticas de Educação em Saúde realizadas pela ESF 64
Figura 6 - Dificuldades para efetivação da educação em saúde 64
Figura 7 - Temáticas e metodologias das ações educativas 68

LISTA DE SIGLAS

ABS:	Atenção Básica de Saúde
APS:	Atenção Primária em Saúde
CEP:	Comitê de Ética e Pesquisa
CRAS:	Centro de Referência da Assistência Social
EPS:	Educação Popular em Saúde
ESF:	Estratégia de Saúde da Família
HUOL:	Hospital Universitário Onofre Lopes
MS:	Ministério da Saúde
NASF :	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS:	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ:	Programa Nacional de Melhoria da Acesso e da Qualidade
PNAB:	Política Nacional de Atenção Básica
PSE:	Programa de Saúde na Escola
PSF:	Programa de Saúde da Família
SUS:	Sistema Único de Saúde
TCLE:	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS:	Unidade Básica de Saúde
UERN:	Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
USF:	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 13

1 CONCEPÇÕES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS SOBRE EDUCAÇÃO 18

1.1 CONCEPÇÕES TEÓRICAS 18

1.2 PRINCIPAIS TENDÊNCIAS PEDAGÓGICAS QUE ORIENTAM AS PRÁTICAS EDUCATIVAS 27

1.3 A EDUCAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE: COMPREENDENDO OS SABERES E PRÁTICAS QUE ORIENTAM A EDUCAÇÃO EM SAÚDE 30

2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESPAÇO DE EFETIVAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE 39

2.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO REORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA 39

2.2 E OS DESAFIOS CONTINUAM: COMPREENDENDO ALGUMAS DIFICULDADES PARA EFETIVAÇÃO DA ESF 44

2.3 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ENQUANTO ESPAÇO POTENCIALIZADOR DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE 48

2.4 O EMPODERAMENTO SOCIAL E A PROMOÇÃO DA SAÚDE 51

3 O PERCURSO METODOLÓGICO 57

3.1 LOCAL DE ESTUDO 57

3.2 SUJEITOS DA PESQUISA 58

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS 59

3.4 ANÁLISE DOS DADOS 61

3.5 ASPECTOS ÉTICOS 65

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES 67

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES 67

4.2 TEMÁTICAS ABORDADAS E METODOLOGIAS UTILIZADAS NAS AÇÕES EDUCATIVAS DA ESF 67

4.3 CATEGORIAS DE ANÁLISES 69

4.3.1 Percepção sobre educação em saúde 69

4.3.2 Ações Educativas Realizadas 75

4.3.3 Dificuldades para efetivação da educação em saúde 88

CONSIDERAÇÕES FINAIS 102
REFERÊNCIAS 105
APÊNDICES 116
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA 117
APÊNDICE B - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO 118
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) 119
ANEXO 122
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 123

INTRODUÇÃO

Distintas concepções e práticas têm marcado a história da educação em saúde no Brasil. Até a década de 1970 a educação em saúde no país foi basicamente uma iniciativa das elites e, portanto, subordinada aos seus interesses (VASCONCELOS, 2004). Nesta época havia a imposição de normas e comportamentos higienistas que buscavam atender os ideais econômicos, tendo como principal objetivo proporcionar um ambiente livre de doenças, de modo a assegurar "a tranquilidade social imposta pela repressão política e militar permitindo que o regime voltasse suas atenções para expansão da economia, diminuindo os gastos com as políticas sociais" (VASCONCELOS, 2004, p. 68).

Esta educação em saúde é denominada na literatura de educação tradicional e tem seu surgimento atrelado à saúde pública no final do século XIX. Como principal característica desta prática educativa, está a prescrição de normas de comportamentos e prescrição de estilos de vida considerados saudáveis, que eram impostos à população de maneira coercitiva, autoritária e verticalizada, desconsiderando-a por completo enquanto sujeitos que pensavam e que tinham saberes e experiências acumuladas a partir de sua relação com o mundo e com as pessoas (ALBUQUERQUE, STOZ, 2004).

Diante do contexto repleto de concepções opressoras e que dificultavam a condição humana, vivenciado entre a década de 1960 e 1970, somado à ineficiência do sistema de saúde vigente, que não conseguia resolver os problemas de saúde da população, foram surgindo movimentos de lutas políticas e ideológicas que eram reflexos da insatisfação da sociedade. Dentre estes movimentos destaca-se o movimento da educação popular que, a partir dos ideais 'Freireanos', trazia uma nova proposta de fazer educação partindo do saber popular, priorizando este saber enquanto instrumento renovador e capaz de gerar conquistas consideráveis. Este movimento dá início a uma relação entre profissionais de saúde e classes populares, ampliando, assim, a participação da população na luta política pela melhoria das condições de saúde da população brasileira (VASCONCELOS, 2004).

A partir de uma relação de proximidade entre usuários e comunidade, surge a Educação Popular em Saúde (EPS), que tem como um de seus propósitos fortalecer o vínculo e o diálogo entre profissionais e usuários, facilitando o comprometimento com a resolução dos problemas de saúde da coletividade, onde ambos sentem-se responsáveis. Esta prática educativa é orientada pelos ideais freireanos que, utilizando-se da educação

popular, desenvolveu várias experiências positivas na educação de jovens e adultos no Brasil.

A EPS utiliza como combustível do processo educativo, o diálogo e a troca de saberes e experiências entre educadores e educandos, possibilitando a construção de uma prática pedagógica nos serviços de saúde e na comunidade, em que educadores e educandos aprendem juntos. A EPS constitui um conjunto de saberes e práticas importantes na medida em que possibilita a efetivação da proposta de promoção da saúde e suscita a participação social nos processos decisórios. Entretanto, as práticas educativas desenvolvidas nos serviços de saúde nem sempre estão comprometidas com o diálogo, a solidariedade, a articulação de saberes e com a libertação dos sujeitos. Características estas inerentes à concepção educativa libertadora de Paulo Freire (MIRANDA, BARROSO, 2004).

Na década de 80 do século XX tentou-se construir um movimento de redefinição das concepções e práticas de educação em saúde, aqui compreendida enquanto instrumento da Saúde Coletiva capaz de contribuir para a reorientação do modelo assistencial, por meio da construção de uma nova cultura com base nos princípios da prevenção e da promoção da saúde, requerendo, para tanto, sua adoção por parte de profissionais de saúde e usuários. Nessa direção é lançada a proposta de promoção da saúde, sendo a educação em saúde uma estratégia para efetivação deste propósito.

A educação em saúde pode exercer o papel de ferramenta fortalecedora para a efetivação do SUS. Por meio dela torna-se possível romper com a verticalização autoritária das práticas de saúde, estimular a democracia, a autonomia e emancipação dos sujeitos. Assim,

> a Educação em Saúde é uma prática social, cujo processo contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, a partir da sua realidade, e estimula a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva (BRASIL, 2007, p. 19).

Nesta perspectiva, a educação em saúde deve ultrapassar o caráter normativo e prescritivo, valorizando o diálogo entre profissionais e população, buscando transformar saberes cristalizados. Os usuários precisam se apropriar de conhecimentos que os ajudem a decidir sobre as melhores estratégias para promover, proteger e recuperar a sua saúde.

A educação em saúde, orientada pelas concepções teóricas da educação popular, efetiva-se "não mais pela imposição de um saber técnico científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde" (ALVES, 2005, p. 48). O diálogo entre o saber popular e o saber científico, a valorização da comunicação, da informação e da educação, induz a produção de sujeitos com potencial para promover saúde. Para Vasconcelos (2010) a educação em saúde aponta para uma perspectiva de promoção da saúde muito mais radical do que a busca da mudança de comportamentos de risco da população e implementação de ações de saúde pública.

É importante enfatizar a importância da Estratégia Saúde da Familia (ESF), política responsável pela efetivação da Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira, enquanto espaço fértil e promissor para o desenvolvimento de uma educação em saúde capaz de despertar a consciência crítica e reflexiva dos usuários, instrumentalizando-os para o exercício da participação social. Carvalho (2009) destaca a importância da educação em saúde dentro da ESF, uma vez que esta possibilita a concretização de um de seus objetivos que é a produção social da saúde, efetivada a partir de uma pratica educativa que possibilite a troca de saberes e experiência entre a comunidade e os profissionais.

Compreende-se que a prática educativa ensejada pelos profissionais da ESF, deve oportunizar que os usuários exerçam a sua vocação ontológica de ser sujeito que constrói o mundo, estimulando o poder criador dos homens. Para tanto profissionais e usuários não devem ocupar polos opostos no processo educativo, devem na realidade educarem-se entre si, a partir da ocupação de espaços de diálogo e comunicação (FREIRE, 2011b).

A educação em saúde, realizada sob a orientação destes pressupostos, irá permitir não só o fortalecimento de vínculos e confiança entre serviços de saúde e usuários, mas poderá permitir também o fortalecimento de espaços de diálogo e construção de saberes e práticas, onde usuários e profissionais discutem estratégias de enfrentamento dos problemas de forma conjunta, cada um com sua contribuição, afim de que se tenha a proposição de alternativas para efetivar práticas de saúde integrais e resolutivas.

A efetivação de práticas educativas comprometidas com a emancipação dos sujeitos dentro da ESF é um desafio a ser perseguido, uma vez que ainda se apresentam de forma incipiente, com utilização de metodologias tradicionais que não promovem

autonomia, comprometendo o estabelecimento de vínculo entre os trabalhadores em saúde e população. Desta forma, é imprescindível envolver a gestão, os profissionais de saúde e os usuários para a implantação de novas práticas educativas que adotem metodologias que ultrapassem a coerção e que priorizem o diálogo, o compartilhamento de saberes e o vínculo (ALVES; AERTS, 2011).

Apesar de serem crescentes as reflexões trazidas pela literatura acerca da importância de se desenvolver uma educação em saúde que contribua com a autonomia dos sujeitos, percebe-se que a prática educativa centrada na transmissão de conhecimentos ainda é uma realidade presente na ESF, constituindo-se em um desafio a ser superado. Desta forma, tais reflexões têm encontrado dificuldade de se materializarem nos serviços de saúde (GAZINNELLI et al., 2005).

Com base nestas reflexões, o presente estudo tem como eixo de investigação os limites e os avanços vivenciados pelas equipes da ESF para a efetivação da educação em saúde. O momento torna-se oportuno para a discussão da temática no município de Pau dos Ferros, uma vez que poderá permitir reflexões e, quiçá, a efetivação de uma prática educativa dialógica e emancipatória.

Diante do exposto, este estudo busca encontrar respostas para algumas questões: Até que ponto os profissionais da ESF realizam ações de educação em saúde em consonância com a política de promoção da saúde? As concepções de educação em saúde se constituem como limites para a sua efetivação? Que facilidades e dificuldades os profissionais apontam para realização das práticas educativas realizadas?

Os motivos que determinaram o interesse por esta temática partem da aproximação da autora com as práticas educativas realizadas no âmbito da ESF de Pau dos Ferros. Como docente das disciplinas de Estágio Supervisionado I e II do Curso de Enfermagem da UERN/Pau dos Ferros, ela se aproxima de serviços de saúde e observa dificuldades e deficiências para a realização das práticas de educação em saúde, que sugerem apenas o cumprimento de metas exigidas pela gerencia municipal. As temáticas debatidas aparentavam ser determinadas por desejos e interesses apenas de poucos profissionais. Em algumas Unidades de Saúde da Família (USF) de Pau dos Ferros, as práticas de educação em saúde só eram realizadas pelos acadêmicos da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

Tal realidade despertou o interesse na compreensão do que havia por trás daquela realidade, e quais fatores estariam contribuindo para que a educação em saúde,

instrumento de intervenção que deve fazer parte do agir em saúde, estivesse tão distante dos profissionais, quase como uma quimera?

Desta forma, surgiu a necessidade de se buscar elucidar que facilidades e dificuldades se entreponham no percurso dessas práticas, uma vez que estas deveriam ser comprometidas com a promoção da saúde e com a emancipação dos sujeitos.

Partiu-se, então, do pressuposto de que os profissionais de nível universitário da ESF local não realizavam cotidianamente ações educativas e quando as faziam, estas ficavam sob a responsabilidade majoritária dos Enfermeiros e dos agentes comunitários de saúde, objetivando o cumprimento de metas municipais.

Nessa direção, este estudo buscou evidenciar os limites e as fortalezas no tocante à educação em saúde na ESF visando, quiçá, subsidiar os profissionais e gestores de saúde de Pau dos Ferros.

Assim, propôs-se como **objetivo geral:** analisar os limites e as possibilidades para a efetivação das práticas de educação em saúde na Estratégia Saúde da Família. Perseguiu-se, ainda, como **objetivos específicos**: identificar as concepções de educação em saúde dos profissionais de nível universitário; conhecer as práticas de educação em saúde desenvolvidas por eles; analisar os conteúdos e as metodologias utilizadas durante as práticas de educação em saúde; e caracterizar os espaços onde se desenvolviam as práticas educativas.

Frente a essas questões faz-se importante refletir sobre o papel que os serviços de saúde, por meio de seus profissionais, têm neste processo, compreendendo que essas práticas devem estar comprometidas com a autonomia dos sujeitos e com a edificação de seu protagonismo.

1 CONCEPÇÕES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS SOBRE EDUCAÇÃO

Neste capítulo são explicitadas as concepções teóricas e conceituais que embasaram este estudo, apresentando alguns pressupostos teóricos e metodológicos sobre educação. Apresentam-se algumas reflexões sobre práticas educativas que possibilitam a autonomia dos sujeitos e a transformação social. Entretanto, a ênfase se dá sobre os fundamentamos e contribuições de Paulo Freire, que propiciou reflexões em diversos campos do conhecimento, inclusive no campo da saúde. Desta forma faz-se um recorte da sua teoria, com complementação de outros autores, a saber: Pedro Demo e Edgar Morrin.

1.1 CONCEPÇÕES TEÓRICAS

A educação pode ser compreendida como um componente indispensável para efetivação da cidadania, na medida que é uma prática social que possibilita aos homens tornarem-se sujeitos críticos e autônomos no processo de busca por melhores condições de vida. Assim, segundo Demo (2005) e Freire (2011a; 2011b), a educação é essencial para a formação de sociedades mais igualitárias, uma vez que ela irá possibilitar a formação de sujeitos pensantes e capazes de perceber realidades e interpretá-las, e por conseguinte, modificá-las.

Ela é ainda um direito universal e constitucional, uma vez que o acesso à mesma é garantido pela Constituição Brasileira, assegurando, assim, a todo cidadão brasileiro, o direito a ter uma educação que os instrumentalize para o trabalho e para a vida.

A educação é uma prática social e como tal é exercida em uma sociedade pulsante e em caráter de mudança constante, e por sujeitos que também estão em constante processo de transformação e possuem interesses e visões de mundo diversas. Por conseguinte, a "educação pode ser arma potente contra os 'donos do poder', mas pode igualmente e sobretudo, fazer parte da trama de poder dos poderosos" (DEMO, 2007, p. 165), podendo, assim, contribuir com projetos que buscam a transformação social, bem como com projetos que mantém a ordem social em que a minoria usufrui de poderes e regalias políticas, econômicas e sociais.

Parafraseando as ideias de Freire (2011a), compreende-se que a educação é um ato político que hegemonicamente esteve a serviço da classe dominante, utilizando-se

do processo educativo para controlar e normatizar a vida das pessoas, para prescrever regras que esconde em suas entrelinhas a manutenção da condição de oprimidos e de opressores. Porém, em nossa sociedade capitalista, educar pode significar também, conscientização e luta para que a desigualdade social e a condição de subalternos sejam enfrentadas e superadas, assumindo, assim, uma prática libertadora.

Assim, "a educação é um que fazer permanente" (FREIRE, 2011a, p. 102), tanto em virtude do caráter histórico do homem, que lhe dá uma característica de ser inacabado e em permanente construção, quanto pelo dinamismo da sociedade na qual este homem está inserido. O fazer dos homens no mundo, provêm de sua ação e reflexão, daí a afirmação de que eles são seres da práxis, porque eles transformam o mundo. Cada ação e reflexão dos homens é subsidiada por uma teoria que os guia e orienta.

"Os indivíduos conhecem, pensam e agem segundo paradigmas inscritos culturalmente neles" (MORIN, 2011, p. 24), assim as formas de viver e de pensar das pessoas são influenciadas por paradigmas e conceitos que muitas vezes são incumbidos pela educação como verdades únicas e inquestionáveis, levando as pessoas a aceitarem a ordem social como algo extra-humano, como algo externo que é dado e acabado. Tal fato, impossibilita aos homens/educandos perceberem-se enquanto sujeitos que agem, refletem e transformam conceitos, paradigmas e realidades.

As reflexões de Morin deixam claro que a educação deve propiciar aos sujeitos envolvidos a capacidade de reagir ao novo, não negando-o ou tomando logo como verdade, mas problematizando-o, questionando e vendo o que de fato deve ser revisto e transformado (MORIN, 2011).

A educação deve propiciar o acesso às informações sobre o mundo de forma articulada e organizada, permitindo que os problemas sejam conhecidos e reconhecidos no mundo e mediatizados por ele. Entretanto, a educação tradicional vem ofertando o acesso a saberes estanques, divididos e compartimentados, não sendo capaz de despertar uma compreensão do todo, da realidade em si, e de suas determinações (MORIN, 2011).

Outro pressuposto da educação do futuro é que ela deve centrar o seu ensino na condição humana, e, para tanto, é imprescindível conhecer o homem em seu contexto, compreendendo o lugar onde ele vive, o espaço onde está inserido. Assim compreende-se que o homem vive no mundo e não para o mundo. E como vivemos no mundo, o geramos, sendo assim necessário compreendê-lo (MORIN, 2011).

Apesar dessas reflexões acerca da prática educativa que liberta e emancipa sujeitos, hegemonicamente as relações educador-educando, tanto nas escolas quanto fora delas, vêm sendo marcadas por relações fundamentalmente narradoras, dissertadoras de conteúdos e de normas prescritivas. "Narração ou dissertação que implica um sujeito – o narrador – e os objetos pacientes, ouvintes – os educandos" (FREIRE, 2011a, p. 79). Ao construir esta narração, toma-se a realidade/conteúdos como algo estático, compartimentado, cristalizado e alheio às experiências de vida concreta dos educandos.

Neste agir educativo o educador exerce o papel de sujeito que dita, que prescreve, que deposita as informações e experiências no educando, assumindo este último o papel de agente passivo da ação educativa, o de deposito de informações. Aqui as informações são suspensas da realidade e repassadas como algo dado à sociedade, como algo que emerge como em passe de mágica, "desconectadas da realidade" e do mundo (FREIRE, 2011a, p. 79), cabendo aos educandos memorizá-las mecanicamente.

Freire (2011a) denomina esta educação hegemônica e tradicional de educação bancária, e neste tipo de educação ele coloca que as palavras são mais som do que significação, o que o fez chamar de palavras ocas, sem significados, sem história, sem intencionalidades, sem poder de transformação e, por que não dizer, sem vida. Como coloca Freire, "eis aí a concepção 'bancária' da educação, em que a única margem de ação que se oferece aos educandos é a de receberem os depósitos, guardá-los e arquivá-los" (FREIRE, 2011a, p. 80).

Nesta concepção de educação os homens (educadores e educandos) se arquivam e se anulam na medida em que a prática educativa não propicia a reflexão, a inquietação, a criatividade, a possibilidade de fazer juntos e, consequentemente, a transformação e a produção de saberes. Esta afirmativa justifica-se porque para que o saber seja produzido é necessária uma busca inquieta e incessante, sendo esta busca não uma ação de um único sujeito, mas de homens que fazem e aprendem juntos e inseridos em uma realidade que está em constante processo de vir a ser (FREIRE, 2011a; 2011b).

Na educação bancária as posições que educadores e educando assumem são cristalizadas, negando a educação e o conhecimento como constantes processos de busca. Nesta prerrogativa o educador será sempre aquele que sabe, que transmite as informações e os educando aqueles que assimilam e reproduzem o saber apreendido. O saber do educando é consequentemente advindo da experiência narrada e não da experiência feita.

A educação tradicional é, assim, antidialógica, concretizando uma relação vertical entre pessoas. Nesta educação o educador assume um papel ativo e ao educando cabe a passividade. Freire coloca que esta é a

> educação que mata o poder criador não só do educando, mas também do educador, na medida em que se transforma em alguém que impõe ou, melhor das hipóteses, num doador de 'fórmulas' e 'comunicados', recebidos passivamente pelos alunos (FREIRE, 2011a, p. 95-96).

Esta educação, longe de ser uma lembrança do passado, ainda está presente na nossa sociedade do século XXI, sucumbindo o poder criador das pessoas e deixando adormecidas as possibilidades de mudanças que permitam uma sociedade mais igualitária e humanizada. Esta passividade nutre e gera cada vez mais a opressão, a tecnificação e a especialização, subvertendo a autonomia dos sujeitos.

Como projeto contra-hegemônico do agir educativo que ora foi refletido, traz-se a educação problematizadora, apresentada por Freire (1996, 2011a, 2011b) como possibilidade de efetivar uma prática educativa comprometida com a construção de sujeitos autônomos e capazes de lutar por melhorias em uma sociedade de injustiças e iniquidades sociais.

A educação problematizadora parte do pressuposto de que,

> se os homens são seres de busca e sua vocação ontológica é humanizar-se, [sendo assim], podem, cedo ou tarde, perceber a contradição em que a educação bancária pretende mantê-los e engajar-se na luta pela tal libertação. (FREIRE, 2011a, p. 86).

A ação do educador pauta-se na crença do poder criador dos homens, onde o educador seria um companheiro dos educandos. Aqui já não se pretende a prescrição, a domesticação, mas sim uma constante troca de experiências e saberes entre educadores e educandos, de modo que ambos aprendem juntos, transformam-se juntos (FREIRE, 2011a).

Esta concepção de educação entende que o homem precisa partir da reflexão de sua realidade, problematizando-a e pensando sobre ela para se perceber enquanto ator que a constrói, assumindo seu papel de sujeito, e não de mero objeto.

Ao reproduzir o mundo criticamente,

> o homem se reconhece como sujeito que elabora o mundo; nele, no mundo, efetua-se a necessária mediação do autorreconhecimento que o personaliza e o conscientiza como autor responsável pela sua própria história. (FREIRE, 2011a, p. 23)

O educador que assume em sua prática a educação problematizadora já não ocupa mais polo oposto ao educando, nem tampouco se considera o ator principal do processo educativo, ambos ocupam espaços de comunicação e diálogo.

Corroborando com o pensamento de Paulo Freire é possível afirmar que "ninguém educa ninguém, nem tampouco se autoeduca, na realidade os homens se educam entre si, no contato uns com os outros, mediatizados pelo mundo" (FREIRE, 2011a, p. 96). Ambos aprendem juntos, em uma relação dialógica, que se estabelece em um mundo concreto, sendo a educação um ato reflexivo que possibilita a compreensão, a reflexão e a transformação constante da realidade.

O caráter criador do homem o leva a recriar ou refazer o que foi ensinado e aprendido, sem necessariamente reproduzir o que lhe foi transmitido (FREIRE, 1996).

Nessa prática educativa contra-hegemônica, os educandos desenvolvem

> o seu poder de captação e de compreensão do mundo que lhes aparece, em suas relações com ele, não como uma realidade estática, mas como uma realidade em transformação, em processo (FREIRE, 2011a, p. 100).

Ao analisar esta realidade, busca-se a superação, a transformação do que está posto como imutável.

A educação libertadora pressupõe o diálogo, a reflexão e a ação transformadora. Não existe ação libertadora sem reflexão, caso fosse, viraria ativismo. Transformar-se-ia o oprimido em massa de manobra. Para haver a libertação é necessário opor-se às ideias prontas e prescritas, aos comunicados, aos slogans, aos depósitos (FREIRE, 2011a; 2011b)

Para que a educação problematizadora se concretize têm que ser planejadas e executadas ações com os educandos e não para eles. Fato que os colocaria de fora do processo. Para tanto não se deve apenas depositar no outro a ideia da mudança, da libertação, de aprendizado, mas sim dialogar com ele, buscando despertar à sua conscientização, e não o seu convencimento.

Para haver diálogo é necessário que haja nos sujeitos um pensar crítico, onde estes percebam o seu papel na transformação constante da realidade, compreendendo-a

como dinâmica, como produto da ação humana. Assim será ultrapassado o que Freire denominou de pensar ingênuo, onde "o importante é a acomodação a este hoje normalizado" (Freire, 2011a, p. 115).

Freire (2011b) traz algumas características do que ele denominou de consciência ingênua: interpretação dos problemas de forma simples e superficial, não aprofundando-se nas análises e nas conclusões, que terminam por ser imediatistas e superficiais; tendência a comparar as ações do presente com as do passado, sempre destacando a supremacia do passado; utilização das verdades científicas como verdades absolutas, não buscando, assim, a investigação; concepção da realidade como estática e imutável; onde discute-se problemáticas de forma superficial, prendendo-se a explicações mágicas e sem aprofundamento; dentre outras. Esta consciência ingênua é propiciada pela educação bancária (FREIRE, 2011b).

Já a consciência crítica, propiciada pela educação problematizadora, tem dentre suas principais características: a análise dos problemas com profundidade, sempre questionando as aparências; a concepção da realidade como mutável; a busca de explicações dos fatos/problemas nos princípios autênticos de causalidade, ultrapassando as explicações mágicas; é investigativa e indagadora; valoriza e alimenta-se do diálogo; é intensamente inquieta; dentre outras (FREIRE, 2011b).

Enquanto educadores capazes de propiciar o desenvolvimento do pensar crítico, não é pertinente elencar os conteúdos de forma autoritária, pois os educandos também precisam sentir-se parte do processo, daí a importância de trabalhar conteúdos/problemáticas que também reflitam o cotidiano da população envolvida, e não só do educador/profissional, sendo que "é na realidade mediatizadora, na consciência que dela temos, educadores e povo, que devemos buscar o conteúdo programático da educação" (FREIRE, 2011a, p. 121)

Paulo Freire, no seu livro Pedagogia do Oprimido, evidencia a partir de suas experiências com a educação de adultos, que é na busca de conteúdos significativos para serem trabalhados, que deve se iniciar a relação educadores/educandos, oportunizando, assim, uma educação dialógica e libertadora.

Entende-se o diálogo enquanto uma relação de empatia que "nutre-se de amor, de humanidade, de esperança, de fé, de confiança" (FREIRE, 2011b, p. 94). Ele é criador e possibilita uma pedagogia da comunicação capaz de concretizar a autonomia dos sujeitos.

O processo educativo pressupõe o diálogo com os educandos para que de fato seja problematizador e ultrapasse o autoritarismo e a imposição de normas e valores. Os homens são seres de comunicação e "obstaculizar a comunicação é transformá-los em quase 'coisa' (...)" (FREIRE, 2011a, p. 172). É construir a passividade dos homens, transformando-os em meros objetos do processo educativo.

Frente a estas reflexões é importante destacar também o pensamento de Morin (2011), ao colocar que a educação deve também ser capaz de permitir aos sujeitos a compreensão de que a ação empreendida, quando em interação com outros sujeitos e com a realidade, pode gerar atos inesperados, esperados, o acaso, o imprevisto e a própria transformação. Ainda de acordo com este autor, educação do futuro deve ser capaz de refletir com o educando a compreensão de que a ação é uma decisão, é uma escolha, mas que abriga em si o risco e a incerteza, sendo isto denominado de ecologia da ação.

A educação que se propõe refletir a ecologia da ação não deve suscitar o terror, o medo de instaurar mudanças e transformações, mas pretende, sim, preparar os educadores/educandos para os desafios de reconhecerem seus riscos e de fomentar estratégias para modificá-los ou exterminá-los (MORIN, 2011). Daí o entendimento de que não existe ação sem reflexão.

Morin (2011) apresenta dois meios para enfrentar as incertezas que envolvem as ações humanas, a saber: reconhecer os riscos da decisão e acreditar na mesma de forma consciente e não ingênua, encarando o desafio de pô-la em prática em prol do que traçou-se como meta a ser instaurada; e, segundo, recorrer a estratégias, que, como tal, examinam as certezas e as incertezas e preveem contratempos visando traçar outras estratégias para ultrapassá-los ao invés de encarar o inesperado como limite, como barreira para que a ação aconteça utilizando-se da prudência e da audácia.

A preocupação central do educador deve ser ensinar a pensar, a refletir, sendo imprescindível oportunizar aos educandos/educadores a percepção do relativismo de suas certezas, de seus conhecimentos, reconhecendo o risco da ilusão. (FREIRE, 1996)

Nesta direção, compreende-se que o homem não é capaz de ter um saber absoluto, daí o caráter permanente da educação. Assim não há seres absolutamente ignorantes e nem seres absolutamente sábios, há, sim, saberes diferentes e de graus diferentes. O educador não pode considerar o educando um ser totalmente ignorante, pois a vida cotidiana deste educando lhes proporciona um saber, diferente do saber

formal e científico, sendo este o saber popular, ou seja, advindo dos valores culturais, crenças e experiências de vida acumuladas. (FREIRE, 2011b).

O homem como um ser pensante e de práxis, é capaz de refletir sobre a realidade, dai a necessidade do educador não subestimar a capacidade crítica e criativa do educando, ao contrário a educação deve propiciar que esta capacidade aflore, possibilitando aos homens perceberem-se enquanto seres pensantes, de produção, e não seres de reprodução, incapaz de analisar criticamente e refletirem na medida em que compromete-se com o estímulo a consciência reflexiva (FREIRE, 2011b).

O educador deve ser capaz de despertar no educando a curiosidade, o estímulo a querer saber mais, de forma que o educando perceba-se sujeito de sua prática, sujeito de seu aprendizado, entendendo assim o poder que ele tem para ser mais e saber mais. Assim compreendemos que "O homem é um ser condicionado, mas capaz de ultrapassar o próprio condicionamento" (FREIRE, 1996).

Para tanto, destaca-se a educação popular enquanto método capaz de possibilitar uma prática educativa que parte do diálogo entre o saber popular e o saber científico, valorizando a comunicação e a troca de saberes e experiências como atitudes estimuladoras ao desenvolvimento do pensar crítico.

O Brasil foi um pioneiro nas práticas de educação popular, tendo em Paulo Freire uma referência para compreender as concepções teóricas e práticas que a embasam. Segundo Vasconcelos (2007), foi a partir de 1950 que surgiram no Brasil as primeiras reflexões teóricas e experiências concretas de educação popular, as quais receberam influência dos ideários humanistas presentes na Europa no período pós-guerra. Ainda de acordo com relatos de Vasconcelos (2007, 2011) tais experiências foram iniciadas pelos intelectuais e educadores ligados à Igreja Católica, que passaram a conviver mais próximo à população e realizar práticas educativas orientadas pelos pressupostos da educação popular, fazendo brotar, assim, uma prática que estimulou muitas outras experiências, culminando em grandes conquistas, como a participação no Movimento Popular de Saúde no processo de reforma sanitária brasileira na década de 1980.

Educação popular não é sinônimo de educação informal, mas significa, sim, uma prática em que a população participa ativamente do processo educativo, partindo de suas vivencias e buscando, a partir do diálogo, problematizá-las, procurando analisar estas vivências, a fim de despertar nos mesmos a capacidade de análise e crítica. Desta forma, ela permite que os educandos analisem criticamente as realidades às quais estão

inseridos, instrumentalizando-os a propor estratégias de enfretamento e mudanças para a realidade analisada (VASCONCELOS, 2007).

Percebe-se, assim, que a educação popular não é só um método que por si só se aplica, mas ela tem um compromisso político com a transformação social e libertação das classes subalternas da opressão, possibilitando a edificação de estratégias de enfrentamento da desigualdade social onde as classes menos favorecidas exercem um papel ativo no seu enfrentamento, conforme coloca Paulo Freire no livro Pedagogia do Oprimido (2011a).

Corroborando com os pressupostos teóricos de Vasconcelos, a educação popular pode ainda ser definida como "um modo de participação de agentes eruditos (professores, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde e outros) e de agentes sociais do povo neste trabalho político" (VASCONCELOS, 2007, p. 21), ultrapassando, assim, o paradigma de que existem seres pensantes e seres que executam este pensamento, sendo sempre esta execução destinada para as classes sociais menos favorecidas.

Vasconcelos (2007) refere ainda que a educação popular, por partir das vivências dos educandos, faz com que estes se sintam parte do processo, sentindo-se instigados a refletir sobre esse, a criticá-lo e a propor sugestão de transformação, já que estas últimas poderão trazer impactos diretos sobre suas vidas, sobre seu cotidiano. Assim, a educação popular "prioriza a relação com os movimentos sociais por ser expressão mais elaborada dos interesses e da lógica dos setores subalternos da sociedade cuja voz é usualmente desqualificada nos diálogos e nas negociações" (VASCONCELOS, 2007. p. 21), assumindo assim o compromisso político de inseri-los na roda do diálogo e discussão, dando aos mesmos direito de participar ativamente da construção da sociedade.

Vê-se, então, que a educação popular é uma das estratégias utilizadas pelos atores que estão à frente de processos educativos para concretizar uma prática educativa que seja problematizadora e libertadora, capaz de contribuir com o desenvolvimento do pensamento crítico e com a autonomia dos sujeitos. No entanto, a educação popular não tem sido uma prática hegemônica, mas vale salientar que vários esforços são carreados e experiências são gestadas para que se concretize nos diversos espaços onde ocorre a prática educativa, sendo o setor saúde um espaço privilegiado.

É importante esclarecer, mais uma vez, que a educação assume no interior da sociedade aspectos teóricos e metodológicos diversificados, que são orientados por

concepções e visões de mundo também distintas. Para efetivarem-se as práticas educativas aqui apresentadas, lança-se mão de tendências pedagógicas que exercem o papel de guia, de fio condutor da ação dos educadores, tendo as mesmas características e finalidades diferenciadas. Elas definem o modo como o processo ensinar-aprender será conduzido, determinando, consequentemente, as relações educador-educando.

As diversas tendências pedagógicas sofrem ao longo de sua prática determinações históricas e sociais, estando assim influenciadas pelos diversos contextos econômicos e políticos de cada época. Tais tendências refletem as ideologias dominantes em cada momento histórico, preocupando-se mais com o efeito que pretendia produzir, do que com os postulados teóricos que a orientavam (BORDENAVE, 1999; PEREIRA, 2003). Estas tendências são influenciadas pelas várias concepções teóricas de educação apresentadas neste texto.

1.2 PRINCIPAIS TENDÊNCIAS PEDAGÓGICAS QUE ORIENTAM AS PRÁTICAS EDUCATIVAS

Embora se tenha uma diversidade de concepções pedagógicas que norteiam a prática educativa, o texto discorrerá sobre três tendências colocadas por Bordenave por serem consideradas as mais polêmicas, a saber: a pedagogia da transmissão; a pedagogia do condicionamento; e a pedagogia problematizadora. Pereira (2003), mostra em seus estudos que estas pedagogias estão entre as principais vivencias nos cenário de práticas educativas brasileiras, inclusive no campo da saúde.

A pedagogia da transmissão tem como ponto central a transmissão de ideias e conhecimentos onde o educador é o ator principal do processo, uma vez que é ele quem detém as ideias a serem transmitidas aos educandos, responsabilizando-se de forma autoritária pela condução do ensino-aprendizagem. A estes últimos cabe senão, o papel de memorizar as informações repassadas e reproduzi-las, sem questioná-las, ou negá-las, assumindo, assim, o papel de mero expectador do processo ensinar-aprender. Nesta pedagogia o educando não é instigado a conhecer e a problematizar a realidade e, consequentemente, não desenvolve seu raciocínio crítico, tampouco se compromete com as transformações sociais (BORDENAVE, 1999; PEREIRA, 2003).

De acordo com as concepções teóricas que embasam esta pedagogia, são geradas práticas metodológicas que valorizam estratégias como a palestra, exposições temáticas, orientações individuais e coletivas, ambas valorizando o repasse de informações.

Esta pedagogia gera algumas consequências para o indivíduo e para a sociedade, como a supervalorização das informações, a passividade diante das coisas, a acomodação, a dificuldade de compreender o que está por trás de ideias prontas e realidades postas, a dificuldade de criticar, o individualismo, o conformismo e a dificuldade de lutar pela transformação da sociedade injusta e desigual. Estas características trazem como um dos principais efeitos sociais, a manutenção da ordem social, da desigualdade de classes (BORDENAVE, 1999). Esta prática pedagógica legitima uma educação imobilizadora e capaz de ocultar de fato a realidade (FREIRE, 1996).

Insere-se esta tendência pedagógica, na concepção de educação bancária ora discutida, uma vez que apresenta como característica principal a passividade do educando e a autoridade inquestionável do educador.

Uma segunda opção pedagógica citada por Bordenave (1999) é a pedagogia do condicionamento que, como o próprio nome diz, propõe condicionar os indivíduos a adquirirem determinados conhecimentos e assumirem comportamentos e posturas prescritas e normatizadas. Aqui o mais importante são "os resultados comportamentais" (BORDENAVE, 1999, p. 263), modelando de forma rígida e mecânica as condutas e as práticas dos educandos, negando totalmente as suas possibilidades de agir em contextos diferentes aos que lhes foi ensinado, treinado.

Os educadores assumem, nesta prática pedagógica, a função de treinadores e os educandos a de fiéis aprendizes, incapazes de questionar o que lhe foi ensinado, de analisar o porquê de determinados comportamentos, de criticá-los. A preocupação maior dos educandos é reproduzir o que foi ensinado a fim de ganhar uma recompensa, que no sistema escolar, geralmente é uma nota, aprendendo, assim, "por condicionamento subconsciente, a temer uma nota ruim e não apenas pelo prazer de aprender" (BORDENAVE, 1999, p. 263

Assim, ela acaba por contribuir também para se estabelecer um processo educativo autoritário, onde os saberes dos educando são totalmente descartados, e estes mais uma vez são tomados como seres passivos ao processo, necessitando sempre que alguém externo possa pensar, e ele apenas executar.

A terceira tendência pedagógica apresentada por Bordenave (1999) e Pereira (2003) é a pedagogia da problematização, também chamada por alguns autores de pedagogia libertadora, como bem defendeu Paulo Freire (1996, 2011a, 2011b).

Para Bordenave (1999), esta concepção pedagógica parte da capacidade dos educandos em identificar/observar e interpretar problemas/realidades, de modo a analisarem criticamente e proporem ideias novas e criativas para transformar as realidades apreendidas e interpretadas. Nessa linha, o educando tem total autonomia na construção do seu saber, com participação ativa no processo, sendo capaz de assumir o papel de protagonista do processo ensinar-aprender.

Na problematização, os saberes prévios dos educandos são valorizados e funcionam como ponto de partida da ação educativa, tendo aqui a oportunidade de colocarem os seus pontos de vistas e suas singularidades. Nesta prática, educadores e educandos constroem juntos, um aprendendo com o outro.

A educação, nesta concepção, parte da observação de realidades concretas, identificando os problemas, abstraindo os que são chaves e problematizando-os para, em seguida, teorizar e refletir sobre estes, propondo intervenções sobre a realidade capturada e, em seguida, intervindo sobre ela, elegendo prioridades para realizar as intervenções necessárias de forma coletiva. Estas etapas descritas são representadas no Diagrama de Maguerez, ou Método do Arco. Assim os educandos aprendem mediatizados pelo mundo (BORDENAVE, 1999).

Observa-se que nessa prática pedagógica o educando consegue desenvolver seu pensamento crítico a partir de uma prática de educação que parte de realidades concretas, possibilitando a análise das mesmas e permitindo que eles compreendam os determinantes da problemática e identifiquem atores e instituições que possam contribuir para a resolução do problema. E, por fim, permite aos educandos traçarem estratégias de intervenções criativas, debatidas e questionadas em grupo. Este exercício instiga o educando a adquirir autonomia para pensar, refletir e agir em realidades distintas, sentindo-se ator e sujeito do processo (BORDENAVE, 1999; FREIRE, 2011; PEREIRA, 2003).

Tal pedagogia gera consequências importantes que viabilizam uma educação libertadora, como o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, oportunizando a constituição de sujeitos conscientes e capazes de analisar e compreender a realidade e lutar por mudanças nessa realidade, com possibilidades de uma transformação social (BORDENAVE, 1999).

Estas tendências ganham expressão em práticas educativas, seja no campo da saúde ou no campo da educação, assumindo perspectivas e anseios diferentes, seja objetivando a constituição de sujeitos medíocres e domesticados, seja possibilitando a constituição de sujeitos de fato e de direito, capazes de analisar realidades e problemáticas com autonomia para propor mudanças.

Desta forma estas concepções pedagógicas têm sido utilizadas no campo da saúde para orientar a prática educativa de seus profissionais, seja no processo de educação em saúde junto à comunidade, durante a realização da educação permanente das equipes de saúde, ou mesmo durante o processo de formação universitária de profissionais.

O campo da saúde é um campo bastante fértil para a efetivação de ações de educação em saúde, uma vez que, neste campo dá-se o encontro cotidiano entre pessoas: profissionais-usuários; equipes de saúde-usuários; gestores-profissionais que devem ser marcados pelo diálogo. Entretanto, nem sempre é o que ocorre, havendo imposição de regras e determinações a serem cumpridas sem questionamentos.

Ações de prevenção e promoção da saúde vêm sendo desenvolvidas nos serviços de saúde abordando temáticas diversas, apostando que os usuários absorvam novos conhecimentos para o autocuidado. Nesses espaços educativos os profissionais de saúde lançam mão das diversas concepções pedagógicas a depender da visão de mundo de quem conduz o processo.

1.3 A EDUCAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE: COMPREENDENDO OS SABERES E PRÁTICAS QUE ORIENTAM A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Neste subtópico são apresentadas discussões a respeito das várias concepções e práticas de educação em saúde desenvolvidas pelos profissionais do campo da saúde no espaço da APS, observando como tais práticas são orientadas pelas concepções teóricas e metodológicas da educação.

A educação e a saúde são campos onde a produção de saberes e práticas propiciam o desenvolvimento humano. No campo da saúde, os profissionais e usuários estão em processos constantes de interação, propiciando, consciente ou inconscientemente, o aprender e o educar, caracterizando-se, assim, em um espaço onde o processo educativo ganha vida. Essas práticas educativas estão presentes tanto nos

processos de formação e educação permanente dos profissionais da saúde, quanto nas ações de educação em saúde desenvolvidas junto à população nos espaços dos serviços de saúde e na comunidade (PEREIRA, 2003).

A educação em saúde é uma prática social, que permite a formação e o desenvolvimento da consciência crítica, capacitando os indivíduos para buscarem soluções coletivas para o enfrentamento de seus problemas de saúde (BRASIL, 2007).

Para Vasconcelos (2004) a educação em saúde é um campo de saberes e práticas que oportunizam a criação de vínculos e o diálogo entre os saberes e experiências da população, ou seja, saber popular e os sabres e experiências dos profissionais do campo da saúde, ou seja, o conhecimento/saber cientifico.

Alves define educação em saúde como

> um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005, p. 43).

Já para Krushewsky et al (2008) a educação para a saúde é uma prática social que possibilita a conscientização do direito à saúde e instrumentaliza os indivíduos/comunidade para criarem alternativas de luta para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde.

Frente a estes entendimentos pode-se afirmar que a educação em saúde pode ser entendida como um conjunto de práticas sociais do setor saúde em que profissionais e usuários discutem questões sendo orientados pelos seus saberes, pelos seus valores e crenças. Tudo no sentido de possibilitar a construção de conhecimentos e a reflexão frente a algumas problemáticas, despertando sua autonomia, oportunizando a assunção de uma parcela de responsabilidade no cuidado à sua saúde e no planejamento e decisões do setor saúde. Desta forma a educação em saúde é capaz de disparar a cogestão e o controle social do sistema da saúde.

Entretanto, ao analisar o arcabouço teórico/prático da educação em saúde, pode-se perceber que nem sempre esta pratica é capaz de despertar a criticidade e a reflexão dos educandos, sendo utilizada, hegemonicamente, para perpetuar a subordinação das classes menos favorecidas ao poder científico e político dos profissionais do campo da saúde e dos governantes. Assim, a educação em saúde, a depender de quem a pratique,

tanto pode possibilitar a construção de sujeitos autônomos nos seus processos de análises e escolhas, como pode contribuir para a reprodução de uma população incapaz de refletir criticamente sobre as realidades que as envolvem.

Analisando o histórico da educação em saúde no Brasil, apreende-se que as primeiras intervenções educativas por parte do Estado no setor saúde, foram efetivadas no final do século XIX e início do século XX, no combate as epidemias como por exemplo: varíola, peste e febre amarela, que assolavam a população brasileira residente em centros urbanos aglomerados com precárias condições de saneamento e higiene. Tem-se assim o surgimento da educação em saúde, na época denominada educação sanitária e, em algumas literaturas, de educação higienista (GOMES, MERHY, 2011; HERINGER et al., 2007; VASCONCELOS, 2010). A educação em saúde higienista, no âmago do seu surgimento era orientada pelos seguintes pressupostos:

> 1 - os problemas de saúde devem ser prevenidos pelo esforço individual e pela adesão a hábitos corretos de vida; 2 - os problemas de saúde da população decorrem da falta de informação; 3 - a educação deve ser concebida como a transmissão de conteúdos neutros e descontextualizados, com instrumentos puramente médicos (ALVES, AERTS, 2011, p. 320).

Naquele momento a população assumia um papel de passividade e era vista como incapaz de tomar iniciativas próprias, cabendo ao estado a adoção de medidas autoritárias para efetivar o controle sanitário e evitar a disseminação das doenças pestilenciais. Assim, até a década de 70 a educação em saúde voltava-se para a imposição de normas e comportamentos, caracterizando-se como uma prática educativa higienista, que tinha como objetivo difundir normas de higiene para a população a fim de que bons hábitos fossem construídos, sendo esta uma prerrogativa para se ter saúde (HERINGER et al., 2007; VASCONCELOS, 2010).

Na década de 1960, com o advento da Medicina Comunitária, caracterizada por ações de saúde simplificadas e direcionadas às classes subalternas, os profissionais do campo da saúde, assumem uma discussão onde a comunidade deve responsabilizar-se pela resolução de seus problemas, assumindo para tanto alguns cuidados e comportamentos. Neste momento as ações de educação em saúde migram o foco do

indivíduo para a coletividade, responsabilizando-as pela resolução de seus problemas (ALVES, 2005).

Durante o governo militar, na década de 1960, as ações de saúde voltavam-se para a ampliação dos serviços médicos privados, onde o acesso era garantido para as pessoas que estavam inseridas no mercado formal de trabalho. A tranquilidade social imposta pela repressão militar possibilitou que o regime concentrasse seus gastos com a expansão da economia brasileira, deixando as políticas sociais quase em esquecimento. Neste momento as classes populares sofrem com a falta de acesso a ações e serviços de saúde, bem como falta de acesso a outros serviços, como educação, segurança, moradia digna e outros. Neste período de reivindicações, visando acalmar os ânimos populares, o Estado lança mão dos postos e centros de saúde, que eram locais destinados a desenvolver a medicina comunitária, caracterizando-se por ações de baixo custo, privilegiando as ações de prevenção às doenças. É neste período histórico que os profissionais de saúde começam a se aproximar e dialogar com a população (GOMES, MERHY 2011; VASONCELOS, 2010;).

Frente a esta realidade surge em meados da década de 70, século XX, movimentos populares apoiados pela igreja católica, por intelectuais e por profissionais de saúde, que começam a dialogar sobre as questões que envolvem a saúde, bem como sobre os direitos sociais que lhes estão sendo negados. Aqui intelectuais e população, através de movimentos populares organizados se igualam em um debate sobre os principais problemas de saúde enfrentados pela população e juntos traçam estratégias de luta política e ideológica para enfrentamento destes problemas, sendo esta uma prática contra-hegemônica. O método da educação popular sistematizado no Brasil por Paulo Freire, resultado de uma experiência educativa com alfabetização de adultos realizada em Angicos/ RN, norteia a relação entre intelectuais e população (VASCONCELOS, 2010).

Assim, juntos vão sendo discutidas e gestadas novas formas de organização política que irão culminar com o movimento de reforma sanitária brasileira. Neste movimento, tinha-se à mesa de discussão com poder de voto, representantes da população organizada, que nesse momento colocaram em prática o seu direito de vez e voz, e foram capazes de refletir, decidir e intervir no rumo da política de saúde brasileira (MENDES, 1996). Sendo esta uma experiência que incitou a população a reconhecer a sua capacidade política. Este é um exemplo prático de como a educação popular é capaz de ampliar a participação da população na reorientação das políticas de

saúde. “Diante do descaso do estado, foram configurando-se iniciativas de busca de soluções construídas com base no diálogo entre o saber popular e o saber acadêmico” (VASCONCELOS, 2010, p. 27).

A partir de 1980 foram vivenciadas no Brasil várias experiências ligadas ao setor saúde onde os profissionais se relacionavam com a população e organizavam seus serviços a partir da realidade social desta, formando uma parceria, sendo a Educação Popular em Saúde, uma dessas experiências. Desta forma a população assumia paulatinamente o papel de copartícipe dos serviços de saúde, iniciando-se, assim, a presença do controle social.

Desta forma, a educação em saúde vem no percorrer de sua história assumindo duas modalidades dentro do campo da saúde: a primeira centralizada na culpabilização do sujeito, denominada na literatura de educação tradicional; e a segunda uma pratica de educação em saúde contra hegemônica, ainda pouco utilizada, associada à EPS e à educação dialógica. Tal prática possui as bases ancoradas na determinação social do processo saúde doença, no conceito ampliado de saúde e na educação libertadora, onde educadores e educandos aprendem juntos, dialogando e compartilhando experiências e saberes, para juntos construírem um novo conhecimento (ALBUQUERQUE, STOZ, 2005; ALVES, 2005; BESEN et al., 2007).

Historicamente a educação em saúde centrada na culpabilização do sujeito é fundamentada no referencial biologicista do processo saúde-doença, sendo, portanto, focalizada na doença e na sua prevenção e nos pressupostos da educação bancária. Ela materializa-se na orientação da população com normas higienistas, tendo como finalidade a adoção individual de novos hábitos de vida e saúde como estratégia para se prevenir das doenças (PEDROSA, 2006).

A prioridade dessa educação tradicional é o repasse de informações para a população, esperando que esta assimile e as reproduza e, a partir daí, responsabilize-se pela resolução de seus problemas de saúde. Se constitui como uma prática prescritiva e normativa já que estabelece uma relação linear entre o saber instituído e o comportamento a ser adotado pelo individuo, sendo praticada de forma verticalizada e unidirecional. Por meio desta prática ela tenta normatizar os comportamentos e a vida dos indivíduos, repassando e incutindo neste, as informações de saúde a serem adotadas para a aquisição de hábitos saudáveis de vida, caracterizando-se, desta forma, como um instrumento de dominação e afirmação do saber cientifico (ALBUQUERQUE, STOZ, 2004; GAZINNELI et al., 2005).

Nesse tipo de prática educativa os profissionais de saúde se eximem da responsabilidade da continuidade do cuidado para com o usuário, pois se entende que, a partir das orientações repassadas pelo profissional, o usuário tenha condições de assumir a responsabilidade, passando a ser o principal responsável pela prevenção, tratamento e cura das doenças. É desta prática que surgem alguns jargões na saúde como: “bem que eu disse pra ela não comer assim”; “ele não fez como eu orientei, por isso adoeceu”.

Tal prática é limitada à medida que desconsidera os saberes e a realidade da população, possui conotação autoritária e consegue promover apenas resultados temporários e pontuais. Entretanto, se faz presente na maioria dos serviços de saúde, contribuindo hegemonicamente para perpetuação do biologicismo, sendo totalmente orientada pela pedagogia da transmissão ou do condicionamento (ALBUQUERQUE, STOZ, 2004; ALVES, 2005; BORDENAVE, 1998).

Na prática em foco há sempre um agente externo causador dos problemas de saúde que merece ser combatido, como o cigarro, o açúcar, a obesidade, o sedentarismo, dentre outros, sendo os profissionais os responsáveis por instruir a população com um conhecimento cientifico que lhes permita assumir novos comportamentos ligados à saúde, desconsiderando os motivos que os levaram a assumir estes estilos de vida considerados nocivos à saúde (GAZINNELLI et al., 2005). Ao concretizar a educação em saúde tradicional o profissional veste-se de um autoritarismo, ele

> pensa possuir, sob monopólio, o conhecimento verdadeiro e absoluto dos temas que envolvem saúde e doença; dessa forma, impõe, em nome de interesses maiores da coletividade, o tipo de comportamento que os indivíduos devem assumir (BESEN et al., 2007, p. 3).

A educação em saúde realizada desta forma, não oportuniza a autonomia dos sujeitos envolvidos no processo educativo, não sendo capaz, assim, de empoderar os indivíduos e grupos, ou seja, não conseguindo capacitá-los a fazerem suas escolhas de forma livre e consciente, conforme orienta a promoção da saúde (PEDROSA, 2006).

É diante desta limitação da educação em saúde tradicional, que vizualiza-se neste estudo o uso da EPS, enquanto capaz de instaurar uma prática educativa nos serviços de saúde, que venha contribuir com a efetivação de práticas de saúde integrais e com a participação das classes populares nas decisões e no planejamento das ações de saúde. Para tanto é importante refletir sobre a EPS como um projeto capaz de

possibilitar no cotidiano das ações de saúde uma educação em saúde que possibilita a autonomia dos sujeitos e a participação da população na gestão dos serviços de saúde, sendo assim um instrumento político e ideológico. Vale ressaltar que a EPS está presente em poucos serviços de saúde, sendo a sua efetivação, uma decisão política de quem a pratica.

A EPS é uma prática social e como tal é desenvolvida por sujeitos que possuem crenças, desejos, valores, sentimentos, conhecimentos e, acima de tudo, capacidade para compreender e modificar a realidade que está posta como imutável. Contribuindo, desta forma, para a transformação social. Ela parte do diálogo entre educadores e educando, valorizando o saber e a cultura da população, buscando refletir sobre o cotidiano de vida da mesma e oportunizando uma aprendizagem mútua, onde educadores e educandos aprendem juntos e mediatizados pelo mundo. Parte da concepção de que não existe cultura, nem saber superior ao outro, existe, sim, culturas e saberes que se complementam a partir do diálogo e do entendimento, para facilitar a vida em sociedade e possibilitar a inclusão social (FREIRE, 2011b; MONTEIRO, VIEIRA, 2010; VASCONCELOS, 2004).

A EPS parte do pressuposto de que os educandos não devem ser tomados como objetos da prática educativa, não sendo oportuno, desta forma, fazer ações educativas "para" os usuários. Ao contrário, eles devem ser coparticipes das ações educativas que devem ser realizadas "a partir" deles e "com eles". Para tanto o diálogo torna-se essencial, sendo este entendido como o encontro entre sujeitos que se solidarizam e refletem juntos rumo à transformação do mundo. (FREIRE, 2011; VASCONCELOS, 2007;).

Ainda, segundo os postulados teóricos deste autor, a educação popular deve buscar os conteúdos significativos a serem trabalhados, iniciando-se por uma relação dialógica e libertadora. Este momento de busca "é o momento em que se realiza a investigação do que chamamos de universo temático do povo ou do conjunto de seus temas geradores" (FREIRE, 2011a, p. 121).

Tradicionalmente os conteúdos trabalhados na prática da educação em saúde muitas vezes não são significativos, pois a escolha, na maioria das vezes, não é feita com os usuários, mas exclusivamente pela equipe de saúde, refletindo somente as demandas dos serviços, sem refletir também as necessidades da população. Porém a EPS discute que as temáticas refletidas nas ações educativas devem partir também das

demandas da população, sendo importante conversar com a mesma e ouvir suas opiniões e anseios. (ALVES, AERTS, 2011; FREIRE, 2011a).

Vasconcelos, em um de seus textos, esclarece que a EPS ainda carrega significados errôneos e confusos associados a esta prática, o que tende a perpetuar o caráter subalterno da mesma. Assim, ele refere:

> Tem-se erroneamente associado o conceito de Educação popular a educação informal dirigida ao público popular. O adjetivo "popular" presente no nome Educação popular se refere não a característica de sua clientela, mas a perspectiva política dessa concepção de educação: a construção de uma sociedade em que as classes populares deixem de ser atores subalternos e explorados para serem sujeitos altivos e importantes na definição de suas diretrizes culturais, políticas e econômicas (VASCONCELOS, 2004, p. 79).

A EPS tem tentado ser fiel a estes ideais, mas desde os anos 1970 convive com outras modalidades de práticas educativas hegemônicas dentro dos serviços de saúde, ou seja, a maior parte destas práticas se apresenta de forma pontual, descontextualizada, alternativa e transitória, permanecendo a disputa entre os dois modelos de práticas de educação em saúde: o modelo tradicional e modelos contra-hegemônicos, como o dialógico e o da EPS. Ambos orientados pelas concepções Freireanas de educação problematizadora, que primam pela interação entre profissional-usuário a partir de uma relação horizontal, sem sobreposição de dominação cientifica. Estas concepções contra-hegemônicas pretendem não informar para saúde, mas, sim, transformar saberes pré-existentes (ALVES, 2005).

Partindo desse propósito, Moreira et al acrescenta que a educação popular em saúde na sua dimensão libertadora não somente possibilita a troca de saberes e vivências entre população e profissionais da saúde, mas vai muito além, uma vez que permite a população associar seus problemas de saúde às suas condições de vida, compreendendo o determinismo que os envolve (MOREIRA et al, 2007).

Desse modo, para se atingir os verdadeiros ideais de participação popular, deve-se estimular o indivíduo a uma tomada de consciência, para que este exerça a condição de cidadão conhecedor de direitos. Assim, a educação em saúde deve trabalhar pedagogicamente através dos coletivos e de ações educativas individuais, fomentando estratégias inovadoras de aprendizado com vistas à ampliação do conhecimento e ao estímulo à reflexão crítica, buscando transformá-los em sujeitos ativos na sociedade, na

política, nas decisões, ou seja, sujeitos conhecedores de seus papeis, orientados para um redirecionamento da vida social (VASCONCELOS, 2004).

Concretizar a educação popular em saúde significa compreender, em primeiro lugar, o papel que a educação tem na sociedade. Requer compreender que ela pode estar a serviço da manutenção da ordem social ou a serviço da transformação social até aqui debatida. Assim, as práticas educativas, de modo geral, sejam elas desenvolvidas na saúde ou na educação, podem ser capazes de concretizar a transformação através da emancipação dos sujeitos, da criticidade e da reflexão acerca dos problemas que os cercam. Para tanto se faz necessário que o educador/profissional de saúde torne possível aguçar esta criticidade, superando a passividade e instigando o desafio. Este também se constituiu em um desafio para os profissionais de saúde dentro dos serviços. Assim,

> Na perspectiva problematizadora proposta por Freire (...) há uma interação entre o saber científico e o saber popular em que os atores envolvidos no processo educativo interagem enquanto sujeitos que aprendem e que ensinam. Nesta perspectiva o ato de ensinar está relacionado à educação como forma de intervenção no mundo (MOREIRA et al., 2007, p. 519).

A EPS potencializa a promoção da saúde, uma vez que é capaz de despertar a criticidade e autonomia das pessoas, capacitando-as, desta forma, a fazerem suas escolhas conscientes. Para tanto é necessário que haja uma comunhão entre profissionais e usuários no sentindo que a linguagem de ambos possa fluir permitindo que se concretize, de fato, o diálogo. Caso isso não ocorra não haverá comunicação, interação e o estabelecimento de vínculo, de confiança entre profissionais e comunidade, enfraquecendo a capacidade transformadora da EPS.

Retomando o ideal da autonomia dos sujeitos, coloca-se a possibilidade de formar sujeitos capazes de decidirem por si próprios, com maturidade para tomar decisões e comprometidos com a ética e a cidadania. Como elucida Freire (1996, p. 121) “ninguém é sujeito da autonomia de ninguém”, cada um deve ter seu posicionamento. Uma pedagogia da autonomia tem que estar centrada em experiências estimuladoras de decisão e de responsabilidade, vale dizer, também, em experiências respeitosas da liberdade.

2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESPAÇO DE EFETIVAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Este capítulo se propõe a discutir algumas definições e atribuições da ESF, no sentido de compreender o seu papel enquanto reordenadora do modelo assistencial e como responsável pela efetivação da atenção básica brasileira. A discussão é pertinente para elucidar a ESF enquanto um espaço fértil para a prática de uma educação em saúde que possibilite a promoção da saúde, a emancipação dos sujeitos e a transformação das condições de vida e saúde da população.

2.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO REORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA

A sociedade brasileira no decorrer de sua evolução passou por uma série de transformações políticas, econômicas e sociais, originárias do modo de produção dominante. Tais mudanças, por sua vez, acarretaram diversas modificações nas condições de vida e saúde da população e, por conseguinte, na forma como as políticas públicas de saúde se estruturam para atender as demandas que surgem no setor (GERSCHMAN, 2004).

Na década de 1970 a sociedade brasileira passava por momentos de conflitos gerados pela insatisfação de algumas camadas populacionais com a forma de governo autoritário e com a assistência diferenciada às diversas camadas da população. As precárias condições de saúde da população da época gerou exacerbada indignação, fazendo com que esta passasse a lutar por melhores condições de vida e de saúde. Naquele momento a sociedade civil organizada, juntamente com igrejas, universidades e trabalhadores da saúde, encabeçou o movimento de reforma sanitária objetivando conquistar um sistema de saúde gratuito, de qualidade e universal. Assim,

> Em meados da década de 70, os habitantes das periferias, mães, estudantes, pessoas da comunidade de base, e sanitaristas reivindicavam uma maior assistência à população que não podia pagar os sistemas de financiamento de saúde. Surgindo assim os movimentos sociais em saúde, organizados pela associação de moradores, de mulheres, sindicatos, igrejas e partidos políticos, que passaram a exigir soluções para os problemas da saúde (AROUCA, 2002, p. 04).

O debate brasileiro em torno da necessidade de mudanças nas políticas de saúde, especialmente das práticas assistenciais, com vistas à descentralização e à cobertura universal, ganha corpo na década de 70 e é ampliado nas décadas subseqüentes. Esteve voltado, essencialmente, para a formulação de políticas direcionadas à superação das graves crises assistenciais que têm estado em evidência na saúde pública do Brasil desde as últimas décadas do século passado. Assim, ampliou-se o debate nacional sobre as opções de reorganização do modelo assistencial vigente, predominantemente curativo, hospitalocêntrico, irracional - do ponto de vista da alocação dos recursos - e pouco resolutivo. Entretanto, a nosso ver, a resolução dos conflitos entre o projeto neoliberal de produção da saúde, orientado pelas regras do mercado, e o projeto de produção social da saúde requer necessariamente a redistribuição de bens e serviços para a sociedade, sob a responsabilidade do Estado.

No ano de 1988, mais precisamente no dia 05 de outubro, como resultado dos vários momentos de luta e discussão em prol da reforma sanitária brasileira, foi instituído e legalizado o Sistema Único de Saúde, a partir da promulgação da nova Constituição da República Federativa, em cujo seu artigo 158 menciona que

> As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada de saúde e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – Atendimento Integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – Participação da comunidade (CAMPOS, 1992, p. 17).

Orientados pelos princípios do SUS – universalidade, equidade e integralidade – os serviços de saúde buscam reorientar suas práticas no sentido de planejar ações a partir das necessidades coletivas de saúde, migrando de um modelo de atenção à saúde orientada pela demanda individual, onde o indivíduo só procura os serviços de saúde quando está se sentindo doente, para um que, primeiramente, conhece a população e o território onde presta seus serviços para, a partir daí, organizar suas ações e serviços. (PAIM, 1993). No que se refere às propostas de reorientação do modelo assistencial, vivencia-se, nos anos de 1990, o antagonismo entre o modelo vigente, predominantemente individual, curativo, hospitalocêntrico e ineficiente – quanto à alocação de recursos e à resolutividade – e a necessidade de um novo modelo, centrado no usuário e nas suas necessidades.

Nesta conjuntura ganha evidência, em meados da década de 1990, o Programa de Saúde da Família (PSF). O mesmo foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, tendo como principal objetivo a reorientação do modelo assistencial hegemonicamente orientado pelo modelo biomédico (MENDES, 1995; MERHY, 1997).

O PSF foi inspirado em experiências internacionais como as de Cuba, Canadá, Inglaterra, e teve o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) implantado no Ceará em 1991 como o seu precursor (OGATA, MACHADO, CATOIA, 2009). Este tinha como objetivos reduzir os crescentes índices de mortalidade infantil e mortalidade materna no Brasil no final da década de 80 e início da década de 90, principalmente no Norte e Nordeste, tendo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como profissionais que se vinculavam às famílias e dialogavam no sentido de construir novas práticas de saúde, passando a família a ser o foco da atenção, surgindo nesse momento a pratica de trabalhar a partir de áreas de cobertura, posteriormente uma diretriz do PSF. Os ACS eram coordenados por enfermeiros, vindo daí a base da equipe multiprofissional adotada posteriormente no PSF. Desta forma várias literaturas trazem o PACS como início do PSF (OGATA, MACHADO, CATOIA, 2009; ROSA, LABATE, 2005; VIANA, DAL POZ, 1998).

Segundo Viana e Dal Poz (1998) o primeiro documento que trata da implantação e organização do PSF data de 1994 e traz em seu texto a necessidade do PSF se fazer um instrumento de reorganização do SUS e de concretização do processo de municipalização da saúde, devendo sua implantação ser priorizada em áreas de riscos, utilizando-se naquela época, do mapa da fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada para definir estas áreas de risco (IPEA). Em 1996 o PSF passa a ter uma tabela especifica de remuneração no SIA-SUS, saindo da responsabilidade técnica da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), para a Secretaria de Assistência à Saúde. Neste período ele começa a perder o caráter de programa verticalizado, assumindo a função de modelo estruturante das práticas de saúde ofertadas pelo SUS (VIANA, DAL POZ, 1998).

A proposta do PSF ganhou visibilidade nacional pelos resultados alcançados nos municípios que a adotaram, trazendo inovações no conteúdo das práticas – assistenciais, preventivas ou promocionais – e nas relações dos serviços com os diversos grupos da população nas áreas de abrangência dos programas. É notório o resultado alcançado, em termos de cobertura populacional, número de equipes formadas e capacitadas, além dos efeitos verificados em alguns indicadores de saúde. Nesta perspectiva, tal estratégia

pode ser considerada estruturante para a organização do sistema de saúde, caracterizando um modelo qualificado do primeiro nível de atenção à saúde – atenção básica – que tem como uma das finalidades, redimensionar os outros níveis de atenção, assumindo, para tanto, o papel de coordenadora do cuidado (VIANA, DAL POZ, 1998).

De acordo com o MS o objetivo do PSF é contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população e tendo o vínculo e os laços de compromisso como ponto central (BRASIL, 1997).

No eixo discursivo, a ESF conclama para a construção de uma nova maneira de operar a saúde, humanizada e eficaz, contemplando a resolutividade, a equidade, o acesso, a autonomização e a cidadania e ultrapassando práticas de saúde verticalizadas e voltadas para o cuidado de saúde individualizado e focado na doença.

Essa estratégia tem como base de implantação um território geográfico delimitado, com um número definido de famílias adscritas que ficam sob a responsabilidade de equipes multiprofissionais. Esta equipe dever ser minimamente composta por médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Mais tarde esta equipe sofreu ampliações orientadas por demandas e necessidades de saúde, vindo a fazer parte da ESF também à equipe de saúde bucal, composta por cirurgião-dentista generalista, ou especialista em saúde da família, e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

A ESF assume então a responsabilidade de expandir, qualificar e consolidar a atenção básica, devendo ofertar ações de promoção da saúde, prevenção, cura e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes na comunidade sob sua responsabilidade, devendo demandar para os níveis de média e alta complexidade, àquelas situações que necessitam de intervenções que demande práticas de saúde com uso de alta densidade tecnológica. Segundo Campos et al. (2008), em 2006 ocorre a mudança da denominação de programa (PSF), para estratégia (ESF), justificando que os programas ministeriais têm uma tradição de referir-se a ações provisórias, não sendo este o caso da ESF, que se enquadra enquanto uma política de saúde para reorientação do modelo assistencial, como já discorrido neste texto.

A proximidade da ESF com a comunidade possibilita que equipes multiprofissionais criem vínculos e se responsabilizem por determinadas

famílias/usuários, permitindo que suas necessidades sejam evidenciadas de modo que as práticas de saúde da equipe deixem de ser procedimento-centrada e passem a ser usuário-centrada, tomando as necessidades especificas da clientela adscrita como ponto de partida para o planejamento e intervenção da equipe (FRANCO, MERHY, 2007).

Em caráter substitutivo ao modelo assistencial médico-centrado, a ESF deve estar estruturada a partir de Unidades de Saúde da Família (USF), que representam o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde, devendo esta ser uma unidade pública de saúde com uma equipe multiprofissional. A ESF apresenta como princípios e diretrizes: prestar assistência integral, contínua, resolutiva e de boa qualidade, com ênfase nas ações de promoção à saúde; cadastramento das famílias adscritas por meio de visitas domiciliares, identificando problemas de saúde e fatores de risco; conhecer as características demográficas, sociais e culturais das famílias; eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; humanizar as práticas de saúde, através do estabelecimento de vínculo e responsabilização entre os profissionais, a população e os serviços; desenvolver ações intersetoriais a partir de parcerias firmadas com outros setores; contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida; e estimular a organização da população para o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 1997, 2012).

De acordo com o Ministério da saúde (BRASIL, 2012), as ESF devem funcionar em USF com estrutura orientadas pelo manual de infraestrutura do departamento de atenção básica, que tem como objetivo auxiliar os profissionais e gestores na construção, reforma ou no aluguel de espaços para sediar a USF, a fim de que a estrutura física venha facilitar as práticas de saúde sob a responsabilidade da ESF. Dentre os objetivos do Pacto de Gestão, que reforça a ESF como estratégia de fortalecimento da ABS, está:

> Garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços (BRASIL, 2008, p. 1).

Como a ESF é responsável por resolver 85% dos problemas de saúde da população adscrita, é imprescindível que ela funcione em uma estrutura física adequada

e que tenha à sua disposição equipamentos e materiais que viabilizem a oferta dos serviços. Esta estrutura deve conter algumas acomodações mínimas como sala especifica para consultório médico e de enfermagem, sala para recepção dos usuários, "espaço para reuniões e educação em saúde", consultório odontológico, sala de curativo, sala de vacina, sala de injeção, espaço para gerencia e para arquivos e registros, farmácia, sala de coletas, sala de observação, sala de esterilização, expurgo, dentre outros. Estes espaços devem ter suas condições de infraestrutura, materiais e equipamentos garantidas pelo gestor municipal. Devem proporcionar também um ambiente acolhedor e humano tanto para os profissionais como para os usuários, devendo ser iluminado, bem ventilado, com materiais de revestimento laváveis e pisos regulares e antiderrapantes, de forma a garantir a ambiência do local (BRASIL, 2008, 2012).

As USF precisam qualificar suas estruturas físicas, para que tenham condições físicas e estruturais de garantir o acesso da população aos serviços, bem como a oferta de atenção de qualidade. No entanto, sabemos que nem sempre os municípios estruturam suas unidades de saúde seguindo estas orientações/parâmetros, fato que resulta em algumas USF que são muito apertadas e mal estruturadas, interferindo nas ações ofertadas e no acesso da população (BRASIL, 2008).

2.2 E OS DESAFIOS CONTINUAM: COMPREENDENDO ALGUMAS DIFICULDADES PARA EFETIVAÇÃO DA ESF

Apesar da implantação da ESF ter ampliado o acesso e a oferta de serviços de saúde à população, ter aproximado a equipe de saúde dos problemas das famílias e dos territórios, dentre outros avanços, o que é legitimado na prática ainda é a persistência de alguns velhos dilemas, como a centralidade dos atos dos profissionais no saber e prática médica, o atendimento procedimento-centrado, as práticas de saúde focadas no corpo e na doença, a fragmentação das equipes, ou seja, o modelo biomédico persiste no interior dos serviços (CUNHA, 2005).

Segundo Campos et al. (2008) alguns estados e municípios criticam a forma rígida prescrita pelo MS através das normas e diretrizes para implantação da ESF, relatando não serem respeitadas as especificidades loco-regionais. Eles citam a dificuldade de realizar um trabalho territorial e próximo da comunidade em locais que

possuem altos índices de violência, pois em áreas onde se concentra o tráfico de drogas e a criminalidade as equipes ficam receosas e enfrentam dificuldades de aproximação. Outra dificuldade colocada é a vinculação da comunidade a equipes pré-determinadas, pois tira do usuário a liberdade de escolher onde e por quem ser atendido, negando os mesmos de terem preferências e afinidades.

Somente a adesão e implantação das ESF nos moldes prescritos pelo MS não garantem a reorientação do modelo assistencial de saúde. Faz-se necessárias mudanças na gestão dos serviços de saúde e na reorganização do processo de trabalho, migrando de um modelo centralizado no saber e na prática médica, para um trabalho assistencial que seja operado por equipes multiprofissionais trabalhando de forma interativa e articulada, onde os saberes específicos se complementem para atender as necessidades de saúde dos usuários que, por serem complexas, demandam intervenções complexas em termos de saberes e não de aparatos tecnológicos. Esta complexidade refere-se ao fato de que as intervenções devem ir além da questão biológica, envolvendo também dimensões subjetivas e sociais (CAMPOS et al., 2008).

Para reorganizar o trabalho do médico, que hegemonicamente assume a centralidade do processo de trabalho em saúde,

> é preciso mudar os sujeitos que se colocam como protagonistas do novo modelo de assistência. É necessário associar tanto novos conhecimentos técnicos, como novas configurações tecnológicas do trabalho em saúde, bem como outra micropolítica para este trabalho, até mesmo no terreno de uma nova ética que o conduza. E, isto, passa também pela construção de novos valores, uma cultura e comportamento pautados pela solidariedade, cidadania e humanização na assistência (FRANCO, MERHY, 2007, p. 115-116).

Os profissionais que compõem a ESF precisam rever suas práticas, inserindo no rol de suas tecnologias as questões relacionais e comportamentais que facilitem à relação profissional-usuário, inserindo o vínculo, o acolhimento, a responsabilização, o saber ouvir o outro, enquanto ferramentas que irão possibilitar uma prática de saúde centrada no usuário e em suas necessidades, sendo, desta forma, capaz de redirecionar o modelo assistencial de saúde (CAMPOS et al., 2008; FRANCO e MERHY, 2007).

No cotidiano dos serviços de saúde estão presentes tanto o modelo de atenção orientado pelo conceito ampliado da saúde, quanto resquícios do modelo médico assistencial-privatista. A oferta das práticas de saúde termina sendo descontextualizada da vida da comunidade, não sendo capaz de gerar atos que de fato modifiquem os

problemas de saúde da população, sendo gerada ações e respostas pontuais, que não concretizam ações de saúde integrais, equânimes, acolhedoras, humanizadas, efetivas e resolutivas, estando estas prerrogativas muitas vezes apenas nos discursos dos profissionais, nos textos acadêmicos e nos documentos técnicos do MS (MENDES, 1996; OLIVEIRA, CASANOVA, 2009).

Diante destas limitações da ESF, o que se tem observado nos cenários da atenção básica, é uma verdadeira falta de cuidado, sendo a assistência ao paciente muitas vezes ofertada apenas através do emprego da técnica pela técnica, sem preocupar-se e responsabilizar-se de fato pelo outro, não reconhecendo o que há de humano na pessoa que está sendo cuidada. Muitas vezes o usuário é resumido a um órgão ou a patologias, desvalorizando-se por completo suas demais necessidades, os seus medos, crenças, valores, as suas singularidades. Tal fato gera um cuidado fragmentado, técnico, mecanizado, individualizado e preocupado somente com a cura imediata ou com o alívio imediato dos sintomas dos pacientes, características que refletem a reprodução do modelo biomédico pela atenção básica/ESF (CAMPOS et al., 2008; FRANCO et al., 2009). Desta forma,

> dado o avanço tecnológico e a tensão criada pelo complexo médico- industrial de organização de serviços com base no alto consumo de insumos, o modelo assistencial saído dessa vertente foi assumindo a característica hegemônica de um cuidado mais voltado à ‘produção de procedimento’ (FRANCO et al., 2009, p. 30).

Este cuidado, influenciado pela modelo biomédico, gera cada vez mais procedimentos de saúde e consumo de medicamentos e de outras tecnologias hospitalares, contribuindo para o enriquecimento da indústria farmacêutica e, por que não dizer, de algumas categorias de profissionais de saúde. Embora a ESF seja responsável por prestar à comunidade uma assistência integral, a lógica da oferta do cuidar continua sendo a queixa-conduta, onde a população procura o serviço quando se sente doente, o médico identifica alguns sintomas e prescreve um medicamento e o paciente sai do serviço de saúde muitas vezes sem ser ouvido, não tendo oportunidade de falar sobre seus verdadeiros problemas (CUNHA, 2005).

Diante destas reflexões corrobora-se, neste trabalho, com as ideias de Campos, que coloca que “o papel dos profissionais de saúde é agir sobre o outro que se põe sob o nosso cuidado, mas é também ajudar os outros a se ajudarem. Estimular a capacidade de

as pessoas enfrentarem problemas a partir de suas condições concretas de vida" (CAMPOS 2003, p.70). Sendo a educação em saúde um instrumento capaz de possibilitar o empoderamento dos sujeitos para que cuidem de sua saúde e exerçam o controle social sob o sistema de saúde, possibilitando o vínculo, o diálogo e a participação.

Frente a tantas dificuldades várias alternativas vêm sendo discutidas por pesquisadores que se dedicam a estudar a atenção primária à saúde, por profissionais de saúde, universidades e pelos próprios técnicos da atenção básica. Dentre essas estratégias para melhoria da atenção prestada pelas ESF, é que o MS lançou em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O NASF foi criado para apoiar a ESF no enfrentamento de situações que demandam o apoio e a intervenção de outros profissionais que não fazem parte da equipe mínima de saúde da família, garantindo a ampliação das ações da ABS e práticas de saúde mais resolutivas para atender à complexidade das necessidades de saúde da população. Na rede de atenção à saúde, o NASF assume o apoio matricial junto as ESF e territórios a que está vinculado, desenvolvendo um trabalho compartilhado com as equipes de referência (BRASIL, 2012).

> Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc. (BRASIL, 2012, p. 71).

A equipe do NASF não deve assumir por completo as responsabilidades de prevenção das doenças, promoção da saúde, cura e reabilitação das doenças, que são inerentes ao processo de trabalho das ESF, devendo prestar, sim, o matriciamento a ESF, assumindo o papel de equipes de referência com apoio especializado, no sentido de compartilhar projetos de intervenção e garantir a longitudinalidade do processo. Para que o NASF oferte ações individuais e coletivas, é necessário partir de uma necessidade visualizada pela ESF, sendo esta responsável pela solicitação do apoio da equipe do NASF. Desta forma,

> o apoio matricial será formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência (equipes de SF). Assim, se a equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde dos clientes, eles deverão acionar uma rede assistencial necessária a cada caso. Em geral é em tal 'rede' que estarão equipes ou serviços voltados para o apoio matricial (no caso, os NASF), de forma a assegurar, de modo dinâmico e interativo, a retaguarda especializada nas equipes de referência (no caso, as equipes de Saúde da Família) (BRASIL, 2009, p. 12).

As diretrizes do NASF compreendem: prestação de ações e serviços integrais, interdisplinaridade e intersetorialidade; responsabilização por territórios; participação na educação permanente dos profissionais; práticas orientadas pela educação popular; humanização das práticas; efetivação da participação social; efetivação da promoção da saúde (BRASIL, 2009).

Percebe-se que desafios ainda persistem na atenção básica para que, de fato, tenha-se uma atenção à saúde capaz de concretizar não só as ações de cura, reabilitação e prevenção das doenças, mas também as ações de promoção à saúde, que na prática, muitas vezes, são colocadas em segundo plano, sendo um dos motivos justamente a prática hegemônica de oferta de ações ligadas a cura e tratamento das patologias, como já mostrado neste texto.

Outro desafio é oportunizar o empoderamento e autonomia dos usuários para exercerem um papel ativo no cuidado de sua saúde e na gestão e planejamento dos serviços de saúde. A educação em saúde representa uma estratégia de intervenção potente e capaz de concretizar essa autonomia e o empoderamento dos sujeitos.

2.3 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ENQUANTO ESPAÇO POTENCIALIZADOR DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A ESF apresenta-se como um espaço privilegiado para a efetivação de práticas de educação em saúde orientadas pelo diálogo entre o saber científico e o saber popular, uma vez que é neste espaço da saúde que profissionais e indivíduos/família se inter-relacionam, criam vínculos, dialogam e constroem soluções para o enfrentamento dos

problemas de saúde da população. É no espaço da micropolítica da ESF que o agir em saúde se efetiva, se constrói, compreendendo micropolítica como o espaço onde os profissionais, os usuários e o território se relacionam, onde as práticas cotidianas de saúde acontecem em ato (FRANCO e MERHY, 2007; VASCONCELOS, 2010).

A educação em saúde deve perpassar as práticas dos profissionais da ESF, sejam estas individuais ou coletivas, podendo acontecer dentro das USF ou em outros espaços comunitários. Desta forma a educação em saúde faz parte das ações que compõem o processo de trabalho das equipes que atuam na atenção básica, que têm como premissa "interferir no processo saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida" (BRASIL, 2006, p. 2).

Chiesa e Veríssimo (2001) chamam a atenção para a importância da comunicação usuário/profissional como requisitos para consolidar a educação em saúde na ESF que possibilite a emancipação dos sujeitos e fortaleça, no usuário, a capacidade de criticar e fazer escolhas conscientes. Para tanto é imprescindível que os profissionais da ESF tenham "uma atitude comunicativa, isto é, a disponibilidade interna de se envolver na interação pessoa a pessoa e o compromisso de utilizar a comunicação como instrumento terapêutico" (CHIESA, VERÍSSIMO, 2001, p. 35-36), estando inclusive aberto a críticas.

Albuquerque e Stoz (2004) e Alves (2005) relatam o caráter marginal que a educação em saúde vem assumindo hegemonicamente na prática dos profissionais da ESF, no cotidiano dos serviços de saúde as práticas valorizadas são as de caráter curativo, como consultas, prescrições medicamentosas, procedimentos de apoio diagnóstico dentre outros, ficando em segundo plano as ações ligadas à educação em saúde, principalmente as voltadas para a coletividade. Desta forma "trabalhos em grupo são muitas vezes marginalizados, os profissionais envolvidos são desacreditados e desestimulados, a infraestrutura necessária é escassa e de difícil acesso aos profissionais" (ALBUQUERQUE, STOZ, 2004, p. 246), demonstrando, assim, que a educação em saúde de fato não vem sendo priorizada na ESF.

Vários estudos relacionados à prática educativa desenvolvida na ESF, têm revelado que houve, sim, uma evolução conceitual acerca dos pressupostos teóricos e metodológicos que devem orientar a educação em saúde, sendo os pressupostos da educação problematizadora de Paulo Freire e a preocupação em efetivar um sistema de saúde equânime, universal e integral, uns dos pilares que suscitaram estas reflexões. No entanto, quando parte para a experiência prática, poucos são os avanços, persistindo

uma educação em saúde tradicional. (ALVES, 2005; GAZINNELLI et al., 2005; MANO, PRADO, 2010).

Os profissionais se veem sem tempo para um trabalho educativo mais estruturado e elaborado, fazendo, muitas vezes, apenas atividades de informação em massa em campanhas educativas como de combate à dengue, prevenção de câncer de mama, vacinação do idoso, entre outras. As demandas curativas, gerenciais e burocráticas são um dos grandes motivos da sobrecarrega dos profissionais da ESF, principalmente o enfermeiro, que termina assumindo, também, a coordenação da equipe e o acompanhamento dos ACS (ALBUQUERQUE, STOZ, 2004; ROCEKR, MARCON, 2011)

Recentemente para concretizar as práticas educativas embasadas na EPS foi criada através da portaria Nº. 2.761, de 19 de Novembro de 2013, a Política Nacional de Educação popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS). A política traz como princípios norteadores: o diálogo; a amorosidade; a problematização; a construção compartilhada de conhecimentos; a emancipação; e o compromisso com a construção do projeto democrático e popular. A portaria traz em seu Artigo 1 que

> a PNEPS-SUS tem como objetivo geral implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, com o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde.(PORTARIA Nº. 2.761, de 19 de Novembro de 2013).

Esta política representa uma conquista para o campo da saúde, uma vez que normatiza a EPS enquanto política de saúde e possibilita investimentos financeiros para os municípios concretizarem experiências educativas orientadas pela EPS. Oportuniza, desta forma, a utilização de práticas educativas que privilegiam o diálogo entre o saber científico e popular, estimula à gestão participativa, o controle social, a valorização da cultura popular, possibilita a construção coletiva de estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde e representa um caminho para a conquista de liberdade e direitos (VASCONCELOS, 2007). No entanto a política por si só, não é suficiente, sendo necessária ainda a vontade política dos profissionais e gestores que a operam, em efetivarem de fato práticas educativas emancipatórias.

Mano e Prado (2010), em seu livro Vivência em Educação Popular na Atenção Primária à Saúde, trazem que a realidade e a utopia, apresentam várias experiências de EPS vivenciadas por profissionais de saúde, comunidades, professores e estudantes das

graduações em saúde, que potencializaram a participação popular e possibilitaram que profissionais, usuários e estudantes assumissem papel de protagonistas nos cenários da atenção básica brasileira. Desta forma,

> nas suas mais diversas formas de expressão, a educação popular em saúde é também um compromisso político com as classes populares, com a luta por condições de vida e de saúde, pela cidadania e pelo controle social. Está diretamente ligada à valorização e à construção da participação popular (ALBUQUERQUE e STOZ, 2004, p. 269).

Para que de fato seja concretizada uma educação em saúde que possibilite a prática da integralidade e a efetivação de estratégias de saúde capazes de atender as necessidades dos usuários, é necessário que gestores, profissionais de saúde e usuários criem espaços de diálogos e negociações, ambos assumindo suas responsabilidades dentro do SUS.

2.4 O EMPODERAMENTO SOCIAL E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Neste subtópico discute-se a promoção da saúde enquanto estratégia capaz de possibilitar a produção da saúde, refletindo sobre a sua capacidade para permitir que os sujeitos se empoderem e participem ativamente da elaboração, efetivação e avaliação de políticas e práticas de saúde, tornando-se corresponsáveis pela gestão dos serviços de saúde, e capacitando-se para efetivar o controle social. Para tanto trazemos a educação em saúde, orientada pela educação problematizadora, enquanto uma das estratégias potentes de consolidação da promoção da saúde.

O movimento de promoção da saúde surge em 1974, tendo como marco o Informe Lalonde divulgado no Canadá. Este informe teve como pretensão elucidar estratégias de enfrentamento de problemas de saúde resultantes da atenção à saúde orientada pelo modelo biomédico como, por exemplo, os altos custos ocasionados pela assistência curativa e hospitalar e o baixo impacto das ações médicas nas doenças crônico-degenerativas. Dentre as estratégias para enfrentamento das problemáticas de saúde, o Informa Lalonde cita a promoção da saúde como capaz de produzir mudanças nos estilos de vida das pessoas, no entanto as estratégias não se transformaram em políticas governamentais (PASCHE, HENNINGTON, 2006; TEIXEIRA, 2006).

As orientações do relatório Lalonde se materializaram em práticas de prevenção de doenças priorizadas na década de 70, e que tiveram como objetivos ditar regras e normas de comportamento e estilos de vida considerados saudáveis, como estratégia para manter-se saudável. Neste período a promoção da saúde tinha um enfoque bem preventivista e orientado na culpabilização dos sujeitos, sendo estes uns dos motivos das críticas tecidas a este relatório (SÍCOLI, NASCIMENTO, 2003).

Em 1978, aconteceu no Canadá, à conferência de Alma-Ata, tendo como lema Saúde para Todos no Ano 2000, e enfatizou a atenção primária à saúde enquanto estratégia potente para levar a atenção à saúde para as comunidades. Essa conferência reafirmou a saúde enquanto direito humano fundamental e chamou atenção para o fato de que para ter saúde é necessário o envolvimento de diversos setores da sociedade, como educação, política, economia, dentre outros, sendo ainda indispensável a participação da população na organização, funcionamento e controle da APS (BRASIL, 2002; SÍCOLI & NASCIMENTO, 2003).

Somente em 1986 o conceito de promoção da saúde é formulado e propagado para o mundo todo através da I Conferencia Internacional de Promoção da Saúde, que aconteceu em Otawa/Canadá, momento em que foi elaborada a Carta de Otawa, representando um marco importante para a discussão e consolidação das estratégias de promoção da saúde. Esta conferência teve dentre os seus colaboradores, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2002).

A Carta de Otawa define a promoção da saúde enquanto um "processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior *participação* no controle desse processo" (BRASIL 2002, p. 19). A carta traz como pré-requisitos para ter saúde a habitação, a alimentação, a renda, a paz, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social, equidade e educação, afirmando, desta forma, a necessidade do envolvimento de outros setores da sociedade, além do setor saúde, bem como a elaboração de políticas públicas como estratégia essencial para garantir, de fato, a saúde da população e a melhoria de sua qualidade de vida (BRASIL, 2002).

No Brasil a promoção da saúde assume um destaque prioritário no movimento de reforma sanitária, mais precisamente após a promulgação da Constituição de 1988, que traz em seu artigo 196 as ações de promoção da saúde como um direito do cidadão e um dever do estado. Sendo este direito reafirmando em um dos princípios do SUS, o

da integralidade, que traz como premissa para sua concretização a oferta de ações de promoção da saúde (WESTPHAL, 2007).

Ao longo de quase trinta anos em que a estratégia da promoção à saúde foi estruturada, vários sentidos já lhes foi atribuído. Conforme coloca Iglesias e Araújo (2011) e Dantas (2010), a promoção da saúde pode ser disposta em dois eixos, um que a referencia ligada à prevenção das doenças, buscando para tanto intervir nos comportamentos dos indivíduos, no sentido de modificá-los, e um segundo eixo, orientado pelo conceito ampliado de saúde, que concebe a promoção da saúde como campo capaz de estruturar ações intersetoriais que venham intervir nos determinantes sociais do processo saúde doença, de forma a modificar as condições de vida e saúde das populações, bem como instrumentalizar os usuários para assumir o papel de sujeitos, estimulando no campo da saúde, a efetivação do controle social. Sendo este último entendimento da promoção à saúde, o que será abordado neste estudo.

A promoção da saúde é uma estratégia potente para a produção da saúde, uma vez que dentre seus pressupostos está à proposição de capacitar os indivíduos a compreenderem a saúde enquanto resultante de diversos fatores, instrumentalizando-os para lutarem por condições de vida mais dignas e para assumirem o papel de sujeitos na busca pela melhoria da atenção à saúde e de sua qualidade de vida. A educação em saúde conforme já discutido, a depender da opção política de quem a opera, pode ser uma estratégia importante para consolidação da promoção à saúde. Dentre as práticas educativas outrora discutidas, destaca-se a EPS, enquanto estratégia capaz de possibilitar a promoção da saúde, já que pode permitir o desenvolvimento da consciência crítica das pessoas e o diálogo sobre as questões que envolvem a saúde e a doença. (BRASIL, 2002; MONTEIRO, VIEIRA, 2010). A Carta de Otawa estabelece que

> as ações comunitárias serão efetivas se for garantida a participação popular na delimitação de prioridades, na tomada de decisões e na definição e implementação de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde. Para tanto, o documento resgata a dimensão da educação em saúde, com a ideia de ‘empowerment’, ou seja, o processo de aquisição de poder técnico e consciência política para atuar em prol de sua saúde (MONTEIRO, VIEIRA, 2010, p. 398).

A participação social é compreendida enquanto a participação de diversos atores, dentro eles a comunidade, na definição de políticas públicas e na eleição de problemas a

serem enfrentados, bem como na decisão, efetivação e avaliação das ações e serviços. Esta participação possibilita, desta forma, o controle social do sistema de saúde. Sendo assim a promoção da saúde é uma estratégia de consolidação do controle social, direito garantido legalmente aos brasileiros, mas que historicamente vem enfrentando dificuldades de ser desfrutado, em uma sociedade onde o diálogo entre gestores e população é sempre desigual, e os direitos sociais adquiridos soam sempre como um favor, como uma esmola que os governantes ofertam às classes subalternas (BRASIL, 2002; WESTPHAL, 2007).

Já o empoderamento refere-se à capacitação da população para o exercício da cidadania e para assumir o papel ativo na elaboração das políticas e agendas da saúde, bem como para fazer escolhas que concretizem mudanças na sua qualidade de vida. Westphal coloca que o empoderamento "relaciona-se ao reconhecimento de que os indivíduos e as comunidades têm o direito e são potencialmente capazes de assumir o poder de interferir para melhorar suas condições de vida" (WESTPHAL 2007, p. 657), devendo as práticas pedagógicas serem capazes de contribuir com a construção deste potencial. O empoderamento é ainda compreendido enquanto a aquisição de poder técnico e de consciência política, que o capacite para a tomada de decisão e para o controle social sendo, portanto um instrumento que subsidia a participação social (BRASIL, 2002; CHIESA, VERÍSSIMO, 2001; SÍCOLI, NASCIMENTO, 2003). Para a concretização destes princípios,

> é fundamental, portanto, vencer as barreiras que limitam o exercício da democracia e desenvolver sistemas flexíveis que reforcem a participação social e a cidadania, como preconizado pelas Conferências Internacionais realizadas, em especial as de Ottawa e Bogotá (SÍCOLI, NASCIMENTO, 2003, p. 109).

A EPS é capaz de propiciar tanto a participação social, quanto o empoderamento dos sujeitos, no entanto, ela não pode ser tomada como sinônimo da promoção da saúde, mas sim como um instrumento potente para a efetivação da mesma. Ela permite, ainda, que a população participe juntamente com os profissionais da saúde, os gestores e outros setores da sociedade, da definição, efetivação e do acompanhamento de estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde, disparando, desta forma, a cogestão (PEDROSA, 2006).

Várias experiências foram realizadas no Brasil, orientadas pelo referencial da promoção da saúde, priorizando a intersetorialidade, o diálogo entre os sujeitos

envolvidos, o enfrentamento dos problemas de saúde e seus determinantes, o empoderamento dos sujeitos e a participação popular, dentre outros, desencadeando processos de mudanças democráticas e comprometidos com o exercício da cidadania.

Dentre essas experiências Costa, Pontes & Rocha (2006), citam o Projeto "Xô Dengue", desenvolvido em Goiânia em 2001, como uma estratégia de enfrentamento do crescente número de casos de dengue. O projeto buscou diminuir o número dos casos, mediante o controle do *Aedes Aegypti*, tendo suas estratégias traçadas a partir da participação da população e da identificação de situações ambientais de risco.

Umas das principais características do projeto foram às ações contínuas e intersetoriais, envolvendo a Prefeitura Municipal de Goiânia, o Departamento de Estradas e Rodagem do Município, a Fundação Municipal de Desenvolvimento Comunitário e as Secretarias Municipais de Meio ambiente, Comunicação e Trânsito. Em 2002, o projeto ampliou seu escopo, a partir da elaboração do Programa Municipal de Controle da Dengue (orientado pelas diretrizes do MS), que teve como principais ações o desenvolvimento do Fórum Municipal de Controle da Dengue, como estratégia para garantir a intersetorialidade das ações e a integração das ESF e com as equipes de controle de endemias, que possibilitaram o estreitamento do diálogo entre população/profissionais de saúde, facilitando mudanças nos modos de vida das pessoas e nos ambientes domésticos, que contribuíram para o enfrentamento da problemática da dengue.

Outra experiência interessante envolvendo a promoção da saúde e a educação popular em saúde foi a vivência relatada por Diercks, Pekelman e Wilhelms (2007) no Caderno de Educação Popular em Saúde, de elaboração de uma cartilha educativa sobre DST/AIDS pelas mulheres da comunidade. O material educativo produzido foi construído a partir da realidade econômica, social e cultural das mesmas, representando um produto do diálogo entre o saber cientifico e o saber popular. Esta experiência de EPS aconteceu em 2001 e contou com a participação dos profissionais de saúde (psicólogos, auxiliares de enfermagem) e da população de quatro comunidades de atenção primária. Teve o apoio do Ministério da Saúde e da Gerência do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

Profissionais de saúde e usuários foram divididos em 4 grupos de educação em saúde onde foram discutidas temáticas e construídas informações a partir dos saberes e experiências das integrantes do grupo. Como fruto destes encontros foi produzido uma cartilha educativa. Diercks, Pekelman e Wilhelms (2007) relataram que a participação

da comunidade na elaboração do material educativo proporcionou um aumento na autoestima do grupo, trouxe a problemática da DTS/AIDS em uma linguagem adequada à realidade cultural, propiciou o fortalecimento de vínculos, o diálogo, a corresponsabilização entre profissionais e usuários e permitiu, ainda, uma identificação dos sujeitos com o material educativo produzido.

Ao final da pesquisa a comunidade e os profissionais se mobilizaram e organizaram várias estratégias para lançar o material educativo despertando o interesse da comunidade geral em participar e ler algo que havia sido produzido por pessoas como eles, ou seja, um produto onde eles se identificavam.

Esta experiência possibilitou a efetivação da promoção da saúde a partir da educação popular em saúde, sendo que a mesma partiu da realidade dos sujeitos envolvidos e, utilizando-se do diálogo de saberes e da troca de experiências, conseguiu despertar a autonomia dos sujeitos, bem como a reflexão dos envolvidos para que fizessem análises sobre suas problemáticas e saberes, no sentido de identificar os pontos a serem ultrapassados, empoderando-se para formular estratégias individuais e coletivas de enfrentamento dos problemas identificados e para fazer algo diferente que os possibilitasse lutar pelo direito à vida e à saúde.

3 O PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório**,** de abordagem qualitativa. Quanto ao caráter, descritivo, esta pesquisa é assim denominada por estudar e descrever determinado objeto, ou seja, os limites e as possibilidades para efetivação das práticas de educação em saúde na ESF, além da identificação das concepções dos profissionais da ESF sobre educação em saúde e dos conteúdos das práticas educativas por eles executadas.

O estudo é dito exploratório quando se caracteriza pela aproximação com os fatos e experiências observáveis, pretendendo, portanto, obter maior intimidade possível com o problema em questão, no sentido de torná-lo mais explícito, bem como proporcionar uma visão geral acerca do objeto em estudo, neste caso, a educação em saúde (GIL, 2007).

A respeito da pesquisa qualitativa, Minayo e Sanches esclarecem que

> a natureza da pesquisa será qualitativa, quando prioriza valores individuais, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões de modo a aprofundar a complexidade dos fenômenos, capazes de serem abrangidos intensamente (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 247).

A pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como a tentativa de uma captação minuciosa dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, possibilitando a descrição, a compreensão e a interpretação do objeto pesquisado.

Segundo Granger (1982 apud MINAYO; SANCHES, 1993, p. 246): "um verdadeiro modelo qualitativo descreve, compreende e explica, trabalhando exatamente nesta ordem".

3.1 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Pau dos Ferros, região oeste do estado do Rio Grande do Norte, localizado a 420 quilômetros da capital, Natal, fazendo parte da microrregião do Alto Oeste Potiguar e mesorregião do Oeste Potiguar. O mapa a seguir mostra a localização da cidade.

Segundo o IBGE (2010), o município de Pau dos Ferros tem uma área territorial de 259.958 km² e uma população de 27.745 habitantes.

Pau dos Ferros é uma região de grande fluxo de pessoas advindas das cidades circunvizinhas, se caracterizando como um grande polo comercial de bens e serviços, dentre eles o serviço especializado de sáude. Possui, ainda, um hospital regional, o Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade, e uma maternidade filantrópica, a maternidade Santa Luzia de Marilac.

O município conta com onze USF, cada uma delas compostas por: um médico, um enfermeiro, dois auxiliares ou técnicos de enfermagem, cinco agentes de saúde, um Cirurgião Dentista e um auxiliar de saúde bucal.

Ressalta-se que esta pesquisa foi realizada em nove (75% das unidades) USF da zona urbana, deixando de fora apenas três USF, localizadas na zona rural, devido à dificuldades de acesso.

3.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram compostos pelos profissionais de nível universitário que atuam nas equipes de saúde da família da zona urbana do município de Pau dos Ferros, dentre os quais elencamos nove médicos, nove enfermeiros e nove cirurgiões dentistas. Estes foram convidados a participar voluntariamente da pesquisa. Ressalta-se, que nem todos foram incluídos, havendo uma variação na amostra, que totalizou um quantitativo de dezoito participantes.

A escolha justificou-se pelo fato de que hegemonicamente estes são os profissionais responsáveis por desenvolverem as práticas de educação em saúde voltadas para a população, em especial as práticas de educação em saúde coletiva. Mesmo compreendendo que os ACS são pessoas chave na educação em saúde, por orientarem pessoas nos domicílios, ficaram de fora pelo exíguo tempo para a realização da pesquisa.

Contudo, para atingir os objetivos, a inclusão dos sujeitos arrolados obedeceu aos seguintes critérios: 1 – ser profissional de nível universitário atuando na ESF do município de Pau dos Ferros; 2 – Aceitar participar da pesquisa voluntariamente; 3 – Ter tempo disponível para realizar a entrevista no período da coleta de dados.

Os critérios de exclusão foram: 1 – O profissional recusar-se a participar da pesquisa no momento da coleta de dados; 2 – no período da coleta de dados, encontrar-se de férias ou gozando de licença de qualquer natureza (afastamento, licença médica, licença maternidade, entre outras); 3 – o profissional estar atuando junto à ESF como substituto; e 4 – o profissional estar atuando na equipe há menos de 1 ano.

Após serem aplicados critérios de inclusão, o quantitativo de sujeitos do estudo foi de 18 participantes, havendo redução da amostra, como citado anteriormente. Estes 18 participantes pertenciam as seguintes categorias profissionais: 4 médicos, 6 cirurgiões dentistas e 8 enfermeiros.

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram: entrevista e observação de cunho etnográfico. Fez-se uso de diário de campo por ter sido considerada uma estratégia importante.

As entrevistas possibilitaram o acesso às informações desejadas, sendo capaz de revelar valores, normas e representações culturais e socioeconômicas de grupos (MINAYO, SANCHES, 1993). Tratou-se de uma entrevista semiestruturada com roteiro pré-definido (APÊNDICE A) que permitiu ao entrevistador a liberdade de fazer as perguntas, sondar razões e motivos e prestar esclarecimentos. Não obedecendo, a rigor, uma estrutura formal (MARCONI; LAKATOS, 2007). Assim, lançou-se mão de um roteiro norteador, entretanto, sem ficar preso ao mesmo, isto é, com flexibilidade para introduzir novas perguntas a partir de necessidades surgidas nas falas dos entrevistados.

Antes da coleta de dados foi realizado um estudo piloto junto a seis profissionais que atuavam na ESF de outro município. Este procedimento objetivou avaliar o instrumento de coleta, no entanto, nenhuma alteração precisou ser feita.

Antes da entrevista foram explicitados os objetivos da pesquisa e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). Em seguida fora solicitado que o entrevistado assinasse o TCLE. Esta fase da pesquisa obedeceu ao fluxograma que se segue:

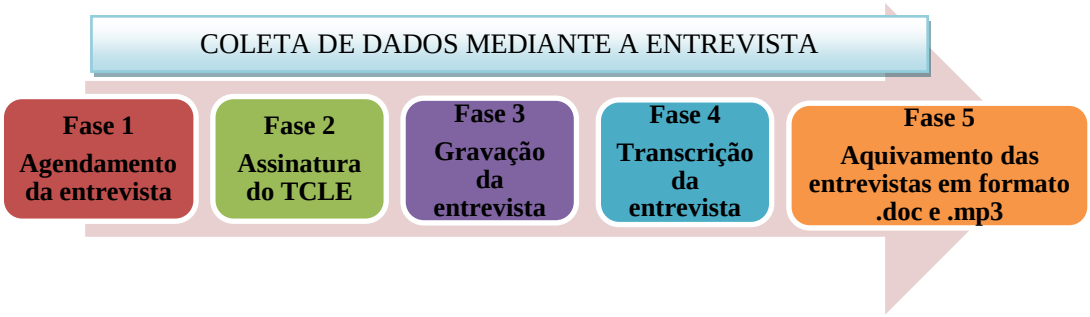


Figura 1 - Fluxograma de coleta de dados.

Foi realizada também a observação direta, onde o pesquisador presencia o fato, entretanto não participa dele, assumindo o papel de expectador. Pôde-se observar as ações educativas realizadas pelos sujeitos e estas informações foram utilizadas para complementar a compreensão da realidade empírica. A observação "não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar os fatos e fenômeno que se deseja estudar". (MARCONI; LAKATOS, 2007, p. 76), ampliando, assim, o entendimento do objeto estudado. Esta observação obedeceu a um planejamento prévio, onde se seguiu um roteiro estruturado de observação (APÊNDICE B) para norteá-la a partir dos objetivos da pesquisa.

As observações ocorreram nas USF da zona urbana, onde os sujeitos pesquisados estavam realizando as ações educativas junto aos grupos comunitários, ou seja, a observação ocorreu durante a efetivação das práticas educativas junto aos grupos específicos, como por exemplo: gestantes, diabéticos, adolescentes, idosos, entre outros. Foram observadas pelo menos duas atividades de práticas educativas em cada USF. Antes de realizarmos as observações, solicitamos aos sujeitos pesquisados e envolvidos na ação a autorização para realizá-la.

Houve dificuldade para realizar as observações, pois estando no período de coletas ou não, havia ações agendadas ou as mesmas estavam sendo realizadas pelos acadêmicos do Curso de Enfermagem da UERN. Desta forma se conseguiu visualizar as ações junto ao grupo de gestantes, não sendo possível observar àquelas que são realizadas na sala de espera, e tampouco as do PSE. Este fato limitou o estudo, mas não interferiu de forma significativa nas análises, visto que as entrevistas permitiram capturar a percepção dos sujeitos.

Para não perder informações fundamentais utilizou-se um diário de campo, onde os dados observados foram registrados para posterior análise. Segundo Minayo (2007) ele consiste em um caderninho de notas onde iremos registrar todas as impressões

pessoais e os comportamentos contraditórios dos sujeitos pesquisados. As anotações do diário de campo serviram para confrontar as respostas coletadas nas entrevistas com a realidade observada, buscando perceber as contradições existentes.

A observação de cunho etnográfico seguiu o seguinte fluxograma:

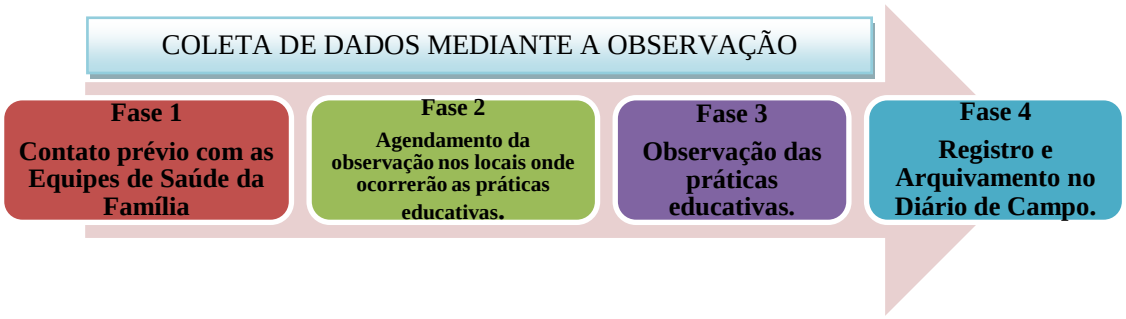


Figura 2 - Fluxograma da observação etnográfica

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados consistiu em interpretação dos dados recolhidos no campo, tendo como finalidade ir além do escrito, dando, assim, um direcionamento à pesquisa. Deste modo, através de uma boa interpretação, foi possível identificar nas falas ou ações a compreensão acerca do objeto de investigação (MINAYO, 2007). É importante destacar que a interpretação se deu por meio do conhecimento apreendido com a leitura crítica a luz do referencial teórico selecionado.

Os dados coletados foram analisados a partir do referencial teórico de Bardin, utilizando a análise de conteúdo, com posterior construção de categorias.

A técnica de análise de conteúdo pressupõe algumas etapas, definidas por Bardin (2010) como: pré-análise; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação.

Para a análise de conteúdo dos dados foram confeccionadas grelhas, onde foram ordenadas as falas coletadas nas entrevistas com as questões norteadoras. Foram realizadas leituras e escutas exaustivas das falas objetivando a identificação dos núcleos de sentido, isto é, descobertos os significados expressos nas falas dos entrevistados. Uma vez identificados os núcleos de sentido, estes foram codificados em categorias (BARDIN, 2010).

Após a codificação emergiram subcategorias por meio das inferências e correlações realizadas pelo pesquisador com o referencial teórico adotado.

Posteriormente, as subcategorias foram agrupadas em categorias temáticas significativas, manifestas nas falas dos participantes (BARDIN, 2010).

Por fim, as categorias temáticas foram interpretadas e discutidas pela pesquisadora à luz do referencial teórico de Paulo Freire.

A partir dos agrupamentos das subcategorias foram elaboradas três categorias tomando por base a frequência das unidades de análise temática de ocorrência.

Figura 3 - Distribuição das categorias e subcategorias simbólicas da educação em saúde.

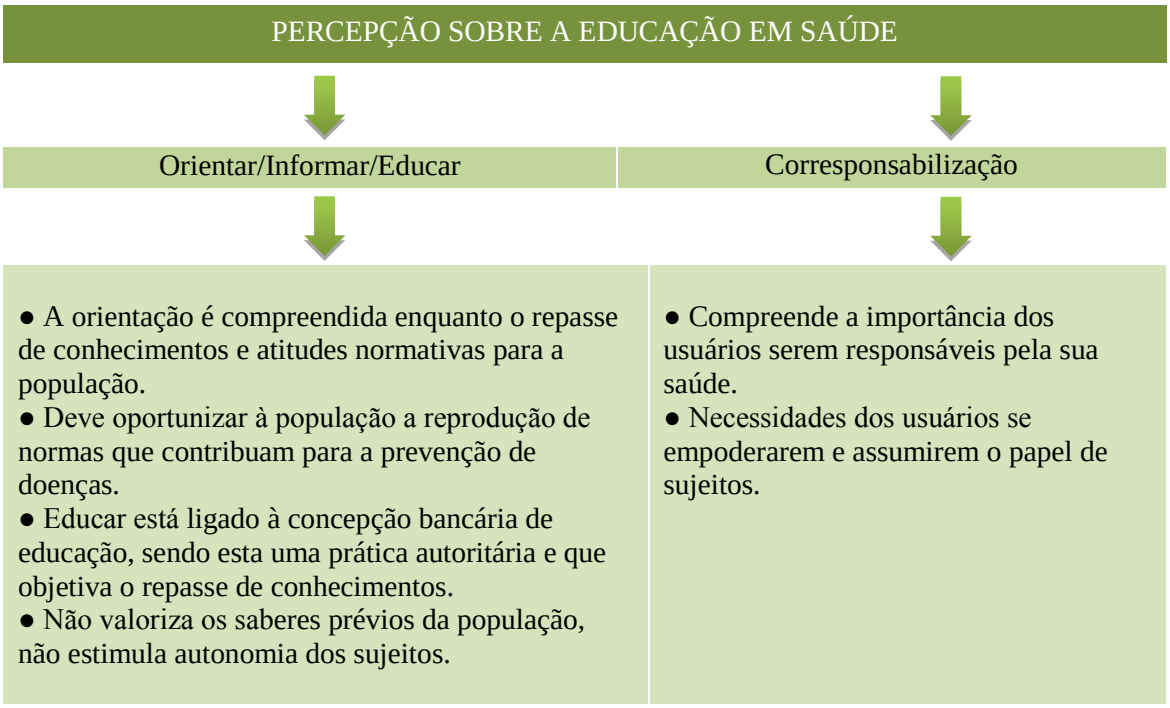
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
Percepção sobre educação em saúde	Orientar/Informar/Educar	34
	Corresponsabilização	04
Ações educativas realizadas	Ações educativas para o público infantil/adolescente	51
	Ações educativas para gestantes	09
	Ações educativas na sala de espera	06
Dificuldades para efetivação da educação em saúde	Dificuldade de trabalhar em equipe	16
	Falta de apoio da gestão	72
	Espaço físico inadequado	40
	Pouca adesão dos profissionais a práticas educativas	09

Fonte: Pesquisa de Campo, Pau dos Ferros, 2013.

Percepção sobre educação em saúde

Compreende a categoria o conjunto de três subcategorias, cujas unidades temáticas relacionam-se à percepção dos profissionais de nível universitário da ESF sobre a educação em saúde. As subcategorias que a compõem são: Orientar/Informar/Educar e Corresponsabilização, conforme representada na Figura 4.

Figura 4 - Percepção sobre a educação em saúde



Fonte: Pesquisa de campo, Pau dos Ferros, 2013.

Ações Educativas Realizadas

Compreende o conjunto de três subcategorias e referem-se às práticas educativas realizadas na ESF. Nesta categoria estão definidas as subcategorias: PSE – Programa Saúde na Escola; Grupo de gestante; e Sala de Espera. Essas subcategorias estão compostas por 66 unidades de análise.

Figura 5 - Práticas de Educação em Saúde realizadas pela ESF

AÇÕES EDUCATIVAS REALIZADAS		
Ações educativas para o público infantil/adolescente	Ações educativas para gestante	Ações educativas na sala de espera
● As ações educativas são realizadas em escolas e creches junto às crianças e adolescentes. ● As ações desenvolvidas na escola não são planejadas por toda equipe. ●As ações do PSE muitas vezes não são desenvolvidas por que os profissionais são sobrecarregados.	● As ações educativas realizadas com as gestantes são de responsabilidade do NASF. ● Os profissionais da ESF e as gestantes não participam do planejamento das ações. ●Orientadas pela pedagogia da transmissão e do condicionamento	● As ações de sala de espera não são atividades de rotina. ● Elas são realizadas com maior frequência pelos enfermeiros e acadêmicos. ● Está mais direcionada para a prevenção de doenças.

Fonte: Pesquisa de campo, Pau dos Ferros, 2013.

Dificuldades para efetivação da educação em saúde

Compreende o conjunto de quatro subcategorias: Participação profissional limitada, falta de apoio da gestão; espaço físico inadequado e práticas individualizadas. Essas subcategorias estão compostas por 135 unidades de análise.

Figura 6 - Dificuldades para efetivação da educação em saúde

DIFICULDADES PARA EFETIVAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
Dificuldade de Trabalhar em Equipe
● As ações educativas voltadas para o coletivo são realizadas por enfermeiros e Cirurgião Dentistas. ● O planejamento das ações educativas é centralizado no enfermeiro. ●A equipe tem dificuldade de dialogar. ●A equipe desenvolve seu trabalho de forma fragmentada. ●Os Cirurgião Dentistas centralizam seu processo de trabalho mais nas atividades curativas.

Falta de Apoio da Gestão
● A gestão não propicia meios e instrumentos suficientes para a realização das ações. ● A remuneração profissional não estimula os profissionais. ● Os profissionais não se sentem motivados. ●Os enfermeiros se sentem sobrecarregados com tantos atributos e responsabilidades.
Espaço Físico Inadequado
● Algumas unidades de saúde funcionam em casas alugadas que não dispõem de nenhum espaço físico e nem ambiência para a realização de ações educativas. ● O espaço destinado à ação educativa não é adequado. ● Uma ESF não possui grupo de gestante porque a USF, não dispõe de espoco. ● Algumas USF têm dificuldade de conseguir na comunidade parceiros que disponibilizem espaço físico para as práticas educativas.
Pouca Adesão dos Profissionais a Práticas Educativas
● Alguns profissionais não desenvolvem ações de educação em saúde voltadas ao coletivo. ●Os profissionais médicos, praticamente só realizam educação em saúde nos momentos das consultas e nas visitas domiciliares. ●As ações de educação em saúde não são priorizadas, prevalecendo à oferta de ações curativas e biologicistas.

Fonte: Pesquisa de campo, Pau dos Ferros, 2013.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Todo o estudo foi realizado dentro dos princípios éticos estabelecidos pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Para tanto o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) e aprovado em 23/08/2013, com o Parecer nº 369.462 e CAAE 369.462 (ANEXO A).

Para a realização da pesquisa, foi solicitada a prévia permissão junto à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Pau dos Ferros, para a qual foi encaminhado o presente estudo em forma inicial de pré-projeto de pesquisa, anexando também uma carta de anuência para autorização.

Na apresentação e discussão dos resultados desta pesquisa, para preservar a identidade dos participantes utilizou-se para cada entrevistado o termo **Profissional** seguido de números sequenciais que corresponderam à ordem das transcrições iniciando pelo número **01**, e em seguida acrescentou-se a primeira letra do nome da categoria profissional a qual o entrevistado pertencia (médico, enfermeiro, Cirurgião Dentista).

Desta forma o código para a primeira entrevista transcrito foi **“Profissional 01 CD**” (Cirurgião Dentista).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os profissionais entrevistados apresentam pós-graduações variadas. Apenas um profissional afirmou não possuir pós-graduação.

Quanto às formas de contratação/vinculo, todos os enfermeiros e Cirurgião Dentistas são vinculados por concurso público. Com relação aos médicos, um é por contrato temporário e três por concurso público.

Quanto ao tempo de formação profissional estão compreendidos entre quatro anos e oito meses a 35 anos de formação, sendo que 14 dos sujeitos entrevistados têm mais de 10 anos de formado.

O período de ocupação na ESF variou de dois a 12 anos, estando a maioria entre quatro e cinco anos de ocupação no referido cargo, entretanto, dez se encontram na faixa de cinco anos de atuação.

A maioria dos profissionais relatou trabalhar cinco turnos (15 dos entrevistados), sendo estes turnos distribuídos nos vários dias da semana, indo desde profissionais que concentram os cinco turnos em cinco dias da semana a profissionais que concentram os cinco turnos em três dias da semana. Somente um profissional afirmou trabalhar quatro dias completos (oito turnos) e outro trabalha apenas quatro turnos.

4.2 TEMÁTICAS ABORDADAS E METODOLOGIAS UTILIZADAS NAS AÇÕES EDUCATIVAS DA ESF

As práticas educativas observadas e as falas dos entrevistados revelam as temáticas sobre educação em saúde trabalhadas e as metodologias utilizadas. Observa-se a predominância de temas ligados à prevenção de doenças e de metodologias orientadas pela pedagogia da transmissão. Conforme se observa a seguir:

Figura 7 - Temáticas e metodologias das ações educativas

TEMÁTICA	METODOLOGIA	PÚBLICO ALVO
Importância da atividade física na gravidez	Expositiva dialogada e realização de exercício de alongamento.	Gestantes
Alterações e posturas corretas na gravidez.	Expositiva e dialogada, com uso de projetor multimídia, exposição de vídeos e demonstração de posturas corretas na gravidez.	Gestantes
Alimentação Saudável **Violência ao idoso** **Hipertensão** **Diabetes** **Dengue** **Higiene Oral**	Palestra Dinâmicas	Idosos Adultos
Cáries dentárias **Doença periodontal** **Higiene Oral** **Escovação**	Palestra Distribuição de escovas Demonstração da escovação com macromodelo Aplicação Tópica de Flúor Escovação Supervisionada Entrega de Panfletos	Crianças e Adolescentes
Verminoses **Higiene**	Pinturas e desenhos	Crianças de creche – PSE
C e D **Cuidados com as crianças** **Aleitamento materno** **Prevenção de acidentes na infância**	Aula Expositiva	Sala de espera do C e D
Câncer de mama **Câncer de colo de útero** **Dengue** **Dia do hipertenso** **Dia do diabético** **Dia mundial da saúde** **Tabagismo** **Alcoolismo**	Palestra Aula com uso do multimídia Aula Expositiva dialogada	Sala da espera
Sexualidade **DST** **Bullying** **Gravidez na adolescência** **Drogas**	Palestra Aula Expositiva dialogada	Adolescentes – PSE

Fonte: Pesquisa de Campo, Pau dos Ferros, 2013.

4.3 CATEGORIAS DE ANÁLISES

Após a codificação das falas as subcategorias emergiram por meio das inferências e correlações realizadas com o referencial teórico utilizado. Posteriormente as subcategorias foram agrupadas em 3 categorias temáticas significativas, a saber: "percepção sobre educação em saúde", subdividida nas subcategorias orientar/informar/educar e corresponsabilização; "ações educativas realizadas", composta pelas subcategorias ações educativas para o público infantil/adolescente, ações educativas para gestantes e ações educativas na sala de espera; e por último a categoria "dificuldades para efetivação da educação em saúde", composta pelas subcategorias dificuldade de trabalhar em equipe, falta de apoio da gestão, espaço físico inadequado e pouca adesão dos profissionais a práticas educativas.

4.3.1 Percepção sobre educação em saúde

A categoria "percepção sobre educação em saúde" é compreendida pelo conjunto de três subcategorias cujas unidades temáticas relacionam-se à percepção sobre educação em saúde dos profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Elenca diferentes percepções na visão social dos sujeitos. As subcategorias que a compõem são: Orientar/Informar/Educar e Corresponsabilização.

4.3.1.1 Orientar/Informar/Educar

Essa subcategoria discute que os profissionais da ESF compreendem também a educação em saúde, enquanto o ato de educar, orientar e informar a população a partir da transmissão de conhecimentos a serem assimilados e reproduzidos pelos usuários. No discurso dos entrevistados orientar, informar e educar são sinônimos, ou seja, todos dizem respeito à estratégia utilizada para que os conhecimentos sejam repassados para os usuários dos serviços.

> [Educação em saúde é] informar primeiramente, porque você nota que várias das patologias que ocorrem, principalmente em saúde bucal, é... mais de 90% delas você consegue só com informação, você consegue evitá-las. (Profissional 15 CD)

> [Educação em saúde] é uma forma de educar as pessoas a como programar a saúde, a como viver de forma saudável, ver saúde de forma inteira. Mas não só a questão de medicar, mais de prevenção na verdade, prevenção e saúde. (Profissional 13 CD)

Neste processo de transmissão de conhecimentos o educador é aquele que detém o saber e o educando aquele que assimila e reproduz, sem questionar e, na maioria das vezes, sem entender o porquê daquela forma de fazer e de agir. O usuário assume nessa relação a postura de passividade, assumindo toda a responsabilidade de cuidar de sua saúde, sendo culpado pelo seu adoecimento (BESEN et al., 2007; FREIRE, 2011a).

Besen et al. (2007) também identificou em sua pesquisa que as práticas educativas na ESF têm o foco nas patologias e na relação autoritária e impositiva entre profissionais e usuários. Elas se apresentam, em sua maioria, pontuais e priorizam a adoção de novos comportamentos. A relação profissional usuário é linear, tornando-se, desta forma, uma prática normativa. Muitas vezes o profissional se acha dono do saber, decidindo pelos usuários, e assumindo-se conhecedor do comportamento mais adequado para eles.

Observou-se que as ações de educação em saúde são feitas para os usuários e não a partir deles e com eles, como orienta o referencial da EPS (VASCONCELOS, 2007). Como observa-se:

> Educação em saúde, pra mim, é você... realizar ações que você..., que venham a..., na verdade, instruir a população que você trabalha, pessoas que você convive, é..., eu acho que é isso, vem..., tem a ver com instrução, eu acho (Profissional 14 E).

> Todo o comportamento do paciente, do cliente com relação à percepção da sua doença, ou na prevenção passa pela educação em saúde, a gente trabalha, ainda, com uma sociedade muito ... como eu posso dizer? Ignorante com relação a, a, melhor forma de se cuidar, por mais que haja muito informação, as pessoas não estão aberta a informação, então a gente não consegue sucesso nas nossas condutas se a gente não educar a população pra segui-los e pra se prevenir ou se cuidar melhor (Profissional 06 E).

"Instrui a população", educar os ignorantes, ensinar comportamentos que devem ser seguidos visando mudar estilos de vida considerados errados, sem sequer pensar na possibilidade de troca de saberes, de diálogo entre os envolvidos, de uma ação dialógica. Na realidade a comunicação ocorre de forma unilateral, onde o profissional é

o centro do processo educativo, cabendo aos usuários escutar, impedindo o homem de assumir um papel ativo na sua formação, impossibilitando, por conseguinte, "o dever principal da educação [que] é de armar cada um para o combate vital, para a lucidez" (MORIN, 2011, p.31).

Demo coloca que "o instrucionismo é herdeiro de posturas autoritárias racionalistas, calcado em alinhamentos que sempre preferem linhas retas impostas e restritivas, esvaindo o aprendiz de sua autonomia endógena" (DEMO, 2005, p. 59). Nesta reflexão circunscreve-se a ideia de educar/orientar/informar dos entrevistados, em que profissional de saúde/educador, ao responsabilizar-se pela educação atrelada à instrução do educando/usuário, nega o saber do outro e sua capacidade de opinar e discutir. Essa concepção caminha em sentido oposto ao defendido por Colomé e Oliveira de que:

> (...) um desafio que se coloca nas práticas educativas em saúde é a efetiva substituição da atitude modeladora por uma atitude emancipatória (...). Um modo de enfrentar esse desafio supõe que os educadores em saúde procurem abandonar o papel de detentores do saber para serem mediadores do saber, construindo espaços educativos favoráveis ao efetivo compartilhamento das problemáticas e a criatividade individual e comunitária na busca de soluções (COLOMÉ, OLIVEIRA 2008, p. 351).

Os profissionais de saúde narram informações e conhecimentos para instrumentalizar os usuários na expectativa que esses assumam o cuidado pela sua saúde, sem considerar a realidade concreta de vida dessas pessoas, suas necessidades e limitações. Como observa-se,

> Educação em saúde é.... informar minimamente o paciente sobre aquilo que seria de competência dele para que ele tivesse uma qualidade de vida baseada na sua saúde geral, da melhor forma possível (Profissional 01 O).

> É você conscientizar as pessoas (...) é... conscientizar que existe meios de evitar doenças, como as prevenções, sabe! As prevenções de câncer de mama é... câncer de próstata (...). Então a educação e saúde é isso, é também você falar, assuntos é... pregar, é... temas na comunidade tá entendendo? Temas tem demais né, tabagismo, é... alcoolismo, é... AIDS (Profissional 12 M).

A primeira fala mostra a culpabilização dos sujeitos à medida que o profissional refere que é competência do usuário cuidar de sua saúde, cabendo a este, a partir de então, responsabilizar-se por esse cuidado (ALVES, 2005; PEDROSA, 2006). Nesta prática o profissional exime-se da responsabilidade e do cuidado contínuo que deve ser ofertado à comunidade sob sua responsabilidade, contradizendo os princípios da ABS. Mendes (2012) traz como um dos atributos da APS a longitudinalidade do cuidado, ou seja, garantia da continuidade dos cuidados ofertados pela equipe de saúde, valorizando o vínculo e o cuidado humanizado, desta forma a ESF tem como uma de suas atribuições responsabilizar-se por essa continuidade.

Algumas verbalizações descritas corroboram com as reflexões de Gazinnelli et al. (2005) de que modos de vida não saudáveis são sempre associados a um agente externo, como o cigarro e o álcool, necessitando ser combatido. Tem-se também embutido nos discursos que a falta de conhecimento é sinônimo de estilo de vida não saudável, ou seja, como se bastasse conhecer para adotar hábitos saudáveis, desconsiderando por completo as questões sociais, econômicas, culturais e políticas que cercam os usuários.

Os comportamentos inadequados são tidos como problemas culturais e falta de conhecimento sobre atitudes saudáveis, assim, os novos conhecimentos científicos, transmitidos, reverteriam tais comportamentos, sendo prontamente assimilados pelos usuários. Nesse campo os profissionais são sujeitos ativos e aos usuários restam a passividade e a absorção das informações (FREIRE, 2011a; GAZINNELLI et al., 2005).

Estudos como os de Westphal (2008) e de Pedrosa (2006) mostram que os objetivos destas práticas educativas autoritárias e orientadas para a prevenção de doenças, é enquadrar as pessoas em comportamentos considerados saudáveis pelo paradigma biomédico, desconsiderando a importância das ações educativas também para a promoção da saúde, assim como para a cura e a reabilitação das doenças. Questiona-se, desta forma, o fato das práticas educativas estarem atreladas predominantemente às ações preventivas. Sabe-se que a prevenção das doenças é importante, no entanto esta não deve ser o principal objetivo da educação em saúde, correndo o risco de serem ofertadas práticas de saúde reducionistas.

A partir das concepções dos profissionais pode-se inferir que as práticas educativas realizadas na ESF local ainda não conseguiram romper com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde. Estando aquém de possibilitar o diálogo de saberes, a valorização dos conhecimentos prévios dos usuários e,

consequentemente, sendo incapaz de despertar o pensamento crítico da comunidade e de instrumentalizá-los a lutarem pela transformação das realidades vividas (ALBUQUERQUE e STOZ, 2004; VASCONCELOS, 2004).

Essas práticas educativas estão atreladas a concepções teóricas e metodológicas da educação bancária e o processo educativo é resumido ao ato de transmitir informações e conhecimentos aos usuários. Desta forma, "em lugar de comunicar-se, o educador faz 'comunicados', e depósitos que os educandos, meras incidências, recebem pacientemente, memorizam e repetem (...)" (FREIRE, 2011a, p. 80).

Infere-se que as práticas educativas não têm disparado um processo educativo que desperta a autonomia e a criticidade dos sujeitos, pois a educação para propiciar a transformação, para ser libertadora, "não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres vazios a quem o mundo encha de conteúdos, (...) mas nos homens como corpos conscientes e na consciência intencionada ao mundo" (FREIRE, 2011a, p. 77). A partir deste pensamento de Freire, fica evidente que na realidade estudada é priorizada a transmissão de informações e a prevenção de doenças, sendo o homem totalmente descartado enquanto ser capaz de pensar, raciocinar, compreender e criticar.

4.3.1.2 Corresponsabilização

Esta subcategoria está vinculada à responsabilização, por parte do usuário, com a sua saúde e a necessidade destes se empoderarem, assumindo o papel de sujeitos. Do total de entrevistados, dois profissionais afirmaram que a educação em saúde deve ser um instrumento capaz de promover a corresponsabilização e o empoderamento dos sujeitos, conforme se observa:

> Ah! Isso aí é muito importante, porque faz os usuários do SUS ...terem mais segurança daquilo que realmente precisam em termos de cuidados com a saúde, aí se corresponsabilizam com sua própria saúde. Mas a gente tem uma parcela nisso como profissional. Todos nós temos certeza, consciência, que a educação em saúde deve fazer parte do processo de trabalho (Profissional 08 CD).

> Educação e saúde é questão do empoderamento, do conhecimento, você adquire e vai contribuindo com outro de uma forma que o outro possa pôr em prática (Profissional 16 E).

Percebe-se que há diferença de concepções entre os profissionais investigados. Alguns, talvez ainda poucos, conseguem vislumbrar a educação em saúde a partir de uma concepção mais ampliada e mais próxima do que vem a ser a verdadeira educação em saúde, ou seja, como uma prática capaz de instrumentalizar a população para que ela também seja responsável pela sua saúde, sem eximir, entretanto, a responsabilidade dos profissionais. As falas fazem alusão ao empoderamento dos usuários, isto é, da construção de uma consciência crítica do processo saúde-doença por meio do conhecimento de sua determinação social.

Emerge ainda a compreensão de que a genuína educação em saúde deve ser parte do processo de trabalho dos profissionais de saúde, devendo ser de responsabilidade de toda a equipe de profissionais da ESF (ALVES, 2005; BRASIL, 2012).

Ressalta-se que o profissional que trata do empoderamento social é o mesmo que cai em contradição ao associar a educação em saúde ao repasse de informações com o objetivo de que os usuários assimilem e reproduzam. Esta contradição, entretanto, é própria das representações, da incorporação de novos conhecimentos, sem no entanto haver rompimento total de um conhecimento cristalizado, mas que aos poucos vai sendo desconstruído, dando lugar ao novo.

A educação em saúde deve ocorrer cotidianamente nos serviços e de forma continua, facilitando o vínculo entre profissionais e usuários, seja em rodas de conversa dentro ou fora das unidades de saúde ou por meio de ações temáticas de acordo com as necessidades dos usuários. Esses espaços de debate por vezes é conflituoso, mas produtivo, estimulando os usuários a assumirem de fato o papel de sujeitos de direitos e de deveres.

Por fim, pode-se dizer que as subcategorias aqui elencadas serviram para demonstrar que os profissionais compreendem “orientação, informação, educação e responsabilização/empoderamento” como objetos iguais. Entretanto, observa-se que, apesar da interface, há distinções dentro dela, isto é, aquela que apenas orienta (diz como fazer) e aquela que possibilita o verdadeiro empoderamento, fazendo uso de estratégias que oportunizam a construção do conhecimento e, quiçá, uma mudança de comportamento, de forma consciente. Esta é a verdadeira educação, se constituindo ainda como utopia na realidade analisada.

4.3.2 Ações Educativas Realizadas

Essa categoria revela a educação em saúde como parte do cotidiano de práticas dos profissionais, entretanto estão mais presentes na prática dos enfermeiros e dos Cirurgiões Dentistas. Estas práticas educativas são direcionadas às crianças, adolescentes, gestantes e público em geral presente na sala de espera.

4.3.2.1 Ações educativas para o público infantil/adolescente

As ações educativas realizadas junto à crianças e adolescentes são predominantemente as ações do Programa de Saúde na Escola (PSE).

> A gente trabalha muito nas escolas, a gente trabalha o projeto saúde nas escolas... (Profissional 05 E).
>
> A gente orienta adolescentes, faz escovação supervisionada, vai aos colégios fazer orientações, palestras (Profissional 04 CD).

As ações do programa saúde na escola "instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007" (BRASIL, 2009b, p. 10), atualmente fazem parte da rotina de serviços de saúde da ESF, devendo ser de responsabilidade dos profissionais de saúde e dos profissionais da educação. O PSE deve desenvolver ações ligadas a prevenção e a promoção da saúde, onde dentre estas estão inclusas as práticas de educação em saúde (BRASIL, 2009b).

Para que de fato o PSE contribua com a efetivação de sujeitos autônomos para o exercício da cidadania, é necessário que as práticas educativas sejam orientadas pela educação problematizadora, ou seja, parta do diálogo de saberes onde profissionais e estudantes debatem juntos e aprendam juntos, ultrapassando a prática educativa autoritária e normativa. Assim, "nas atividades e ações a serem realizadas, os estudantes deverão ser considerados como sujeitos-atores do processo educativo" (BRASIL, 2009,b p. 19) e não como meros objetos do processo ensino-aprendizagem.

Contudo pôde-se verificar que, na maioria das vezes, as ações desenvolvidas restringem-se a palestras e orientações que têm como objetivo central o repasse de informações prontas e estanques (FREIRE 2011a; VASCONCELOS, 2007). Ao serem

indagados sobre as principais metodologias utilizadas foram encontradas as seguintes respostas:

> São essas que eu estava explicando pra você, é palestra e muita orientação, e a gente faz essa parte prática mesmo de ensinar a escovação, porque às vezes a criança tem... (Profissional 11 CD).

> Nós fazemos muita palestras. Nós atualmente temos trabalhado com um projeto na creche de educação em escovação assistida (Profissional 15 CD).

As palestras estão atreladas ao modelo tradicional de educação em saúde que concretizam um monólogo, onde o profissional de saúde fala e dita ordens a serem cumpridas e as crianças/adolescentes concordam e procuram assimilar o que está sendo repassado, sem levar em consideração as experiências, os saberes prévios e as singularidades dessa clientela. (FERRARO, 2011; FIGUEIREDO; FURLAN, 2008; FREIRE, 2011; VASCONCELOS, 2010). Dessa maneira os profissionais

> confundem-se, portanto, no campo das práticas, os conceitos de educação em saúde e informação em saúde. A informação é o conteúdo do processo de comunicação; este por sua vez, implica necessariamente que haja interação interpessoal entre os sujeitos envolvidos (SILVA, DIAS, RODRIGUES, 2009, p. 1456).

Percebeu-se, ainda, que nem todos os profissionais de saúde estão envolvidos no PSE, ficando essas ações sob responsabilidade maior dos enfermeiros, dos Cirurgião Dentistas e dos acadêmicos de enfermagem da UERN em estágio na USF.

> (...) o PSE na verdade é um programa saúde na escola, que deveria se chamar enfermeiro na escola, porque só o enfermeiro que vai, a nossa dentista vai também, ela é bem aberta para as atividades educativas, mas a gente não pode contar com muita gente (Profissional 05 E).

> Na equipe como todo, nada. Mais assim é... os agentes de saúde fazem atividades deles, o enfermeiro faz a sua atividade com a participação dos agentes de saúde, o técnico de enfermagem. Mas a equipe toda nunca fez uma atividade conjunta, eu tô aqui há 4 anos nunca vi o médico fazer nenhuma. O dentista faz palestras nas escolas (Profissional 10 E).

> (...) a mão de obra que são os alunos são importantes, eles ajudam bastante, essas atividades educativas [da escola] ficam quase que 100% nas mãos deles, eu fico na parte de coordenar (...) (Profissional 03 E).

Apesar de cada profissional possuir sua atribuição específica dentro do PSE, percebeu-se, na prática, um trabalho esfacelado, onde o médico não inclui na sua rotina ações de saúde dentro da escola, ficando a cargo dos demais membros da equipe. Esta realidade constitui-se em resquício do modelo de saúde médico-centrado e curativista. Os profissionais da ESF têm responsabilidades específicas dentro do PSE, mas também tem funções comuns como:

> (...) Conhecer o Projeto Municipal do Programa Saúde na Escola (PSE), quando houver; (...) Contribuir no debate para a inserção transversal dos temas da saúde no currículo escolar; Participar do planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas; Realizar visitas domiciliares e participar de grupos educativos e de promoção da saúde,como forma de complementar as atividades clínicas para o cuidado dos escolares, sobretudo para grupos de escolares mais vulneráveis a determinadas situações priorizadas pela equipe; Realizar ações de promoção de saúde alimentar e trabalhos com grupos no ambiente escolar, dirigidos aos alunos, professores, funcionários e pais dos alunos; Desenvolver ações que abordem temas como a obesidade, diabetes, sedentarismo, prática de atividade física, hábitos alimentares e estilos de vida, mudanças de comportamento e cuidados em relação à higiene bucal (...). (BRASIL, 2009b, p. 67)

Foi possível visualizar que as ações do PSE deixam a desejar, não sendo efetivadas como deveriam, ou seja, com as ações de promoção à saúde orientadas pelo programa ministerial. Segundo o MS, as ações devem ser planejadas a partir das necessidades identificadas por toda a comunidade escolar, incluindo alunos, funcionários, professores e pais, pelos profissionais da ESF e outras parcerias (BRASIL, 2009b). No entanto, o planejamento das ações do PSE é feito somente pelo enfermeiro, com a tímida participação de diretores de escola ou coordenador pedagógico, conforme mostram os relatos:

> (...) eu faço o projeto [do PSE], junto todos os representantes das escolas para estar fazendo a semana de saúde nas escolas, cada mês trabalhando uma temática diferente (..). Mas o médico e o dentista nunca apareceram, então eu faço a minha parte, jogo as temáticas que o programa propõe [no projeto], coloco aleatoriamente num mês que tem que ir, entrego à diretora e a diretora entrega a eles, eles olham e pronto (...) (Profissional 03 E).

Os professores e alunos das escolas não participam do planejamento, permitindo-se questionar se de fato as ações realizadas estão atendendo as reais necessidades das crianças e adolescentes adscritas em cada ESF, à medida que a voz dos

principais atores deste processo, os alunos, estão sendo silenciadas e negligenciadas. As práticas educativas são planejadas a portas fechadas e realizadas de forma vertical, sendo, muitas vezes, elencadas a partir do que o programa ministerial legitima, sem considerar as necessidades sociais e de saúde da população. O MS coloca que

> Após a sensibilização e efetivação da parceria e da apresentação da proposta conceitual de promoção da saúde, devem-se levantar as necessidades por meio de reuniões, grupos de trabalho ou oficinas com a comunidade escolar: alunos, pais, professores, funcionários, outros profissionais e membros da comunidade. Caso não seja possível iniciar com todos esses atores, pode-se fazê-lo com os professores e alunos e, depois, envolver o restante da comunidade organizada (BRASIL, 2009b, p. 18).

Dentre os vários entraves para a efetivação das ações do PSE foi citado a sobrecarga de trabalho do profissional enfermeiro, que assume dentro da ESF várias responsabilidades, indo desde ações burocráticas às atividades de assistência, prevenção e promoção da saúde, como explicitado na sua fala:

> Na parte que nos compete, a gente tem feito as ações do PSE, algumas ações que eram para ter sido feitas em setembro estão atrasadas, porque a gente conta para executar essas ações com a parceria da UERN e esse ano não teve estudantes aqui nessa unidade, então eu estou sozinha para fazer todas essas ações, porque a gente sabe que, infelizmente, na prática o medico não assume as ações educativas, o agente de saúde, por mais capacitado que seja, ele sabe que tem capacidade de dar uma palestra, de fazer uma sala de espera mas eles não fazem, então, toda essa parte educativa, de organização de eventos, de tudo, fica a critério do enfermeiro e a gente tem o PMAQ também, tem a nossa rotina e às vezes isso nos sobrecarrega (...) (Profissional 06 E).

De fato sabe-se que o enfermeiro da ESF assume muitas responsabilidades dentro da equipe, porém na caracterização dos sujeitos participantes, foi evidenciado uma questão que acirra esta problemática, o fato da maior parte dos profissionais da ESF só trabalharem 20 horas semanais, situação determinada por um acordo entre a gestão local e os profissionais.

As ações do PSE terminam por não acontecer cotidianamente sendo, em algumas escolas, realizadas mensalmente e, na maioria delas, semestralmente, conforme as informações coletadas. Tal fato foi elucidado tanto nas falas dos profissionais, quanto na observação direta, por ocasião da ida ao campo. Desta forma, não foi possível

observar nenhuma ação de educação em saúde na escola, ou porque não estava agendada para o período, ou porque estava sendo realizada por acadêmicos estagiários da UERN.

Rocekr e Marcon (2011) em seu estudo sobre a concepção e prática de educação em saúde dos profissionais enfermeiros da ESF, no Paraná, também encontrou, em seus resultados, que a educação em saúde não era realizada com muita frequência por estes profissionais, atrelando este fato ao perfil profissional, e ao interesse e empenho de cada um, colocando, ainda, a sobrecarga de trabalho como elemento potencializador dessa realidade.

As principais ações trabalhadas no PSE são palestras, atualização do calendário vacinal e as ações de saúde bucal, como escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor. Poucos profissionais relataram realizar a avaliação da acuidade visual e triagem para hipertensão.

> Então, nós fazemos essa escovação assistida, aplicação do flúor, palestra. A gente sempre faz periodicamente, porque não adianta você iniciar fazendo e depois abandonar, tem que ser uma coisa periódica e constante (Profissional 15 CD).
> No PSE é mais gravidez na adolescência e a questão também das DSTs, como se prevenir, é o que a gente mais trabalha (Profissional 18 E).

As temáticas abordadas estão mais relacionadas à prevenção de doenças e, geralmente, orientadas pelo programa ministerial. Temáticas como cultura de paz, questões ambientais e estilos de vida não foram citadas (BRASIL, 2009b), pois conforme a fala a seguir, alguns profissionais não se sentem capacitados tecnicamente para abordar algumas temáticas, daí a importância da interdisciplinaridade.

> A escola, as vezes quer que a gente dê uma palestra sobre cultura de paz, sobre bullying e a nossa formação, é generalista, mas a gente não tem preparo para falar de cultura de paz e não violência na unidade, porque a nossa formação não é, a gente não tem formação para dar uma palestra sobre bullying, um psicólogo talvez fosse mais indicado, um pedagogo, entendeu (Profissional 06 E).

É perceptível a importância do apoio de outros profissionais e setores, pois os saberes dos profissionais têm limites, principalmente quando uma só categoria, como a enfermagem, se vê na responsabilidade de discutir todas as temáticas relacionadas à prevenção e à promoção da saúde no PSE. Ressalta-se a importância do trabalho em

equipe, do apoio dos profissionais de educação, da Secretaria de Assistência Social do município e até do NASF. Para trabalhar a promoção da saúde é necessário o envolvimento de todos os setores. Isso revela, também, o despreparo do profissional durante a formação acadêmica, onde são mais valorizados os conteúdos clínicos e biológicos do processo saúde-doença (WESTPHAL, 2007).

Compreende-se que "o processo de educação em saúde na escola deve ser amplo, buscando a valorização dos indivíduos, tornando-o corresponsável pela sua saúde e a da comunidade (FERRARO, 2011, p. 88)", possibilitando a construção de sujeitos autônomos e capazes de analisar os problemas de saúde, propor estratégias de enfrentamento e lutar para que estas sejam de fato efetivadas. Faz-se, entretanto, necessário o envolvimento de diversos profissionais que compõem o campo da educação, como das diversas categorias e setores que compõem o campo da saúde, sendo imprescindível também o apoio político e financeiro por parte dos gestores e a participação da comunidade.

4.3.2.2 Ações educativas para gestantes

Essa subcategoria analisa as práticas educativas desenvolvidas junto ao grupo de gestantes. Tal prática é desenvolvida em parceria com o NASF, cabendo a este a principal responsabilidade na programação e execução:

> Na das gestantes é o NASF, a gente tem o apoio do NASF, tem psicólogo, tem educador físico, tem fonoaudiólogo, tem assistente social, nutricionista, então é uma equipe multidisciplinar (...) (Profissional 03 E).

> (...) a gente trabalha dentro da unidade de saúde também com o grupo de gestantes, porque tem um calendário do NASF, mas a gente entra dentro também (Profissional 05 E).

Durante as observações das práticas educativas, identificou-se que os grupos de gestantes ocorrem praticamente em todas as USF e apenas três unidades não realizam o grupo por falta de espaço físico adequado, uma vez que funcionam em casas alugadas muito pequenas, não oferecendo espaço para a realização de atividades em grupo. Entre as três USF uma não realiza grupo de gestantes, outra realiza no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e a outra orienta as gestantes a participarem das ações

educativas em outra ESF, prejudicando a participação tanto pela distância, quanto pela falta de vinculo com os profissionais da USF vizinha. Vê-se nos discursos:

> A nossa unidade não oferece estrutura para a gente se reunir, então como tem o CRAS muito próximo, a gente faz essa parceria. A gente utiliza a estrutura do CRAS, marca os horários de acordo com a disponibilidade do ambiente deles e faz as nossas reuniões lá. Essa reunião é feita pelo NASF, Núcleo de Apoio á Saúde da Família, com seus profissionais e em alguns momentos há a minha participação (Profissional 06 E).

> (...) o NASF, eles fazem ações educativas com o grupo de gestante em todas as unidades de Pau dos Ferros, a minha não faz, porque não tem onde e olhe que só tenho 12 gestantes, quer dizer você não tem como colocar numa sala desse tamanho aqui 12 gestantes, mais você, mais o projetor, mais o birô, mais as pessoas que estão inseridas em todo contexto, eu vou assistir, tem outras pessoas da unidade que vem, não tem espaço (Profissional 14 E).

As reuniões com o grupo de gestantes ocorrem mensalmente nas USF e são realizadas pelos Nutricionista, Assistente Social, Educador Físico, Psicólogo e Fisioterapeuta da equipe do NASF. As ações acontecem pela manhã ou a tarde, de acordo com a programação do NASF.

Durante a observação, ficou claro que quem planeja as ações deste grupo são os profissionais do NASF, deixando os profissionais da ESF e as próprias gestantes fora do planejamento. A equipe do NASF elabora um cronograma semestral para a realização das ações e enviam para as USF, neste cronograma são colocadas às datas e os profissionais responsáveis pela ação educativa, porém não são divulgadas as temáticas, de modo que só são conhecidas na hora da atividade.

> Porque às vezes eu até acho que como praticamente foi retirado isso aí [a reunião das gestantes da responsabilidade da ESF], eu digo também que faço, porque durante o pré-natal a gente também contribui muito com essas orientações individuais, mais muitas vezes eu acho que os temas que nós antes do NASF trabalhávamos, eles eram mais bem direcionados, porque a gente não fazia o que a gente queria, fazia o que elas achavam que era necessário. A gente não tinha nada pronto (Profissional 18 E).

> (...) o NASF faz o cronograma deles e já dão a gente com os profissionais envolvidos e tema a gente não tem não, mas eles quando veem já vêm [com] as temáticas. Assim, na verdade eu acho que, ele foi semestral, porque ele começou em julho aqui, mas já teve outro cronograma no semestre (Profissional 05 E).

Este é um fator limitante da educação em saúde com grupos, visto que os temas geradores do processo de educação devem partir da realidade de vida dos sujeitos, devendo, inclusive, serem elencados por eles, fazendo com que o processo educativo parta de fato das necessidades e vivências dos usuários, facilitando a aprendizagem e servindo de estimulo para quem está vivenciando aquela realidade. As temáticas abordadas pelos profissionais não partem das necessidades e especificidades do território, pois "investigar o tema gerador é investigar, repitamos, o pensar dos homens referido à realidade, é investigar seu atuar sobre a realidade, que é sua práxis" (FREIRE, 2011a, p. 136).

Os profissionais da ESF, por fazerem parte do cotidiano das mulheres grávidas, com maior vínculo formado tanto por meio das consultas de pré-natal como pelas ações de promoção e prevenção à saúde desenvolvidas na unidade, deveriam ser os principais responsáveis pela organização, coordenação e condução do grupo, devendo o NASF apenas dar o suporte necessário (BRASIL, 2012). Desta forma facilitaria a troca de experiências, o diálogo, ou seja, o processo educativo no grupo.

Observou-se, ainda, que nenhum membro da ESF participava das ações do grupo de gestante, ficando este totalmente sob a responsabilidade do NASF, no entanto é importante destacar "que no contexto da atenção básica do Brasil, o trabalho com grupos é uma atribuição da equipe no Programa Saúde da Família" (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009, p. 222.) A própria PNAB coloca como sendo de responsabilidade dos profissionais que compõem a ESF a realização de ações de promoção e prevenção á saúde, no entanto na realidade estudada esta responsabilidade está sendo totalmente delegada ao NASF, que possui várias responsabilidades no matriciamento das ESFs que estão sobre sua referência. (BRASIL, 2009, 2012)

Os profissionais do NASF por não estarem cotidianamente na comunidade e na USF, não têm vínculo formado com as usuárias do grupo, fato que contribui para limitar o diálogo entre ambos e o reconhecimento das singularidades e necessidades das usuárias ali presentes, dificultando inclusive o acolhimento destas no grupo (ALBUQUERQUE, STOZ, 2004; GREEN, ANDRADE, LOUROSA, 2006; VASCONCELOS, 2004). Sabe-se que

> Criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se

> responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal (GOMES; PINHEIRO, 2005, p. 293 apud MERHY, 1994, p. 138).

Logo, prejudicando o vínculo profissional-usuário afetado de forma negativa no grupo de gestantes.

Na observação foi possível perceber também que os temas trabalhados com as gestantes estavam mais direcionados ao binômio mãe-filho e centradas na diminuição de possíveis intercorrências que possam surgir na gestação, conforme orientação dos programas ministeriais. No entanto, temáticas relacionadas à atividade física, fé, autoestima também foram observadas. No geral, percebeu-se a importância que se dá a prevenção de patologias, à questões clínicas, assemelhando-se a práticas educativas higienistas, conforme a educação em saúde tradicional (ALBUQUERQUE, STOZ 2004; ALVES, 2005; SILVA et al., 2009).

As metodologias utilizadas priorizam a exposição de conhecimentos e informações, por meio de palestras, exposição de vídeos e projetores multimídia, demonstração de exercícios de relaxamento e de posições para melhorar a postura, prescrevendo normas a serem seguidas sem considerar as individualidades e a realidade social (ALVES, 2005; VASCONCELOS, 2007).

Esses recursos têm como característica o fato de trazerem as informações a serem transmitidas já pré-definidas, e a dificuldade de promover o diálogo, já que o centro da atenção são os ensinamentos e imagens ali contidas. É importante esclarecer que não se pretende condenar o uso destas ferramentas de informação, mas somente enfatizar que elas não devem ser o centro da ação educativa, pois "a utilização do material educativo em grupos pode servir como ponto de partida para a discussão" (BRASIL, 2005) e não como fim principal.

Estas reflexões revelam que a prática educativa realizada com as gestantes é orientada pela pedagogia da transmissão, podendo ser classificada como uma educação bancária, e dessa forma, incapaz de despertar a autonomia do grupo, priorizando a reprodução de posturas e saberes (BORDENAVE, 1999; FREIRE, 2011). Apesar de algumas gestantes se pronunciarem durante atividade, no geral elas assumem o papel de passividade, assumindo mais a função de ouvintes das informações narradas pelos profissionais, não ocorrendo de fato o processo educativo, mas um processo de comunicação uma vez que "o processo educativo, (...) está além dos processos de informação ou comunicação" (SILVA, DIAS, RODRIGUES, 2009, p. 1456) já que ele

deve ser capaz de despertar a compreensão, a reflexão crítica dos educandos e a reconstrução de saberes. (FREIRE, 2011a; MORRIN, 2011)

Também foi apreendida, nas falas e na observação dos grupos, a presença da pedagogia do condicionamento. Haja visto que, para ocorrer as atividades do grupo, a secretaria municipal de saúde oferece um kit com alguns itens para o enxoval do bebê, que serve de estimulo à participação das gestantes (BORDENAVE, 1999; PEREIRA, 2003). A respeito disso o Profissional, coloca:

> (...) as gestantes vêm porque elas têm direito a ganhar o kit ao final da gestação, por isso que eu estou dizendo, tudo tem que ter algum bônus, um estimulo. Elas vêm recebem, e tem que assinar, tem que ter a quantidade de presença. Por isso que nós temos um grupo bem consolidado (Profissional 03 E).

O relato evidencia que nem sempre a população valoriza as práticas de educação em saúde ofertadas na ESF, sendo necessário oferecer uma espécie de recompensa para que a população se sinta motivada e interessada em participar, uma vez que o saber não é considerado pertinente e nem é compreendido enquanto grande bônus. Sabe-se que um dos motivos que levam a essa falta de interesse é a valorização das práticas médicas por parte da população, supervalorizando consultas médicas, prescrições medicamentosas, procedimentos de apoio diagnósticos, dentre outros, sendo tal fato resquício do modelo biomédico, difundido pelo Relatório Flexner (FRANCO, MERHY, 2007; PEDROSA, 2006)

Esta realidade também foi elucidada em um estudo realizado junto aos usuários de uma ESF na cidade de Montes Claros-MG, onde se evidenciou nas falas dos usuários a oferta de recompensas como teste de glicemia capilar, troca de receituários e medição da pressão arterial como estimulo a participação nos processos educativos realizados pelos profissionais da ESF nos grupos de educação em saúde (FIGUEIREDO, NETO, LEITE, 2012).

Os recursos educativos utilizados pelos profissionais são de fato ilustrativos, de fácil compreensão, informativos e chamam a atenção, no entanto, muitas vezes, as informações trabalhadas não condizem com a realidade de vida das gestantes e ainda não propiciam o diálogo entre os saberes “atuando como uma ‘fórmula’ à qual todos devem adequar seu estilo de vida, o que desfavorece a adesão das pessoas” (SILVA, DIAS, RODRIGUES, 2009, p. 1457).

Durante a observação visualizou-se ainda que a maioria das ações do grupo de gestantes aconteciam em uma sala de consultório improvisada para tal, pois as USF não oferecem espaços físicos adequados. As cadeiras também eram organizadas de forma tradicional e não em círculo, dificultando o diálogo entre os sujeitos envolvidos. Observou-se também que não era solicitado que as gestantes se apresentassem e não eram usadas nenhuma dinâmica de descontração/sensibilização, nem atividade lúdica para despertar os saberes e experiências prévias do grupo. Não havia também nenhum espaço para que as participantes avaliassem a ação realizada e dessem sugestões para outras reuniões do grupo. É importante refletir que

> a busca de novas metodologias mais participativas também aparece como uma necessidade para ir além da informação e alcançar a motivação e a mobilização a partir de uma participação ativa e real onde os sujeitos sejam capazes de reivindicar e assumir processos (MEDEIROS, SILVEIRA, 2007, p. 123).

Compreende-se que para sejam concretizadas mudanças nos modos de levar a vida das pessoas e a formas como elas enfrentam seus problemas de saúde e cuidam de si, faz-se necessário despertar a autonomia das mesmas, pois

> só será possível ampliar a eficácia e a potência das práticas de saúde se formos capazes de negociar com os sujeitos a construção de novos modos de vida para si, apoiando-os no enfrentamento de suas resistências e na constituição de novas formas de posicionamento ante o seu contexto (FIGUEIREDO; FURLAN, 2008, p. 165).

Sendo assim, partindo deste pressuposto, a educação em saúde proposta ao grupo, é bastante limitada.

Apesar das fragilidades vislumbradas, enfatiza-se a importância de trabalhar com gestantes por meio da construção de grupos uma vez que estes assumem um papel importante nas práticas de saúde, pois possibilitam que profissionais e usuários dialoguem sobre seus saberes e vivências, disparando um processo educativo onde ambos aprendem juntos, propiciando a construção da autonomia dos sujeitos envolvidos para que estes se empoderem e percebam seus problemas de saúde, buscando alternativas de enfrentamento (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009; SILVA et al., 2006).

Estudos como o de Figueiredo, Neto e Leite (2012) mostram que mesmo utilizando a pedagogia da transmissão e do condicionamento, os usuários conseguem materializar algumas mudanças em seus estilos de vida, principalmente ligadas ao

enfrentamento das doenças. No entanto, estas pedagogias não conseguem despertar a consciência crítica destes para que analisem os determinantes dos problemas e se empoderem para lutar pela melhoria de suas condições de saúde e para fazerem escolhas conscientes e capazes de melhorar a sua qualidade de vida. Por conseguinte não estimula a participação social (BORDENAVE, 1999; CHIESA, VERISSIMO, 2001; VASCONCELOS, 2004).

4.3.2.3 Ações educativas na sala de espera

Esta subcategoria discute as práticas educativas realizadas na sala de espera, como uma terceira ação de educação em saúde realizada pela ESF. No entanto as falas revelaram que esta ação não acontece de forma rotineira e não está presente no cotidiano de todas as ESFs. Estas ações educativas são realizadas na maioria das vezes pelos enfermeiros e pelos acadêmicos de enfermagem em estágios nas USF.

> As ações educativas que são feitas aqui, são feitas quando vem a parceria com os alunos da UERN, então a gente explora muito. Ultimamente está explorando muito ações educativas com os estagiário, que tem uma participação minha tem, assisto, mas ai (...), deixo a questão dos meninos a gente senta e vejo as necessidades de fazer uma ação educativa e é feita no dia do atendimento, porque se for agendada, não vai comparecer ninguém, essa é a verdade. Então chegou o pessoal para fazer o dia de prevenção, a gente aproveita aquele grupo que tem ali e já faz, se chegou mãe pra fazer C e D [crescimento e desenvolvimento], agente já aproveita aquele grupo que tem ali e já faz e vamos fazendo desse jeito, sala de espera, porque se você agendar não vem (Profissional 09 E).

As práticas educativas na sala de espera geralmente são realizadas junto ao público que aguarda pelas consultas oferecidas na USF. Os acadêmicos da UERN são os principais responsáveis por esta atividade, ficando o enfermeiro com a responsabilidade de elencar as temáticas em parceria com estes.

As temáticas escolhidas geralmente correspondem à questões ligadas a prevenção de doenças, sendo também abordadas temáticas que estão em evidência na mídia e que fazem parte do calendário nacional da saúde como, por exemplo, dia do diabético, dia de combate ao tabagismo, outubro rosa entre outros.

> Bem ... eu vou falar por mim, que é meio complicado falar em equipe, não é? Mas aqui eu tenho apoio dos alunos da UERN e aí eu me programo de acordo com o calendário da saúde, tipo o dia do hipertenso, o dia do diabético, uma temática que está sendo da moda, uma doença que está tendo um índice maior, o que a gente nota que esteja sendo deficiência da população naquele momento. Então a gente se programa e esta realizando de acordo com a necessidade (Profissional 03 E).

> Foram câncer de mama e câncer de colo, sobre dengue, que, a secretaria, a gente teve que montar, fazer um projeto sobre dengue, por unidade, para desenvolver no bairro, cada um. Então a gente fez sobre dengue, sobre câncer de colo e de mama, sobre alimentação, C e D, cuidados com as crianças, prevenções de, de acidentes, aleitamento materno, mais esses temas que são mais discutidos, que tem que ser repetido de novo agora. Já vou passar para as meninas [estagiários de enfermagem] providenciar que elas estão chegando agora, eu estou com dois estagiários que chegaram essa semana, já para desenvolver as mesmas coisas (Profissional 09 E).

Percebe-se que as escolhas das temáticas, em sua maioria, não partem das necessidades de saúde diagnosticadas na comunidade, sendo elencadas de acordo com as datas comemorativas estabelecidas nacionalmente, com exceção da temática dengue, solicitada pela secretaria municipal de saúde de Pau dos Ferros em virtude do alto índice de dengue em 2013. Embora esta seja uma necessidade presente na comunidade, a temática não foi escolhida pelos usuários, nem pelas ESF, partiu da Prefeitura Municipal (ALBUQUERQUE, STOZ, 2004; SILVA, DIAS, RODRIGUES, 2009).

Durante a coleta de dados da pesquisa foi notório o ambiente tumultuado que envolve a sala de espera. O espaço é bastante pequeno, cheio de ruídos, de conversas paralelas e de fluxo de pessoas, o que acaba dificultando a prática de ações educativas que valorize o dialogo de saberes e o uso de metodologias participativas (ALBUQUERQUE, STOZ, 2004; MELO, 2005).

A metodologia predominante nas ações educativas são palestras e exposições, mais uma vez priorizando o repasse de informações. No entanto, alguns profissionais disseram trabalhar com metodologias ativas para tentar estimular a participação da comunidade:

> se for alguma coisa com hipertenso é expositivo e dialogado, já aconteceu de dinâmicas ... é aquela coisa da dengue, pode colocar uma caixinha que tem muito, que pergunta, que responde, agente utiliza bastante (Profissional 03 E).

Outra questão observada foi a pouca participação de médicos e Cirurgião Dentistas nas ações educativas de sala de espera, ficando estas sob responsabilidade do enfermeiro e acadêmicos de enfermagem. Tal fato se contrapõe a orientação da PNAB quando orienta que compete a todos os profissionais da ESF ofertar ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação (BRASIL, 2012).

Não foi possível visualizar atividades educativas em sala de espera, pois não havia nenhuma programada. Tal fato mostra que a educação em saúde em sala de espera não é rotina nas USF.

Estudos como os de Melo (2005) e Rocekr e Marcon (2011) mostram que as atividades de educação em saúde não têm sido rotina dentro das ESF, realidade corroborada com os achados desta pesquisa. Nesta direção, as falas dos entrevistados também deixaram claro, em sua maioria, que as ações educativas eram realizadas mensalmente, quinzenalmente ou semestralmente, variando de acordo com a ESF em que estavam vinculados.

> As atividades, elas são realizadas ... , todo mês, a gente tenta fazer uma ou duas no máximo, a gente consegue. Tem mês que a gente faz mais nas escolas e não faz aqui [na sala de espera ou auditório da unidade], tem mês que agente fica mais aqui e não faz nas escolas (Profissional 03 E).

> É dentro do consultório frequentemente, fora, de seis em seis meses (Profissional 04 CD).

Observou-se claramente que esta não tem sido uma ação priorizada, sendo desenvolvida de forma pontual. Assim, as atividades da sala de espera são ainda incipientes.

4.3.3 Dificuldades para efetivação da educação em saúde

A categoria dificuldades para efetivação da educação em saúde discute que nem sempre a ESF tem sido um ambiente propício para o desenvolvimento das ações educativas, apresentando uma variedade de situações que, por vezes, dificultam a realização destas. Como, por exemplo, o incipiente apoio da gestão, a dificuldade de desenvolver um trabalho em equipe, a inadequação do espaço físico de algumas USF e a pouca adesão dos profissionais às ações de educação em saúde.

4.3.3.1 Dificuldade de Trabalhar em Equipe

Esta subcategoria apresenta que um dos principais entraves para desenvolver a educação em saúde, é o esfacelamento da Equipe, médico, enfermeiro e Cirurgião Dentista trabalham de forma isolada, não havendo programação, tampouco o planejamento em equipe, refletindo na prática fragmentada e na realização de ações educativas individuais, ou seja, sob responsabilidade do enfermeiro.

> Eu vejo sim como ponto negativo é a fragmentação da equipe, que não existe ... não existe, como eu já falei anteriormente, eu disse que um projeto que você vai fazer de um PSE você não tem, não tem é ... uma adesão dos profissionais, mas eu atribuo muito isso também a ... a ... a gestão, a secretaria ..., que ela não promove essa articulação, está entendendo, ela própria está solta (...) (Profissional 03 E).

> ... vou esperar o médico me procurar para fazer uma ação aqui na unidade, vou esperar o dentista, não! Se eu tenho que fazer eu vou e faço, porque na verdade não se trabalha em equipe, cada um executa o seu trabalho (Profissional 14 E).

Embora nem todos os profissionais tenham citado a fragmentação da equipe como dificuldade para concretizar as ações educativas, nas entrelinhas fica claro que o diálogo entre eles é um desafio, principalmente em relação ao planejamento das estratégias de educação em saúde. Esta realidade também foi percebida na pesquisa de Pinafo et al. (2011).

A ESF é composta por uma equipe multiprofissional que deve trabalhar de forma conjunta, estabelecendo entre si um diálogo para que, juntos com a população, sejam capazes de identificar as necessidades de saúde individuais e coletivas, traçar estratégias de intervenção, pôr em prática as ações e depois avaliarem o seu impacto. Na verdade para que sejam ofertadas ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação é necessário a construção de um plano de intervenção onde o trabalho de cada profissional é importante, sendo necessário haver a complementaridade desses trabalhos e a interação entre o coletivo de trabalhadores que compõem a ESF e entre estes e os usuários (ARAÚJO, ROCHA, 2007).

No entanto, várias pesquisas (ARAÚJO, ROCHA, 2007; SILVA, TRAD, 2005) revelam que trabalhar em equipe na ESF continua sendo um desafio a ser superado, já que os profissionais, cada um com um arcabouço de saberes e práticas, têm dificuldade

de comunicar-se e trabalharem de forma articulada, principalmente para construírem estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde da comunidade. Contudo na ESF

> cada profissional é chamado a desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, cujo produto deve ser fruto de um trabalho que se forja com a contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento (SILVA, TRAD, 2005, p. 26).

Somente desta forma as necessidades de saúde que são diversas e complexas serão atendidas.

Constatou-se que, muitas vezes, o enfermeiro faz um cronograma de ações tentando contemplar os demais profissionais sem que estes tenham conhecimento do planejamento, designando o que cada um deverá fazer.

> então quem sou eu, como uma enfermeira, para estar cobrando um dentista que tem que fazer uma atividade. Pronto, eu vou, eu faço a minha e vou levando (Profissional 03E).

O trabalho do Cirurgião Dentista é a parte da equipe, este se envolve somente com os conteúdos ligados à boca, desenvolvendo seu processo de trabalho ou no consultório odontológico ou nas ações do PSE, pouco dialogando com o restante da equipe ou se envolvendo com outras ações educativas como sala de espera, o grupo de gestantes e as atividades de combate a dengue, ações presentes no cotidiano das ESFs.

> Na equipe, enquanto equipe não, não. Enquanto equipe eu não vejo trabalho conjunto. O que existe realmente é meu trabalho... meio que a parte, junto os escolares das escolas que fazem parte da área em que eu atuo. Dentro da unidade eu já tentei trabalhar com a enfermagem, a gente tentou com diabéticos, hipertensos e grávidas. As grávidas foram as únicas que a gente conseguiu algum avanço. E ainda assim é só a primeira consulta depois elas vão embora porque elas sabem que tem obrigação de fazer a primeira consulta (Profissional 01 CD).

> A gente planeja fazer em equipe e não funciona, em canto nenhum. A gente não consegue fazer isso. O medico não vai participar, nunca, o enfermeiro quer participar, mas também é muito sobrecarregado na unidade, entendeu? Normalmente não combina com os dias da gente e o dentista trabalha mais em processo curativo que em processo preventivo, então termina não se unindo e fazendo isso, que seria ideal (Profissional 04 CD).

Os Cirurgião Dentistas concentram a maior parte de seus serviços em atendimentos curativos no consultório e o profissional médico, por sua vez, também não

consegue desligar-se das ações de cunho individual e curativo, direcionando o trabalho na ESF quase que totalmente para consultas ambulatoriais, saindo da unidade apenas para desenvolverem visitas domiciliares, que não deixam de ser uma extensão das consultas ambulatoriais, como coloca os profissionais:

> A questão de... tempo ou consulta ou faz educação, por quê? Porque o trabalho aqui é mais direcionado pra atendimento, tenho que ser sincero a dizer (Profissional 17 M).

> A parte da educação em saúde, porque fica mais a critério do enfermeiro, mas, assim, [o médico] particularmente é só mais consultas (Profissional 12 M).

Esta é uma realidade que não é especifica de Pau dos Ferros. Sabe-se que embora o SUS oriente a prática para um novo modelo assistencial, centrado na saúde e não na doença, onde o profissional médico deve desenvolver seu trabalho dentro e fora dos consultórios, como requer a ESF, a pratica hegemônica continua orientada pelo modelo biomédico e curativista, sendo inclusive potencializada em sua formação. Esta realidade termina por dificultar a integração do médico com a equipe e, consequentemente, a execução de ações extra consultórios, como a educação em saúde. (FRANCO, MERHY, 2004; GONÇALVES et al., 2009; ROSA, LABATE, 2005)

Conclui-se que as ações educativas realizadas pelos enfermeiros e Cirurgião Dentistas são planejadas de forma individualizada, onde cada um se programa de acordo com a sua disponibilidade de horários e de acordo com as demandas das instituições, revelando, assim, um trabalho independente, isolado e fragmentado, que interfere diretamente na adesão da equipe às ações de educação em saúde.

Para consolidar o trabalho em equipe é imperativo buscar formas de efetivar o diálogo e o entendimento dessa equipe, concretizando uma prática comunicativa orientada para o entendimento mútuo. Eis aqui um desafio, concretizar de fato um trabalho em equipe multiprofissional em equipes que muitas vezes apresentam relações conflituosas e delicadas, interesses diferenciados e projetos de intervenção individuais.

4.3.3.2 Falta de Apoio da Gestão

Tal subcategoria aborda outra barreira que os profissionais da ESF se deparam ao realizarem educação em saúde para a coletividade, a saber, diz respeito a questões referentes ao apoio da gestão. A maioria dos sujeitos pesquisados denuncia esta problemática:

> Pelo seguinte é... nos municípios do Brasil nós temos aquele problema, (...) sempre no início do ano de troca de governo tem a questão de licitações, então eu fiquei muito tempo sem material, muito tempo. O material está sendo reposto agora tanto pela burocracia do serviço público, então eu fiquei realmente sem condição nenhuma de trabalhar da forma que eu quero, da forma como eu gostaria (Profissional 15 CD).

> Ausência de material, ausência de interesse real de uma política de saúde verdadeiramente formada dentro da prefeitura. Deveria existir datas a serem seguidas para que a gente fizesse uma estruturação deste atendimento [com] escolares no mínimo duas ou três vezes por ano (...), não existe carro para a gente, normalmente usamos o carro próprio se quiser. Eles só sabem cobrar (Profissional 01 CD).

> É dificuldades é (...) a questão salarial, porque não adianta. A questão de transporte também complica muito, que você não tem como fazer nada na zona rural, é meio desassistida (Profissional l0 E).

A falta de transporte, os baixos salários, a sobrecarga de trabalho do enfermeiro e a falta de insumos para trabalhar, influenciam de forma negativa a prática da educação em saúde segundo os profissionais.

A quantidade insuficiente de recursos como escovas, flúor, material educativo, projetor de multimídia, também fora colocado como entrave na realização das ações educativas, principalmente as realizadas nas escolas.

> As dificuldades que eu acho só, é a gente ter o material de exposição, digamos, eu num sou muito voltada para educação, vocês sabem, mas um álbum seriado, então é, é esses materiais, esses recursos metodológicos, uns panfletos, uns cartazes, que venha motivar. (...) é escova dentária, é o macro modelo, e assim vai é a dificuldade (Profissional 08 O).

> Outras dificuldades é a questão do apoio, você tem pouco material para usar e você termina usando o seu. Uso o meu notebook, porque é um material basicamente de data show, para todas unidades da família, então tudo tem que ser muito bem programado com antecedência (Profissional 10 E).

O incentivo e estimulo das equipes também foram citados, visto que alguns profissionais colocam que só recebem cobranças, mas que os seus salários não melhoram e que o incentivo advindo do Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) não foi repassado como deveria ser.

> A classe está muito desestimulada, o salário está defasadíssimo e para completar o Ministério da Saúde deu o incentivo do PMAQ, incentivo à qualidade e a secretaria de saúde não repassa (...) (Profissional 03E).

Sabe-se que as questões salariais dificultam o trabalho dos profissionais deixando-os desmotivados, entretanto, não devem ser utilizadas como justificativa para não se fazer o trabalho de educação em saúde, pois, ao serem efetivados, os profissionais aceitaram trabalhar com esses salários, devendo, sim, buscar melhorias no mesmo, mas sem trazer grandes prejuízos para as ações e serviços da ESF. O estudo de Roecker, Burdo e Marcon (2012), junto a enfermeiros da ESF, também identificou questões ligadas à gestão como falta de transporte, recursos materiais e financeiros insuficientes, como problemas que, de fato, dificultam as ações educativas voltadas para o contexto coletivo na ESF.

Embora as práticas educativas possam ocorrer sem a utilização de muitos recursos, o profissional precisa se sentir motivado para tal, sendo o incentivo financeiro e o reconhecimento profissional alguns desses estímulos. A depender da temática e do objetivo da educação em saúde, como no caso da escovação supervisionada, entre outras, é necessário, sim, o uso de recursos materiais, sendo o apoio da gestão indispensável. Assim,

> Para desempenhar de forma satisfatória a sua função, o gestor precisa conhecer as particularidades do setor da saúde e dos modelos de atenção à saúde, sendo capacitado para tal cargo, não devendo voltar suas ações para a satisfação dos interesses políticos; caso contrário, a assistência em saúde pode sofrer prejuízos (ROECKER; BURDO; MARCON, 2012, p. 648).

Muitas vezes os serviços de saúde ofertados na atenção básica em períodos eleitorais possuem fins eleitoreiros, principalmente aqueles médico-curativos, como consultas, medicamentos, exames, dentre outros. E nessa direção não faltam insumos e recursos para efetivação dessas atividades. Já as ações de cunho educativo não são

valorizadas hegemonicamente pela população, como o são as ações de cunho curativista (PEDROSA, 2006; ALVES, 2005). Outro fato é que as práticas educativas, principalmente quando orientadas por uma concepção de educação que busca a emancipação política dos educandos, pode servir para despertar na população o interesse em reivindicar por melhores condições de saúde, por seus direitos, servindo, neste caso, para instrumentalizar os usuários a assumirem o seu papel de cidadão, podendo ferir o interesse político de alguns gestores.

4.3.3.3 Espaço físico inadequado

Esta subcategoria aborda o espaço físico como um empecilho para a consolidação da educação em saúde, pois algumas unidades funcionam em casas alugadas adaptadas, com espaço físico inapropriado para reunir a comunidade e desenvolver ações educativas. Aquelas que não funcionam em casas alugadas não têm, também, espaço suficiente para reunir os usuários e fazer ações educativas.

> A própria unidade não dispõe de um espaço, se você já viu, a da gestante a gente faz aqui numa salinha (do diretor do posto) apertadérrima, muito agoniado. A gente não dispõe de um local. A unidade deveria ter uma salinha de reunião, onde poderia até fazer uma dinâmica, agente não pode fazer uma dinâmica, eu adoro trabalhar com isso, mas não tem espaço de jeito nenhum (...) (Profissional 05 E).

> A dificuldade, a gente não tem um espaço adequado, o espaço que a gente tem, por exemplo, que caberia um número maior de pessoas, que não tinha entra e sai, que não tinha um fluxo de pessoas enquanto você está falando, é uma garagem. Lá tem muita claridade, não tem como botar um slide, entendeu? Se você botar um slide você tem que botar uma lona na porta, no portão, o que significa dizer que não vai ter ventilação, você vai ter calor (Profissional 14 E).

Percebe-se que, no geral as USF não têm estrutura física adequada para ofertar todas as ações que são de responsabilidade da ESF, como a educação em saúde. Como visualizado nos relatos os espaços são pequenos, não possuem ambiência adequada e suficiente.

Durante a observação, foi constatada tal realidade. As reuniões de grupo de gestante, em algumas USF acontecem dentro de uma sala de consultório médico ou de enfermagem, em um espaço pequeno. Em algumas reuniões observou-se a prática de

exercícios físicos com as gestantes, sendo um desafio fazê-los em um espaço tão reduzido, só foi possível realizá-los porque o número de gestantes era reduzido. Esta realidade dificulta o uso de metodologias ativas.

Observou-se que algumas USF são novas e construídas há pouco tempo, no entanto possuem um espaço físico também reduzido, com salas bem pequenas e sem local apropriado para educação em saúde. Apenas uma USF do município apresenta espaço adequado para a realização de educação em saúde, possuindo um miniauditório para este fim.

> Eu vou falar das facilidades, primeiramente eu acredito que esta unidade de saúde é a melhor de Pau de Ferros para fazer [educação em saúde] com relação à estrutura física e local. Aqui dentro a gente tem uma recepção maravilhosa, a gente tem recursos audiovisuais muito bons, caixa amplificadora, microfone, projetor de multimídia, tudo aqui, é tanto que quando os alunos chegam eu digo: 'olhe não faz atividade educativa quem não quer' (Profissional 03 E).

As unidades de saúde destinadas a ofertar os serviços de atenção básica devem estar estruturadas e organizadas para atender as demandas e necessidades da população adscrita devendo ser capaz de ofertar ações integrais de saúde a vários grupos etários. Desta forma precisa ter um mínimo de espaço físico e de recursos materiais e financeiros, bem como uma equipe de trabalhadores que garantam uma assistência de qualidade e resolutiva (BERTUSSI, OLIVEIRA, LIMA, 2001). Estas unidades de saúde devem ter em sua estrutura física uma sala de reuniões, ou seja,

> Espaço destinado a atividades educativas em grupo. Prever acesso de forma que os usuários não necessitem transitar nas demais dependências da UBS. Prever espaço para instalação de quadro negro e/ou branco, quadro mural, cadeiras em número compatível com a quantidade de participantes de atividades educativas, mesa, televisão, vídeo, computador, retro-projetor, tela de projeção e outros equipamentos de mídia. No caso de UBS compactas, em pequenos terrenos, a sala de espera principal poderá ser equipada para fazer as funções de sala de reuniões, depois do expediente (BRASIL, 2008, p. 35).

É importante refletir que as USF precisam ser previamente planejadas de forma a atender todas as necessidades da população e prestar um mínimo de conforto e acolhimento a usuários e trabalhadores (BRASIL, 2008, 2012). As USF de Pau dos Ferros, apesar de algumas serem recém construídas, no geral são pequenas e não têm

um espaço estruturado e destinado a reunir a população e os profissionais para ações coletivas. Algumas USF recém-construídas até apresentam uma recepção com cadeiras fixas e televisão, no entanto esses espaços são pequenos e não possibilitam o uso de metodologias pedagógicas diferenciadas, como rodas de conversas, dramatizações, entre outras.

A educação em saúde pode ser feita em diversos espaços da comunidade como escolas, creches, igrejas e associações, devendo as ESF identificarem, no período de mapeamento, a existência desses equipamentos sociais nas áreas adscritas a fim de estabelecerem parcerias, daí a importância do mapeamento da área sob a responsabilidade da ESF. Porém o próprio manual de normas e infraestrutura da atenção básica prevê, em seu projeto arquitetônico, uma sala para realização de ações educativas, pois a UBS necessita ter um espaço de qualidade que possa de fato ser utilizado para dialogar com o coletivo de usuários (BRASIL, 2012; SILVA et al., 2001).

Alguns profissionais citaram a presença de espaços parceiros na comunidade, referindo fazer uso algumas vezes, no entanto relataram não se sentirem à vontade para usá-los cotidianamente. Outros relatos demonstraram que alguns desses espaços não estão de fato disponíveis.

> A gente utiliza a igreja presbiteriana que tem aqui no caminho, tem um salão, a capela de Santo Expedito, tem o CRAS, mas são todos lugares de fora, para onde a gente pede, mas temos que preparar o ambiente, então não temos um auxiliar de serviço para fazer isso, é a gente mesmo que vai lá, então eu considero isso uma dificuldade muito grande (Profissional 06 E).

Dessa forma, apesar dos avanços trazidos pela ESF, permanece a crítica no sentido de que várias dificuldades persistem, como as limitações nas estruturas físicas das USFs, a fragmentação da equipe, a fragilidade da gestão e outras (CAMPOS, GUTIÉRREZ, GRRREO, CUNHA, 2008).

A educação em saúde não tem sido prioridade dentro da estratégia, apesar desta ter como principal objetivo a reorientação do modelo, as ações em saúde continuam centradas na cura e na prevenção de algumas doenças, ficando as ações de promoção da saúde adormecidas.

> Não [é prioridade], não em hipótese alguma. Não, e outra coisa (...), qual o gestor aqui no Brasil que vai querer uma comunidade que sabe quais são os seus direitos e exijam esses direitos? Eles não querem.

> Quando você começa a fazer atividades que tem esse intuito, de educar, você tem que fazer de uma maneira abrangente e fazer, eu vou educar a comunidade, então vou ter que dizer para ela quais os direitos que ela tem com relação à saúde e elas vão começar a procurar esses direitos, assim como o profissional vai ter que cobrar da comunidade que ela também faça (...) (Profissional 10 E).

> A gente sabe que [a educação em saúde] é uma prática, que ainda precisa dar uma melhorada, porque a gente fica muito dentro da unidade, muito presa (...) (Profissional 05 E).

Albuquerque e Stoz (2004) refletem sobre essa problemática trazendo em suas discussões que de fato a educação em saúde não tem sido prioridade na ESF, atrelando essa problemática a diversos fatores como falta de estímulos dos profissionais para priorizar ações educativas, sobrecarga de trabalho, falta de espaços físicos, escassez de insumos e materiais a serem usados nas práticas, escassez de educação permanente voltada para educação em saúde. Problemáticas estas que também foram identificadas nesta pesquisa como fatores limitantes para a efetivação da educação em saúde.

4.3.3.4 Pouca Adesão dos Profissionais a Práticas Educativas

Esta subcategoria traz que alguns profissionais, como os médicos, não conseguem se inserir nos espaços coletivos de educação em saúde, fato que dificulta o desenvolvimento das ações e sobrecarrega os demais profissionais da equipe. Os profissionais médicos, quando questionados se realizavam educação em saúde afirmaram:

> Faço na minha consulta com os pacientes. Individualmente eu procuro alertar algumas enfermidades (...) (Profissional 07 M).

> É... mais ou menos. Até porque nós temos nossas visitas domiciliar, a gente aproveita mais esse momento para "pregar" alguma coisa a respeito disso [educação em saúde], sabe? Agora a parte que eu prego mais é principalmente com o diabético e o hipertenso e sempre (...) orientar da dieta, da atividade física, principalmente eles (Profissional 12 M).

> Bem, no momento nem palestras não são feitas, que faz parte da educação e saúde. Porque fica mais a critério do enfermeiro, mas assim particularmente é só mais consultas. (...) É orientações individuais, pré-natal, assistência e acompanhamento ao hipertenso, diabético e às mulheres (Profissional 17 M).

Os médicos não costumam participar das ações educativas realizadas nas USF, ele se responsabiliza pelo atendimento ambulatorial. As ações de educação em saúde desenvolvidas por eles se resumem às informações transmitidas nos momentos das consultas individuais e nas visitas domiciliares que, na maioria das vezes, dizem respeito a orientações normativas sobre condutas médicas a serem seguidas e sobre hábitos de vida saudáveis ligados a prevenção das doenças.

Hegemonicamente os médicos se responsabilizam pelas questões ligadas à cura e reabilitação, distanciando-se das ações de prevenção e promoção da saúde. Essa realidade é fruto da formação médica tradicional sob orientação do paradigma biomédico que supervaloriza a especialidade, o curativismo, o biologicismo, entre outros (CAMPOS, GUTIÉRREZ, GUERRERO, CUNHA, 2008; FRANCO, MERHY, 2006).

Esta situação, este afastamento do médico das ações de prevenção e promoção da saúde, terminam representando uma dificuldade na prática da educação em saúde, pois estes muito teriam a contribuir, sem falar que essa atitude, termina por supervalorizar as ações curativistas, colocando em segundo plano as demais. Reforça para a população a importância das ações de cunho curativo, individualista e biologicista.

Os profissionais também foram indagados sobre as facilidades que eles visualizavam para desenvolver a educação em saúde na ESF, no entanto estas foram pouco enumeradas. A facilidade mais citada foi a vontade própria em estar desenvolvendo as ações educativas como relata o Profissional:

> A única facilidade que eu encontro é o fato de eu gostar de fazer (PROFISSIONAL 06 E).

Também foi relatada a parceria com os alunos do curso de enfermagem da UERN e a estrutura da USF, que conta com miniauditório, fato já trazido em outro momento da discussão. Foi ainda colocado a estrutura das escolas e a participação da população, conforme podemos ver nas falas:

> As facilidades, assim, os colégios eles são bem estruturado. A gente tem data show [nas escolas], não tem dificuldade com a parte de material (Profissional 05 E).

> Facilidade é a recepção do público alvo, as crianças elas são bem receptivas (Profissional 01 O).

Após a análise das falas e da observação, verificou-se que de fato as dificuldades se sobrepõem, quando comparadas às facilidades de realizar a educação em saúde, contribuindo, assim, para explicitar como as ações da ESF estão distantes dos pressupostos da promoção da saúde, dificultando a reorientação do modelo de atenção à saúde, que continua centrado nas práticas e saberes médicos. Sendo esta uma realidade que não é característica apenas da realidade singular analisada.

A educação em saúde é uma estratégia de intervenção fundamental, pois, a partir desta, os profissionais de saúde conseguem dialogar com os usuários, no sentido não só de discutir temáticas direcionadas à saúde e à doença, mas funcionando com um instrumento de cogestão da saúde, já que permite que os usuários não só avaliem e cobrem melhores serviços de saúde, mas também exponham suas necessidades e participem do planejamento e de sua implementação, assumindo o papel de sujeitos do processo. Porém, na realidade estudada, a educação em saúde praticada junto à coletividade ainda caminha a passos lentos, embora os sujeitos participantes da pesquisa reconheçam sua importância. Existe muitas barreiras que dificultam a prática de ações educativas capazes de empoderar os sujeitos e despertar sua autonomia, sendo as concepções e práticas de educação em saúde desenvolvidas pelos profissionais um dos grandes limites, a medida que corroboram para uma educação em saúde que prioriza a transmissão de conceitos e a reprodução de práticas.

É importante elucidar o papel da educação permanente em saúde como um pilar de sustentação para que novas concepções de saúde e educação sejam discutidas e construídas, a fim de que novas práticas de educação em saúde sejam impetradas nos serviços de saúde (ALBUQUERQUE, 2008).

Hegemonicamente os profissionais de saúde veem de uma formação orientada pelo Modelo Flexneriano[1]. Os profissionais são formados com base na valorização dos aspectos biológicos da doença, excluindo a singularidade e subjetividade do indivíduo.

[1] : O Modelo Flexneriano concretiza uma formação médica centrada na doença e totalmente voltada para as questões biológicas. Este modelo é assim chamado por seguir as orientações do Relatório Flexner, produzido no final do século XIX e início do século XX, com resquícios na formação e prática dos profissionais de saúde até os dias atuais. Este relatório é responsável pela concretização da medicina científica e por conduzir a formação médica, legitimando o modelo biomédico enquanto hospitalocêntrico, ou seja, centrado no hospital, bem como no indivíduo, na doença, no diagnóstico, no biologicismo, no tratamento e cura de patologias e no uso exacerbado da prática medicamentosa, medicalizando o social e o político (PAGLIOSA, ROS, 2008; SILVA JÚNIOR, 2006)

Assim, o profissional é orientado para não visualizar outras necessidades que os cercam, como a necessidade de amar, de ser ouvido, de ser tocado, de ser percebido para além de um corpo bilógico (PAGLIOSA; ROS, 2008; SILVA JÚNIOR, 2006).

Este modelo de formação durante muito tempo foi hegemônico no Brasil, começando a ser questionado a partir do SUS à medida que o conceito ampliado de saúde, presente na Constituição de 1998, começa a ensejar uma nova prática de saúde que vislumbra não só as ações de caráter assistencial, mas das ações de prevenção, promoção e reabilitação, devendo estas práticas serem universais, equânimes e integrais. E, para dar conta dessas novas práticas de saúde, faz-se necessário um novo perfil profissional que, de fato, seja capaz de perceber as necessidades de saúde de uma forma ampliada e que seja capaz de perceber o outro para além de suas questões biológicas.

As Diretrizes Curriculares para os cursos da saúde induziram várias reformas curriculares nos diversos cursos da área, no sentido de formar trabalhadores que de fato fossem mais críticos, reflexivos e éticos e politicamente comprometidos com a efetivação SUS. Este novo perfil profissional é capaz de concretizar um novo sistema de saúde que supera as ações centradas na doença e no corpo como máquina, responsabilizando-se por uma assistência universal, equânime e integral. Porém, nos dia atuais, ainda persiste uma formação totalmente voltada para o curativismo (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O objetivo dessas reflexões é realçar a importância da educação permanente em saúde que favorece a discussão sobre a formação profissional, possibilitando a construção de elementos para que uma nova concepção de educação seja construída, migrando do polo da transmissão de conhecimentos, para o polo que a percebe enquanto uma prática social, capaz de despertar a autonomia dos sujeitos e efetivar a prática da cidadania, acessando, para tanto, a educação popular postulada no Brasil por Paulo Freire (FREIRE, 2011a, 2011b).

Segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, deve-se compreender a educação permanente como “a aprendizagem no trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano dos trabalhadores, a partir de problemas enfrentados na realidade dos serviços de saúde, possibilitando á transformação das práticas profissionais e o aumento da resolutividade dos serviços de saúde”. (BRASIL, 2009a) Assim ela permita que o trabalhador aprenda a partir de sua prática, de sua realidade, passando a refletir sobre a mesma no sentido de identificar limitações e fragilidades que precisam ser superadas. Baseia-se desta forma na aprendizagem significativa.

A educação permanente busca assim, ultrapassar a prática de educação continuada, onde as atividades voltadas para a formação dos trabalhadores do SUS eram planejadas de forma isolada e cabia ao profissional receber aquele pacote de informações e reproduzir no serviço, independente da realidade ao qual estava inserido. Tinha-se assim uma aprendizagem voltada para a transmissão dos conteúdos.

A partir deste entendimento acerca da educação permanente, compreende-se que a formação dos trabalhadores devem refletir as necessidades de saúde dos indivíduos/coletivos. Esta formação deve pautar-se na metodologia da problematização, ultrapassando a educação baseada na reprodução e assimilação de conhecimentos. Através desta metodologia, a educação permanente deve possibilitar o diálogo entre as práticas e as concepções teóricas vigentes, onde o processo ensino-aprendizagem deve partir de problemas reais dos serviços de saúde, em seguida os trabalhadores irão teorizar e refletir sobre os mesmos para daí retornarem ao seu campo de prática com um novo saber a ser aplicado, com novas alternativas de enfrentamento dos problemas de saúde. Neste processo, os trabalhadores são sujeitos da aprendizagem, assim eles terão oportunidade de vivenciar experiências capazes de estimular uma prática educativa orientada pela pedagogia libertadora. (BRASIL, 2009a; FREIRE, 2011a)

Corroborando com CECIM (2004/2005), compreende-se que a educação permanente tem um compromisso político com a formação dos perfis profissionais, introduzindo novos mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, auto-gestão e mudança institucional e de pensamento. O mesmo autor coloca que "para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental desenvolver a capacidade de dialogar com as práticas e concepções vigentes, sendo capazes de problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de convivência e práticas" (CECIM, 2004/2005, p. 165), eis então uma possibilidade da educação permanente contribuir com a efetivação de práticas de educação em saúde que possibilitem a autonomia dos sujeitos.

Deve-se buscar que as matrizes curriculares e disciplinas dos cursos da área da saúde possibilitem uma formação em educação, uma vez que estes profissionais são educadores em potencial, sendo para tanto necessário se qualificarem para exercer o papel de educador. Esta pesquisa mostrou o despreparo dos profissionais de saúde em desenvolver uma educação em saúde capaz de despertar a criticidade e autonomia dos sujeitos, inferindo-se como uma provável causa a formação profissional e a ausência de experiências educativas problematizadoras durante sua formação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação em saúde é uma estratégia de intervenção fundamental no campo da saúde. Por meio desta os profissionais de saúde conseguem dialogar com os usuários no sentido não somente de discutir temáticas relacionadas à saúde e à doença, mas funcionando com um instrumento de cogestão da saúde, já que permite que os usuários não só avaliem e cobrem por melhores serviços de saúde, mas também exponham suas necessidades e participem do planejamento e de sua implementação, assumindo o papel de sujeitos do processo.

A concepção de educação em saúde relatada pelos profissionais da ESF distancia-se da prática educativa libertadora à medida que não propicia a reflexão, a criticidade e a tomada de consciência por parte dos usuários. Na realidade ela reproduz uma educação que prioriza a reprodução de ideias prontas e prescritas, os comunicados, os slogans, os depósitos, "a manipulação" (FREIRE, 2001). O estudo evidenciou uma concepção tradicional de educação em saúde ancorada na transmissão de conhecimentos, distanciando-se, assim, de uma prática de educação problematizadora, uma vez que não consegue superar a "educação bancária". Desta forma, se apresenta como incapaz de possibilitar a autonomia dos educandos e de estimulá-los a tornarem-se sujeitos de suas vidas, de sua história.

A educação em saúde faz parte do cotidiano da ESF, no entanto as ações ofertadas são descontextualizadas da realidade da comunidade, além de não serem ofertadas por todos os profissionais que compõem a equipe.

As ações educativas em foco são, na maioria das vezes, realizadas pelos acadêmicos de enfermagem da UERN e pelos profissionais que estão vinculados ao NASF, exceto as ações de saúde bucal que, devido as suas especificidades, são realizadas pelos Cirurgiões Dentistas e seus auxiliares.

As metodologias utilizadas se constituem por palestras ou exposição dialogada com uso de projetor multimídia. As temáticas trabalhadas estão mais relacionadas à prevenção de doenças, sendo conduzidas de forma verticalizada pelos profissionais e, muitas vezes, não voltada à realidade e necessidades de saúde dos usuários. O público alvo mais atingido são mulheres, crianças e adolescentes.

Observa-se que um número significativo de municípios aderiu a ESF, aumentando também o número de equipes, no entanto, não há estrutura física adequada

para a realização de ações de promoção da saúde e, especialmente, de espaços coletivos para a realização das ações de educação em saúde. Grande parte das unidades funcionam em casas alugadas que, de forma improvisada, sediam as USF. São pequenas, sem ventilação, com estrutura física inadequada e insuficiente para prestar um bom atendimento à população, o que dificulta o processo de educação em saúde. Entretanto, isto não pode servir de justificativa para se deixar de realizar tais atividades, visto que a educação em saúde pode e deve ser desenvolvida cotidianamente e de forma dialógica, no encontro profissional-paciente. Ademais, quando no município se dispõe de clubes de mãe, escolas, igrejas, sedes comunitárias, entre outros espaços onde podem ser realizadas ações de educação em saúde e outras reuniões com a comunidade local.

Este estudo coloca em evidência que o processo de educação em saúde praticado junto à coletividade caminha a passos lentos, embora os profissionais reconheçam a sua importância. Há barreiras que dificultam as práticas educativas emancipadoras, sendo incapazes de despertar a autonomia e o protagonismo dos sujeitos. Entretanto, como referido anteriormente, tais barreiras, dizem respeito não apenas às condições físicas ineficientes, mas, principalmente, às concepções e práticas de educação que circulam no imaginário dos profissionais e se refletem no fazer cotidiano destes.

Por fim, observou-se uma educação em saúde mecanicista e compartimentada, priorizando práticas tradicionais de palestras e orientações de prevenção, contribuindo para manutenção do status quo, onde os sujeitos são incapazes de refletir e agir de forma autônoma e consciente, apenas reproduzindo, quando possível, os ensinamentos assimilados. Este tipo de educação não possibilita a transformação social nem a mudança, mas contribui para a perpetuação de sujeitos passivos e incapazes de refletir sobre problemas e superá-los (MORIN, 2011).

Enquanto possibilidade para o enfrentamento desta problemática destaca-se a educação permanente em saúde, evidenciando sua capacidade e compromisso político de fomentar ações que promovam a construção de novos marcos teóricos e metodológicos para a educação em saúde, buscando ultrapassar práticas autoritárias e normativas e consolidar uma prática que valorize o diálogo entre o saber popular/científico, profissionais/usuários e individual/coletivo.

Atrelada à efetivação da educação permanente em saúde vislumbra-se como outra possibilidade a atenção para a necessidade de sensibilizar e qualificar a gestão, para que esta se sinta responsável pela concretização de uma educação em saúde que priorize a promoção da saúde e que possibilite o empoderamento dos sujeitos,

incentivando e valorizando os profissionais por meio da garantia de condições financeiras, trabalhistas, físicas e materiais, possibilitando desenvolver projetos municipais que priorizam a educação em saúde e a promoção da saúde.

Destaca-se também a politização dos profissionais de saúde, enquanto estratégia para que estes participem mais ativamente do planejamento, da gestão dos serviços de saúde e, por conseguinte, da consolidação de novas práticas de educação em saúde. È necessário sensibilizar estes profissionais para que se engajem, de forma mais ativa nos fóruns de discussões, congressos, debates sobre a saúde, nos conselhos de saúde, propiciando o despertar de sua consciência crítica e política.

Esta politização permitirá que os profissionais analisem e reflitam a problemática da educação em saúde mais criticamente, compreendendo os contextos que a envolvem e a determinam e a necessidade de construir novas práticas, percebendo-a enquanto uma potente estratégia de consolidação da promoção da saúde e da participação ativa da população no enfrentamento das problemáticas de saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; STOTZ, Eduardo Navarro. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade**. Interface**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 259-274. 2004. ISSN 1807-5762. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000200006. Acesso em: 20 mar. 2013.

ALBUQUERQUE, Verônica Santos et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro**,** v. 32, n. 3, p. 356–362, 2008.

ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família**.** ***Ciênc. saúde coletiva***[online]. 2011, vol.16, n.1, pp. 319-325. ISSN 1413-8123. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100034..

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial, **Interface - Comunic., Saúde, Educ**., v.9, n.16, set.2004/fev.2005, p.39-52.

ARAÚJO, Janieiry Lima de. **Sentidos do cuidado na hipertensão arterial para enfermeiros e usuários na saúde da família**: uma aproximação à hermenêutica Gadameriana. 2010. 130 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde, Área de Concentração: Enfermagem) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde. Fortaleza, 2010.

ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):455-464, 2007.

AROUCA, Sérgio. **Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BERTUSSI, Débora Cristina; OLIVEIRA, Maria do Socorro Monteiro de; LIMA, Josiane Vivian Camargo de. A Unidade Básica no Contexto do sistema de saúde. *In*: JÚNIOR, Luiz Cordoni; ANDRADE, Selma Maffei; SOARES, Darli Antonio (org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina, UEL, 2001, p. 133- 143.

BESEN, Candice Boppré et al. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p.57-68, jan-abr 2007.

BORDENAVE, Juan E. Dias. Alguns fatores pedagógicos. *In*: Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos. CADRHU (J. P. Santana & J. L. Castro, org.), p. 261-268, Natal: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/ Editora da UFRN, 1999.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde:** documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: FUNASA, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Bases para a educação em saúde nos serviços.** Documento Preliminar a ser submetido a processo de discussão e aperfeiçoamento na Oficina Nacional de Educação em Saúde nos Serviços do SUS. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196, de 10 de outubro 1996** – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação que produz saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº- 2.761, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde:** saúde da família Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner. **Reforma da Reforma**: Representando a saúde. HUCITEC, 1992.

CAMPOS, Gastão Wagner. A clínica do sujeito: por uma reformulada e ampliada. *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. P. 51-67.

CAMPOS, Gastão Wagner. Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes saúde da família *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. P. 68-82.

CAMPOS, Gastão et al. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; GUERRERO, André Vinicius Pires (org.); COSSER, Adriana et al. **Manual de Práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008, p. 154-178.

CARVALHO, Patrícia Maria Gomes de. **Práticas Educativas em Saúde**: ações dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Piauí, Teresina, 2009.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface -** Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, set.2004/fev.2005, p.161-77.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, maio. 2004.

CHIESA, Anna Maria; VERÍSSIMO, Maria de La Ó Ramallo. A educação em saúde na prática do PSF. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília, 2001, p.34 – 42

COLOMÉ, Juliana Silveira; OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Côrrea. A educação em saúde na perspectiva de graduandos de Enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**., Porto Alegre (RS) 2008 set;29(3):347-53

COSTA, Ana Maria; PONTES, Anna Claúdia Romano; ROCHA, Dais Gonçalves. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. *In*: CASTRO, Adriana; MALO,

Miguel. **SUS:** ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: HUCITEC: OPAS, 2006, p. 96-115

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica.** São Paulo: HUCITEC; 2005.

DALL'AGNOL, Darlei. **Bioética**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

DANTAS Maria Beatriz Pragana. **Educação em Saúde na Atenção Básica**: sujeito, diálogo, intersubjetividade. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010

DEMO, Pedro. **A educação do futuro e o futuro da educação.** 2 ed. Campinas: Coleção Educação Contemporânea. 2005

DIAS, Valesca Pastore; SILVEIRA, Denise Tolfo; WITT, Regina Rigatto. Educação em Saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 18-30.

DIERCKS, Margarita Silva; PEKELMAN, Renata; WILHELMS, Daniela Montano. Grupos de Mulheres e a elaboração de material educativo. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 68 - 74

FERRARO, Maísa Rezende de Melo. **As concepções de professores sobre saúde na escola**. 2011. 124 f.. Dissertação de mestrado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- da Universidade de São Paulo, 2011.

FIGUEIREDO, Maria Fernanda Santos; RODRIGUES NETO, João Felício; LEITE, Maisa Tavares de Souza. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 41, jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000200003. Acesso em: 20 de março de 2013.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; FURLAN, Paula Giovana. O subjetivo e o sociocultural na produção de saúde e autonomia. *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza Campos; GUERRERO, André Vinicius Pires (org.); COSSER, Adriana et al. **Manual de Práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008, p. 154-178.

FRANCO, Túlio Batista et al. A produção subjetiva da estratégia saúde da família. *In*: FRANCO, Túlio Batista et al. **A produção subjetiva do cuidado:** cartografias. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emersos Elias. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. *In*: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4 ed. São Paulo: HUCITEC, 2007, p. 55 – 124.

FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança**. 34. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011b.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários a prática educativa/ Paulo Freire. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 50 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011a.

GAZZINELLI, Maria Flávia et al. Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 200-206, jan-fev, 2005 .

GERSCHMAN, Silva. **A democracia Inconclusa**: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 200 p.

GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson Elias. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, nº 1, p.7-18, jan, 2011.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**., v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005.

GONÇALVES, Rebeca Jesumary et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 3, p.393-403, Setem. 2009 .

GREEN, Márcia Cristina Taveira Pucci; ANDRADE, Wanilda Maria de Sousa; LOUROSA, Quitéria de Lourdes. Acolhimento em unidade básica de saúde. **Investigação**, v. 8, n. 1-3, p. 87–96, Jan. /Dez. 2008

HERINGER Ariádna et al. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros do Programa Saúde da Família no Rio de Janeiro. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS); V. 28, nº4, p. 542-8, dez. 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Brasil município por município**. Ministério da Saúde.

IGLESIAS, Alexandra; ARAUJO, Maristela Dalbello. As concepções de promoção da saúde e suas Implicações. **Cad. Saúde Colet**., Rio de Janeiro, V. 19, nº 3, p. 291-8, 2011.

KRUSCHEWSKY, J. E. et al. Experiências pedagógicas de educação popular em saúde: a pedagogia tradicional versus a problematizadora. **Rev.Saúde.Com,** V.4, nº2, p. 160-160, 2008; Disponível em: http://www.uesb.br/revista/rsc/v4/v4n2a07.pdf. Acesso em: 05 de Janeiro de 2014.

LOPES, Mislaine Casagrande de Lima; MARCON, Sonia Silva. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. **Acta Scientiarum,** Maringá, v. 34, n. 1, p. 85-93, Jan.-June, 2012.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual**. Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2007, vol.12, n.2, pp. 335-342. ISSN 1413-8123. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009. Acesso em: 20 de Março de 2013.

MANO, Maria Amélia Medeiros; PRADO, Ernande Valentin do. **Vivências de Educação Popular na Atenção Primária à Saúde**: a realidade e a utopia. São Carlos: EduFScar, 2010.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MEDEIROS; Briane & SILVEIRA; João Luis Gurgel Calvet da. Educação em Saúde: representações sociais da comunidade e da equipe de saúde. **Dynamis Revista Tecno-científica**, vol. 13, n. 1, p. 120-126, out-dez/2007.

MELO, Gilberto; SANTOS, Regina Maria dos; TEREZZA, Maria Cristina Soares Figueiredo. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 58, n. 3, Jun. 2005 .

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário:** o processo social de mudanças das práticas sanitárias do sistema único de saúde. 3 ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995, p. 310p.

MENDES, Eugênio Vilaça. O Sistema Único de Saúde: um processo social em construção. *In*: **Uma Agenda para Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996, p. 57-98.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária á saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, 2012.

MERHY, Emerson Elias. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. *In*: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4 ed. São Paulo: HUCITEC, 2007, p. 15 – 35.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde**.** 10ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. SANCHES, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, Jul/Set. 2003.

MIRANDA, Karla Côrrea Lima; BARROSO, Maria Gabriela Teixeira. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Rev. Latino-am enfermagem**, 2004, julho-agosto, 12(4), 631-5.

MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Rev Bras Enferm, Brasília**;63(3): p. 397-403, 2010 Maio-Jun.

MOREIRA, Janine et al. Educação Popular em saúde: a educação libertadora mediando a promoção da saúde e o empoderamento. **Contrapontos**, Itajaí, 7 (3): 491-506. set/dez 2007

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2 ed. São Paulo: Cortez, Brasília, DF:UNESCO, 2011.

OGATA, Márcia Niituma; MACHADO, Maria Lúcia Teixeira; CATOIA, Erika Aparecida. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção**:** representações sociais dos usuários**. Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009;11(4):820-9. p. 132 – 151. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a07.htm. Acesso em: 13 jan. 2014.

OLIVEIRA, Cátia Martins; CASANOVA, Ângela Oliveira. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, Junho 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300029. Acesso em: 21 de Março de 2013.

OLIVEIRA, Regina Lopes; Santos, Márcia Elena Andrade. Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: conhecimentos e práticas do enfermeiro. **Revista Enfermagem Integrada** – Ipatinga: Unileste-MG - V.4 - N.2 - Nov./Dez. 2011

PAGLIOSA, F. L. ; ROS, M. A. da. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. Brasileira de educação médica**. v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008,.

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia. Epidemiologia e Saúde. 4 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

PASCHE, Dário Frederico; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Promoção da Saúde e o Sistema Único de Saúde. *In*: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: HUCITEC:OPAS, 2006, p. 19-40

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS , Eduardo; HENNINGTON , Élida Azevedo. **Cinco anos da Política Nacional de Humanização**: trajetória de uma política pública. Ciência & Saúde Coletiva, 16(11):4541-4548, 2011

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Promoção da Saúde e Educação em Saúde. *In*: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: HUCITEC:OPAS, 2006, p. 77 - 95

PINAFO, Elisângela et al. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. **Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 2 p. 201-221, jul./out.2011

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V. 19, nº 05, p. 1527-1534, set-out. 2003.

PINHEIRO, Roseni. Demanda por cuidado como direito humano á saúde: um ensaio teórico-prático sobre o cuidado como valor dos valores. In: PINHEIRO, Roseni; JR. SILVA, Aluísio Gomes (org.). **Por uma sociedade cuidadora.** Rio de Janeiro: CEPES: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010.

RODRIGUES, Davi; SANTOS, Vilmar Ezequiel dos. A Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil. **J Health Sci Inst**; v.28, n.4, p. 321-4, 2010

ROECKER, Simone; BUDO, Maria de Lourdes Denardin; MARCON, Sonia Silva. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 3, Jun. 2012 .

ROECKER, Simone; MARCON, Sonia Silva. Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: o significado e a práxis dos enfermeiros. **Esc. Anna Nery [online]**, vol. 15, n. 4, p. 701-709, 2011. ISSN 1414-8145. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a07v15n4.pdf. Acesso em: 23 de Março de 2013.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 13, n. 6, Dec. 2005 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000600016&script=sci_arttext Acesso em: 10 de Outubro de 2013.

SAMPAIO, Juliana et al. O NASF Como Dispositivo da Gestão: Limites e Possibilidades**. Rev. Bras. Cienc. Saúde** 16(3):317-324, 2012. Disponivel em: http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs**.** Acesso em: 13/01/2014.

SICOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface** [online], Botucatu, vol.7, n.12, pp. 101-122, 2003, ISSN 1807-5762. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832003000100008. Acesso em: 15 de Outubro de 2013.

SILVA, Ana Maria Rigo et al. A Unidade Básica de Saúde e seu Território. *In*: JÚNIOR, Luiz Cordoni; ANDRADE, Selma Maffei; SOARES, Darli Antonio (org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina, UEL, 2001, p. 144- 159.

SILVA, Maria da Anunciação et al. Enfermeiro & Grupos em PSF: possibilidade para participação social**. Cogitare Enferm**; v.11, n. 2, p.143-9, mai/ago 2006.

SILVA JÚNIOR, Aluisio Gomes da. **Modelos Tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC, 2006.

SILVA, Cheila Portela; DIAS, Maria Socorro de Araújo; RODRIGUES. Ângelo Brito. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1453-1463, Outubro. 2009 .

SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da; TRAD, Leny A. Bomfim . O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**., v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. Promoção da Saúde e SUS: um diálogo pertinente. *In*: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. **SUS:** ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: HUCITEC: OPAS, 2006, p. 19-40

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 18-30.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva**, Rio de janeiro, V.14, nº 1, p. 67-83, 2004.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner et al (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva.** HUCITEC: São Paulo/Rio de Janeiro, 2007, p.531 – 563.

VIANA, Ana Luíza D'Ávila; POZ, Mário Roberto Dal. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, V.08, nº 02, p. 11-48, 1998.

WESTPHAL, Marcia Faria. Promoção da Saúde e Prevenção de doenças. *In*: CAMPOS, et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 615-634.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1 Profissão: _____

1.2 Qualificações mais significativas: _____

1.3 UBS que exerce seus serviços/cuidados: _____

1.4 Forma de contratação/vínculo: _____

(1) concurso público (2) contratação temporária sem seleção pública (3) contratação temporária por seleção pública (4) cargo de confiança (5) outras formas de vínculo (especificar) _____

1.5 Ano de formação na graduação: _____

1.6 Tempo que ocupa o cargo referido na ESF: _____ (data do início do trabalho na equipe).

1. 7 Quantos dias você trabalha?_____

1.8 Data da entrevista: _____

Questionamentos:

1 – O que vem a sua cabeça quando eu falo em educação em saúde?

2 – Você faz educação em saúde na estratégia? ( )Sim ( )Não Por que?

3 – Que atividades educativas são realizadas na equipe de saúde da família a qual você está vinculado?

4 – Além de você que outros profissionais da equipe estão envolvidos na realização destas atividades?

5 – Com que frequência são realizadas as atividades de educação em saúde?

6 – Qual o público alvo atingido? Você tem registro da porcentagem de pessoas alcançadas?

7 - Essas ações educativas são planejadas? Como e onde ocorre este planejamento?

8 – Fale um pouco sobre as facilidades e as dificuldades para realizar as ações de educação em saúde.

9 – Em que local são realizadas as ações educativas?

7 – Você tem alguma sugestão para melhorar as ações de educação em saúde?

8- Como você vê o seu papel nesse processo?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

1 – Quem são os profissionais envolvidos na educação em saúde.

2 – Quais os conteúdos trabalhados na educação em saúde.

3 – Espaço onde está acontecendo a educação em saúde.

4 – Quais as metodologias utilizadas.

5 – Como ocorre a participação dos usuários.

6 – Participação de instituições parceiras.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE- UFRN
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO - PPGR
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚE COLETIVA - NESC
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MPSF

Autores:
Andrezza Karine Araújo de Medeiros Pereira – Pesquisadora Responsável
Maísa Paulino Rodrigues – Orientadora da Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Limites e Possibilidades da Educação em Saúde na Estratégia de Saúde da Família de Pau dos Ferros/RN.

Esta pesquisa faz parte do trabalho de conclusão do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF, promovido pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, nucleado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, por meio do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESC e tem como **objetivo geral**: Analisar os limites e as possibilidades para efetivação das práticas de educação em saúde na estratégia de saúde da família. **E mais especificamente**: 1) Identificar as concepções de educação em saúde dos profissionais de nível superior; 2) Conhecer às práticas de educação em saúde desenvolvidas pelos profissionais; 3) Analisar os conteúdos e as metodologias utilizadas durante as práticas de educação em saúde e 4) Caracterizar os espaços onde são desenvolvidas as práticas educativas.

A pesquisa **se justifica** porque irá permitir que novas possibilidades possam ser vislumbradas pelo coletivo de pessoas envolvidas na educação em saúde, contribuindo para a consolidação de práticas educativas que valorizem o diálogo e a emancipação dos sujeitos. Você esta sendo convidado exatamente por fazer parte do coletivo de trabalhadores que desenvolve ações coletivas de educação em saúde.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que possui 2 etapas: uma entrevista semiestruturada onde serão realizadas perguntas e gravadas as respostas; e uma observação não participante onde serão observadas ações educativas nas 8 unidades de saúde da família localizadas na zona urbana que estejam realizando ações educativas por profissional de nível superior da equipe de saúde da família no período da coleta de dados. Assim na fase de observação as práticas educativas realizadas por você, junto à comunidade serão observadas. Na observação o pesquisador assumirá o papel apenas de expectador.

Esclarecemos que a sua participação não trará prejuízos à sua pessoa, procurar-se-á o mínimo de riscos possíveis, podendo existir no momento da entrevista tão somente os riscos ligados ao atraso na realização das suas atividades laborais, exposição do sujeito e constrangimento ou desconforto durante os questionamentos individuais por ter que expor vivências ligadas a sua prática profissional. Durante a observação das práticas educativas você poderá correr riscos de constrangimento ou desconforto, de preocupar-se em estar sendo avaliado e de ficar inibido diante a presença do observador. Contudo procurar-se-á minimizar os riscos da fase de entrevista através das seguintes providências: agendamento prévio da coleta dos dados, encontro em ambiente reservado, escolhido previamente por você, onde você terá toda a liberdade de se expressar; a entrevista semiestruturada será gravada em áudio, contudo somente após sua prévia autorização. Os riscos mínimos elencados na fase de observação deverão ser minimizados através das seguintes ações: solicitaremos a você a autorização prévia para realizarmos a observação das práticas educativas, a observação se dará sem interferências do pesquisador na ação educativa, as impressões registradas em diário de campo não conterão seu nome, nem dos participantes do grupo/comunidade e será manuseado somente pelo pesquisador responsável. Também será garantido o anonimato. Todas as informações serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento, bem como o nome da instituição ao qual está vinculado durante a pesquisa.

Serão respeitados os princípios de privacidade e confidencialidade e não haverá a divulgação personalizada das informações prestadas, nem o seu nome será divulgado durante a exposição dos resultados. Os dados poderão ser utilizados durante encontros e debates científicos e publicados, preservando o anonimato dos participantes.

O estudo não lhe trará benefícios materiais ou financeiros e nenhum participante da pesquisa terá promoção ou prêmio.Você ao participar da pesquisa terá a oportunidade de discutir sobre a temática da prática da educação em saúde e contribuir para que os limites desta sejam evidenciados e possibilidades fortalecidas rumo à melhoria das práticas de educação em saúde na estratégia saúde da família.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, e livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento e em qualquer fase da pesquisa. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade, perda de direitos ou diferença na assistência prestada pelo pesquisador.

Se você tiver algum gasto ou dano que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido e indenizado, caso solicite, sendo-lhes garantidos todos os direitos previstos na legislação brasileira.

Estarei disponível para esclarecer qualquer dúvida que surja no decorrer da entrevista. Além disso, gostaria de informar que esta pesquisa segue os princípios ético-legais, contidos na

Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP/HUOL/UFRN.

Ressaltamos ainda, que as informações coletadas no decorrer desta pesquisa serão utilizadas para compor os resultados da investigação, as quais serão publicadas em periódicos e revistas indexadas, além de ser divulgadas em eventos científicos da área das ciências da saúde, a fim de contribuir para a efetivação de uma educação em saúde que valorize o diálogo e possibilite a autonomia e emancipação dos sujeitos. Uma cópia desse consentimento será arquivado pelo pesquisador responsável, por um período mínimo de 5 anos. Você ficará com uma segunda via deste Termo.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUOL, localizado na Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis - Natal/RN, CEP 59.012-300, Fone: (84) 3342 5003. E-mail: cep_huol@yahoo.com.br.

Consentimento Pós-esclarecimento

Eu, _____, CPF n° _____ _____ declaro que após ter sido esclarecido(a) pelos pesquisadores e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa L**imites e Possibilidades da Educação em Saúde na Estratégia de Saúde da Família de Pau dos Ferros/RN.**

Pau dos Ferros/RN, ____/____/____

_____
Assinatura do Entrevistado

_____
Andrezza Karine A. de Medeiros Pereira
(Pesquisadora Responsável)

Andrezza Karine Araújo de Medeiros Pereira. **(Pesquisadora Responsável)**
Endereço: BR. 405, km 153, Bairro Arizona, Pau dos Ferros/RN. CEP: 59.000-000. Fone: (84) 3351-2560 (Contato-Trabalho).

Maísa Paulino Rodrigues. (Orientadora da Pesquisa)
Endereço: Rua: General Gustavo Cordeiro de Farias, Sn. Bairro: Petrópolis, Natal/RN. CEP: 59.012-570. Fone: (84) 3342-9727 (Contato-Trabalho)

ANEXO

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Limites e Possibilidades da Educação em Saúde na Estratégia de Saúde da Família de Pau dos Ferros/RN

Pesquisador: ANDREZZA KARINE ARAÚJO DE MEDEIROS PEREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 16654013.5.0000.5292

Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 369.462

Data da Relatoria: 26/07/2013

Apresentação do Projeto:

- Pretende-se realizar a pesquisa na área urbana do município de Pau dos Ferros/RN com junto as Unidades de Saúde da Família : João XIII, Dr. Cleodon Carlos de Andrade, Mãe Cristina, Ver. João Queiroz de Souza, São Judas Tadeu, Caetano Bezerra do Nascimento, Dr. Pedro Diógenes Júnior e Princesinha do Oeste.

Os sujeitos de pesquisa são compostos por: médicos, odontólogos e enfermeiros.

A pesquisa é parte do trabalho de conclusão de mestrado Profissional em Saúde da Família da UFRN.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Analisar os limites e as possibilidades para efetivação das práticas de educação em saúde na estratégia Saúde da Família.

Objetivos Específicos

- Identificar as concepções de educação em saúde dos profissionais de nível superior;
- Conhecer as práticas de educação em saúde desenvolvidas pelos profissionais;

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - 3¿subsolo
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN

- Analisar os conteúdos e as metodologias utilizadas durante as práticas de educação em saúde;
- Caracterizar os espaços onde são desenvolvidas as práticas educativas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- O pesquisador citar o risco para o sujeito de pesquisa como: Atraso na realização das suas atividades laborais, exposição do sujeito e constrangimento ou desconforto durante os questionamentos individuais por ter que expor vivências ligadas a sua prática profissional, bem como a inibição durante a etapa da observação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O sujeito de pesquisa terá como benefício à oportunidade de discutir sobre a temática da prática da educação em saúde e contribuir para que os limites desta sejam evidenciados e possibilidades fortalecidas rumo à melhoria das práticas de educação em saúde na estratégia saúde da família.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou os Termos obrigatórios

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendeu todas pendências do parecer anterior.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Apresentar relatório parcial da pesquisa, semestralmente, a contar do início da mesma.
2. Apresentar relatório final da pesquisa até 30 dias após o término da mesma.
3. O CEP HUOL deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Quaisquer documentações encaminhadas ao CEP HUOL deverão conter junto uma Carta de Encaminhamento, em que conste o objetivo e justificativa do que esteja sendo apresentado.
5. Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP HUOL deverá ser comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - 3¿subsolo
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN

6. O TCLE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o sujeito de pesquisa.
7. Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS, faz-se obrigatório a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador.

NATAL, 23 de Agosto de 2013

Assinador por:
Joao Carlos Alchieri
(Coordenador)

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - 3¿subsolo
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br