Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
Mestrado Profissional em Saúde da Família

ELIZANDRA PEREIRA TRINDADE

REDESCOBRINDO A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

NATAL/RN
2016

Elizandra Pereira Trindade

REDESCOBRINDO A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à Banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN.

Orientadora:
Profª. Drª. Jacileide Guimarães

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Educação na Saúde

NATAL/RN

2016

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Trindade, Elizandra Pereira.
Redescobrindo a educação em saúde como ferramenta de trabalho do agente comunitário de saúde / Elizandra Pereira Trindade. - Natal, 2016.
52f.: il.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Jacileide Guimarães.
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Universidade Federal do Rio Grande do Norte

1. Educação em saúde - Dissertação. 2. Agente comunitário de saúde - Dissertação. 3. Saúde da família - Dissertação. I. Guimarães, Jacileide. II. Título.

Elizandra Pereira Trindade

REDESCOBRINDO A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

Profª.Dra. Jacileide Guimarães – UFRN
(Orientador)

Profº. Dr. Antonio Medeiros Junior – UFRN
(Membro Interno)

Profº. Dr. João Bosco Filho – UERN
(Membro Externo à Instituição)

Natal, 10 de agosto de 2016.

Dedico este trabalho a todos os Agentes Comunitários de Saúde com os quais eu tive oportunidade de conviver nestes dezesseis anos sendo enfermeira. Junto a eles conheci saberes que não se pode achar nos livros, lições de amor a profissão e ao outro que se misturam e não mais se consegue dissociar por serem alicerces firmes e fortalecidos diariamente em cada porta que se abre para uma nova visita domiciliária.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** por sua presença em minha vida, por não desistir de mim e com sua bondade e misericórdia me oferecer seu filho Jesus como guia em todas as minhas caminhadas, me fazendo digna de segurar em sua mão.

A **Jesus de Nazaré** que nas dificuldades me inspira a ter sempre “um minuto de fé’.

Aos **Anjos de Luz** que me acompanham diariamente guiando e protegendo, que não me deixaram desistir e me trouxeram até aqui, quando até eu duvidei que fosse possível. Meu eterno agradecimento.

Aos anjos que Deus me emprestou para caminhar comigo nesta Jornada. **Edson Leal** meu esposo, amigo, meu cúmplice, o Amor da minha vida, que respeitou sempre as ausências, me oferecendo colo diante da ansiedade que surgia a cada dificuldade imposta. **Thainá Trindade**, estrela que ilumina minha vida com seu sorriso desde o primeiro olhar em meu colo ainda na maternidade.

A meus Pais **Djalma e Sônia**, que me ensinaram o valor dos estudos e do esforço que precisamos empreender para conquistar os nossos sonhos.

A minha orientadora **Jacileide Guimarães,** que me conduziu com leveza neste processo me dando confiança que chegaríamos vitoriosas ao final.

A todos os Educadores do Mestrado em especial ao **Profº. Antônio Júnior** que me aproximou da Educação Popular em Saúde, despertando minha paixão e se fez presente neste trabalho com suas sugestões desde o exame de qualificação.

Ao amigo e educador **Profº. João Bosco** que enriqueceu minha caminhada com suas sugestões a este trabalho possibilitando mais esta conquista em minha vida.

Aos colegas da turma 2014.2 do mestrado RENASF/UFRN, em especial aqueles que estiveram comigo da primeira até a última atividade: **Tházia Costa** e **Valeska Cahú,** levarei vocês comigo a vida toda.

Deus está dentro de você e ao seu redor, e não em castelos de pedra ou em mansões de madeira. Levante uma pedra e encontrará Deus. Quebre um pedaço de madeira e Ele estará ali.

Jesus de Nazaré

RESUMO

A Política Nacional da Atenção Básica, instituída pela portaria GM 2.488/2011, traz como função específica do Agente Comunitário de Saúde (ACS) “desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos assim como de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade”. O objetivo da pesquisa foi: analisar as ações de educação em saúde desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Saúde da Família Felipe Camarão I. O estudo se classifica como uma pesquisa aplicada, de abordagem qualitativa exploratória. Foi realizada por meio da entrevista semi estrututrada, desenvolvida no período de fevereiro á março de 2016. Respeitado todos os procedimentos éticos preconizados pelas legislações vigentes, parecer aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CAAE**:** 51325315.4.0000.5292.) Os resultados foram discutidos a partir da análise temática (MINAYO, 2010), abrangendo as seguintes categorias: O entendimento de “educação em saúde; Limites e possibilidades do desenvolvimento de práticas de educação em saúde e Ações dos Agentes Comunitários de Saúde no desenvolvimento de Atividades de educação em saúde. Os resultados sugerem a necessidade dos Agentes comunitários de Saúde de Felipe Camarão I. repensarem a forma como vêm desenvolvendo suas práticas educativas. Entretanto, esta deve ser uma prática de toda a equipe, para que isso se torne realidade, são imprescindíveis o apoio e o incentivo do gestor de saúde em processos de educação permanente voltados a estes profissionais e toda a equipe. Aos Agentes Comunitários de Saúde devemos dar a oportunidade de refletir sobre sua prática, buscando junto a sua equipe condições que favoreçam o seu empoderamento, para que ele possa se perceber enquanto um dos protagonista das práticas educativas junto a sua comunidade. Trabalhar-se-á então na perspectiva de transformação da realidade e fortalecimento do controle social.

Palavras-chave: Educação em saúde. Agente Comunitário de Saúde. Saúde da Família.

ABSTRACT

The National Politics on Basic Care, instituted by the Ordinance GM 2.488/2011, determines as a specific role for the Community Health Agent “to develop activities on health promotion, disease prevention, as well as health vigilance, through Nets of home and community visits and individual and collective educational actions”. The objective of this research was: to analyze the actions on health education developed by the Community Health Workers at Felipe Camarão I Family Health Facility. This study is an applied research with an exploratory qualitative approach. It was achieved through semi-structured interview, developed in the period of Febrary-March, 2016. All of the ethical procedures preconized on the current legislation were respected, the Committee on Ethics and Research of Human Beings approved this research (CAAE: 51325315.4.0000.5292). The results were analyzed in accordance with the theme analyzes (MINAYO, 2010), regarding the following categories: the understanding of “health education; limits and possibilities of the development of health education practices ad the Community Health Agents’ feelings on the development of health education actions”. The results suggest the need for the Felipe Camarão I Community Health Agents to rethink the way they have been developing their educative practices. However, this one must a practice for the entire team, for this to become reality the support and incentive are indispensable from the manager of health in permanent education processes towards those professionals and the whole team. We must give the Community Health Agents the opportunity to reflect on their practice, seeking together with their team the conditions to favor their empowering, so they can see themselves as protagonists of educative practices in their community. We will work, then, on the perspective of transforming the reality e strengthening the social control.

Key words: Health education; Community Health Agent, Family Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 9

2 REVISÃO DE LITERATURA 12

2.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: REVISITANDO SABERES E PRÁTICAS 12

2.2 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO COMO POLÍTICA 16

2.3 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: AGENTES EDUCADORES 20

3 PERCURSO METODOLÓGICO 25

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA 25

3.1.1 Tipo da pesquisa 25

3.1.2 Cenário da pesquisa 25

3.1.3 sujeitos da pesquisa 26

3.1.4 Instrumento de coleta de dados 26

3.1.5 Análise das informações coletadas 28

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO 29

CATEGORIA 1: ENTENDIMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA USF FELIPE CAMARÃO I 29

CATEGORIA 2: POSSIBILIDADES E LIMITES DO DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE 30

CATEGORIA 3: AÇÕES DOS ACS NO DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE 35

5 PARTILHANDO SABERES: UM ENCONTRO COM A EDUCAÇÃO EM SAÚDE 37

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 38

REFERÊNCIAS 40

APÊNDICE 46

ANEXO 50

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional da Atenção Básica, instituída pela portaria GM 2.488/2011, traz como função específica do Agente Comunitário de Saúde (ACS) “desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos assim como de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade” (BRASIL, 2006, p.15).

Nessa descrição, como se pode observar, o agente de saúde carrega em si uma grande responsabilidade, pois a realização de seu ofício e consequente sucesso de seu trabalho congrega duas áreas fundamentais para o desenvolvimento humano: a educação e a saúde.

A educação, sob a perspectiva tradicional, é vista como um processo meramente instrutivo, que remete a aprendizagem de conceitos decorrente da relação entre professor e aluno, ou o detentor do saber e o que deseja aprender; e a saúde, pautada na visão cartesiana, é entendida como um estado em que o corpo físico não está sendo acometido por doenças, o indivíduo não apresenta nenhum sinal ou sintoma.

Distante da ideia de um processo de transmissão unilateral, a Educação em Saúde é uma prática social, no qual o fenômeno de construção que a caracteriza contribui para a formação do sujeito em sua integralidade, ou seja, ela evidencia a formação do ser humano em seus diferentes aspectos, envolvendo as dimensões: social, histórica, econômica, cultural, politica, e espiritual. Sem contar que, nessa direção, ela exerce o papel de ferramenta fortalecedora para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sendo assim, e educação em saúde favorece o desenvolvimento da criticidade das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, a partir da sua realidade, e estimula a busca de soluções ou organização para a ação individual e coletiva (BRASIL, 2006) mediante aos seus contextos de vida.

A portaria supracitada, ainda acrescenta que o ACS deve “estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e o acompanhamento das pessoas com problemas de saúde”.

Nesse sentido, a realização de atividades de educação em saúde pelo Agente Comunitário é indissociável da proposta de melhoria na qualidade de vida na

comunidade, uma vez que este detém um conhecimento privilegiado de sua micro área, pelo fato de não ser apenas um profissional, mas sobretudo por ser um morador, aquele que convive, conhece e participa ativamente do contexto em evidência.

Para Bornstein et al. (2014), essa especificidade faz o ACS ocupar posição singular e contraditória no trabalho em saúde na Atenção Básica, já que ele é membro da comunidade-alvo a ser atendida pelo serviço de saúde e, como tal, também é usuário deste serviço; portanto, conhece e enfrenta, como membro da classe trabalhadora, as mesmas dificuldades de acesso e de resolubilidade que perpassam o sistema público de saúde.

Mesmo sendo colocada como função específica do agente, no desenvolvimento de suas atribuições, o que se observa atualmente é o distanciamento desse profissional das atividades de educação em saúde em seu território. Em parte, além de decorrer da restrição das áreas que compreendem esse fazer, como já defendido, isso pode estar relacionado ao acúmulo de tarefas desenvolvidas por esses agentes, pela fragilidade dos recursos oferecidos para o cumprimento de suas funções e sobretudo pelo fato de que ao profissional foi delegada a atribuição de realizar atividades de educação em saúde sem ter lhe sido fornecido ferramentas para isto.

O que se vê é que os agentes pouco conhecem os conceitos e teorias implicadas no cenário educacional e formativo, não se sentem preparados para envolver-se com a rotina que requer mudança de linguagem, planejamento e formação, bem como desenvolvimento significativo e avaliação. Vive-se, portanto, um entrave para o desenvolvimento de um modelo de educação em saúde dialógico e problematizador: a falta de formação dos profissionais da equipe voltada para a prática significativa da educação em saúde.

Entende-se que no interior dos serviços de saúde as práticas educativas devem possibilitar a formação de cidadãos críticos e reflexivos, capazes de participar de forma consciente e autônoma dos processos decisórios da sociedade, contribuindo para a participação na vida social e para a condução das questões ligadas à saúde e à doença. Assim, a educação em saúde deve ser promotora de uma consciência inovadora e libertadora.

Porém não podemos ter a expectativa de efetivar ações de educação em saúde sem que todos os atores envolvidos no cuidado se sintam preparados para realizá-la, tendo em vista que esta é uma atividade definida como específica na atuação de todos

os profissionais da Estratégia Saúde da Família. Desta feita justifica-se a necessidade de desenvolver estudos que identifiquem, analisem e ofereçam formas de entender e trabalhar com profundidade e diversidade as práticas de educação em saúde pelos agentes comunitários de saúde.

Diante do exposto, definiu-se como objetivo da pesquisa: analisar as ações de educação em saúde desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Saúde da Família Felipe Camarão I. Tendo sido delimitado os seguintes objetivos específicos: identificar as concepções de educação em saúde dos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade de Saúde da Família de Felipe Camarão I; conhecer práticas de educação em saúde desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde nesta USF; reconhecer os aspectos que favorecem e/ou dificultam a realização de ações de educação em saúde na comunidade.

Após análise dos dados evidenciou-se a necessidade de retornar até o cenário da pesquisa onde pudemos apresentar os resultados e em um segundo momento realizar uma oficina de partilha de saberes e práticas de educação em Saúde, onde apresentamos a eles várias experiências bem sucedidas realizadas também por outros agentes comunitários de saúde em diversas regiões do País tendo por base uma pedagogia dialógica e problematizadora.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: REVISITANDO SABERES E PRÁTICAS

Diferentes concepções e o desenvolvimento das mesmas práticas têm marcado a história da educação em saúde no Brasil, mas, até a década de 1970, a educação em saúde no Brasil foi uma iniciativa das elites políticas e econômicas e, portanto, subordinada aos seus interesses. Procurava impor normas e comportamentos considerados adequados (VASCONCELOS, 2010).

A educação em saúde se constituiu e se organizou como disciplina teórica no Brasil no início do século XX, quando, dentro do movimento higienista, intelectuais começaram a perceber a importância das práticas educativas para a construção da nação e para o enfrentamento das epidemias e endemias que tanto atrapalhavam o desenvolvimento (VASCONCELOS; VASCONCELOS, 2012).

Essas epidemias estavam trazendo grandes transtornos para a exportação de café. Aconteceram, então, as primeiras práticas sistemáticas e ampliadas de educação em saúde. Num contexto político de forte domínio das oligarquias rurais e de uma extrema debilidade política das classes populares, cuja maioria havia recentemente saído da escravidão, a educação em saúde era ainda breve e marginal naquelas campanhas urbanas de saúde pública porque, para as autoridades, o povo era incapaz de maiores entendimentos (COSTA, 1986).

Até meados do século XX, a prática educativa em saúde estava relacionada às regras e às normas de prevenção de doenças, através da orientação de discurso higienista e intervenções normalizadoras, em virtude das necessidades de domínio sobre epidemias de varíola, peste, febre amarela, tuberculose, entre outras, nos grandes centros urbanos (ALVES, 2005).

Voltadas à incorporação de hábitos higiênicos pela população de maneira totalmente impositiva pelas autoridades sanitárias. A partir dos anos vinte – 1920 – passa a ser denominada “Educação Sanitária” mantendo o caráter normativo voltado para a assimilação de hábitos e comportamentos adequados” (LUNELLI, 2006, p.85).

Foi preciso que a enorme expansão urbana do início do século XX criasse, nas grandes cidades, uma classe média mais independente das oligarquias rurais para que surgissem propostas menos autoritárias de intervenção na saúde popular.

Segundo Costa (1986) estudos sobre as condições de vida e saúde da população rural, produzidos por médicos tropicalistas do Instituto Oswaldo Cruz, tiveram naquele momento uma grande repercussão política. Surgem, no final da Primeira República, várias campanhas e serviços voltados para o saneamento das periferias urbanas e das áreas rurais. Esta grande presença, no debate político, da educação em saúde voltada para o controle das endemias estava, no entanto, marcada pela ausência do ator popular como elemento ativo.

“Suas práticas eram normativas: os técnicos tinham um saber científico que devia ser incorporado e implementado pela população ignorante“ (VASCONCELOS; VASCONCELOS; SILVA, 2015, P.92).

A partir de 1930, a ação estatal no setor saúde concentra-se na construção de um sistema previdenciário destinado aos trabalhadores mais organizados politicamente. Para os trabalhadores participantes dos novos institutos de previdência pública, as ações de saúde de caráter coletivo são esvaziadas em favor da expansão da assistência médica individual (VASCONCELOS; VASCONCELOS; SILVA, 2015).

Ações educativas em saúde ficaram restritas a programas e serviços destinados a populações à margem do jogo político central, priorizando o combate das doenças infecciosas e parasitárias. Torna-se evidente outra característica das práticas de educação em saúde no Brasil: são implementadas como uma forma de substituir e justificar a não organização de serviços de saúde bem estruturados (VASCONCELOS, 2001b).

Vasconcelos e Vasconcelos (2012) destaca que o governo militar, iniciado com o golpe de 1964, criou contraditoriamente condições para a emergência de uma série de experiências de educação em saúde que significaram uma ruptura com o padrão normativo vigente. Nesta época, a política de saúde volta-se para a expansão de serviços médicos privados, principalmente, hospitais, onde as ações educativas não tinham espaço significativo. Com os partidos e sindicatos esvaziados pela perseguição política, a população vai aos poucos buscando novas formas de resistência.

A concepção educativa sistematizada por Paulo Freire constitui-se como norteadora da relação entre intelectuais e classes populares naquele contexto social e histórico. Muitos profissionais de saúde, insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços de saúde, se engajam neste processo. Nos

subterrâneos da vida política e institucional vão se tecendo novas formas de organização da vida social (VASCONCELOS; VASCONCELOS, 2012).

Nas décadas de 1970 e 1980, num cenário nacional de abertura política, houve a forte influência das ideias e concepções de Paulo Freire sobre a participação da população no processo educativo, através da exposição dialogada de seus conteúdos (REIS, 2006).

No vazio do descaso do Estado com os problemas populares, vão se configurando iniciativas de busca de soluções técnicas construídas a partir do diálogo entre o saber popular e o saber acadêmico (VASCONCELOS; VASCONCELOS, 2012).

Dentre os movimentos que tiveram início em 1970, que buscavam romper com a tradição autoritária e normalizadora da relação entre os serviços de saúde e a população, destacou-se o movimento da Educação Popular em Saúde (VASCONCELOS, 2001a).

Nesse contexto, contrapondo a concepção bancária de educação, tem-se a educação problematizadora, que afirma a dialogicidade e se faz dialógica (FREIRE, 2005).

O setor saúde foi exemplar nesse processo. A partir da década de 1970, muitos profissionais começaram a deslocar-se para as periferias urbanas e para regiões rurais, unindo-se a estas iniciativas educativas junto aos movimentos sociais emergentes. Começaram a surgir experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados do Estado, nas quais profissionais de saúde aprendiam a se relacionar com os grupos populares e a organizar ações de saúde integradas à dinâmica social local (VASCONCELOS, 2004).

Muitas experiências de saúde comunitária orientadas pela Educação Popular (EP) surpreenderam pela capacidade de construir, de modo compartilhado com a população, práticas de grande eficácia no enfrentamento dos problemas de saúde ao levarem em conta o saber acumulado da população, os seus interesses, as forças sociais ali presentes e as peculiaridades da realidade local. A difusão da EP no setor saúde ajudou a criar uma ruptura com o tradicional modo pedagógico, autoritário e normativo dos profissionais de saúde lidarem com as classes populares (VASCONCELOS, 2004).

A EP foi, assim, fundamental na construção e aperfeiçoamento de muitas práticas inovadoras que diferenciam o sistema público de saúde brasileiro de outros

sistemas nacionais de Saúde. Nas experiências pioneiras de saúde comunitária, a EP ajudou na construção de importantes inovações que serviram de referência para o Movimento Sanitário pensar o SUS, principalmente, os seus serviços de atenção primária à saúde (APS) (VASCONCELOS; VASCONCELOS; SILVA, 2015).

Diferentes concepções teóricas e práticas estão presentes no campo científico da educação em saúde.

Embora representem concepções totalmente diferentes, a educação sanitária e a educação em saúde continuam a existir até os dias de hoje nas ações desenvolvidas por profissionais com variadas formações. Atividades educativas ainda tem caráter higienista, imperativo e de transmissão linear de conhecimentos, em um retorno histórico às raízes da educação em saúde e raramente com objetivos de autonomia e cidadania (VALLA, 1999).

Nesta forma de abordagem da Educação em Saúde, cujo conceito pode-se definir como “modelo hegemônico”, o enfoque é voltado para o controle do processo saúde-doença através da transferência de “conhecimentos em saúde” para a população. Neste modelo a Educação em Saúde é vista como “sendo responsável por mudanças comportamentais através da transferência de conhecimentos e redefinição de valores, apenas sugerindo que as percepções da população fossem consideradas” (TRAPE, 2005, p.22).

Segundo Alves (2005) o objetivo da educação em saúde, por sua vez, não é o de informar para a saúde, mas de transformar saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém, não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. Objetiva-se, ainda, que essas práticas educativas sejam emancipatórias.

A educação em saúde é o campo de prática e conhecimento sistematizado do setor saúde que tem se dedicado mais diretamente com a criação de vínculos entre o trabalho de saúde e o pensar e agir cotidiano da população.

Alves (2005) defende que o modelo tradicional da Educação em Saúde deve ser abandonado, bem como a adoção de um novo modelo deve ser rediscutida, à exemplo da proposta dialógica e emancipatória de Paulo Freire. Esta é uma abordagem que adota como marco inicial, o indivíduo inserido em seu contexto social e não a sua doença, e objetiva não somente a remissão dos sintomas, mas

principalmente, a promoção dos cuidados em saúde, além de outras dimensões da vida.

Segundo Pedrosa (2007), para a concretude das estratégias para a promoção da saúde, formalizadas desde a Carta de Ottawa de 1986, a educação em saúde tem sido apontada como sendo um conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo, construtivistas e transversais a vários campos de atuação, que são desenvolvidas com gestores, profissionais de saúde, movimentos sociais, grupos populacionais específicos e a população em geral, na maioria das vezes com o objetivo de sensibilizá-los para a aderência a projetos que contemplam as estratégias propostas.

2.2 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO COMO POLÍTICA

Educação Popular (EP) é uma concepção teórica das ciências da educação que se estruturou inicialmente na América Latina, na segunda metade do século XX e, que hoje, está presente em todos os continentes. Desta forma compreendemos que a Educação popular em saúde objetiva integrar os saberes científico e popular, na tentativa de colaborar com o indivíduo para uma maior participação responsável e autônoma frente à saúde no cotidiano.

Vasconcelos (2001b) resgata a historicidade de constituição da educação popular em saúde no Brasil a partir da participação de profissionais de saúde em experiências de educação popular de bases Freireanas nos anos setenta, inaugurando uma ruptura com as práticas tradicionais de educação em saúde.

De acordo com Pedrosa (2007), estas práticas que remontavam à participação de técnicos de saúde inseridos em pequenas comunidades periféricas, identificando lideranças e temas mobilizadores, criando espaços de debate e apoio às lutas emergentes, atualmente ganham espaços em instituições estando voltadas para a superação do fosso cultural existente, por um lado, entre serviços de saúde, organizações não governamentais, saber médico e movimentos sociais e, por outro lado, a dinâmica do adoecimento e a cura do mundo popular.

Ainda nesta perspectiva Vasconcelos (2001b) afirma que seus principais intelectuais, inclusive Paulo Freire, são, antes de tudo, sistematizadores teóricos de um saber, construído neste movimento social, que é muito maior que seus escritos

acadêmicos. A EP se inspira em um projeto político e em uma utopia de construção de uma sociedade justa, solidária e amorosa, em que os que hoje são subalternos, marginalizados, oprimidos e empobrecidos sejam protagonistas ativos e altivos.

Para Stotz (2004) a Educação Popular em Saúde é um campo de teoria e prática enraizada nas matrizes humanista, cristã e socialista que tem como denominador comum o pensamento de Paulo Freire, que se contrapõe ao autoritarismo vigente na cultura sanitária, orientando-se por modos alternativos e diferenciados de lutar pelas transformações das relações de subordinação e opressão, em favor da autonomia, da participação das pessoas comuns e na interlocução entre os saberes e práticas.

A partir do final da década de 1980, vários profissionais de saúde, entusiasmados com as potencialidades da EP no setor saúde, começaram a organizar-se e a produzir teoricamente sobre os caminhos de sua aplicação nos serviços de saúde (VASCONCELOS, 1988)

Na década de 1990, estes profissionais organizaram a Rede de Educação Popular e Saúde com o intuito de fortalecer o debate sobre as relações educativas nos serviços de saúde. Em 2003, a partir de proposta do movimento da educação popular em saúde, foi criada uma Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde e, posteriormente, uma Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social, no Ministério da Saúde (VASCONCELOS, VASCONCELOS E SILVA, 2015).

Em 2009 foi criado, o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde, com a participação de vários movimentos sociais e setores da administração pública, para construir e negociar a Política nacional de Educação em Saúde, (BRASIL, 2009), como resultado deste trabalho, em 2013, foi aprovada a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEP-SUS) (BRASIL, 2013).

A PNEP é orientada pelos seguintes princípios: diálogo; amorosidade; problematização; construção compartilhada do conhecimento; emancipação; e compromisso com a construção do projeto democrático e popular (BRASIL, 2013).

Destaca-se ainda como eixos estratégicos da Política Nacional de Educação Popular em saúde no SUS: participação, controle social e gestão participativa; formação, comunicação e produção de conhecimento; cuidado em saúde; e intersetorialidade e diálogos multiculturais.

Corroboramos com Vasconcelos,(2001b) quando este afirma que a Educação Popular é um jeito de conduzir as ações educativas que se baseia em uma teoria pedagógica.

Diante disso, as práticas educativas no campo da saúde começaram a realizar-se no sentido de apontar novos rumos, apresentando um deslocamento do paradigma das mudanças comportamentais por meio da informação para o paradigma das ações educativas participativas, interagindo os saberes científicos e popular (REIS, 2006).

Dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, destaca-se os de atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde. Isso devido à particularidade destes serviços, caracterizados pela maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais (VASCONCELOS, 2001b).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu como uma das etapas para consolidação do Sistema único de Saúde. Para garantir o princípio da integralidade é necessário que “a abordagem do profissional de saúde não se restrinja à assistência curativa buscando dimensionar fatores de risco à saúde e, por conseguinte, a execução de ações preventivas, a exemplo da educação para a saúde” (ALVES, 2005, p.42).

A inserção dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) nas comunidades torna mais evidente para os seus profissionais a ineficácia e a frustração gerada nas pessoas atendidas pelo modelo biomédico, centrado na cura de doenças e no alívio de sintomas. Muitas das angústias, frustrações, conflitos e desânimos na APS passam pela falta de habilidade e formação teórica dos profissionais de saúde para lidar com estas questões (VASCONCELOS; VASCONCELOS, 2012).

Esta relação mais próxima com a comunidade é ainda mais evidente nas unidades atendidas pela Estratégia Saúde da Família, onde uma equipe mínima de profissionais compostas por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde trabalham numa área adstrita com um número de famílias acompanhadas.

Precisamos considerar uma proposta de educação em saúde que norteie as práticas educativas no contexto da ESF direcionando-as para um modelo dialógico envolvendo o fortalecimento social no sentido de embater os condicionantes do processo saúde doença.

Para tanto, Zinn (2007, p.29) destaca que:

> Se o objetivo é o fortalecimento das populações para que as classes sociais possam fazer face de maneira mais adequada aos determinantes do processo saúde-doença, é preciso lançar mão de uma pedagogia não normativa, mas dialógica e emancipatória.

O processo de educar em saúde pode ser entendido também como um diálogo que se estabelece entre as pessoas, com o objetivo de mobilizar forças e motivação para mudanças, seja de comportamento, de atitude ou de adaptações às novas situações de vida Trezza, Santos e Santos (2007), contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população.

Deve ser compreendida ainda como um espaço em que a população pode refletir criticamente, valorizando de forma coletiva as suas formas de aprender, apreender e explicitar os saberes da vida em sociedade e em família (SANTOS, 2006).

Para sintetizar corroboramos com Vasconcelos, Vasconcelos e Silva (2015, p.99):

> Pode-se afirmar que a Educação Popular é uma concepção de educação que tem cinco dimensões: uma leitura da realidade, um projeto de transformação da sociedade, uma metodologia de ação, uma epistemologia e uma atitude para o educador.

Em consonância com o novo modelo de saúde preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) torna-se imprescindível repensar em medidas que sensibilizem os profissionais de saúde a desenvolverem ações de educação em saúde de forma dialógica, que instiguem a participação dos usuários no controle e planejamento da saúde da comunidade (CERVERA; PERREIRA; GOULART, 2011).

Brandão (2001) destaca que em conformidade com o princípio da integralidade, a abordagem do profissional de saúde não se deve restringir à assistência curativa, e sim buscar dimensionar fatores de risco à saúde e, por conseguinte, à execução de ações preventivas e de promoção, a exemplo da educação em saúde. Seguindo este princípio, as atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais de saúde.

Cabe ressaltar que muitas das práticas mais inovadoras da APS brasileira foram criadas nessas experiências, muito antes da criação do SUS. Um exemplo importante são os Agentes comunitários de Saúde(ACS), no formato hoje existente no Brasil. Em meados da década de 1970, já existiam redes de agentes de saúde, em

várias cidades brasileiras, formadas por trabalhos pastorais das igrejas cristãs, com práticas que inspiraram, bem mais tarde, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários (VASCONCELOS; VASCONCELOS; SILVA, 2015).

Os ACS foram considerados por Pérez-Escamilla et al (2008 apud FIGUEIREDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2012) como importantes educadores pares, já que são membros da comunidade e servem como conectores entre o serviço de saúde e os usuários para promoção da saúde, apresentando, geralmente, o mesmo status socioeconômico e experiências sociais e culturais similares às da comunidade a que serve.

Vale ressaltar que esse processo de troca de conhecimento entre os pares reflete a importância do saber popular, da contextualização da realidade, da história e das vivências dos usuários, importantes para o processo de educar em saúde. Desta forma o ACS assume um papel singular na Equipe da Estratégia Saúde da Família.

2.2.1 Agentes comunitários de Saúde: agentes educadores

Galindo e Bueloni (2006) apontam que o fato dos Agentes Comunitários de Saúde(ACS) compartilharem de um mesmo contexto social, cultural e um mesmo universo linguístico das pessoas desta comunidade, facilitam o seu engajamento nas ações de Educação Popular. Nesse sentido, o ACS tem papel relevante de mediador entre o serviço, a comunidade e os diferentes saberes. Estimular a autonomia e compartilhar responsabilidades na busca do fortalecimento dos direitos à cidadania e do papel social do coletivo. Sensibiliza e desperta a população para a conquista e reivindicação de novas formas de interação com o meio e para o exercício de controle da própria vida.

Oliveira et al (2003) afirma que desde a década de 1990, o sistema de saúde brasileiro vem orientando a política de saúde para priorizar a atenção básica. A partir de 1991 o Ministério da Saúde começa a implementar o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), que em 1992 passa a se chamar Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1994, estimulado pela experiência do Programa Médico de Família desenvolvido pelo Município de Niterói, o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família (PSF).

Todos estes programas estavam vinculados à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), até que, em 1995, o PACS e o PSF foram transferidos para a Secretaria

de Assistência à Saúde (SAS). Em meados de 1999 estes programas passaram para a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) e neste mesmo ano, o governo federal define as atribuições do ACS, no Decreto nº 3.189, onde estabelece que ao ACS cabe desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade (BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

O PACS é o marco para a transformação do modelo assistencial de saúde, saindo de uma prática hospitalocêntrica caracterizada essencialmente por consultas médicas, medicalização da doença e centrada nos hospitais, para uma saúde de cunho social baseada em compromissos e responsabilidades para com a população, visando à resolubilidade e a integralidade da assistência, fazendo á saúde sair de dentro das unidades rumo ás comunidades, democratizando dessa forma, a acessibilidade da informação (OLIVEIRA et al., 2003).

A partir de 1997 o PACS e o PSF destacam-se como prioridades no plano de metas do Ministério da Saúde sendo o PACS considerado uma estratégia transitória para o PSF. O PSF se apresenta como uma estratégia que visa a orientação assistencial, substituindo o modelo tradicional de assistência, por um modelo, onde as principais características são o enfoque na família a partir do seu ambiente físico e social, como unidades de ação e adscrição da clientela (BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

Pela definição do território de abrangência da equipe; estruturação da equipe multiprofissional; ação preventiva em saúde; detecção de necessidades da população ao invés de ênfase na demanda espontânea e a atuação intersetorial com vistas para a promoção de saúde (BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

Com o fundamento teórico desses autores, podemos afirmar que a inserção do ACS acontece de forma intensa, sobretudo no que tange à linha tênue que o separa entre ser agente comunitário de saúde, morador e usuário do serviço pelo qual trabalha.

De acordo com Oliveira et al. (2003), o ACS tem uma missão social bem clara, pois é alguém inteiramente identificado com sua própria comunidade, com os mesmos valores, costumes e linguagem, cuja capacidade de liderança se reverte em ação comunitária em prol da melhoria das condições de vida e de saúde daquela população.

A potência do ato educativo é saber colocá-lo a serviço da “busca de ser mais” já existente em todos os educandos, valorizando os significativos saberes acumulados e os seus jeitos bem próprios de construí-los. Como os caminhos desta busca dos

educandos são surpreendentemente diversos, o grande esforço a ser feito pelo educador é o de escuta e compreensão, para então poder contribuir com um saber seu que possa acrescentar ao dos educandos. Por isto, o diálogo é o elemento central da EP. Não um diálogo esperto que ouve apenas para identificar a melhor estratégia e linguagem para transmitir eficazmente um pacote de verdades e valores, mas um que parte do reconhecimento autêntico do educador da insuficiência de seu saber (VASCONCELOS; VASCONCELOS; SILVA, 2015).

Pode-se afirmar que a EP é atualmente o corpo teórico dominante na orientação sobre a educação em saúde da população nos espaços de debate do setor saúde. No entanto, esta hegemonia na discussão teórica não acontece no campo das práticas concretas do setor saúde, onde continuam predominando ações educativas normativas e impositivas (VASCONCELOS; VASCONCELOS; SILVA, 2015).

Nesse sentido as ações de Educação em Saúde estão inerentes às atividades de todos os profissionais cujos objetivos prezam pelo princípio da assistência integral. No âmbito da ESF a “Educação em Saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família” (ALVES, 2005, p.43).

A ação educativa é a mola mestra do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), pois possibilita um momento de troca de informações e o compartilhamento de saberes profissional-comunidade, proporcionando um processo de aprender e ensinar e favorecendo a criação de vínculos entre assistência à saúde e o pensar e o fazer da comunidade (VASCONCELOS, 2007).

O ACS realiza suas ações educativas de forma individual e/ou coletiva em vários espaços, seja no domicílio ou na unidade de saúde. Na forma coletiva, a educação em saúde é chamada de reunião educativa realizada pelo Agente Comunitário com duração mínima de 30 minutos e participação de 10 pessoas no mínimo e tendo como meta disseminar informações de saúde, contribuir para a organização comunitária e ajudar a comunidade a estabelecer estratégias de superação dos problemas comunitários, reconhecendo o saber/poder popular como peça chave para a transformação social (BRASIL, 2006; CARVALHO, 2007).

As ações educativas pautadas no diálogo podem estreitar os laços de comunicação profissional-comunidade, proporcionando a criação de vínculo, explicitação e a compreensão do saber, seja popular ou científico, fundamentando,

assim, a Educação em Saúde, que objetiva superar o fosso entre esses saberes (VASCONCELOS, 2001b).

No que concerne as ações educativas realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), foi observado por uma das autoras, enquanto enfermeira da Estratégia Saúde da Família, um desinteresse continuo dos ACS a maioria não realizam ações educativas. Restringindo-se a acompanhar os profissionais de nível superior na realização destas, a mesma realidade observada por Alves et al (2013), a situação observada é que os Agentes que realizam as reuniões restringem-se a apenas alguns grupos, não tendo liberdade para trabalhar com os específicos da realidade de sua micro área, restringindo o processo de orientação.

Dessa maneira, faz-se necessário que haja uma sensibilização desses agentes de saúde quanto à importância das ações educativas voltadas para a toda a comunidade possibilitando que os indivíduos se sintam corresponsáveis pela sua condição de vida e saúde, sendo necessário um ato constante de reflexão-ação com autonomia.

Além disso, Alves et al. (2013) destaca que é fundamental que os ACS incluam a educação em saúde como prática cotidiana do seu processo de trabalho, constituindo-se como profissionais comprometidos com as questões sociais por meio do engajamento ativo com a comunidade com vistas à construção da autonomia dos indivíduos, das famílias e dos grupos sociais.

Fracolli et al. (2013) relata que esse profissional realiza as ações de saúde que lhe são delegadas pela equipe de saúde. Mostrou, ainda, que a prática do ACS está pautada em ser o elo entre a equipe e a comunidade. No entanto, a prática do ACS é ainda descrita nessas pesquisas como assistencialista, higienista e parece tentar enquadrar as comunidades às normas higienodietéticas relativas ao “viver bem”, ao invés de discutir com as comunidades a etiologia dos determinantes de seu processo saúde-doença.

Segundo Lunardello (2004) fica evidente que as ações de promoção da saúde que tenham como finalidade reflexões críticas sobre os determinantes da saúde e da doença e o controle social ainda são incipientes, embora exista potencial para que se desenvolvam. O que se observa na prática é que quando ocorrem às atividades ditas de educação em saúde estão voltadas para a imposição de normas e comportamentos, considerados adequados, para as classes populares.

O ACS apresenta características importantes e particulares, como a identidade cultural com a comunidade onde trabalha, que possibilita ter maior potencial para desenvolver ações que promovam a saúde e fortaleçam a comunidade para o enfrentamento dos problemas e necessidades de saúde (FRACOLLI et al., 2013).

A Educação em Saúde representa o campo de interlocução do saber científico dos serviços de saúde e o saber popular do pensar e fazer cotidiano da população, constituindo-se num processo pedagógico em que os sujeitos, de forma participativa, fomentam formas coletivas de aprendizagem, saindo da passividade, contribuindo para uma ação educativa contextualizada em que a comunidade passa a ser o sujeito de sua própria história (VASCONCELOS, 2001b).

Vasconcelos e Vasconcelos (2012). Os ritmos de envolvimento no processo educativo são diferenciados, exigindo paciência. É necessário, portanto, habilidades de manejo educativo e estudo dos contextos culturais.

Quando isto acontece, é surpreendente a eficácia transformadora dessa metodologia. Soluções são construídas, pessoas e grupos envolvem-se na sua implementação e há um avanço no protagonismo social (VASCONCELOS, 2010).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

3.1.1 Tipo da pesquisa

Uma pesquisa cientifica pode ser classificada quanto a sua natureza, forma de abordagem, aos objetivos e quanto aos seus procedimentos técnicos (GIL, 2008). Nessa perspectiva nosso estudo se classifica como uma pesquisa aplicada, de abordagem qualitativa exploratória.

A pesquisa aplicada em geral objetiva gerar conhecimentos para aplicação pratica dirigida à solução de problemas específicos. Envolve fatos e cenários aplicados a um determinado cenário de pesquisa (GIL, 2010)

A metodologia qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano. Fornece análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento (Marconi e Lakatos, 2011).

Ao tratar de ações de educação e saúde, mobilizar sujeitos e envolver aspectos subjetivos a abordagem qualitativa favoreceu a coleta e interpretação dos dados, na medida em que possibilitou a participação do pesquisador, não restringiu resultados a simples mensurações, e corroborou para a valorização das informações coletadas no mesmo contexto em que os fenômenos ocorreram. Sem contar que o foco se deteve no processo e não propriamente no resultado (MINAYO, 2010).

Considerando a necessidade de se conhecer as concepções adotadas pelos agentes, bem como, as formas como eles desenvolvem o seu ofício, na perspectiva da educação em saúde, a pesquisa foi definida como exploratória. As pesquisas exploratórias têm como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses (GIL 2010).

3.1.2 Cenário da pesquisa

O cenário do estudo foi a Unidade de Saúde da Família de Felipe Camarão I, também conhecida como Unidade Mista de Felipe Camarão. A mesma localiza-se na rua da Tamarineira, s/n-, no distrito sanitário oeste do município de Natal/RN.

A unidade abriga seis equipes da Estratégia Saúde da Família (equipes 14, 15, 16, 17, 18 e 19), que desenvolvendo atividades de assitência a uma média de 18.000 pessoas nas famílias acompanhadas pelas equipes

3.1.3 Sujeitos da pesquisa

No que tange aos recursos humanos cada equipe deveria ser composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 Tecnicos em enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde (ACS), no entanto no período da pesquisa observou-se a falta de diversos destes profissionais estando só uma das equipes completa.

No que diz respeito aos ACS tinhamos 2 Agentes de saúde de licença saúde, 1 em vacância, e mais 3 profissionais de férias a partir daí tinhamos um numero de 30 profissionais no período da pesquisa. Sendo estes os sujeitos participantes e colaboradores da pesquisa

É importante destacar que dentro desse universo foram definidos critérios para delimitar a participação no estudo. Tornaram-se participantes aqueles que na Unidade constituíam o quadro de funcionários na função de agente comunitário de saúde, os que estavam em exercício da função no período da pesquisa, ou seja, os que não se encontravam de licença ou afastados; bem como aqueles que não apresentavam nenhum tipo de distúrbio cognitivo grave que impossibilitasse a comunicação ou lucidez. Os sujeitos participantes da pesquisa foram 15 Agentes Comunitários de Saúde.

3.1.4 Instrumento de coleta de dados

Anteriormente ao processo de coleta e análise de informações, cumpriram-se todos os preceitos éticos e legais relativos à pesquisa envolvendo seres humanos, conforme as diretrizes regulamentadoras da resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. A pesquisa foi submetida em 25/11/2015 ao comitê de ética e pesquisa da UFRN tendo sido aprovada e registrada sob o número CAAE**:** 51325315.4.0000.5292.

A entrevista semiestruturada foi adotada como instrumento de coleta de dados da pesquisa por permitir a presença ativa do pesquisador guiando a entrevista, conforme a necessidade, sem perder a possibilidade de descrição, explicação e compreensão dos fenômenos. Essas características são fundamentais para tornar maleável o instrumento de coleta, uma vez que a complexidade do fenômeno estudado pode levantar a necessidade de inserção de novos questionamentos ou aprofundamento de outras questões como condição fundamental para garantir a coleta de informações fidedignas.

Segundo Marconi e Lakatos (2011), se adequa a abordagem qualitativa, sendo flexível, além de permitir a avaliação de atitudes e comportamentos (observação), que no caso da presente pesquisa veio a corroborar com o objetivo de investigar acerca da prática/ação educativa dos agentes em seu campo de trabalho. Nesse sentido, buscou-se por meio da observação do grupo e da entrevista, afirmativas e explicações do que ocorriam na realidade vislumbrada (GIL, 2010).

Sobre o percurso, os agentes comunitários de saúde foram convidados para um encontro onde foi apresentado um resumo do projeto da pesquisa esclarecendo, objetivos metodologia, bem como exibido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A), nos colocando à disposição para qualquer esclarecimento.

A partir daí os dados foram coletados no mês de fevereiro á março de 2016, por meio das entrevistas. Estas seguiram um roteiro (APÊNDICE B) apresentando as seguintes questões: 1) Descreva educação em saúde na sua prática profissional; 2) Destaque alguns aspectos que favorecem e aspectos que dificultam a realização de práticas de educação em saúde por você em seu território. 3) Descreva ações de educação em saúde realizadas por você e como você se sentiu ao desenvolvê-la

As entrevistas foram realizadas individualmente em uma sala da unidade, climatizada, silenciosa que proporcionou privacidade e tranquilidade para esse momento, As conversas foram gravadas em aparelho digital portátil e posteriormente transcritas. O horário foi previamente agendado com os Agentes de Saúde de acordo com sua disponibilidade. Destaca-se que no ato de aplicação deste instrumento de coleta, apresentamos o roteiro da entrevista, explicamos mais uma vez o TCLE e solicitamos a sua assinatura em duas vias uma foi arquivada pelo pesquisador e a outra foi entregue ao entrevistado.

3.1.5 Análise das informações coletadas

Os resultados foram trabalhados a partir do que se denomina de análise temática. (MINAYO, 2010).

Dessa forma, realizou-se a leitura flutuante de todas as entrevistas transcritas, para assimilar o conteúdo do material em sua relação com os pressupostos teóricos e objetivos do estudo. Nesse processo, agruparam-se os discursos que continham palavras idênticas ou com proximidade semântica para construção de unidades de significado encontradas nas falas dos sujeitos, instituindo, portanto, as categorias de análise que serão descritas.

Para garantir o sigilo e o anonimato dos entrevistados, os sujeitos foram identificados através da abreviação ACS (agente comunitário de Saúde) seguida de um número do 1 ao 15, referente à quantidade de participantes da pesquisa.

.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os ACS entrevistados, 14 (93%) eram do gênero Feminino. Quanto à faixa etária, 2 (13%) tinham entre 20 e 30 anos, 6 (40%) tinham entre 31 e 40 anos, 5 (33,3%) tinham entre 41 e 50 anos, 1 (6,6%0 tinha mais de 50 anos e 1 não declarou a idade, com média de idade de 39,1 anos quanto ao tempo de exercício da profissão 66% apresentavam entre 15 a 20 anos de exercício da profissão, 2 (13,3%) exerciam a profissão há menos de 2 anos, 1 (6,6%) exercia a função há 11 anos, 2 (13,3%) exerciam a função entre 20 e 25 anos, com tempo médio de exercício da função de 14,5 anos. Em relação à escolaridade, 9 (60%)tinham ensino médio completo, 3 (20%) cursaram nível técnico e 3(20%) concluíram curso superior.

No intuito de analisar as ações de educação em saúde desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Saúde da Família Felipe Camarão, foram constituídas três categorias de Análise: O entendimento de "educação em saúde" pelos Agentes comunitários de Saúde; Limites e possibilidades do desenvolvimento de práticas de educação em saúde por Agentes Comunitários de Saúde e Desenvolvimento de ações de educação em saúde por Agentes Comunitários de Saúde.

CATEGORIA 1: ENTENDIMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA USF FELIPE CAMARÃO I

Educação em saúde constitui um campo de conhecimento e de prática do setor saúde que tem a finalidade de promover a saúde e atuar na prevenção de doenças (CERVERA, 2011).

A civilização ocidental desenvolveu uma forma de pensar e de agir que se tornou predominante no mundo moderno, a racionalidade técnica, sendo que a concepção da ação educativa estava baseada na neutralidade, orientando a teoria de educação da escola tradicional e, por conseguinte, o Modelo Tradicional adota a transmissão do conhecimento e experiência do educador, atribuindo uma importância suprema ao conteúdo ensinado, esperando que os educandos o absorvam sem modificações e o reproduzam fielmente (Bordenave,2007).

Este conceito fica claro na fala dos Agentes Comunitários de saúde entrevistados que destacamos abaixo:

> A educação em saúde, eu entendo que é como prevenção pra comunidade da doença. Quando você educa as pessoas para terem esclarecimento do que pode causar determinadas atitudes, determinados hábitos de vida e a partir daí ela pode prevenir as doenças, educar em saúde eu entendo como prevenção pras doenças (ACS1);
>
> A educação em saúde é agente mostrar para a comunidade que existe muitos meios de se evitar que a doença chegue na sua casa. É explicar o método de higiene, como se alimentar melhor, como prevenir várias doenças que tá ao alcance no dia dia, com a educação de saúde (ACS 2);
>
> Orientar, é o usuário, o paciente, a ter.a cuidar de sua saúde, a higiene, e a a higiene de casa, pessoal, medicações (ACS 7);
>
> Educação em saúde pra mim, tá mais ligado em relação as pessoas, é pelo menos ensinar, pelo menos alguma coisa que a gente passa. Porque as vezes você fala um negócio agora, e quando você vê tão fazendo tudo errado (ACS 8);
>
> Educação em saúde para mim, são orientações que podemos passar para as pessoas, em como prevenir doenças, que poderão ser evitadas por práticas simples do dia a dia (ACS 15).

Nesse modelo, as práticas educativas abordam a doença e a intervenção curativa, sendo fundamentado no referencial biologicista do processo saúde-doença. As informações são verticalizadas e a comunicação não acontece facilmente, com pouca ou nenhuma interação com os educandos (Alves, 2005).

O que verificamos em nosso estudo é o estabelecimento de uma relação unidirecional, verticalizada onde o profissional entende que ele enquanto detentor do conhecimento tem a missão de ensinar a sua comunidade. Repassando o modo considerado por ele o mais adequado de agir, acreditando ainda que o usuário ao reproduzir o que lhe foi ensinado pelo profissional poderá apresentar uma melhoria na sua qualidade de vida. Corroborando com Alves,(2005) e Leonello e Oliveira(2008) Que afirma que “A relação entre educador e educando é geralmente assimétrica e paternalista, definindo como os educandos devem enfrentar seus problemas de saúde**.**

Todos os sujeitos ouvidos na pesquisa trazem em algum momento da sua fala as expressões, orienta, ensinar, mostrar. Deixando claro que esta é a única forma de educação em saúde que lhes foi apresentada em sua prática diária, desta forma é assim que a reproduzem na sua prática profissional.

CATEGORIA 2: POSSIBILIDADES E LIMITES DO DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

O fato dos ACS compartilharem de um mesmo contexto social, cultural e um mesmo universo lingüístico das pessoas desta comunidade, facilitam o seu engajamento nas ações de Educação Popular(Galindo e Bueloni, 2006). Os Agentes Comunitários de Saúde da USF de Felipe Camarão percebem esta realidade durante o desenvolvimento de suas atividades, relacionando diretamente a sua inserção na comunidade com facilitado determinante para desenvolvimento de suas atividades.

> O que favorece é a facilidade que a gente tem de chegar até a casa da família e a orientação você sabe que a gente tem aqui de ligar a família da área com a equipe da unidade (ACS 11);
>
> É...o que facilita é eu querer transmitir o meu conhecimento na área da saúde (ACS 3);
>
> Tudo o que eu for realizar não tem, não existem fatores que dificultam, apenas favorece (ACS 7);
>
> É... o que favorece a gente é, somente o desempenho do agente de saúde, a boa vontade que a gente tem de trabalhar, e de fazer o trabalho necessário na nossa área (ACS 14);
>
> O que nos favorece para fazer essas atividades é que nós estamos sempre a disposição e temos conhecimentos já através das práticas do dia a dia (ACS 15).

Na fala das respostas a questão 2 da nossa entrevista verificou-se os fatores que são apontados como limites para o desenvolvimento das atividades educativas pelos Agentes de Saúde.

Um ponto crítico apontado pelos agentes foi a dificuldade dos ACSs em dar resposta a comunidade das demandas que surgem nos momentos das atividades educativas.

Esse fato também foi observado nos discursos do ACSs do estudo de Rodrigues (2007), no Programa de Saúde da Família em Alagoinhas – Bahia, os quais discorrem sobre os limites das ações de educação em saúde quando estão não incorporadas a condutas terapêuticas integrais.

Os agentes percebem que seus discursos educativos muitas vezes perdem sua força pois não estão integrados a um sistema promotor da saúde, que favoreça a sua atuação na micro área.

> Bem, aquele aspecto que favorece as vezes, é quando a gente tem a resposta pra dar à comunidade, né.. que a gente possa tá dando... um ponto positivo, De a gente acolher e atender, e ver que aquele paciente está se sentindo bem, ele está sendo bem aceito e bem acolhido (ACS 10);
>
> E a falta de lugar, as vezes a falta de verba, de incentivo financeiro, é.... normalmente a própria unidade, a gestão local, não dispõe de um lugar adequado que a gente possa reunir o grupo de pessoas...o que dificulta mais é isso (ACS 1);
>
> É assim, o que desfavorece é a falta de médico que sempre tá faltando, que é, também materiais, as vezes falta vacina, para crianças, medicamento para os idosos, é muita coisa (ACS 5);
>
> A dificuldade que a gente tem é que a gente não consegue realizar a visita domiciliar com um médico, já faz mais de ano e a dificuldade é essa. Quando a gente traz uma paciente para cá, a gente vê a possibilidade de marcar uma consulta que tem essa dificuldade grande, mais com a maior dificuldade, a gente consegue falar com um e outro e encaixa o paciente (ACS 6).
>
> Nós usamos, aquilo que nós temos. Nós usamos dos nossos próprios meios, nós não esperamos que venha alguma coisa do ministério, que venha materiais, nós tiramos, muitas vezes, dos nossos bolsos para que realmente se realize alguma ação que agente queira fazer. As dificuldades é porque nem sempre nós temos essas condições financeiras para isso (ACS 9);
>
> É quando vem em busca e a gente não soube dar resposta, não é a parte assim do profissional, mas sim da gestão, porque a gente as vezes não tem assim, como ter o poder de dar resposta aquele paciente. Então, eu acho que isso é uma parte muito dificultosa do nosso trabalho (ACS10);
>
> as vezes a gente ir para fazer o trabalho, recebe toda a orientação, mas a gente bate nos empecilhos das burocracias, dos retornos de, de, dos agendamentos..., a falta de profissionais suficientes para poder ajudar e a falta dos insumos também, isso dificulta (ACS 13).

Ressalta-se aqui a dificuldade dos ACS em realizarem atividades educativas desvinculadas de uma prática integral de atenção à Saúde, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema (LONELO E OLIVEIRA, 2008).

Solla (et al 1996) já destacavam esta dificuldade em seu estudo, alertando que essas dificuldades de se trabalhar em um sistema integral de atenção à saúde pode resultar na perda da legitimidade do ACS, frente à comunidade, e o desestímulo do profissional para o desempenho de suas ações.

Este desestímulo favoreceu o distanciamento observado por nós, dos Agentes Comunitários de saúde, de suas práticas de educação em saúde na comunidade, deixando para os profissionais médicos, enfermeiros ou dentistas o planejamento e desenvolvimento de atividades de educação em saúde em sua microárea.

E quando as atividades educativas acontecem, elas têm por base uma proposta pedagógica onde cabe ao profissional ensinar e o papel do usuário seria o de reproduzir o que lhe está sendo dito, assumindo o conhecimento do profissional como verdade absoluta.

Fica claro também o descontentamento do profissional pela não adesão a esta proposta. Destacamos assim a relevância de discutir com os Agentes Comunitários de Saúde os vários fatores que podem estar interferindo nestas ações educativas mais eficientes.

> Coisa que mais dificulta é a própria dificuldade da população entender o que é o melhor para a sua saúde. Porque você explica hoje e quando você chega lá amanhã ela tá fazendo tudo aquilo que você pediu para ela não fazer. Ela não capita o que é melhor para a sua saúde (ACS 2);
>
> É...o que facilita é eu querer transmitir o meu conhecimento na área da saúde e o que dificulta é que muitas vezes as pessoas, como eu posso dizer, as pessoas não acham tão importante...o que dificulta também a educação em saúde também seria o apoio. - material (ACS 3);
>
> As vezes observo que é difícil colocar na mente de determinados grupos a importância dele ouvir uma palestra. Geralmente as pessoas querem algo em troca, então isso dificulta também (ACS 4);
>
> É... O próprio usuário, ele não se...não se orienta. A gente da explicação, a gente é... promove aquela ação, mas ele mesmo se relaxa, não se cuida (ACS 7);
>
> Eu acho que, uma das coisas que mais vejo é que as pessoas não participam muito. Você faz uma reunião de hipertensos, você chama todo mundo, vem 1 ou 2.....então essa parte assim, acho que se participassem mais, o povo tivesse mais conscientização seria melhor (ACS 8);
>
> O território da gente aqui no bairro, é um território muito carente, então a aceitação das pessoas também é difícil, eles querem que a gente resolva o problema deles, mas quando a gente pede a ajuda pede o apoio deles e no caso da educação em saúde depende também mais deles, eles não querem fazer, eles querem que esteja lá tudo pronto, eles precisam, a gente faz. (ACS 12).

Apresentou-se ainda na fala dos ACS como um dificultador das atividades educativas, o número de atividades burocráticas que hoje são também

responsabilidade dos agentes comunitários de saúde conforme previsto na portaria 2.488/2011:

> Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2011).

A realidade atual é bem diferente daquela encontrada pelos profissionais que iniciaram suas atividades junto com as equipes de Saúde da família, programas novos, desenvolvimento de sistemas informatizados de acompanhamento do seu trabalho o que para alguns profissionais os afastou ainda mais de suas atividades em domicílio:

> As dificuldades, são as tarefas diárias, que vão sendo colocadas diariamente em excesso, outras atividades que a gente vai nos atribuindo, atribuindo e vai atrapalhando a nossa atuação...Além da bolsa família, a busca agora que a gente tem que fazer com o pessoal da dengue, no território, para a gente dá tudo já mapeado para eles é... também, a digitação que a gente tem que fazer os cadastros e digitar agora nas salas, isso também toma o tempo da gente e aí a gente não consegue fazer as palestras (ACS11).

Portanto, segundo Schall & Stuchiner, 1999, uma das propostas para se melhorar essas práticas seria trabalhar-se uma educação em saúde ampliada, caracterizada por propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na promoção do homem. Para iniciarmos um trabalho nesta perspectiva poderíamos estimular os profissionais apresentado a eles as possiblidades desta proposta pedagógica libertadora que não determina caminhos mas que junto a comunidade constrói estratégias para superar suas fragilidades e avançar enquanto organização social.

Tendo em vista que em diversas falas os Agentes Comunitário de Saúde destacam o apoio da equipe, o apoio institucional como por vezes determinante na realização ou não das atividades educativas desenvolvidas por eles como podemos ver nas falas abaixo:

> Por mais que você queira fazer um trabalho, a gente não tem condições de desenvolver um trabalho, se a gente não tem uma equipe que nos ajude (ACS14);
>
> E a falta de boa vontade de alguns profissionais, que mesmo sendo da equipe, que as vezes desestimula (ACS1);
>
> Um das que favorecem é... que gosto muito da minha equipe, as pessoas são bem entrosadas, depende muito dos profissionais envolvidos que tem que ter comprometimento, né? Favorece muito! Minha equipe o pessoal gosta muito (ACS 4);
> Quando você tem o apoio da equipe para ajudar a você....e quando você tem vontade, quando se trata da própria vontade. Porque eu gosto de trabalhar como agente de saúde, e quando a gente gosta, já tem meio caminho andado, metade do trabalho está praticamente feito... Se é educação em saúde na rua que também eu acho que dá para se fazer até mesmo debaixo de uma árvore, ou na área da casa de alguém da família, da microarea que você atua que dá para trabalhar também (ACS 1).

CATEGORIA 3: AÇÕES DOS ACS NO DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

Dentre as atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde (ACS), as ações educativas são fundamentais para a produção do cuidado. Entretanto, apesar de uma reorientação crescente no campo das reflexões teóricas e metodológicas da Educação em Saúde, verifica-se que ela ainda é majoritariamente desenvolvida pela equipe de forma normativa e biologicista, reproduzindo, de forma acrítica, os conceitos da medicina científica, os quais, muitas vezes, são totalmente descontextualizados da realidade vivenciada pelos agentes (Trapè e Soares, 2007):

> Eu gosto muito de dá palestra dentro de grupos hipertensos, gestantes, diabéticos, a gente já fez alguns trabalhos de saúde na escola, com adolescentes, com a psicologia e foi muito bom a gente ver o quanto a gente consegue atingir o número grande de pessoas, quando essa educação em saúde é em grupo (ACS1);
>
> Quando a gente realiza, um dia do idoso, um dia da saúde da mulher, outubro rosa, quando termina que você vê que assim, o envolvimento. A gente fica feliz (ACS4).

A ideia mais compartilhada entre os entrevistados foi a de que as atividades educativas eram realizadas de forma esporádica pelos Agentes Comunitários de Saúde(ACS). De uma forma geral, os Agentes Comunitários de Saúde do presente estudo atestaram que, quando os ACS realizam ações de educação em saúde , elas são voltados à grupos específicos hipertensos, diabéticos, mães e objetivam o repasse de informações, “ensinando’ como estas famílias devem viver,

desconsiderando na maioria das vezes a riqueza da construção de soluções junto a estes grupos para que juntos possam superar os problemas identificados.

> Bem, várias ações já foram realizadas individualmente pelos agentes. Particularmente, por mim que uma das que chamou mais minha atenção foi a da importância da higienização dos alimentos, (...) Então teve uma época que eu via meus pacientes higienizando as frutas, quando eu chegava lá, verduras, com aquilo que eu tinha ensinado, com o produto que eu tinha levado (ACS2);
>
> Palestras sobre osteoporose, sobre fumo. Eu e outro agente de saúde, a gente fez...cartazes, agente mostrou ponto a ponto, passo a passo pra doenças, o que causava, a cura, e foi muito bom (ACS7).

Realizam as atividades educativas em saúde sob a forma de orientações, cujos conteúdos se voltam às ações de higiene no domicílio, hábitos alimentares adequados, assim como estão voltadas na maioria das vezes para grupos específicos hipertensos, diabéticos, gestantes.

Fica claro também que nestas orientações o Agente comunitário de Saúde fica responsável pela convocação da comunidade, organização do espaço, organização dos lanches cabendo aos profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, dentistas) a fala nas “palestras” estas últimas visavam, por meio da transmissão de informações, a mudança de comportamentos individuais e a incorporação de hábitos tidos ditos saudáveis.

> A gente foi fazer a visita com a dentista e ela olhou as pessoas que tavam precisando, as crianças que tavam com cárie e ficou dando palestra. A gente ajudou e depois levou todos para uma sala (ACS5);
>
> Bom sobre ação realizada por mim no momento a gente não tem como fazer isso porque falta profissionais, falta de organização, falta de espaço que a gente não tem (ACS6);
>
> Bom, assim, no momento a gente não prática muito não (ACS13).

Outro ponto que devemos destacar é a necessidade de um apoio da gestão dos serviços no sentido de favorecer a realização destas atividades através da realização de capacitações para estes profissionais onde eles possam ser apresentados a estratégias que possam ser utilizadas em atividades educativas como opção a realização de palestras de caráter normativo e higienista. Pois podemos observar em algumas falas uma tentativa de fugir desta prática buscando uma alternativa para uma melhor resposta da comunidade.

> Eu já estou a 17 anos, eu sempre observava que em determinando local ficavam 3, 4, 5 mulheres ali embaixo de uma árvore conversando, jogando conversa fora, aí eu comecei a pegar, ler, a estudar mais a questão sobre o CD, E eu comecei ali a dar palestra pra elas, ali mesmo na rua. Enquanto elas estavam conversando, O que eu fazia? Em forma de conversa sem que elas nem perceberem que era uma palestra, eu comecei a conversar (ACS9);
>
> Já participei de peças teatrais, de shows artísticos, e palestras também nas reuniões de hipertensos e outros trabalhos que fizemos na comunidade com alunos que vem de faculdades para conhecer nosso trabalho (ACS15).

5 PARTILHANDO SABERES: UM ENCONTRO COM A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Após análise dos dados retornamos à unidade que foi cenário do nosso trabalho para apresentar os resultados do estudo. Planejamos um momento de partilha. Organizamos o espaço para sentarmos todos ao chão em alguns tapetes, numa grande roda, projetei para eles um resumo dos resultados.

De forma objetiva fomos discutindo a partir de cada fala apresentada, fosse ela dos autores que serviram de base para a pesquisa ou dos Agentes Comunitários de Saúde, eles demonstraram surpresa e alegria e perceber que sua prática profissional já foi estudada por diversos autores. O entusiasmo também surgia quando os autores destacavam a relevância de sua função para uma mudança realmente no modo de se fazer saúde, o mesmo entusiasmo quando se descobriam entre os entrevistados.

Após a apresentação do trabalho trouxemos exemplos de experiências de ações de educação em saúde realizadas por Agentes Comunitários de Saúde junto a suas comunidades: poderosas do Alto Pascoal – Recife/PE; Tecendo Histórias de vida – Brusque/SC; Lutheria Cultural-Fortaleza/CE; Saúde na Comunidade João Pessoa – PB dentre outras experiências locais já reconhecidas em nossa cidade.

Discutimos as estratégias e o pouco investimento necessário que muitas vezes se resume ao investimento pessoal de despertar a vontade de “ser mais”, adormecida em cada um de nós sufocada pelas normas que nos sãos impostas diariamente.

Ao final do encontro realizamos um lanche coletivo, onde cada um de nós colaborou com algo que usualmente comeria em casa num café a tarde representando a partilha necessária para o crescimento de uma comunidade e lembrando que cada pessoa sempre tem algo a oferecer embora cada um dentro de suas potencialidades.

Os Agentes Comunitários de Saúde ressaltaram a importância de atividades como a que realizamos para manter a motivação para seu trabalho combinamos que a cada primeira sexta-feira do mês terão um novo encontro para partilhar os sabores da educação em saúde na comunidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo apontam, para uma tensão entre dois modelos educativos: o tradicional e o dialógico. O primeiro predominante ainda com as características clara da educação sanitária com objetivos de definir condutas e estabelecer hábitos adequados de vida e saúde nas comunidades desconsiderando os valores dos sujeitos e a sua capacidade de interagir com o meio em que vive.

Este último, o modelo dialógico, base da educação popular em saúde, atendendo o que se desenhou com o Sistema único de Saúde, possibilitando trabalhar práticas Educativas que suscitassem as discussões na comunidade fortalecendo a participação social servindo de eixo para o desenvolvimento das ações educativas na estratégia Saúde da família.

No entanto o que se observa é que os modelos coexistem e o dialógico pode ser observado em algumas iniciativas isoladas de profissionais que não encontram apoio em suas equipes, nem por parte da gestão para exercerem estas práticas de forma continua como parte de suas atividades diárias junto à comunidade.

O modelo dialógico surge timidamente como uma tentativa de consolidação dos pressupostos do SUS. Observamos, portanto, que os próprios profissionais, a partir das dificuldades sentidas, buscam novas formas de fazer saúde demonstrando a capacidade de refletir sobre o cotidiano e transformar as práticas.

Verificou-se que as atividades educativas são realizadas de forma esporádica e voltadas prioritariamente para grupos específicos em um modelo de transmissão de informações, buscando a incorporação de hábitos saudáveis.

Os resultados sugerem a necessidade dos Agentes comunitários de Saúde de Felipe Camarão I. repensarem a forma como vêm desenvolvendo suas práticas educativas. Entretanto, esta deve ser uma prática de toda a equipe, para que isso se torne realidade, são imprescindíveis o apoio e o incentivo do gestor de saúde em processos de educação permanente voltados a estes profissionais e toda a equipe.

Aos Agentes Comunitários de Saúde devemos dar a oportunidade de refletir sobre sua prática, buscando junto a sua equipe condições que favoreçam o seu empoderamento, para que ele possa se perceber enquanto protagonista das práticas educativas junto a sua comunidade.

Trabalhar-se-á então na perspectiva de transformação da realidade e fortalecimento do controle social.

A pedagogia dialógica favorece a construção da cidadania plena pelos indivíduos e não só sua adequação às normas de bem-viver ditadas por nós profissionais, que nos percebemos, detentores do poder.

Para começarmos a trilhar o caminho que nos levará a consolidação desta nova prática é imprescindível o apoio do gestor local na formação permanente desses profissionais e respectivas equipes. Dessa forma, recomenda-se que os resultados da presente pesquisa sirvam para discussão entre gerentes e gestores, uma vez que podem servir de ponto de partida a processos de mudanças e tomadas de decisão.

Fugindo da realidade hoje posta que é de repasse de orientações de caráter normativos que objetivam mudança de hábitos do sujeito em acordo com o que se espera dele sem levar em consideração a singularidade de cada comunidade ou família

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Katia Faria de e ROCHA, Marisa Lopes da. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. **Psicol. cienc. prof**. [online]. 2007, vol.27, n.4, p. 648-663. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007001200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 out. 2015.

ALVES, Carolina dos Reis. et al. Ações educativas desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde de um município brasileiro. **EFDeportes.com**. Buenos Aires, v.18, n.184, Sept. 2013. Disponível em:< http://www.efdeportes.com/efd184/acoes-educativas-pelos-agentes-comunitarios-de-saude.htm>. Acesso em: 10 nov. 2015.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interf.-Comun. Saúde, Educ**. v.9, n.16, p.39-52, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04>. Acesso em: 12 nov. 2015.

ASSMANN, H. **Redes e metamorfoses do aprender**. Petrópolis: Vozes; 2005.

BARBOSA, Siomara Priscilla Anjos de Deus. **Tessituras poéticas da corporeidade na formação humana do educador infantil**. 2011. 252 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011. Disponível em:<http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/123456789/18328>. Acesso em: 5 out. 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3.ed. Lisboa/Portugal: LDA, 2007.

BORDENAVE, Juan Diaz; PEREIRA, Adair Martins. **Estratégias ensino-aprendizagem**. 28.ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

BORNSTEIN, V. J. **O agente comunitário de saúde na mediação de saberes**. Rio de Janeiro: [s.n], 2007.

BORNSTEIN, Vera Joana et al. Desafios e perspectivas da Educação Popular em Saúde na constituição da práxis do Agente Comunitário de Saúde. **Interface** (Botucatu), v.18 Supl 2, p.1327-1340, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601327>. Acesso em: 15 jan. 2016.

_____. Concepts involved in the training and work processes of community healthcare agents: a bibliographical review. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2008, vol.13, n.1, pp.259-268. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100029>. Acesso em: 10 jan. 2016.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. A educação popular na área da Saúde. **Interface** (Botucatu) [online]. 2001, vol.5, n.8, pp.127-131. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832001000100010>. Acesso em: 05 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2015.

CARVALHO, Maria Alice Pessanha de. Construção compartilhada do conhecimento: análise da produção de material educativo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p 91-101 (Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2016.

CERVERA, Diana Patrícia Patino; PARREIRA, Bibiane Dias Miranda; GOULART, Bethania Ferreira. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, suppl.1, pp.1547-1554. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700090>. Acesso em: 18 fev. 2016.

COSTA, Nilson Rosário. **Lutas urbanas e controle sanitário**: as origens das políticas de saúde no Brasil. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

DAMIANI, Magda Floriana. **Sobre pesquisas do tipo intervenção**. Disponível em: <http://www.infoteca.inf.br/endipe/smarty/templates/arquivos_template/upload_arquivos/acervo/docs/2345b.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2016.

FIGUEIREDO, Maria Fernanda Santos; RODRIGUES NETO, João Felício; LEITE, Maisa Tavares de Souza. Health education in the context of family health from the user's perspective. **Interface - Comunic., Saude, Educ**., v.16, n.41, p.315-29, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000200003>. Acesso em: 01 abr. 2016.

_____. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev Bras Enferm**. 2010; 63(1):117-121. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a19.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2016.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida et al. Avaliação das ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde. **O mundo da Saúde**, v.37, n.4, p.411-418, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/avaliacao_acoes_promocao_saude_desenvolvidas.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 46. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GALINDO, Elizabete Maria de Vasconcelos. **ACS**: agente de transformação social: atuação dos agentes comunitários de saúde em educação popular no distrito sanitário III da Cidade do Recife. 2006. 41f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2006. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3897>. Acesso em: 15 fev. 2016.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LEONELLO, Valéria Marli; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Competências para ação educativa da enfermeira. **Rev Latino-am Enfermagem,** 2008 março-abril; 16(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_02.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2016.

LUNARDELO, Simone Renata. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto-SP**. 2004. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-25062004-121856/pt-br.php>. Acesso em: 01 mar. 2016.

LUNELLI, Tatiana. **Equipes de saúde da família**: concepções e práticas de educação em saúde. 2006. 107f. Dissertação (Mestrado em Saúde e gestão do trabalho) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí; 2006. Disponível em: <http://siaibib01.univali.br/pdf/Tatiana%20Lunelli.pdf>. Acesso em: 01 Abr. 2016.
MARCONI, M. de A. LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

NÓBREGA, S. M. da; COUTINHO, M. da P. de L. O teste de associação livre de palavras. In: COUTINHO, Maria da Penha de Lima; OLIVEIRA, F.B.; FORTUNATO, M. L. (Org.). **Representações sociais**: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003.

OLIVEIRA, R. G. et al. O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, estado do Mato Grosso do Sul. **Acta Scientiarum: Health Sciences**, Maringá, v. 25, n. 1, p. 95- 101, 2003. Disponível em: <http://www.hiv411.org/files/File/2011/health%20agent%20article%201.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2015.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p.13-17. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

PEZZATO, Luciane Maria; L'ABBATE, Solange. Uma pesquisa-ação-intervenção em Saúde Bucal Coletiva: contribuindo para a produção de novas análises. **Saude soc**. [online]. 2012, vol.21, n.2, pp.386-398. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2016.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

REIS, Dener Carlos. Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais. In: GAZZINELLI, Maria Flávia, REIS, Dener Carlos dos, MARQUES, Rita de Cássia (Org.). **Educação em saúde**: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: UFMG; 2006. Disponível em: 15 mar. 2016.

RODRIGUES, Ana Áurea Alécio de Oliveira; SANTOS, Adriano Maia dos; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, n.3, pp.907-915. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300034>. Acesso em: 20 fev. 2016.

SANTOS, Álvaro da Silva. Educação em saúde: reflexão e aplicabilidade em atenção primária à saúde. 2006. **Braz J Nurs,** v 5, n. 2, (2006). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br//index.php/nursing/article/view/435/102>. Acesso em: 05 mar. 2016.

SANTOS, Luciana Patriota Gusmão Soares dos. **A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo**: possibilidades e limites para a promoção da saúde. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a11v44n1.pdf.>. Acesso em: 10 dez. 2015.

SHALL, Virgínia T; STUCHINER, Miriam. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad Saude Publica** 1999; 2(15):4-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600001>. Acesso em: 25 mar. 2016.

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** [online]. 2009, vol.14, suppl.1, p.1453-1462. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800018>. Acesso em: 05 maio 2016.

SOLLA, Jorge José Pereira; MEDINA, Maria Guadalupe; DANTAS, Maria Beatriz Pragana. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Saúde em Debate**, 51: 4-15, jun, 1996. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=201589&indexSearch=ID>. Acesso em: 30 mar. 2016.

STOTZ, Eduardo Navarro. Os desafios para o SUS e a Educação Popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/23214570/215117088/name/STOTZ.pdf.>. Acesso em: 28 jan. 2016.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 17.ed. São Paulo: Cortez, 2009.

THOMPSON, P. **A voz do passado**: história oral. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

TRAPE, Carla Andrea. **A prática educativa dos agentes comunitários de saúde à luz da categoria práxis**. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-23102006-100109/pt-br.php>. Acesso em: 20 fev. 2016.

_____. Educative practice of community health agents analyzed through the category of praxis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2007, v.15, n.1, p.142-149. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000100021&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 15 abr. 2016.

TREZZA, M. C. S. F.; SANTOS, R. M. dos; SANTOS, J. M. dos. Trabalhando educação popular em saúde com a arte construída no cotidiano da enfermagem: um relato de experiência. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007 Abr-Jun; 16(2): 326-34

TRIVIÑOS, A. N. S, **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VALLA, Victor Vincent. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública** [online]. 1999, vol.15, suppl.2, p.S7-S14. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1999000600002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 jan. 2016.

_____. **Construindo a resposta à proposta de educação e saúde**. Rio de Janeiro: ENSP, 2003.

VASCONCELOS, Eymard Mourão; VASCONCELOS, Marcos Oliveira Dias.; SILVA, Marísia Oliveira da. A contribuição da educação popular para a reorientação das práticas e da política de saúde no Brasil. **Revista da FAEEBA – Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 24, n. 43, p. 89-106, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://www.revistas.uneb.br/index.php/faeeba/article/viewFile/1311/886>. Acesso em: 05 abr. 2016.

_____. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 4.ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

_____. (Org). **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292002000100012>. Acesso em: 01 maio 2016.

_____. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1988.

_____. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-84, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a05.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2016.

_____. Educação Popular: instrumentos de gestão participativa dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p 18-29 (Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.

_____. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface** (Botucatu) [online]. 2001, vol.5, n.8, p.121-126. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832001000100009>. Acesso em: 20 abr. 2016.

_____. Educação popular. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

WENDHAUSEN, Águeda; SAUPE, Risita. Concepções de educação em saúde e a estratégia de Saúde da Família. **Texto & contexto enferm;** 12(1):17-25, jan.-abr. 2003. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=460578&indexSearch=ID>. Acesso em: 10 maio 2016.

ZINN, Gabriela Rodrigues. **A dimensão educativa no trabalho dos agentes comunitários de saúde do programa saúde da família** 2007. 89f. Dissertação (Mestrado em Psicologia em Educação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2007. Disponível em: <http://www.sapili.org/livros/pt/cp040405.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2016.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Esclarecimentos,

Este é um convite para você participar da pesquisa: **"Redescobrindo A Educação Em Saúde Como Ferramenta De Trabalho Do Agente Comunitário De Saúde**" que tem como pesquisador responsável **Elizandra Pereira Trindade**, Esta Pesquisa é um requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, integrante da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF. **A pesquisa tem como objetivo: Analisar as ações de educação em saúde desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Saúde da Família Felipe Camarão I.** Estabelecemos, ainda, como objetivos específicos: Identificar as concepções de educação em saúde dos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade de Saúde da Família(USF) de Felipe Camarão I; Conhecer as práticas de educação em saúde desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde nesta USF; Compreender quais aspectos eles consideram que favorecem e quais, aqueles que dificultam a realização das ações de educação em saúde em seu território.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é o distanciamento continuo, do Agente Comunitário De Saúde das atividades de Educação em saúde na comunidade, refletindo de forma direta na perda dele como referência de liderança na comunidade.

Caso você decida participar, participará de uma entrevista em horário disponibilizado pela secretaria de saúde dentro de seu horário de trabalho no auditório da Unidade, em horário previamente agendado. O tema abordado durante a realização da entrevista está relacionado com o desenvolvimento do presente estudo, não tendo nem um assunto ou perguntas que venha a constranger os participantes. As informações não serão utilizadas em prejuízo das pessoas envolvidas e seus nomes não serão divulgados em nenhum momento durante e após a realização da pesquisa. Os registros com os áudios também não serão divulgados sem o prévio consentimento do participante da pesquisa

O estudo oferece poucos riscos a sua integridade física, moral, social e econômica, uma vez que está assegurada a confidencialidade das suas informações, bem como a proteção da sua imagem.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para a pesquisadora responsável Elizandra Pereira Trindade no telefone (84) 98787-9761 ou para a coordenadora da pesquisa Prof. Dra. Jacileide Guimarães no endereço: **Escola de Enfermagem - Campus Universitário no bairro Lagoa Nova, CEP 59072-970, Natal/RN,** ou pelo telefone **84 3215-3615.**

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você.

Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do NorteCEP/HUOL, telefone: 3342-5003, endereço: Av. Nilo Peçanha, 620 - Petrópolis - CEP 59.012-300 Nata/RN, E-mail: cep_huol@yahoo.com.

.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Elizandra Pereira Trindade.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa **"Redescobrindo A Educação Em Saúde Como Ferramenta De Trabalho Do Agente Comunitário De Saúde**" e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal,_____

Impressão datiloscópica do participante

_____

Assinatura do participante da pesquisa

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo pesquisa **"Redescobrindo A Educação Em Saúde Como Ferramenta De Trabalho Do Agente Comunitário De Saúde**", declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal _____

_____

Assinatura pesquisador responsável

APÊNDICE B - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

ROTEIRO

Identificação:

Tempo de atividade profissional como Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família: _____

Formação (Ensino Médio, Técnico, Superior):_____

Idade:_____

Sexo:_____

Data:_____/_____/_____

1) Descreva “Educação em Saúde” na sua prática profissional.

2) Destaque aspectos que favorecem e aspectos que dificultam a realização de práticas de Educação em Saúde, por você, em seu território.

3) Descreva ações de educação em saúde realizadas por você e como se sentiu ao desenvolvê-la.

APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu,_____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada **"Redescobrindo a educação em saúde como ferramenta de trabalho do Agente Comunitário De Saúde"** poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, **a pesquisadora Elizandra Pereira Trindade** a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;

2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;

3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;

4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;

5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa **Prof. Dra. Jacileide Guimarães** e após esse período, serão destruídos e,

6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Natal, _____

_____

Assinatura do participante da pesquisa

_____

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA

PREFEITURA DO
NATAL
A NOSSA CIDADE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS)

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – DGTES
Setor de Educação Permanente e Articulação em Ensino e Serviço - SEPAES

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro por meio deste que esta Secretaria Municipal de Saúde está de acordo com a pesquisa intitulada **"REDESCOBRINDO A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE".** Esta pesquisa será realizada pela mestranda Elizandra Pereira Trindade, do Mestrado Profissonal em Saúde da Família da Universidade Ferderal do Rio Grande do Norte - UFRN, na Unidade de Saúde da Família de Felipe Camarão do município de Natal/RN, no período do mês de dezembro de 2015 a Março de 2016.

Consideramos que este projeto poderá contribuir para a produção de conhecimento acerca desse tema. Em virtude disso, autorizamos a presença da discente nas dependências da Unidade, bem como a abordagem dos profissionais deste Serviço da Rede Municipal de Saúde do Natal.

Cabe destacar que, a divulgação dos resultados obtidos em fóruns, revistas/jornais científicos ficará autorizada, desde que seja mantido o sigilo sobre a identificação das unidades/usuários.

Solicitamos que o resultado da pesquisa, seja consolidado e entregue ao Setor de Educação Permanente e articulação Ensino – Serviço para o banco de dimensionamento de pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde de Natal.

Natal, 03 de Novembro de 2015.

Luiz Roberto Leite Fonseca
Secretário de Saúde do Município de Natal

Marcelo Bessa de Freitas
Secretário Adjunto de Gestão Participativa,
Trabalho e da Educação em Saúde