

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E GESTÃO  
DO TRABALHO

JAQUELINI CONCEIÇÃO

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE  
TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO  
MUNICÍPIO DE CANOINHAS-SC**

Itajaí (SC)

2008

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

JAQUELINI CONCEIÇÃO

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE  
TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO  
MUNICÍPIO DE CANOINHAS-SC**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho – Área de Concentração: Saúde da Família, na Linha de Pesquisa “Promoção e Educação em Saúde”, da Universidade do Vale do Itajaí.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Águeda L. P. Wendhausen  
Co-orientadora: Dr<sup>a</sup>. Gladys Brodersen

Itajaí (SC)

2008

JAQUELINI CONCEIÇÃO

**Concepções e práticas de Educação em Saúde de trabalhadores da ESF do município de CANOINHAS-SC.**

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva e aprovada no Curso de Pós Graduação em Saúde e Gestão do Trabalho, Área de Concentração Saúde da Família da Universidade do Vale do Itajaí.

Itajaí (SC), \_\_\_\_\_ 2008.

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Águeda Lenita Pereira Wendhausen  
UNIVALI/ Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Gladys Brodersen  
UNIVALI/ Co-orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosita Saupe  
UNIVALI- Membro da Banca

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ivonete B. S. Heidemann  
UFSC- Membro da Banca

FICHA CATALOGRÁFICA

C744c Conceição, Jaqueline, 1984–

Concepções e práticas de educação em saúde de trabalhadores da estratégia de saúde da família do município de Canoinhas – SC [manuscrito] / Jaqueline Conceição. – 2009. 115f. : il. ; 30cm.

Cópia de computador (Printout(s)).

Dissertação (mestrado) - Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde 2009.

“Orientadora: Profa. Dra. Águeda L. P. Wendhausen”.

“Co-orientadora: Profa. Dra. Gladys Brodersen”.

Bibliografia: f. 114-118.

1. Saúde - Educação. 2. Promoção da saúde. 3. Empowerment. I. Autor. II. Wendhausen, Águeda L.P. III. Brodersen, Gladys . III. Título.

Ao meu pai, Antônio, pela dedicação e empenho para obtenção desta conquista.

À minha mãe, Rita de Cássia, incentivadora, amiga e companheira.

Agradeço por permanecerem ao meu lado em todos os momentos.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pela vida, pelo amor e pelo apoio. Obrigada por estarem ao meu lado sempre que precisei de amparo e de suas sabedorias, mostrando o amor incondicional com gestos simples, mas grandiosos, dignos de pessoas iluminadas que vocês são.

Aos meus irmãos (Milenna, Douglas e Dominique), por estarem ao meu lado, ajudando-me sempre.

Ao meu noivo, Régis, pela companhia, incentivo e por acreditar em mim.

À minha orientadora, companheira e professora Dr<sup>a</sup>. Águeda, pelo acolhimento, pela paciência e pela sabedoria com que me conduziu.

À minha co—orientadora, professora Dr<sup>a</sup>. Gladys, pelo carinho, pela dedicação e pela paixão ao ser humano.

Aos professores e colegas do Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde, pela convivência, em especial a Fernanda Pereira, pelo companheirismo e por todas as experiências compartilhadas no decorrer desta trajetória.

Às professoras Dr<sup>a</sup>. Rosita e Dr<sup>a</sup>. Ivonete, que aceitaram prontamente participar da banca e contribuir com seus conhecimentos.

À Secretaria de Saúde do município de Canoinhas, por propiciar a realização desta pesquisa.

Aos trabalhadores da Unidade de Saúde, pelo carinho com que me receberam, pela troca de conhecimentos e pelas práticas cotidianas que constroem o SUS.

**"Hoje nos encontramos numa fase nova na humanidade. Todos estamos regressando à Casa Comum, à Terra: os povos, as sociedades, as culturas e as religiões. Todos trocamos experiências e valores. Todos nos enriquecemos e nos completamos mutuamente [...]"**

**(LEONARDO BOFF)**

CONCEIÇÃO, Jaqueline. Concepções e práticas de Educação em Saúde de trabalhadores da ESF do município de Canoinhas-SC. (Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho). Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2008.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Águeda Lenita Pereira Wendhausen  
Co-orientadora: Dr<sup>a</sup>. Gladys Brodersen

## RESUMO

A implantação e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente de programas de atenção primária em saúde, visam à transformação do modelo assistencial e consideram alguns princípios básicos necessários para a operacionalização desse sistema. Desta forma, a Educação em Saúde, na prática dos profissionais, constitui-se em um instrumento essencial na organização histórica da assistência integral requerida pelo Movimento da Reforma Sanitária e pela ESF. A Educação em Saúde é uma estratégia da Promoção à Saúde e, por isso, deve ser o instrumento formador da consciência do sujeito socialmente responsável e elemento fundamental no contexto do SUS. Nesse contexto o trabalhador de saúde tem papel fundamental no sentido de criar o ambiente e as condições necessárias para a educação em saúde. Assim, elegeu-se como foco desta pesquisa a questão: como uma equipe ligada a ESF pensa e pratica a Educação em Saúde no seu cotidiano profissional? Outra questão que se procurou apresentar foi um espaço de discussão e reflexão sobre estas concepções e práticas da Educação para o Empoderamento. Para tanto, implementou-se esta pesquisa do tipo participante e utilizou-se a Metodologia de Paulo Freire como base para a operacionalização do estudo. Esta metodologia proporcionou aos trabalhadores, através de seis encontros, o círculo de cultura, no qual se desenvolveram temas geradores, codificações, descodificações e desvelamentos críticos. Na discussão dos resultados optou-se por discutir aqueles temas que foram abordados pelos participantes de várias formas: nos discursos diretos, através de exemplos, na dramatização e nas figuras que se foram construindo ao longo dos encontros. Identificou-se cinco temas geradores, os quais foram expressados por meio de codificações e, em alguns momentos descodificações: Orientação/Informação como elemento da ação educativa; a Educação em Saúde pressupõe uma Conversa; a Escuta como fator facilitador da Educação em Saúde; A presença da prevenção na ação educativa em saúde; e, por fim, Repensando a postura de um novo educador em saúde. Ao final do trabalho observou-se que as concepções e práticas dos trabalhadores eram, na maioria das vezes, medicalizadas e preventivistas. Durante o processo do trabalho alguns participantes demonstraram ter potenciais para o desenvolvimento de uma Educação em Saúde dialógica, emancipatória, na medida em que desvelaram criticamente o conceito de Educação em Saúde, bem como as práticas. Este fato foi positivo, pois pode representar o início de um processo de auto-avaliação desses trabalhadores da saúde e uma possível transformação dos seus pensamentos e suas operacionalizações. Outro aspecto considerado importante foi a necessidade de capacitação dos trabalhadores da saúde para formar profissionais de saber técnico-científico, a fim de ampliar as competências e habilidades destes que estão na prática, propiciando, desse modo, a aplicação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação em Saúde. Promoção à Saúde. Empoderamento. Concepções. Práticas.

CONCEIÇÃO, Jaquelini. Concepts and practices of Health Education among workers of the FHS in the municipal district of Canoinhas-SC. (Master's Degree in Health and Management of Work). University of Vale do Itajaí, Itajaí, 2008.

Supervisor: Dr. Águeda Lenita Pereira Wendhausen

Co-supervisor: Dr. Gladys Brodersen

## **ABSTRACT**

The aim of the implementation and construction of the Sistema Único de Saúde (SUS – the Brazilian national health system), particularly primary healthcare programs, is to transform the welfare model, and some basic principles are considered necessary for the operationalization of this system. Thus, Health Education, in the practice of the professionals, is an essential tool in the organization of the integral healthcare required by the Health Reform Movement and by the FHS (Family Health Strategy). Health Education is a strategy of Health Promotion, and as such, should be a formative tool for raising awareness of the socially responsible subject, and a fundamental element in the context of the SUS. In this context the health worker has the basic role of creating the necessary environment and conditions for health education. We therefore chose, as the focus of this research, the question of how a team which is part of the FHS conceives and practices Health Education in their day-to-day professional lives. This research was inspired by participant research, using Paulo Freire's method of Culture Circles. We provided a space for discussion and reflection among the workers in relation to the Health Education work they carry out. We held six workshops in which we explored Freire's proposed script with the participants: survey of generating subjects, their codification, decodification and critical unveiling. We opted to discuss the addressed by the participants in various ways, whether in direct discourses, or through examples, dramatization, or pictures, and those constructed during the workshops. We identified five subjects. Guidance/Information as an element of the Educative action; Health Education implies a Dialog; Listening as a factor which facilitates Health Education; The presence of prevention in the educative action in health; and finally, Rethinking the attitudes of a new health educator. At the end of the work, we observed that the concepts and practices of the workers were, in most cases, related to a Traditional Education in which dialog is not present. Thus, the practices are medicalized and are related to the ideal of prevention, rather than Health Promotion. During the work process, some participants, particularly the Community Health Agents, demonstrated a potential for the development of an emancipatory Health in that they already use some dialogical procedures. However this is done spontaneously, without any awareness of the impact it causes on their work. This fact was positive, as it can constitute the start of a process of self-evaluation and a possible transformation in the workers' concepts and day-to-day Educative practices.

**KEY WORDS:** Health Education, Health Promotion, empowerment, concepts, practices.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01: Elementos do círculo de cultura proposto por Paulo Freire.....	44
Figura 02: Localização do Município de Canoinhas .....	48
Figura 03: Mural de “nomes criativos” .....	55
Figura 04: Facilitadores e dificultadores da ação educativa em saúde .....	67
Figura 05: Mapa Conceitual da Educação em Saúde .....	69
Figura 06: A viagem da vida.....	71
Quadro 01: Perfil dos Participantes da pesquisa.....	50

## SUMÁRIO

RESUMO.....	08
ABSTRACT.....	09
LISTA DE ILUSTRAÇÕES .....	10
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>16</b>
2.1 <u>Políticas de Saúde para o Sistema Único de Saúde</u> .....	16
2.2 <u>Educação em Saúde: aspectos históricos e conceituais</u> .....	22
2.2.1 <u>Educação em Saúde rumo ao Empoderamento</u> .....	31
2.3 <u>Os Recursos Humanos para a re-orientação do modelo assistencial</u> ...	35
<b>3 ASPECTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>40</b>
3.1 <u>A trajetória de Paulo Freire: a educação com diálogo</u> .....	40
3.2 <u>Itinerários de Pesquisa</u> .....	42
3.3 <u>A trajetória da pesquisa com os trabalhadores de ESF's</u> .....	46
3.4 <u>A realização do Círculo de Cultura</u> .....	51
3.5 <u>Análise dos dados</u> .....	52
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>53</b>
4.1 <u>O desenvolvimento dos encontros e a reflexão com o grupo</u> .....	53
4.2 <u>Discutindo alguns temas geradores</u> .....	73
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>98</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>104</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>110</b>
<u>Apêndice 1</u> Termo de consentimento livre e esclarecido.....	111
<u>Apêndice 2</u> Termo de compromisso da orientadora.....	112
<u>Apêndice 3</u> Sistematização do trabalho em grupo.....	113
<b>ANEXO .....</b>	<b>114</b>
<u>9.1 Anexo I</u> Parecer comissão de ética .....	115

# 1 INTRODUÇÃO

A partir da década de 80 a luta de profissionais de saúde e intelectuais engajados no Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira determina o redirecionamento das concepções e práticas do processo saúde/doença, advindas de um modelo assistencial biológico preventivista. Este Movimento participa ativamente na elaboração da Constituição Federal de 1988, propondo novos conceitos, princípios, diretrizes e uma nova ordem organizacional e filosófica (MENDES, 1999) ao setor saúde. Essas transformações culminam na criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), que gera maior política de inclusão social do País, transformando o processo de “Promoção em Saúde na prática dos profissionais, como campo de conhecimento e de prática, para a qualidade de vida” (BUSS, 2000, p.164).

Desse modo, pretendendo consolidar o SUS, o Ministério da Saúde, em 1993, cria o Programa de Saúde da Família (PSF), renomeado, em 1994, para Estratégia da Saúde da Família (ESF), que elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de coresponsabilidade entre profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 2004).

A participação organizada e democrática dos atores sociais está envolvida com as questões de saúde, pois demonstra o papel essencial e estratégico na definição de políticas para o setor no sentido de reorganizar ações e serviços. Nesse sentido, para propiciar estas mudanças na prática, ocorreram transformações na expectativa sobre o perfil dos trabalhadores de saúde, já que se trata, agora, de uma nova perspectiva do sistema de saúde (BRASIL, 2005b). Essas transformações se referem principalmente à adesão às novas concepções e práticas de saúde/doença. Dentre os conceitos a serem transformados um dos principais é o da Educação em Saúde, pois sua prática vem historicamente carregada de práticas autoritárias que devem ser transformadas em direção à Promoção em Saúde, através do diálogo e participação de um usuário e profissional empoderado.

A necessidade de mudança se faz ao tomar-se a educação como instrumento formador da consciência do sujeito socialmente responsável e elemento fundamental no contexto do SUS. Nesse sentido, a educação é construída pelo sujeito na sua relação com os outros, com o mundo e serve como um dos

instrumentos de formação para uma nova cultura política de exercício individual ou coletivo de cidadania e participação popular, na superação das desigualdades econômicas e sociais existentes que enfraquecem a melhoria nos padrões de saúde no país (BRASIL, 2005a).

Pode-se afirmar que, na medida em que o SUS focaliza a participação da população como um de seus princípios básicos, acaba, então, por constituir-se em um espaço direcionado à Promoção em Saúde do empoderamento.

O tema da Educação em Saúde foi também uma opção pessoal, porque, em primeiro lugar, na graduação em Psicologia foi despertada a paixão pela saúde coletiva ao realizar o Trabalho de Conclusão de Curso, que versava sobre a participação em saúde dos usuários de uma Estratégia de Saúde da Família. Outro fator foi acreditar que a educação tem por objetivo levar o indivíduo a realizar suas possibilidades intrínsecas, ao seu desenvolvimento, do qual me sinto co-responsável, e o terceiro foi a possibilidade de conhecer a realidade de saúde do Município em que resido e trabalho e nela poder de alguma forma interferir.

Realizar o Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho possibilitou o contato com a disciplina Promoção e Educação em Saúde, despertando, assim, o interesse em conhecer e compreender os conceitos e as práticas da Educação em Saúde utilizadas pelos profissionais/trabalhadores da ESF no Município de Canoinhas, localizado no Planalto Norte Catarinense.

Considera-se a Educação em Saúde ferramenta essencial na construção da assistência integral, requerida pelo Movimento da Reforma Sanitária, assim como fator estratégico na Saúde da Família, podendo fortalecer a promoção e a resolubilidade da saúde, a integralidade, a vinculação profissional com a família e desenvolver a co-responsabilidade dos usuários por sua qualidade de vida.

Para Luckesi (1994) e Saviani (1995 apud PEREIRA, 2003) educar não significa somente transmitir/adquirir conhecimentos. Existe no processo educativo um conjunto de representações da sociedade e do homem que se quer formar. É através da educação que a nova geração adquire os valores culturais e reproduz ou transforma os códigos sociais de cada sociedade. Assim, é necessário refletir sobre o próprio sentido e valor da educação na e para a sociedade.

Com base nessa perspectiva, se desenvolve o presente estudo, tendo como objetivos: 1) descrever as concepções e práticas de trabalhadores da Equipe de Saúde da Família (ESF) de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de

Canoinhas-SC sobre Educação em Saúde; 2) proporcionar um espaço de discussão sobre suas concepções e suas práticas de Educação em Saúde, através do Círculo de Cultura proposto por Paulo Freire.

A pesquisa se realizou com duas equipes da Estratégia da Saúde da Família que trabalham na Unidade já citada. Para a realização da coleta de dados, bem como para a intervenção realizada junto à equipe, utilizou-se o método de Paulo Freire, também conhecido como itinerário de Pesquisa. As categorias do estudo emergem das próprias etapas do método proposto pelo autor, ou seja, buscou-se evidenciar no estudo os Temas Geradores, a Codificação, a Descodificação e o Desvelamento Crítico, que emergem ao dialogar com os trabalhadores sobre o tema Educação em Saúde.

O estudo se propõe a contribuir como um espaço para reflexão dos profissionais/trabalhadores em relação à Educação em Saúde que, ao ser vivenciado pelos trabalhadores, sensibilize-os a trabalhar na perspectiva do empoderamento dos usuários.

A reflexão sobre a dificuldade da aplicação de uma prática pautada nos princípios do SUS na ESF ainda está longe de ser efetivada. Percebe-se a dificuldade no avanço da concepção e da prática dos participantes. Durante os encontros, os profissionais se mostraram dispostos a discutir, envolveram-se e reviram alguns conceitos e práticas.

Esta dissertação compõe-se de cinco capítulos. O primeiro introduz o trabalho, justificando-o e explicitando seus objetivos. No segundo, explanam-se as considerações teóricas, tendo como base a Política de Saúde adotada após a Reforma Sanitária Brasileira. Em seguida, colocam-se os aspectos históricos e conceituais da Educação em Saúde e sua relação com o empoderamento. Na seqüência, trata-se de mostrar a necessidade de um novo perfil profissional em saúde para atuar na assistência, utilizando a Educação em Saúde. No terceiro capítulo descreve-se o percurso metodológico da pesquisa, quando a trajetória de vida e o Método de Paulo Freire são detalhados, bem como os passos da pesquisa em questão. No quarto capítulo apresentam-se o trabalho desenvolvido junto à equipe pesquisada, os dados gerados no processo de ação e reflexão dos trabalhadores e da pesquisadora. Por fim, no quinto capítulo se fazem algumas considerações sobre os achados e o trabalho desenvolvido.

Através da metodologia dialógica utilizada com os participantes, acredita-se ter contribuído para a melhoria do trabalho dos atores que atuam nesse cenário. Pensa-se que, com os trabalhadores mobilizados para a observação da realidade e com mais autonomia, tal processo refletirá na relação com o usuário, tornando-os mais preparados para o desvelamento crítico de seus conceitos e práticas, bem como buscar a melhoria da qualidade de vida através de ações de promoção da saúde.

Espera-se que essa pesquisa convenha de referência para os trabalhadores que atuam no cotidiano da assistência, bem como àqueles que atuam na formação de profissionais no sentido tanto de repensarem sua atuação como de utilizarem metodologias participativas para o desenvolvimento da Educação em Saúde com trabalhadores e usuários.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

Neste capítulo se apresentam os conceitos e autores que fundamentaram o presente estudo. Num primeiro momento, a história das políticas de saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS). Num segundo momento, a história da Educação em Saúde e a Educação em Saúde rumo ao empoderamento. No terceiro momento, apresentam-se brevemente os recursos humanos, o novo modelo profissional e a formação necessária dos profissionais para a operacionalização de uma educação emancipatória.

### **2.1 Políticas de Saúde para o Sistema Único de Saúde**

O Brasil conta com um processo histórico denso de construção do modelo vigente de saúde. Alguns fatos importantes do século XX que contribuíram para as políticas públicas atuais de saúde serão ressaltados neste texto.

Mendes (1995), afirma que em 1974, no cenário internacional, a Promoção da Saúde é enfatizada no memorando do Relatório de Lalonde, no Canadá, com uma perspectiva behaviorista, propondo como eixo central de intervenção um conjunto de ações que visavam às mudanças práticas e positivas sobre os comportamentos individuais não saudáveis das pessoas. O resultado desse documento aponta quatro grupos explicativos do fenômeno saúde/doença: ambiente, estilo de vida, biologia humana e organização de serviços.

O relatório de Lalonde influenciou a Conferência Mundial de Saúde de Alma/Ata (1978), que foi promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com a proposta de ações da atenção primária em saúde, a necessidade da participação popular e de reestruturar os sistemas de saúde no mundo. Nela cunhou-se o lema: “Saúde para todos até o ano de 2000”, sendo que todos os países do mundo deveriam ter esta máxima em sua pauta de prioridades(MENDES, 1995).

No Brasil, na década de 70, com a atuação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES, 1976) e da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO,1979) desenvolveu em alguns profissionais e intelectuais uma

postura crítica ao modelo assistencial médico privatista (hospitalar). Foram, também, estes organismos formuladores de propostas políticas e técnicas alternativas para o sistema de saúde do país (BUSS, 1995).

No território brasileiro se criavam e justificavam os fundamentos político-ideológicos do Movimento pela Reforma Sanitária que foi deflagrado pela insatisfação da população e dos profissionais de saúde com a visão biológica, médico - hospitalocêntrica da assistência à saúde (VASCONCELOS, 2001). As reivindicações e as bandeiras do Movimento pela Reforma Sanitária motivaram muitos profissionais atuantes nas estruturas governamentais a engajarem-se na implementação das mudanças legais e institucionais, pois para eles a saúde deveria ser respeitada como um direito de todos, garantido pelo Estado (KLEBA, 2005).

Alguns elementos são apontados pelo Movimento como diretrizes prioritárias para as mudanças reivindicadas: a ampliação de uma consciência sanitária na população, relacionando a saúde e as condições sociais à política e à economia (determinantes sociais); a conformação de um novo paradigma na área da saúde pública e a transformação da prática médica; o desenvolvimento de uma nova ética profissional; a conquista de parcerias políticas na luta pelo direito à saúde; a criação de instrumentos e organização de estruturas que possibilitem uma administração democrática (KLEBA, 2005).

Estes eventos vêm a favorecer a nova política que tende à estabelecer-se no País com visão direcionada para as populações da periferia e de zonas rurais, excluídas até então do modelo assistencial. Porém, segundo Buss (2003), no Brasil há um desvio da proposta original, utilizando-se recursos pobres para pobres, com tecnologias simples e baratas, desarticuladas de um sistema hierarquizado e resolutivo.

O Movimento de Reforma Sanitária teve seu ápice com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que veio a contribuir como espaço para discussão das práticas da determinação social e da intersetorialidade. Pela primeira vez contou com a participação popular, marcando o período de redemocratização do país (BRASIL, 1986). O relatório dessa conferência culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), promulgado na nova Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), e regulamentado em 1990, pela lei 8080/90 e 8142/90 (BRASIL, 1990).

É importante ressaltar que o Movimento pela Reforma Sanitária não está acabado, é um processo contínuo que ainda está em construção com o objetivo de mudar o modelo de atenção à saúde hegemônica biologicista.

Paralelamente ao Movimento pela reforma Sanitária, e como consequência da influencia do relatório de Lalonde, em 1986, no Canadá, aconteceu a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, tendo como principal produto a Carta de Otawa, que se tornou, desde então, um termo de referência básico e fundamental no desenvolvimento das idéias de Promoção da saúde em todo o mundo (BUSS, 2003).

A perspectiva histórica da Promoção à Saúde pode ser classificada de dois modos: antiga Promoção e nova Promoção. A Promoção que se refere à ação individual, medicalizante e behaviorista, centrada no aspecto comportamental. Há outro entendimento da Promoção reconhecida à importância pelo INFORME LALONDE, que considera fatores gerais e estruturais, entendendo a saúde como produção social, cujo elemento é o empoderamento (socioambiental), e como parte dos movimentos sociais, por paz, justiça social, desenvolvimento e democracia participativa (VASCONCELOS, 2001).

A Carta de Otawa propõe cinco campos centrais de ação, onde a educação em saúde está inserida nesses espaços, e faz parte dessas cinco estratégias, principalmente no desenvolvimento de habilidades pessoais:

Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis.

Criação de ambientes favoráveis à saúde.

Reforço da ação comunitária.

Desenvolvimento de habilidades pessoais.

Reorientação do sistema de saúde.

A Promoção da Saúde é definida na Carta de Otawa como “[...] o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”(BUSS, 2003 p.170). O documento aponta para os determinantes múltiplos da saúde, para a intersectorialidade, e define a saúde como algo que transcende às formas sadias de vida; acrescentando ainda as condições e requisitos para a saúde: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BUSS, 2003).

A Carta resgata a dimensão da Educação em Saúde, a relevância para a divulgação de informações sobre a educação para a saúde em espaços coletivos (lar, escola, trabalho) e prioriza uma qualificação do profissional de saúde, pois considera o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde, dando ênfase ao *empowerment* no processo de capacitação e de consciência política (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI; 2001).

A Constituição Brasileira de 88 estabeleceu que “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado”(BRASIL, 1988). De acordo com a nova legislação, compete ao SUS prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1988).

Para Vasconcelos (2001, p.31), a Constituição Federal do Brasil:

[...] incorporou conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde. Representou um avanço considerável, visto que é reconhecida internacionalmente como referência em termos de política de saúde e base jurídico-constitucional.

Segundo Mendes (1999), na Constituição de 1988 a saúde foi colocada a partir de alguns aspectos fundamentais:

- O conceito de saúde foi entendido numa perspectiva de articulação de políticas econômicas e sociais.
- O entendimento da saúde como direito social universal derivado do exercício de uma cidadania plena.
- Como relevância pública à caracterização das ações e serviços de saúde.
- A criação de um Sistema Único de Saúde organizado e tendo diretrizes como descentralizações com mando único em cada esfera de governo, atenção integral e participação comunitária.
- A integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social.

Nesse aspecto a educação em saúde deve participar das ações do SUS, alguns princípios doutrinários são fundamentais para o seu funcionamento: a) universalidade: todas as pessoas têm direito ao atendimento independente de qualquer fator externo; b) equidade: todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades; c) integralidade: o serviço deve trabalhar para a prevenção e cura do ser humano de forma integral; d) promoção da saúde; e) proteção: prevenir riscos e exposições de doenças, manter o estado de saúde; f)

recuperação: ações que evitam a morte das pessoas doentes (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001).

A Constituição de 1988 previu que os serviços e recursos públicos na área da saúde formariam uma rede hierarquizada e regionalizada que constituiriam um sistema unificado. As diretrizes organizacionais e filosóficas que surgiram nessa formulação foram ampliadas através da Lei 8080, de 1990 (BRASIL), e podem ser assim resumidas:

- Universalidade e igualdade na assistência, respeitando-se a autonomia dos indivíduos.

- Integralidade, prevendo tanto o trabalho preventivo, terapêutico e de reabilitação, quanto à atuação conjunta dos diversos setores e serviços de interesse público (saúde, educação, saneamento, meio ambiente, entre outros).

- Descentralização político-administrativa com repasse de responsabilidades aos gestores locais, possibilitando a organização do sistema assistencial de forma regionalizada e hierarquizada, e garantindo a distribuição e utilização dos recursos de forma racional, coordenada e eficiente, bem como o planejamento em critérios epidemiológicos.

- Direito à participação e informação aos cidadãos.

As diretrizes citadas nortearam, segundo Kleba (2005), a reorganização do sistema de saúde brasileiro não apenas em sua rede de serviços, mas em sua estrutura política e institucional, constituindo-se desafio atual a todos os setores da política pública em conjunto com a sociedade.

Conforme a lei nº 8080/90, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema em processo de construção, que visa dar assistência à população, baseado no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde; é regido pelos princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização, resolubilidade, participação social (BRASIL, 1998).

Com a pretensão de operacionalizar os princípios do SUS, o Ministério da Saúde criou, em 1993, o Programa de Saúde da Família (PSF) e iniciou sua implementação em 1994, com o propósito de mudar o modelo da atenção à saúde, que passou a ter como núcleo o cuidado às famílias, sendo abordadas e compreendidas a partir do meio onde vivem. Mais tarde, o Programa foi substituído pela nomenclatura Estratégia da Saúde da Família, considerando as atividades

como instrumentos que oportunizam a realização dos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2004).

No caso da ESF, a equipe de saúde da família está capacitada para executar desde ações de busca ativa de casos na comunidade adscrita, mediante visita domiciliar, até acompanhamento ambulatorial dos casos diagnosticados (tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, entre outras enfermidades) com o fornecimento de medicamentos. Seguindo o princípio da integralidade, as atividades de Educação em Saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais da ESF.

O atendimento é prestado em uma Unidade de Saúde da Família (USF) ou no domicílio dos usuários pelas equipes de saúde da família. Assim, esses profissionais/trabalhadores e a população acompanhada criam vínculos de responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade. Uma Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculada (BRASIL, 2004).

Cordeiro (1996) avalia que o desenvolvimento de um modelo assistencial baseado nos princípios da ESF não implica um retrocesso quanto à incorporação de tecnologias avançadas, conforme a compreensão inicial de que a ESF corresponderia a uma medicina simplificada, destinada para os pobres; antes disso, tal proposta demanda a reorganização dos conteúdos dos saberes e práticas de saúde, de forma que esses reflitam os pressupostos do SUS no fazer cotidiano dos profissionais. Admite-se, nessa perspectiva, que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) “[...] requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes” (BRASIL, 1997, p.9).

A ESF busca compreender uma prática que dê conta dos princípios doutrinários do SUS: a integralidade: o usuário tenha o direito a um atendimento completo, proporcionando todos os cuidados/tecnologias de modo integral para solucionar sua necessidade ou problema de saúde, pois ele é um sujeito biopsicossocial; a equidade: assegurar a distribuição dos recursos da saúde por igual, conforme a complexidade de cada caso; a universalidade: a garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão que tem o direito ao acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como aqueles contratados pelo poder público (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, as práticas de Educação em Saúde devem ser repensadas. Mas, para tanto, é necessário compreender como se vem construindo historicamente e qual o potencial de se tornarem práticas que contribuam para uma produção social da saúde voltada ao ideário proposto em Ottawa.

Na última década houve novos estímulos para a implementação das práticas como a intersetorialidade e a descentralização, mas existem muitas dificuldades e limitações levantadas, dentre elas, a cultura medicalizada, estabelecida tanto pelo profissional quanto pela comunidade, e a dificuldade deste trabalhador em criar espaços de diálogo com a população sobre a co-responsabilidade na sua condição de saúde.

Nessa nova ótica, a atribuição dos profissionais de saúde, como agentes de mudança, passa a ser de facilitadores no processo de Educação em Saúde para construção de uma nova subjetividade em saúde. Tal construção se reflete na formação permanente dos profissionais de saúde, visto que “[...] uma profunda renovação das preconizações não se faz sem uma política de educação para o setor” (ACIOLI, 2008).

Então, pode-se afirmar que este novo modelo de atuação se irá constituindo na medida em que a formação de recursos humanos for repensando tais necessidades.

## **2.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: aspectos históricos e conceituais**

A Educação em Saúde no Brasil, no início do século XX, teve seu nascimento marcado por discursos e práticas normalizadoras. Esta trazia uma visão diferenciada da que havia até aquele momento: uma místico-religiosa. Aqui se iniciou a busca de conduta racional perante a doença. O exclusivo poder da cura e controle sobre a doença estava nas práticas dos profissionais, “[...] rotulando as eventuais resistências e os saberes alternativos de cegueira política, ignorância do povo, má-fé dos charlatães” (ALVES, 2005).

Nesse momento, no Brasil, estava em pauta a economia agroexportadora, impondo a necessidade de controle higiênico, devido à falta de saneamento nos portos e a dominação de várias epidemias (varíola, peste, febre amarela,

tuberculose, entre outras) que assolavam o país, colocando em risco a exportação do café. Observa-se que a administração pública brasileira associava as ações saneadoras nas cidades à incorporação de um modelo europeu de civilização (ACIOLI, 2008).

Assim, no governo de Rodrigues Alves, em 1904, Oswaldo Cruz liderou o primeiro movimento sistemático de Educação em Saúde: a polícia sanitária no Rio de Janeiro, com medidas de controle de enfermidades, vacinação compulsória, vigilância sobre comportamentos das pessoas pobres, influenciou na arquitetura das cidades e dos portos. A essas práticas coercitivas de Educação em Saúde, Vasconcelos (2001) denominou de Educação Higienista.

A Educação Higienista apresentava uma prática fiscalizadora, campanhas autoritárias, impondo normas e medidas consideradas científicas pelos técnicos. Ao controle sanitário perpassava a idéia de que as classes pobres são perigosas por oferecerem problemas para a disposição das cidades, além da possibilidade de contágio de doenças. As pessoas alvos eram as categorias subordinadas e pobres. Os aumentos da população de imigrantes europeus que portavam ideologias libertárias, com cultura avessa às práticas de dominação incentivaram movimentos de resistência e expressão de descontentamento, como a Revolta da Vacina (1906) e as greves (VASCONCELOS, 2001).

Na década de 20, iniciou-se uma nova concepção de organização dos serviços da saúde. Houve reformulação dos serviços sanitários do Estado de São Paulo com o objetivo de reduzir ao máximo o poder coercitivo da polícia sanitária. Fato importante nesta década ocorreu em 1923 quando se cria um novo modelo de regulamento sanitário, de assistência médica: as Caixas de Aposentadorias e Pensões (Lei Elói Chaves).

O movimento higienista ampliou seus espaços, seu poder de atuação e interferiu na educação da população: medidas de divulgação de higiene pessoal e pública foram constantes, inspeções médicas de imigrantes foram adotadas, confinamento de leprosos, tuberculosos. Nesse momento, os cuidados da saúde infantil e gestante estavam sob a responsabilidade do Estado. A educação sanitária cumpriu o papel de controle da sociedade, tanto no aspecto das questões sanitárias como no âmbito da vida cotidiana das famílias pobres. É importante ressaltar, conforme Vasconcelos (2001), que o sujeito ainda possuía papel inativo no processo educativo.

Nesse período de concepções e práticas higienistas que circundavam a Educação em Saúde, o sujeito foi culpabilizado individualmente pelas doenças que o acometiam. Dele não se esperava mais do que a assimilação passiva das prescrições normativas dos profissionais de saúde (VASCONCELOS, 2001). Porém, conforme Alves (2005), esta culpabilização era escamoteada pelo modelo biologicista (genético) na sua determinação do processo saúde/doença. Esse discurso biologicista propagava que os problemas de saúde eram decorrentes do não cumprimento das normas de higiene e que as alterações de comportamentos individuais garantiriam a resolubilidade dos problemas de saúde.

Conforme Stotz (1993, p.18), a Educação Sanitária se definiu como uma especialidade da medicina preventiva, devido aos educadores sanitários utilizar como base filosófica a medicina cujos:

[...] problemas são definidos sob o ponto de vista médico e os diagnósticos proporcionam o ponto de partida. As atividades de educação sanitária são afins a esse padrão de problemas medicamente definidos que freqüentemente terminam em programas ou campanhas fragmentadas e focalizadas em um problema apenas.

A educação com abordagem preventiva, que ocorreu a partir da década de 20, possuía como objetivo principal o indivíduo com comportamento saudável. O sujeito desta ação era o educador através de comportamentos persuasivos sobre os riscos de doenças. As estratégias de prevenção de doenças ocorriam pelo desenvolvimento de comportamentos saudáveis, ou seja, adequados, propondo a extinção ou a mudança de comportamento individual para a eficácia do processo (STOTZ, 1993).

Nessa perspectiva Sanitária, a Educação em Saúde trabalhada teve o sujeito como um depositário de conhecimentos, partindo do pressuposto de que o profissional era o detentor de todo o saber para a saúde e que o sujeito não tinha conhecimento suficiente, isto é, científico sobre as doenças e as corretas medidas de prevenção, culpabilizando-o caso viesse a adoecer, pois apontava que realmente não tinha modificado seus comportamentos perante as prevenções ditadas por um “educador” (VASCONCELOS, 1997). Segundo Freire (2005), este modo de educação se chamou de bancária, na qual não havia diálogo, e sim o opressor ditando regras sobre o oprimido.

Essa ideologia permeou fortemente a Educação em Saúde até meados de 1940, quando outras formas de participação social começaram a surgir no Brasil, iniciando com os movimentos operários da Era Vargas (VASCONCELOS, 2003).

Como consequência do pós-guerra, o Brasil passou a programar projetos de apoio internacional - influência norte-americana – principalmente nos serviços de saúde brasileiro. Também vale registrar que foi devido aos interesses na exploração de borracha e minérios na região amazônica que os EUA instalaram a Fundação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com o objetivo de controlar as grandes endemias da região através da educação sanitária com técnicas mais modernas, ainda que impositivas, com os grupos, como a utilização de recursos audiovisuais, participação e lideranças comunitárias (VASCONCELOS, 2001; WENDHAUSEN, SAUPE, 2003). Nesse momento, ainda se destinou ao sujeito a responsabilidade pelo processo saúde/doença, eliminando-se como determinantes os fatores culturais, subjetivos, valores e costumes.

Mais adiante, na década de 50, houve a necessidade de modernização da agricultura e da educação do homem rural, pois a exploração rural exigia a participação do trabalhador na incorporação de tecnologias. Com a prática eleitoreira, surgiu uma nova perspectiva: a aposta no sujeito, que poderia desenvolver as ocasiões de superação dos limites impostos pelo governo.

Nesse momento histórico se deu início à alfabetização de adultos no Brasil, com a proposta dos Círculos de Cultura de Paulo Freire, que abrangiam educação e mudança político-social (VASCONCELOS, 2001). Essa forma de educação diferenciava-se pela oportunidade dada ao educando de manifestar-se e ser valorizado, apontando que é possível construir saberes a partir do diálogo. Nessa década e no início da seguinte, o cenário político brasileiro foi turbulento. Os movimentos sociais ganharam espaço. Começou a alterar-se a percepção do processo saúde/doença, considerado pela multidimensionalidade e relacionando-o aos aspectos sociais (WENDHAUSEN, SAUPE, 2003).

Na década de 60, o fato marcante foi o surgimento da perspectiva da Medicina Comunitária, em que foi possível perceber um apelo à participação da comunidade para a solução dos problemas de saúde existentes. Entretanto, como afirma Alves (2005), por trás desse apelo de participação comunitária pareceu camuflar-se o mesmo discurso da culpabilidade dos sujeitos, com a ressalva desta passar da individualidade para a coletividade. As práticas de Educação em Saúde

comunitárias continuavam semelhantes à visão anterior e partiam, então, do pressuposto de que as comunidades seriam as responsáveis pela solução de seus problemas de saúde, devendo, para isto, serem conscientizadas (ALVES, 2005).

Segundo Vasconcelos (2001), houve um encontro entre as vertentes no campo da saúde e da Educação em Saúde, pois a visão de sujeito social era menos determinada pelas circunstâncias. Ainda não prevalecia o questionamento do direito de ter saúde, mas se começou a relacionar doença com as condições de vida e com a participação nas manifestações de encaminhamentos dos problemas, considerando que a própria educação poderia resolver.

Entretanto, na década de 60, durante o regime militar (1964), o campo da Educação em Saúde permaneceu sem se expressar publicamente, devido à limitação dos espaços institucionais para sua realização. Constatou-se a expansão dos serviços médicos privados e da medicina curativa em detrimento dos serviços de atenção preventiva. Este modelo assistencial de cunho curativo, hospitalocêntrico, fragmentado e de baixa resolubilidade não favorecia a Promoção à Saúde ou a atenção primária, que contava com a participação popular. Smeke e Oliveira (2001) afirmam que durante esse tempo a Educação em Saúde se referiu ao controle sobre os sujeitos.

Em contraponto, ao padrão de imposição de normas e comportamentos considerados adequados pela educação, na época do regime militar despertou-se uma resistência e aumentou a insatisfação da população, que acelerou, ao longo da década de 1970, a organização de movimentos sociais. Esses reuniram intelectuais e populares visando à ampliação de conceitos sobre o processo saúde/doença e o papel do educador e da Educação em Saúde, pois a falência na saúde se expressava pelas condições de vida, refletindo nos altos índices de mortalidade infantil, acidentes de trabalho, epidemias como a meningite e a crise previdenciária (VASCONCELOS, 2001; VALLA, 1993; ALVES, 2005).

O modelo hegemônico vigente nesse período preconiza a persuasão sobre o indivíduo que deveria adotar comportamentos mais saudáveis mediante a divulgação por meios de comunicação de massa, TV, folhetos, cartazes e jornais, responsabilizando o sujeito pelos seus comportamentos. O que fica nítido é o esquecimento de que o sujeito possui subjetividade e que as soluções dos problemas de saúde requerem ações socialmente sustentadas pelos aspectos culturais, políticos e econômicos da sociedade em que esse mesmo indivíduo está

inserido (STOTZ, 1993). A medicina curativa é praticada nos consultórios particulares, nos hospitais e nos grandes ambulatórios da Previdência Social. A medicina preventiva e a Educação em Saúde são realizadas por órgãos ou pessoas isoladas sem maiores recursos (VASCONCELOS, 1997).

Dentre os movimentos que se apresentaram no início na década de 70 que procuraram rescindir com a tradição autoritária e normalizadora da relação entre os serviços de saúde e a população se destaca o movimento da Educação Popular em Saúde (VASCONCELOS, 2001). Este movimento foi precipitado pela insatisfação de alguns profissionais de saúde com os serviços oficiais, dirigindo-se para as periferias dos grandes centros urbanos e regiões rurais, aproximando, assim, as classes populares dos movimentos sociais locais. Através de um realinhamento ideológico apresentava uma postura contra-hegemônica na Educação em Saúde.

Este Movimento surgiu a partir de experiências de serviços comunitários, desvinculados do Estado, transformando-se em movimentos sociais que lutavam pela Reforma Sanitária. A iniciativa dos profissionais em inserir-se em serviços de saúde que prestavam assistência às classes populares se deu integrada a projetos mais amplos, dentre os quais predominava a metodologia da Educação Popular (Vasconcelos, 2001). Dessa forma, esta metodologia foi assimilada pelo movimento dos profissionais, compondo seu elemento estruturante essencial.

Nesse período, pós regime militar, na faculdade de Saúde Pública da Universidade do Estado de São Paulo (USP) se fez um grande investimento ao redirecionar a profissionalização do educador de saúde pública. Sua compreensão englobaria o processo saúde/doença na sua multicausalidade social, econômica, cultural, e despertando a visão crítica na identificação dos obstáculos ao desenvolvimento da população e o surgimento de propostas e medidas educativas corretas. Esta visão de ensino despertaria nos alunos, futuros educadores, o desenvolvimento do caráter crítico, participativo e politizador. As práticas dessa Educação em Saúde proporcionavam flexibilização e ampliação, distanciando-se das ações impositivas da educação higienista. Nesse momento, tratou-se de reavaliações e reorientações aos avanços para uma participação social e política efetiva (VASCONCELOS, 2001).

A partir das teorias e práticas referenciadas e desenvolvidas na Educação Popular e na saúde constituiu-se o Movimento Sanitário, com idealizações contrárias e incompatíveis às medidas autoritárias. Nesse momento, manifestou-se a

preocupação com a autonomia do sujeito. Sujeito este que é social, competente, responsável por transformações sociopolíticas voltadas na busca de seus interesses (VASCONCELOS, 2001).

Alterou-se aos poucos a concepção saúde/doença, saindo do modelo tradicional biologicista que preconizava a prevenção das doenças pela mudança de atitudes e comportamentos individuais, incluindo informações verticalizadas para manter a saúde e a intervenção curativa em caso de doença, para ser resultante da inter-relação causal entre fatores sociais, econômicos, culturais e a consideração dos determinantes psicossociais dos comportamentos de saúde (ALVES, 2005).

A Educação em Saúde, baseada na determinação social do processo saúde/doença, considerou a luta política para a melhoria de condições de vida e saúde. O discurso do educador mudou, pois mediante a persuasão política deveria envolver os usuários em momentos reivindicatórios, tendo, também, o objetivo de desenvolver uma consciência sanitária sobre os limites e possibilidades de sua ação como sujeitos capazes de promover mudanças políticas, econômicas e sociais.

Nesses movimentos sociais e de reavaliação dos conceitos, a Educação em Saúde passou a ter novo foco, no qual profissionais e população compartilhavam saberes e buscavam a melhoria da qualidade de vida das pessoas (WENDHAUSEN, SAUPE, 2003). A proposta de práticas educativas referentes às necessidades dos usuários se inseriu no discurso emergente de Educação em Saúde – o modelo dialógico. Em oposição ao modelo tradicional, trabalhou-se com a perspectiva de sujeitos das práticas de saúde (AYRES, 2001). A partir de 1980, as conquistas da democracia política começaram a acontecer com o movimento pela Reforma Sanitária, que ganhou importância e ênfase na Constituição de 1988, na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), entre outras lutas mais globais nas políticas sociais. Também a Participação Social ganhou espaço como princípio do SUS, a criação de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde e na ampliação da representação popular nas três esferas do governo; municipal, estadual, federal (WENDHAUSEN, SAUPE, 2003).

Vale ressaltar que a concepção de saúde e a Educação em Saúde estavam na efervescência de debates e construções não só no âmbito nacional, mas também internacional. Em 1978, a Conferência Mundial de Saúde-Alma Ata resultou no acordo da meta Saúde Para Todos no ano 2000 e, em 1986, com a I Conferência

Mundial da Promoção à Saúde- Otawa/Canadá se enfatizou novamente a assistência primária e a Promoção da Saúde (WENDHAUSEN, SAUPE, 2003).

Nessa perspectiva, a Educação em Saúde é uma estratégia para se fazer a Promoção da saúde de modo dialógico com a população, participativo e, por fim, emancipatório, valorizando sua autonomia e co-responsabilidade pelo processo saúde/doença.

Wendhausen e Saupe (2003) ressaltam que, após muitas discussões nacionais e internacionais, a Educação em Saúde adquiriu novas características como: a relação com o usuário; a comunicação horizontal entre profissional e população; privilegia o diálogo e os saberes diferentes; o respeito ao outro e sua alteridade concepção mais de saúde e a acentuação de recursos de pessoas e a participação e empoderamento do usuário e coletivo.

Briceño-Léon (1996) também teoriza sobre esta nova forma de fazer saúde. Para o autor, há dois princípios básicos na orientação das ações de saúde: é necessário **conhecer** o ser humano e **contar** com ele. O primeiro postulado afirma que só conhecendo o sujeito e suas circunstâncias se tornam possível uma ação eficiente e permanente. Devem-se compreender suas crenças, hábitos, papéis, e as circunstâncias, condições objetivas em que vivem. O segundo princípio aponta que é preciso envolver os indivíduos nas ações, o que se contrapõe à sua imposição. O autor afirma que apenas com a participação comunitária é possível assegurar sustentabilidade e efetividade das ações de saúde.

Dentre os modelos de Educação em Saúde, o modelo dialógico conforma-se à proposta da integralidade, uma vez que favorece o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos portadores de saberes sobre o processo saúde-doença-cuidado e de condições concretas de vida. Nesse aspecto, este modelo contribui para uma apreensão mais compreensiva das necessidades de saúde dos sujeitos e na humanização da ação educativa, tornando-as mais sensíveis a seus destinatários (BRICEÑO-LEON, 1996).

Este autor sugere sete teses para uma educação e participação em saúde:

-Tese I: A educação não é só o que acontece nos programas educacionais, mas em toda a ação sanitária. Nesta tese, o autor ressalta a importância de estudar as formas de aplicação das políticas públicas em geral, ver o tipo de mensagem e qual o tipo de ação educativa que ali se desenvolve. Outro fator importante é

preparar “toda” a equipe envolvida nas campanhas para o ponto de vista educacional.

-Tese II: A ignorância não é um vazio a ser preenchido, mas um cheio a ser transformado. Esta tese afirma que o objetivo da educação não é preencher o vazio da ignorância, mas transformar os cheios cognitivos e comportamentais que o sujeito possui previamente. Para isso, é muito importante conhecer os saberes e as práticas da população, identificar de forma clara o que vai ser trabalhado, tentar transformar os conceitos, os hábitos de forma crítica, porém respeitosa e solidariamente.

-Tese III: Não há um que sabe e outro que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas. Isto quer dizer que a educação é um processo bidirecional, já que os dois sabem, os dois devem dizer algo, assim, ambos geram um acordo de transformação de seus próprios saberes. Mas se alguém não quer fazer algo pela sua própria saúde, obviamente o outro não pode fazê-lo.

-Tese IV: A educação deve ser dialogada e participativa. Um processo de diálogo é participativo e a educação deve ser participativa em si mesma. Esse processo envolve confrontação de perspectivas e prioridades. O que deve acontecer é tentar confrontar os saberes sem dominação e sem submissão.

-Tese V: A instrução deve reforçar a confiança das pessoas em si mesmas. A confiança é um fator fundamental no sucesso de uma ação. As crenças e expectativas sempre surgem de um aprendizado social, ou seja, da ação e das mensagens verbais dos outros sujeitos.

-Tese VI: A educação deve procurar reforçar o modelo de conhecimento tipo esforço-recompensa: a ação educativa estará junto com as realizações que se consigam através de esforços. As realizações obtidas a partir de metas que o indivíduo possa cumprir, objetivos que signifiquem um estímulo à inteligência. Se o sujeito trabalha, participa e obtém realizações, reforça-se, assim, a idéia conectiva do esforço e realização.

-Tese VII: A educação deve fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva. Uma boa política de estímulo à participação deve fomentar o interesse e o compromisso de cada indivíduo com as metas de saúde. A educação deve enfatizar o sujeito e sua responsabilidade individual, ressaltar a relação que existe entre o que ele faz e o que pode obter para seu próprio benefício e, concomitantemente, desenvolver os mecanismos de cooperação e de construção da solidariedade que tornem possível a ação coletiva.

Para implementação de uma Educação em Saúde que se pretenda dialógica, reconhece-se a necessidade da transformação da relação educativa com o usuário, de modo que se torne autônomo e crítico. Assim, traz-se a seguir o referencial do empoderamento que pode ser útil na operacionalização dessa nova forma de educar.

### 2.2.1 Educação em Saúde rumo ao Empoderamento

*Empowerment* é um conceito complexo, de difícil tradução para a nossa língua portuguesa. Para Carvalho (2004), este termo traz uma idéia que tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da ação social, presentes na sociedade dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX. Na década de 70, este conceito foi influenciado pelos movimentos de auto-ajuda, e nos anos 80 pela psicologia comunitária. Nos anos 90, recebeu a influência de movimentos que buscavam afirmar o direito da cidadania sobre várias esferas da vida social, dentre elas, a Educação em Saúde (CARVALHO, 2004).

Para alguns, empowerment é sinônimo de empoderamento, emancipação, com significação referente a tornar livre, independente, porém, a inexistência do termo empowerment e a diversidade de sentidos para nossa língua demonstram a dificuldade de realizar uma tradução fidedigna (CARVALHO, 2004). Optou-se por utilizar neste trabalho o termo empoderamento.

Para compreender o empoderamento, é necessário primeiro esclarecer o significado de poder, pois, segundo Guareschi (2004), há uma distorção no sentido desta palavra, visto que, na maioria das vezes, as pessoas a generalizam e têm a impressão de que poder ou a relação de poder seja sempre negativa. “Não, tudo depende da maneira que esse recurso é carregado”.

A ação da palavra **poder** é onipresente, perpassa todos os momentos da vida social e departamentos do cotidiano, e o mais impressionante, na maioria das vezes, passa despercebida. Poder é dividido em dois passos: o recurso de sentido etimológico denotativo, pois é a capacidade/recurso de se poder fazer ou produzir algo, bem como a relação que implica e obriga outro, uma vez que para ser

necessita do outro. Poder está intrinsecamente ligado ao desejo e ao saber. Todas as pessoas têm poderes e suas conseqüências à longa escala é a potência para conquistar algo para a comunidade e as possibilidades de práxis<sup>1</sup> (GUARESCHI, 2004).

Para Paulo Freire (1987), o poder tem o sentido de fazer e de ser capaz, sentir-se com mais capacidade e controle das situações, aumentar a conscientização e desenvolver uma **faculdade crítica** entre os oprimidos.

Oakley e Clayton (2003) afirmam que o poder está presente em qualquer processo de transformação e é a dinâmica fundamental que determina as relações sociais e econômicas. Os autores entendem que o empoderamento interessa a grupos que estão à margem do poder e que necessitam de apoio para empoderar-se.

Teixeira (2002) define o empoderamento como a habilidade de pessoas e grupos conseguir um entendimento e um controle sobre suas forças pessoais, sociais, econômicas e políticas, para agir de modo a melhorar a sua situação de vida. O empoderamento faz parte do campo de ação da Promoção da saúde, na Carta de Otawa (1986), como reforço da ação de participação comunitária. Este é definido como o processo de desenvolvimento na comunidade da capacidade de controles e habilidades para gerar mudanças nos condicionantes sociais de saúde através da mobilização coletiva. Constitui-se, assim, como estratégia de ganho de saúde.

Para Carvalho (2004), o *empowerment* é definido com duas noções distintas: *empowerment* psicológico e *empowerment* comunitário. *Empowerment* psicológico é o aumento da autoconfiança, capacidade de adaptação ao meio, é o potencial para desenvolver mecanismos de auto-ajuda e solidariedade, consciência sanitária que visa a manter a harmonia social. *Empowerment* comunitário é o processo, resultado das ações que afetam a distribuição do poder, que leva a um acúmulo de poder no âmbito das esferas pessoais, intersubjetivas e políticas.

O Empoderamento é uma prática consciente e contínua em que,

[...] as pessoas podem obter um maior acesso aos recursos essenciais, determinando com autonomia seu emprego. Representa, ainda, a possibilidade de transformar o trabalho em saúde, na medida em que promove o potencial da ação humana na comunidade e suas conseqüências sobre a pessoa, seu contexto

---

<sup>1</sup> Práxis é entendida como prática, saber-fazer, ação-reflexão.

social, suas instituições e estruturas (STARK, 1996 apud KLEBA, 2004, p. 31).

Segundo Vasconcelos (2004), o empoderamento é o aumento do poder, da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais. Principalmente direcionado àqueles submetidos à opressão, à discriminação e à dominação social.

O mesmo autor afirma que o trabalho comunitário que visa ao empoderamento contribui de certa forma, para o surgimento de um tecido social fortalecido pelas interações que este promove, evidenciadas no caráter dialético e contraditório presente em todas as relações sociais e fundamentalmente confere o poder ao sujeito social envolvido. Esse conceito revela a forma como os sujeitos devem agir em relação às práticas de saúde e ao controle de suas próprias vidas.

Kleba (2000) afirma que a conscientização se revela num processo de empoderamento, oferecendo às pessoas possibilidades em determinar suas próprias vidas. É preciso despertar no ser humano uma consciência crítica e uma ação criativa para buscar a transformação do mundo através do desvelamento das contradições sociais, políticas e econômicas. Os atores envolvidos nesse processo precisam motivar-se para impulsionar a participação. A educação é um compromisso para transformar os saberes e o mundo.

Para Vasconcelos (1997), quanto mais se estuda a realidade de vida da população, mais se percebe como o saber popular é um saber bastante elaborado, com ricas estratégias de sobrevivência e com grande capacidade de explicar parte da realidade. Afirma que está cada vez mais claro como o saber dos cientistas e dos técnicos está cheio de interesses das classes dominantes e ainda é muito limitado para explicar toda a variedade da realidade. Assim só cabe entender a Educação em Saúde como uma educação baseada no diálogo, ou seja, na troca de saberes, logo um intercâmbio entre o saber científico e o popular tem muito a ensinar e aprender, contribuindo, assim, para a obtenção e manutenção das metas de saúde. É dessa forma que a educação para a participação cumpre um papel fundamental e inequívoco.

Para Briceño - Leon (1996), o processo participativo implica confrontação de perspectivas e prioridades, tanto dos trabalhadores de saúde como da comunidade, que são tão legítimas quanto válidas, excluindo, por sua vez, a idéia de que a participação comunitária é considerada mão-de-obra gratuita para executar as

decisões do Ministério da Saúde. Participação implica, de certo modo, um processo de negociação, diálogo e compromisso entre as partes.

Para isso, é importante ressaltar que para a população incorporar suas opiniões e ações nos serviços de saúde, é preciso que se abram as portas do sistema de saúde, que se criem mecanismos para que os cidadãos, de modo individual ou coletivo, possam interagir com os serviços, considerando o acesso às informações condição máximo para que estes se percebam como partícipes do sistema, capazes de responder à necessidade da comunidade (VAZQUEZ et al., 2003).

Oakley e Clayton (2003) afirmam que há várias dimensões para o empoderamento e estas devem ocorrer de forma tangível (acessível) para o cidadão. As dimensões são apresentadas da seguinte forma: psicológicas: identidade e auto-imagem, criação de espaços e aquisição de conhecimentos; sociais: liderança em atividades comunitárias, ações por seus direitos, inclusão social, alfabetização; culturais: redefinição de normas e regras de gênero, recriação de práticas culturais; organizacionais: identidade coletiva, estabelecimento de uma organização representativa, liderança organizacional; econômicas: obtenção de segurança econômica, posse de bens produtivos, habilidades empresariais; políticas: participação em instituições locais, negociação de poder público e acesso ao poder político.

Mas, para a implementação de uma Educação em Saúde que se pretenda empoderar, é necessário considerar a importância do profissional e do trabalhador de saúde. Com estas definições, o profissional que atua na atenção básica de saúde poderá conhecer e aplicar estas práticas, fornecendo-lhe condições para participar e se co-responsabilizar por sua saúde. O profissional de saúde vem a contribuir neste processo como facilitador, reconhecendo e valorizando recursos e potenciais próprios dos indivíduos e da comunidade com quem trabalha, mas também, mediando o acesso aos recursos e às competências políticas que ampliam e fortalecem os potenciais de enfrentamento das desventuras (KLEBA, 2004). Pode-se afirmar que não é somente o profissional de atenção básica que irá realizar a educação em saúde.

A implantação das propostas que giram em torno da Promoção da Saúde exige do profissional da saúde uma revisão de seus conceitos e práticas, pois as aplicações na prática são completamente subsidiadas por uma teoria que garante

todas as formas de proporcionar melhores condições e qualidade de vida ao cidadão. Nessa perspectiva de atuação, o método de ensino é a relação dialógica e é realizado através de várias formas, como os trabalhos educativos em grupos de discussão e outras.

### **2.3 Os Recursos Humanos para a re-orientação do modelo assistencial**

Diante da implantação do SUS em todo território nacional, observou-se, de início, que um dos investimentos a serem feitos, visando à transformação do modelo assistencial, seria a formação dos profissionais de saúde. Assim, vemos emergir um trabalho do Ministério da Saúde a respeito da Educação Permanente. Na Constituição Federal de 1988 a competência e responsabilidade do SUS de ordenar a formação profissional de recursos humanos na área da Saúde são contempladas (CUTOLO, 2003).

A Educação Permanente, anteriormente denominada Continuada, foi fundamentada conceitual e metodologicamente por um grupo regional da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 1989, validando o seguinte conceito:

[...] é um mecanismo para fazer da educação dos trabalhadores da saúde um processo permanente, como eixo central do processo educativo, fonte de conhecimento e objeto de transformação que privilegia a participação coletiva e multidisciplinar, e que favorece a construção dinâmica de novos conhecimentos, através da investigação, do manejo analítico das informações e do intercâmbio de experiências (BAGNATO, 1999, p.73).

Com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, o Ministério da Saúde (2004a) assumiu o papel de gestor federal do SUS, no que se refere à formulação de políticas orientadoras de formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde no Brasil. Integra esta Secretaria o Departamento de Gestão da Educação e da Saúde (DEGES) que é responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis.

Para o Ministério da Saúde (2004a), a Educação Permanente em Saúde se destaca como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde, e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras.

Em 2003, os Pólos de Educação Permanente (PEPs) passaram a constituir-se em caminhos descentralizadores para a execução de estratégias de formação de recursos humanos para o SUS (CUTULO, 2003). Para o mesmo autor, os PEPs se constituem como a possibilidade articuladora de programas, funcionando como núcleo de mudança. Propõe-se uma articulação entre o núcleo formador, rede de serviço, gestor, profissional da saúde, comunidade e controle social. Assim, é designada a iniciativa de mudança do modelo assistencial, a partir de transformações nos recursos humanos. A resolução dos problemas passará pela capacidade de trabalho em equipe, democratizando a roda de relações e a solução reflexiva e crítica, respaldadas pelos aspectos éticos e humanísticos.

Para Cutolo (2003, p. 54), a formação de formadores, sejam estes docentes universitários ou profissionais que atuam na ponta com o sistema de saúde, servem como “[...] modelo aos alunos em sala de aula e nas unidades de saúde, constituindo-se em atores fundamentais na formação de massa crítica com potencial de mudança”.

É necessário aprender novas competências e habilidades para que os recursos individuais e sociais possam ser reconhecidos e contribuir de forma mais eficaz para as intervenções necessárias, por exemplo, o conhecimento de formas de apoio institucional e social, bem como sua articulação em rede pode ajudar decisivamente no fortalecimento da resistência e nas formas de intervir na ação individual, grupal e comunitária (KLEBA, 2004).

Destaca-se aqui, devido à temática deste trabalho - Educação em Saúde -, que dentre as funções e as competências das secretarias responsáveis pelos Recursos Humanos no SUS, instituídas pelo Ministério da Saúde, estão planejar e coordenar ações, visando à promoção da Educação em Saúde, ao fortalecimento das iniciativas próprias do movimento popular no campo da Educação em Saúde e da gestão das políticas públicas de saúde, bem como à promoção de informações e conhecimentos relativos ao direito à saúde e ao acesso às ações e aos serviços de saúde.

Entretanto, estas práticas de profissionais/trabalhadores de saúde se assenta na transformação das concepções de saúde/doença, bem como na mudança do processo de Educação em Saúde, fatores importantes para a consolidação do SUS, uma vez que este não é um sistema fechado e está em processo (CUTOLO, 2003).

O modelo tradicional, historicamente hegemônico, que ainda forma os profissionais de saúde, focaliza a doença e a intervenção curativa e se fundamenta no referencial biologicista do processo saúde-doença; preconiza a prevenção das doenças e não sua promoção; prima pela mudança de atitudes e comportamentos individuais; dita informações verticalizadas que, por sua vez, ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção de saúde (ALVES, 2005; SMEKE; OLIVEIRA, 2001; CHIESA, VERÍSSIMO, 2003). “Outra crítica a este modelo de educação, entretanto, tem sido referente a não consideração dos determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos de saúde.” (ALVES, 2005, p.47).

Uma das grandes dificuldades da prática da **nova** Educação em Saúde é que a formação dos profissionais ainda se dá neste antigo modelo de fazer saúde, ou seja, no modelo tradicional. Segundo Ceccim e Capozzolo (2004), há vários pontos dificultadores para a transformação da educação dos profissionais de saúde, como os problemas da aprendizagem sobre o trabalho em equipe; a falta de inter-relacionamento do ensino com a gestão do sistema de saúde e a ausência de interação com os estudantes na condução de um movimento organizado para a melhor formação profissional. Esta formação implicará a necessidade de trabalhar-se politicamente pela orientação da educação, segundo os princípios da integralidade e da humanização nos saberes e nas práticas de saúde.

A educação visa à cidadania e saúde e deve ser vista pelo profissional como aquela que é produzida socialmente, pois esta prática facilita a compreensão; a co-responsabilização/co-gestão; democratiza as informações; além de instrumentalizar o trabalho em saúde. A Educação em Saúde, como fator estratégico na saúde da família, deve fortalecer a promoção e a resolubilidade da saúde, a integralidade, a vinculação do profissional aos serviços à comunidade, o usuário como sujeito que vive em um contexto familiar/comunitário, direito à saúde e espaço para a participação social (VASCONCELOS, 1997).

A prática profissional, na nova concepção de saúde, visa a uma educação problematizadora, dialógica, que trabalha com a construção de conhecimentos

através das experiências significativas, das necessidades reais dos usuários (CYRINO; PEREIRA, 2004).

O método de ensino requerido deve privilegiar a relação dialógica entre os atores da aprendizagem, tanto aluno como educador/profissional da saúde (PEREIRA, 2003). Para Freire (2001), é através do diálogo que ocorre a verdadeira comunicação, pois os interlocutores estão ativos e iguais. Esta é uma relação igualitária, dialogal, que produz/constrói o conhecimento:

A aprendizagem se dá através de uma ação motivada, da codificação de uma situação problema, da qual se distancia para analisá-la criticamente. Aprender é um ato de conhecimento da realidade concreta, isto é, da situação real vivida pelo educando, que se dá através de uma aproximação crítica dessa realidade (PEREIRA, 2003.p.15).

A proposta de uma ação transformadora de cuidar e educar se baseia na condição de retornar ao senso comum. Evidentemente, não no sentido de destruí-lo ou expropriá-lo, mas de torná-lo mais coerente e consciente na linguagem de sua realidade concreta, frente ao sistema de saúde instituído, que, por vezes, contrapõe-se às suas expectativas numa linguagem técnica (ALVIM; FERREIRA, 2007). Visto que a comunicação é importantíssima e indispensável para a Educação em Saúde, constitui-se no principal meio de veiculação do processo educativo. Enquanto cumpre o papel de suporte aos programas de saúde, é recurso para estabelecer a confiança e o vínculo do usuário ao profissional e ao serviço de saúde (CHIESA, VERÍSSIMO, 2003). O profissional de saúde pode ser o mediador entre usuário e sistema público, desenvolvendo o empoderamento, tanto individual como coletivo.

Neste processo de educação ativa, o sujeito é um ser repleto de subjetividade que se expressa em seus comportamentos, ativo no processo decisório do processo saúde/doença, capaz de transformações políticas, sociais, culturais. Para Acioli (2007), o conhecimento emancipador seria aquele que pensa a consequência de seus atos, relação sujeito-objeto e é substituída pela reciprocidade entre os sujeitos, em que há solidariedade e participação.

Para Kleba (2000), uma das contribuições significativas dos profissionais no processo de empoderamento é reconhecer e valorizar recursos e potenciais próprios dos sujeitos e das comunidades em que trabalham. Podem, ainda, ser mediadores do acesso aos recursos e competências políticas que ampliem e fortaleçam os potenciais de enfrentamento das adversidades.

**“[...] Vamos rir, chorar e aprender. Aprender especialmente como casar Céu e Terra, vale dizer, como combinar o cotidiano com o surpreendente, a imanência opaca dos dias com a transcendência da vida, a vida na plena liberdade com a morte simbolizada a naturalidade dos fatos, a felicidade discreta nesse mundo com a grande promessa na feliz eternidade”.**  
**(LEONARDO BOFF)**

### 3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo se apresentará, primeiramente, uma breve biografia de Paulo Freire, a referência metodológica para a coleta e análise dos dados. A seguir, o percurso metodológico, caracterizando o tipo e a natureza do estudo, o local, os sujeitos da pesquisa, a operacionalização e o desenvolvimento do estudo e os aspectos éticos.

#### 3.1 A Trajetória de Paulo Freire: a Educação como Diálogo

Paulo Freire foi pernambucano de Recife, nasceu dia 19 de setembro de 1921 e desde cedo teve contato com o sofrimento das camadas mais pobres, os oprimidos como denomina em seus trabalhos. Este contato seria a alavanca de uma vasta busca relacionada a uma pedagogia libertadora, consolidando um método inovador de ensino para a alfabetização de adultos. Paulo Freire, por ser criador de uma nova concepção de educação, foi o mais expressivo educador brasileiro do século XX.

O ambiente em que se criou Paulo Freire era católico, vivendo com os irmãos e as irmãs, cercado de muito afeto e atenção dos pais. À sombra das mangueiras sua mãe o ensinou a ler as palavras que lhe permitiriam ler o mundo à sua volta. Sua mãe escreveu para ele um Livro do Bebê, no qual revela fatos, hábitos e casos da sua infância. Já estava alfabetizado aos 6 anos de idade e, neste período, entrou para a escola particular da sua primeira professora, Eunice Vasconcelos, a quem se refere sempre como “professorinha”. Esta foi uma presença muito forte em sua formação.

Aos 13 anos, Paulo Freire vivenciou a perda do pai e o sofrimento da mãe de ter que sustentar sozinha toda a família. Aos 22 anos, ingressou na Faculdade de Direito do Recife, que era a única alternativa na área de ciências humanas. Nesse período, conheceu a professora primária Elza Maia Costa Oliveira, alfabetizadora, cinco anos mais velha do que ele, com quem se casou, em 1944, e com quem teve 5 filhos: Maria Madalena, Maria Cristina, Maria de Fátima, Joaquim e Lutgardes.

Ainda nessa época, o mesmo Colégio Oswaldo Cruz, que o acolheu como bolsista na adolescência, contratou-o como professor de língua portuguesa.

Paulo Freire, em 1947, assumiu o cargo de Diretor do Setor de Educação do SESI do Recife - Serviço Social da Indústria, no qual travou contato com a questão da educação de adulto-trabalhadores e percebeu a necessidade de executar um trabalho direcionado à alfabetização. A primeira experiência de Freire como professor universitário foi na Escola de Serviço Social, lecionando Filosofia da Educação. Doutorou-se em Filosofia e História da Educação, em 1959, com a tese **Educação e Atualidade Brasileira**. Engajou-se nos movimentos de educação popular no início dos anos 60 (FREIRE, 2005).

Em 1958, sua filosofia educacional expressou-se primeiramente na sua tese de concurso para a universidade do Recife e, mais tarde, como professor de História e Filosofia da Educação daquela Universidade, bem como em suas primeiras experiências de alfabetização, como a de Angicos - RN, em 1963.

O método de alfabetização nasceu dentro do MCP – Movimento de Cultura Popular do Recife – a partir dos Círculos de Cultura, neles os participantes definiam as temáticas junto com os educadores. Nos grupos populares, ele identificou resultados tão positivos que passou a questionar-se se não seria possível fazer o mesmo em uma experiência de alfabetização. Em termos educacionais, sua concepção foi uma proposta dialógica, sem autoritarismo, na qual professores e alunos ensinam e aprendem juntos. Partindo-se do princípio de que educação é um ato de saber, professor-aluno e aluno-professor devem engajar-se num diálogo permanente, caracterizado por seu **relacionamento horizontal**. Esse é um processo que toma lugar não na sala de aula, mas num círculo cultural (FREIRE, 2005).

Por fazer parte do programa nacional de alfabetização, na década de 60, e por engajar-se em atividades de emancipação popular no período da ditadura militar, Freire foi preso por duas vezes. Em setembro de 1964, com 43 anos, partiu para a Bolívia, levando na bagagem uma trajetória de experiências singulares na alfabetização de adultos, de grande alcance social, que rapidamente conquistaram a atenção e o respeito por parte de governos, educadores e intelectuais de todo o mundo.

Paulo Freire retornou ao Brasil e marcou mais uma vez a história da educação no Brasil. Depois de várias tentativas de conseguir o seu passaporte nas

representações consulares brasileiras, em países diferentes, finalmente obtém o documento, graças a um mandado de segurança.

O educador perdeu sua primeira esposa no dia 24 de outubro de 1986, com quem ficou casado durante 40 anos. Tristeza irreparável, desolação, um enorme vazio invadiram sua vida. Mas o reencontro com uma amiga de infância, agora como aluna-orientanda no curso de mestrado da PUC, preenche novamente sua existência e alegra seu viver. No dia 27 de março de 1988, casa-se com Ana Maria Araújo Freire.

Freire escreveu inúmeras obras, como: **Educação: prática da liberdade** (1967), **Pedagogia do oprimido** (1968), **Cartas à Guiné-Bissau** (1975), **Pedagogia da esperança** (1992), **À sombra desta mangueira** (1995) etc. O educador teve o reconhecimento mundial através da sua práxis educativa. Seu nome foi adotado por muitas instituições e se tornou cidadão honorário de várias cidades no Brasil e no exterior. O autor foi outorgado com o título de doutor *Honoris Causa* por vinte e sete universidades. Por seus trabalhos na área educacional, recebeu inúmeros prêmios. No dia 10 de abril de 1997, lançou seu último livro, intitulado **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. Freire faleceu no dia 2 de maio de 1997, no Hospital Albert Einstein, em São Paulo (PROJETO MEMÓRIA, 2005).

### 3.2 Itinerários de Pesquisa

A metodologia de Paulo Freire incentiva a população na base da estrutura social a expressar seu conhecimento através do diálogo como visão da liberdade. Esta tem uma posição de relevo visto que só pode alcançar efetividade e eficácia na medida da participação livre e crítica dos educandos (FREIRE, 1994).

Paulo Freire trabalhou com a educação problematizadora, que trata da pergunta que requer diretividade, apresenta uma proposta que centraliza na dimensão do conhecimento, no sentimento de aceitação do outro, da interação e da intersubjetividade. O diálogo é apresentado por Freire (1987) como uma necessidade ontológica do ser humano, que é um ser utópico, é uma exigência histórica.

O método de alfabetização de Paulo Freire nasceu no interior do Movimento de Cultura Popular (MCP) do Recife, no final da década de 50, onde criara os chamados Círculos de Cultura. Para Freire, os Círculos de Cultura não tinham uma programação feita *a priori*, sendo assim, os grupos estabeleciam os temas a serem debatidos. Cabia aos educadores tratar a temática proposta pelo grupo, mas com possibilidade de acrescentar sugestões de outros temas. Na **Pedagogia do oprimido**, o educador popular chamava de **temas de dobradiça**. Isto é, assuntos que se inseriam como fundamentais no corpo inteiro da temática para melhor esclarecer ou iluminar a temática sugerida pelo grupo popular (GADOTTI, 1987).

Boehs et al(2007) afirma que, nos **Círculos** de Paulo Freire, a cultura, na sua dimensão gnosiológica, codifica situações existenciais, dialogando com os participantes do Círculo, decodificando a realidade do educando, até que ele se descubra na realidade, e que não lhe está mostrando nada de novo, e sim lhe refrescando a memória.

Para Freire, o diálogo desenvolvido nos círculos de cultura objetiva o conhecimento no seu sentido mais amplo, ou seja, desconstruir, intencionando revelar o sujeito, transformando o Oculto em Culto, emancipando-o social e politicamente. É nessa perspectiva de aproximação das duas dimensões de cultura que a leitura de Freire pode ser entendida, em que os sujeitos participantes do Círculo apreendem o sentido gnosiológico, compreendem as perspectivas antropológicas da cultura, transcendendo-a como códigos e significados negociados e resignificados de forma dinâmica (BOEHS et al., 2007).

A metodologia de Paulo Freire pode ser representada pelo seguinte diagrama.

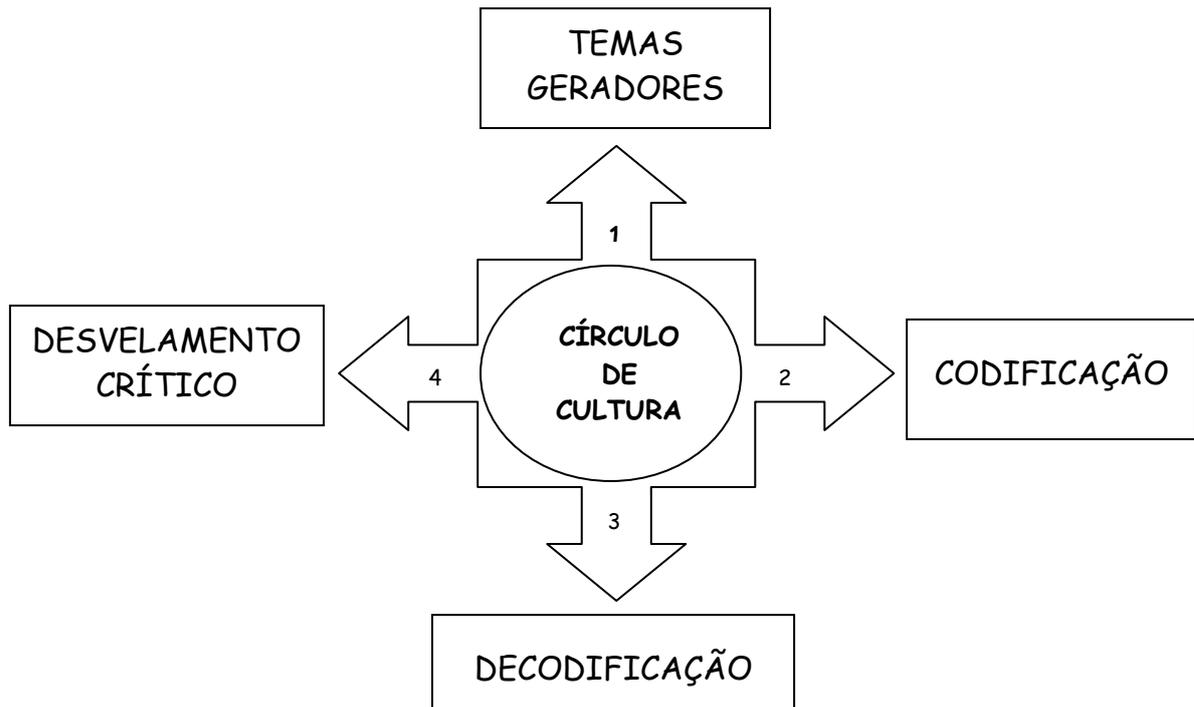


Figura 01: Elementos do Círculo de Cultura proposto Paulo Freire.  
 Fonte: Esquema elaborado com base em Freire (2005).

Seu método aponta para o desvelamento crítico da realidade, tendo como objetivo principal a transformação social. A pesquisa acontece no **círculo de cultura** que *a priori* é uma reunião de pessoas que estão em uma situação existencial, em que todos aprendem e ensinam uma reciprocidade de consciências. Há um coordenador que aprende junto e deve propiciar condições favoráveis à instabilidade do grupo, com questionamentos que levem ao desvelamento crítico (FREIRE, 1987).

No círculo de cultura há levantamentos, escolhas de palavras geradoras de debates e as fichas roteiros com os temas para as discussões que devem levar o grupo a rever criticamente alguns conceitos fundamentais. Podem ocorrer através de debates, teatro, encontros e apresentação/exposição de conteúdo (BRANDÃO, 1986).

A busca pelas palavras geradoras é o momento de promover o diálogo como educação da prática da liberdade. É quando acontece a investigação do universo temático do povo. Aqui o que se pretende investigar não são os homens estáticos, mas o seu pensamento é referido à realidade, os níveis de percepção desta, a sua visão de mundo em que se encontram envolvidos os “temas geradores” (FREIRE, 1987).

Durante as visitas ao campo de pesquisa, há uma situação denominada por Freire (1987) de **codificação**. Nela os participantes integram a significação das respectivas palavras geradoras em seu contexto existencial, eles as redescobrem num mundo expresso em seu comportamento. Esta codificação deverá visualizar a área como totalidade, na qual os partícipes tentarão realizar uma cisão na análise das dimensões que os vão impactando. A codificação de uma situação existencial é a representação desta, com seus elementos constitutivos, aqueles que estão em interação (FREIRE, 2005).

A decodificação é a análise crítica e conseqüente reconstituição da situação vivida: reflexão e abertura de possibilidade concreta de ultrapassagem daqueles limites pré-estabelecidos (FREIRE, 1987). Através de conversas informais com os atores do contexto e da visão crítica, decodificam e ampliam a compreensão da interação das partes.

Essa proposta exige um animador/facilitador que possui algumas características fundamentais, como a criatividade, a curiosidade, a criticidade, a simplicidade e a sinceridade (BRANDÃO, 1986).

Freire alerta para as situações limites que ocorrem nos círculos de cultura e que, às vezes, geram o tema do silêncio, este também deve ser considerado para identificar o movimento do grupo (BRANDÃO, 1986).

Para o educador, esta metodologia possui o objetivo de levar os participantes da pesquisa à problematização da realidade que os envolve. A educação reproduz, assim, em seu plano próprio, a estrutura dinâmica e o movimento dialético do processo histórico de produção do homem.

Gadotti (1985) orienta que o Método Paulo Freire pode consistir em três momentos dialética e interdisciplinarmente entrelaçados:

-A investigação temática, pela qual aluno e professor buscam, no universo vocabular do aluno e da sociedade onde ele vive, as palavras e temas centrais de sua biografia.

-A tematização, pela qual eles codificam e decodificam esses temas. Ambos buscam o seu significado social, tomando, assim, consciência do mundo vivido.

-A problematização, na qual buscam superar uma primeira visão mágica por uma visão crítica, partindo para a transformação do contexto vivido.

### 3.3 A Trajetória da Pesquisa com os Trabalhadores de ESFs

Este estudo se caracteriza como abordagem qualitativa. Tal abordagem requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos.

A pesquisa qualitativa compreende a ciência como prática social, redimensionando critérios científicos, tais como objetividade, rigor, generalidade e validade da pesquisa. Nesta pesquisa, criou-se um conhecimento partindo da realidade que se apresenta, além da aproximação com aquilo que se deseja estudar (MINAYO, 2003).

A principal ênfase dessa abordagem está no significado/sentido dado às informações, considerando o histórico e o contexto (BOGDAN, 1982 apud TRIVIÑOS, 1987).

A abordagem qualitativa possui várias vertentes que direcionam as ações. Dentre elas, optou-se por uma aproximação com a Pesquisa Participante (PP), da qual Paulo Freire é um dos criadores.

A Pesquisa Participante teve seu ápice conceitual e metodológico na década de 80, tendo iniciado nas décadas de 60 e 70, na América Latina. Envolve um processo de investigação, educação e ação que condizem com os objetivos da pesquisa. Como o próprio nome sugere, esta pesquisa possui uma prática ativa no momento de investigação do fenômeno, que valoriza o saber popular e fundamenta qualquer atividade de verificação em benefício dos próprios sujeitos. “É a comunidade que deve ser sujeito da investigação sobre sua própria realidade” (HAGUETTE, 1987, p. 150). Este autor afirma que a PP possui uma nova relação entre teoria e prática (como ação para a transformação) e traz como um dos colaboradores da expansão desta metodologia Paulo Freire, que incentiva a população na base da estrutura social a expressar seu **poder do saber** através do diálogo. Ela condiz com os objetivos da pesquisa, ressaltando a importância da participação dos envolvidos na Educação em Saúde.

O local da pesquisa foi escolhido por afinidade da pesquisadora com o município, no qual reside e trabalha. Canoinhas foi fundada em 1880, por Francisco de Paula Pereira, migrante da região de São Bento do Sul, que aqui se instalou em

local alagadiço, chamado, na época, de Campo das Taperas, atualmente denominado Campo D'Água Verde, um dos maiores distritos quando se trata de números de residência e população, e local onde está instalada a Unidade de Saúde alvo da pesquisa.

A denominação Canoinhas tem relação com o Rio que serve de divisa entre os municípios de Canoinhas e Três Barras, pois, na época, foi confundido com um afluente do Rio Canoas, que banha o Rio Grande do Sul. Esse Rio, quando descoberto por um tropeiro da região do Uruguai, foi chamado de Canoges mirim - Canoas Pequeno. Mais tarde, quando do seu abasileiramento, foi denominado de Rio Canoinhas. Assim, por ser banhada em toda sua extensão por esse rio, a cidade foi chamada de Canoinhas (THOMÉ, 2004).

Canoinhas também foi palco de inúmeros combates, durante a Guerra do Contestado, e se constituiu em espaço de resistência à invasão estrangeira da Empresa Lumber e do vizinho Estado do Paraná, que possuíam muitos interesses em relação à madeira e a outras riquezas naturais da região. Porém, somada a isso, a construção da Ferrovia, que ligava o Planalto Norte ao Porto de São Francisco, permitiu a colonização, não só de Canoinhas, mas também de grande parte dos municípios da região, hoje chamada de Região do Contestado. Esta cidade pertencia ao município de Curitiba até 1911 quando houve a emancipação, em 12 de setembro de 1911, através da Lei de desmembramento nº 907 (CAVALCANTI, 1995).

A formação étnica da população de Canoinhas é diversificada, fruto de toda miscigenação ocorrida na época da colonização, embora a maioria descenda de europeus.

O município de Canoinhas se localiza no Planalto Norte de Santa Catarina, fazendo divisa ao norte e ao oeste com o estado do Paraná. Ainda a oeste, faz divisa com os municípios de Bela Vista do Toldo e Irineópolis, Porto União, ao sul com os municípios de Timbó Grande, Santa Cecília e Major Vieira e a leste com os municípios de Major Vieira, Três Barras e Mafra.

Faz parte da microrregião do Contestado, com área de 1.172,7 km<sup>2</sup>, tendo aproximadamente 25 km<sup>2</sup> de área urbana e 1.143 km<sup>2</sup> de área rural, situando-se no vale do Canoinhas.

Pode-se chegar à cidade de Canoinhas através da rodovia BR-280, num percurso de 54 km a partir da BR-116, no município de Mafra. Ainda pela BR-116,

pode-se atingir a cidade através da SC- 447, iniciando o trajeto no município de Papanduva, num trajeto de 35 km, passando por Major Vieira. A oeste, a partir de União da Vitória (PR) e Porto União (SC), chega-se a Canoinhas através de 75 km da BR-280, atravessando o município de Irineópolis. Ao norte, via Ponta Grossa ou Lapa, o acesso é a partir de São Mateus do Sul (PR), por intermédio de 28 km até a cidade de Três Barras e desta mais 12 km através da SC-303, totalizando 40 km até Canoinhas. A distância média entre Canoinhas e a capital Florianópolis é de 380 km. Observe a localização do município através do mapa a seguir:

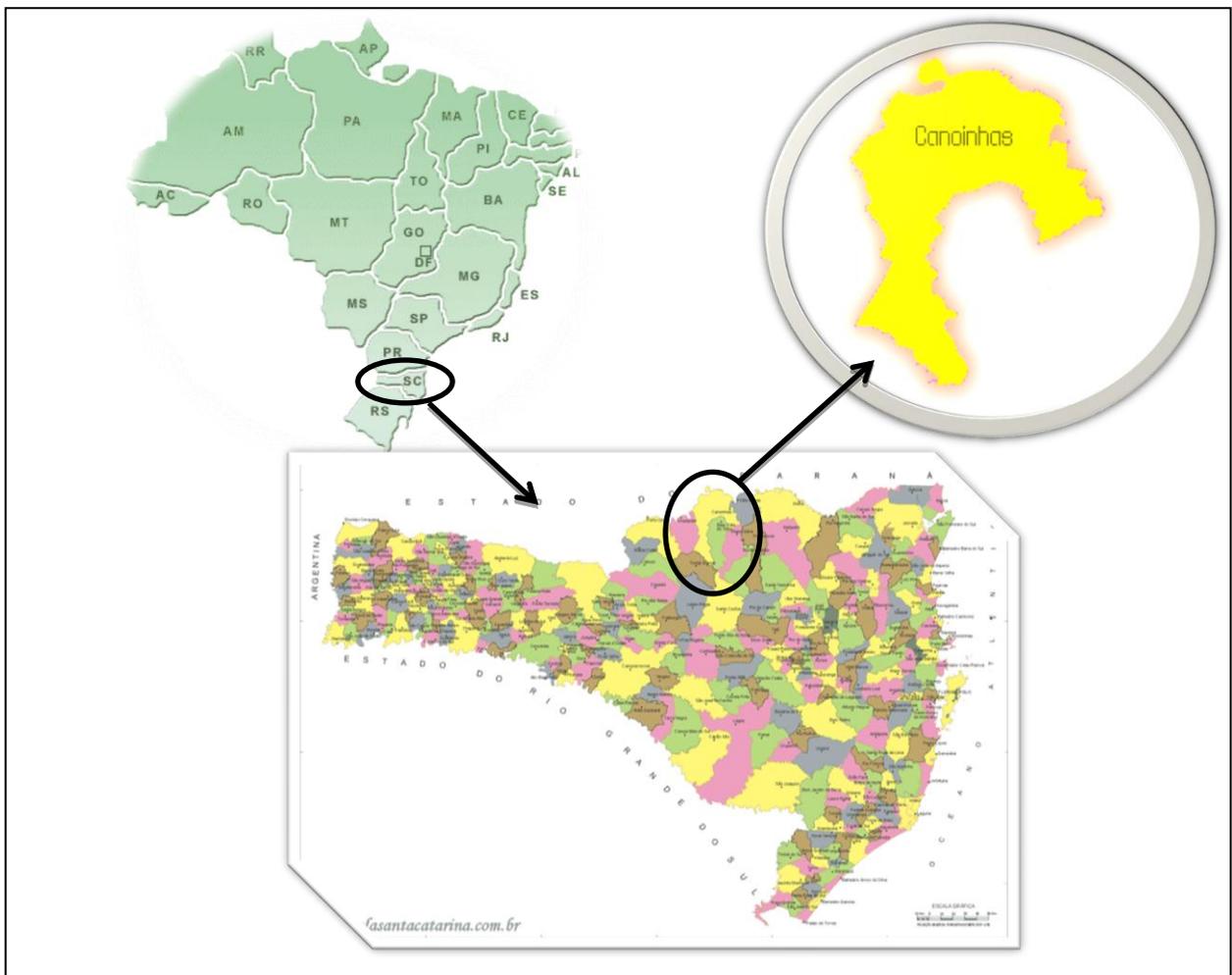


Figura 02: Localização do Município de Canoinhas  
 Fonte: Montagem da autora com base em fotos de sites.

Segundo o Plano Municipal de Saúde de Canoinhas (2004), a população do município é de 51.616 habitantes (IBGE, 2000), em que 73,4% vive na cidade e 26,6% nas áreas rurais. A taxa demográfica de crescimento foi de 4,67%, de acordo com a média regional. A média de moradores é de 2,95 por domicílio, estando nos

padrões do estado de SC. Na área urbana, há 11 bairros e um distrito, e 31 localidades rurais.

A fonte de renda dessa população foi, durante muito tempo, a Erva-mate. Por algumas décadas, o extrativismo desse vegetal foi a maior riqueza econômica do município, tornando-se o símbolo de Canoinhas. Atualmente, distribui-se as riquezas entre a agropecuária e agricultura. As plantações de fumo, soja, milho, feijão, arroz sequeiro, batata-semente, cevada e trigo são culturas preferenciais, porém, a horticultura é a nova alternativa agrícola que está conquistando os produtores rurais.

Com relação aos serviços de saneamento do município, a água consumida pela população provém do rio Canoinhas (lençol freático). O cuidado está sob responsabilidade da CASAN<sup>2</sup>. A utilização da rede de esgoto é de 90%, caracterizada por fossas sépticas. A energia elétrica fica sob a responsabilidade da CELESC<sup>3</sup> – rede de transmissão estadual.

A infraestrutura institucional no que tange à saúde, apresenta uma Policlínica, um Pronto Atendimento Municipal, um CAPS, uma Clínica da Mulher e da Criança, um Centro de Saúde Bucal, quatro Unidades de Saúde em área urbana e treze em áreas rurais, destes duas equipes de Estratégia de Saúde da Família, e os outros Programas de Agentes Comunitários (PACS).

No município, em 2005/2006, foram implantadas duas equipes de ESF em uma Unidade de Saúde da Família, visto que está dentro de alguns critérios de prioridade, como: bairro mais populoso e famílias que se encontram mais expostas a riscos de adoecer e morrer. Cada equipe se constitui de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Atende-se com estas equipes aproximadamente 2400 famílias.

Quanto aos sujeitos pesquisados, envolveram-se duas equipes que atuam em uma Unidade de Saúde da Família que funcionam num mesmo local. Participaram da pesquisa 17 profissionais - 12 ACS, 2 técnicos de enfermagem, 2 enfermeiras e 1 médico. Entende-se que todos estes profissionais estabelecem relação com a comunidade, interagindo e realizando ações educativas em saúde formais e informais. O quadro a seguir apresenta a relação dos participantes da pesquisa:

---

<sup>2</sup> Companhia Catarinense de Água e Saneamento.

<sup>3</sup> Centrais Elétricas de Santa Catarina as.

<b>Equipes</b>	<b>CÓDIGO</b>
Participante 1	P1
Participante 2	P2
Participante 3	P3
Participante 4	P4
Participante 5	P5
Participante 6	P6
Participante 7	P7
Participante 8	P8
Participante 9	P9
Participante 10	P10
Participante 11	P11
Participante 12	P12
Participante 13	P13
Participante 14	P14
Participante 15	P15
Participante 16	P16
FACILITADORA/PESQUISADORA	F

Quadro 1: Participantes da pesquisa.

Fonte: A autora (2007).

Quanto aos aspectos éticos, o projeto desta pesquisa foi submetido à Comissão de Ética da UNIVALI, com o cadastro nº427/07 (ANEXO 01). Seguimos as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos, assegurados na resolução 196/96.

Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1996).

A autorização institucional para sua concretização foi confirmada pelo deferimento do ofício encaminhado à Secretária de Saúde Municipal de Canoinhas.

A fim de garantir o respeito ético com os participantes, foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1), no qual os participantes da pesquisa foram informados:

- da justificativa, objetivos e procedimentos da pesquisa;
  - dos desconfortos, possíveis riscos e benefícios esperados;
  - dos métodos alternativos existentes;
  - da garantia de esclarecimento, antes e durante o percurso da pesquisa, sobre a metodologia;
  - da garantia de anonimato e sigilo;
  - da liberdade de participar ou declinar de sua participação no momento que desejar;
  - da honestidade nos relatórios finais;
  - do respeito aos valores, morais, culturais, sociais e religiosos.
- Foi autorizado o uso de gravador e máquina fotográfica.

### **3. 4. A realização do Círculo de Cultura**

Para a realização da pesquisa foram feitos alguns contatos com os gestores do município e da Secretaria Municipal de Saúde, a fim de constatar o interesse dos profissionais e disponibilidade de tempo. Desde o primeiro momento, a proposta foi aceita, a pesquisadora sempre foi acolhida pela secretária da saúde, pelas enfermeiras, que se mostraram acessíveis e ansiosas com o acontecimento do trabalho, bem como o resultado da pesquisa.

Para a inserção, realizaram-se algumas visitas para conhecer o ambiente em que se iria realizar os encontros, aproximação de contatos, criação de vínculo com as pessoas da instituição, ainda com o objetivo de levantar as estruturas e as relações do contexto.

A pesquisa aconteceu através da Metodologia de Paulo Freire, com encontros que possibilitassem aos participantes codificar, decodificar e realizar o desvelamento crítico dos temas geradores, identificados a cada encontro. A escolha dessa metodologia se deu pelo objetivo de investigação e ação que possibilitou o alcance de um dos objetivos: proporcionar um espaço de discussão sobre as concepções e práticas de Educação em Saúde dos trabalhadores.

Foram realizados seis encontros, onde aconteceu o círculo de cultura e técnicas de oficinas. O tempo médio de trabalho de cada encontro foi de 1h30min. Durante os encontros, o clima em que se desenvolveu a pesquisa foi de simpatia,

confiança e harmonia, no qual os participantes puderam expressar suas opiniões sobre o objeto de estudo.

O primeiro encontro descreve, a seguir, o contato inicial entre a pesquisadora, os trabalhadores e a pesquisa. No segundo aconteceu o levantamento de temas geradores. O terceiro encontro propôs a codificação de temas geradores e deu-se início as reflexões de suas práticas. O quarto trabalhou teoricamente sobre facilidades e dificuldades da educação para a participação. No quinto se trabalhou com as possibilidades da implementação da Educação em Saúde nas ESFs. Por fim, no sexto encontro, realizou-se o *feedback*: foram identificados os conceitos de educação e se realizou o encerramento da pesquisa.

A receptividade sempre foi característica das equipes e, desde o primeiro contato, as pessoas se demonstraram interessadas e propensas à realização da pesquisa. Tanto que a proposta inicial era pesquisar apenas uma equipe através de sorteio e/ou interesses, porém, ambas as equipes demonstraram vontade em participar, o que foi aceito até para evitar futuras competições ou conflitos entre elas.

Na descrição dos encontros, ao fazer-se referência aos sujeitos do estudo, utilizarão os códigos listados no quadro número um. Para manter o anonimato das pessoas, usar-se-á a sigla que remete a função destas na equipe. Os números se referem a qual das equipes pertence: um ou dois.

### **3.5 A Análise dos Dados**

A análise dos dados se deu sobre as falas e o material produzido pelo grupo nos encontros. A partir disso, foram levantados os temas pelo grupo e verificado o processo de codificação e decodificação, desenvolvido ao longo do trabalho. Buscou-se utilizar o próprio referencial teórico de Paulo Freire para analisar o material, ou seja, identificação dos temas geradores, codificação, descodificação e problematização/ desvelamento crítico durante os encontros.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os próximos itens apresentam os resultados da pesquisa e as discussões que tais resultados geraram.

### 4.1 O desenvolvimento dos encontros e a reflexão com o grupo

#### A. Primeira Oficina: A aproximação entre a pesquisadora e os profissionais

O primeiro encontro aconteceu no dia 22 de outubro de 2007. Participaram 17 pessoas, sendo 1 médico, 11 ACS, 2 enfermeiras, 2 técnicos de enfermagem e a facilitadora (pesquisadora).

A pesquisadora se apresentou, destacando o interesse pelo trabalho, o cuidado com o anonimato dos participantes, além da importância da contribuição individual e coletiva que dariam ao desenvolvimento da pesquisa. Reportou-se a outras questões éticas, deixando claro que a participação era voluntária, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que todos assinaram (ANEXO 01).

Num primeiro momento percebeu-se que estavam ansiosos com a presença da pesquisadora, o que foi minimizado quando se começou a apresentação e se passou a falar da proposta da pesquisa.

No sexto encontro foram explicados os objetivos e apresentada a forma como se trabalharia, diferenciando as atividades entre a **palestra, a oficina e o círculo de cultura**. A **palestra** é a forma didática e estática de educação bancária com apresentação de conteúdos (fazer dos participantes depósitos de conhecimentos); **oficina**, que segundo Ferreira (1996), é o lugar de aprendizado, de capacitação e de diálogo. Para Freire (2005), é a forma dinâmica e interativa de conhecer, levantar os conhecimentos prévios dos participantes; lugar onde se verificam grandes transformações (FERREIRA, 1996). A vivência da oficina implica um esforço pessoal e coletivo, associado à dimensão afetivo-emocional das pessoas, que permite a desconstrução e reconstrução social de valores e crenças historicamente construídos (FREIRE, 2005). Ainda se falou sobre o **círculo de**

**cultura:** que se constitui de um grupo de pessoas que discute seu trabalho, grupo de pessoas que tem uma situação existencial em comum e que sabe coisas distintas, porém, pode aprender mutuamente.

Ressaltou-se a importância da participação de todos e, assim, a contribuição para a equipe na desconstrução e reconstrução de conhecimentos e verdades. Um participante questionou e reforçou a escolha da metodologia da pesquisa:

[...] esta forma é bem melhor, dá pra dialogar, deixa as pessoas mais a vontade (P3).

Outro questionou qual seria seu papel nos encontros. Então, a pesquisadora reforçou que a intenção era a de conhecer e colaborar com o trabalho das equipes, e seu papel seria o de participante do círculo de cultura, para que juntos fosse possível identificar suas concepções e descobrir novas formas de praticarem seus trabalhos.

Em seguida, iniciou-se a dinâmica da **escrita criativa do nome**, que tinha por objetivo uma apresentação de cada trabalhador de forma lúdica e reflexiva. Distribuiu-se papéis e colocou-se sobre a mesa várias caixas de giz de cera. Repassou-se as informações sobre a atividade: “Escrever seu nome do jeito que mais gosta de ser chamado pelos outros e enfeitá-lo com formas ou um símbolo com que se identifique. Pediu-se, ainda, que refletissem sobre a origem do nome, se sabiam sua história? Quem o escolheu? Por quê? Se gostavam?”

Nesse momento se observou o entrosamento entre as equipes e a disponibilidade dos participantes para a pesquisa. Outro aspecto interessante foi a maneira enfática com que os participantes solicitam a presença do “chimarrão”, sendo este um costume cultural que aproxima as pessoas.

Após a apresentação de cada participante, emergiu deles a idéia de colar os nomes num mural. Todos se envolveram nesse processo. Pode-se observar a confecção na figura 03:



Figura 03: Mural de “nomes criativos”

Fonte: A autora (2007).

Ao término da colagem, um dos participantes (P3) sugeriu que se escolhesse um nome para o grupo de pesquisa. O restante do grupo aprovou a idéia e surgiram várias propostas, porém, em consenso, foi escolhido o nome **Estrela**, pois foi o símbolo que mais apareceu nos desenhos e porque, segundo eles, significa luz, iluminação, que, conseqüentemente, imaginavam ser o que iria acontecer nos encontros.

Esta atividade transcorreu em clima agradável, amigável e tranquilo para todos os participantes. Houve, por parte deles, aceitação geral e bom acolhimento. Demonstraram expectativas e curiosidades sobre as teorias que seriam trabalhadas futuramente.

Vivenciaram-se duas interrupções de usuários durante as atividades, além de a sala ter ficado relativamente pequena para as atividades, sem ventilação e sem privacidade. Foi sugerido pelas agentes comunitárias que os próximos encontros se realizassem na sala dos fundos do prédio, que é um pouco maior e não haveria as interferências.

Realizou-se o fechamento do encontro, marcando outro para a semana seguinte e a pesquisadora os convidou para um lanche. Nesse momento aconteceu

o contato informal, que resultou em maior entrosamento entre ministrante da oficina e os participantes.

Durante o lanche, observou-se uma conversa das ACS. Um fato que chamou a atenção: comentavam sobre uma reunião que teriam no outro dia na prefeitura e que teriam que ficar o dia todo, sem tempo para voltar para casa. Perguntaram às enfermeiras o que elas achavam, pois iriam pedir para a secretária de saúde para ajudá-las a pagar o almoço. As enfermeiras concordaram e incentivaram, deixando-as decididas a parar a secretária na chegada para a palestra e solicitarem o auxílio. Refletiu-se que tal atitude demonstrava empoderamento por parte das ACS.

## **B. Segunda Oficina:** Identificação dos temas geradores

Este encontro foi realizado no dia 29 de outubro de 2007, com início às 15h30min e término previsto para 17 horas. Neste dia, como havia sido combinado, fez-se a reunião em outra sala, mais ampla, bem ventilada, iluminada e preparada com número suficiente de cadeiras para todos os participantes. Havia 16 pessoas: 11 ACS, 2 técnicos de enfermagem, 2 enfermeiros e 1 facilitador. Esta oficina tinha como objetivo levantar os temas geradores, esta é a primeira etapa da metodologia de Paulo Freire.

Na medida em que os participantes foram chegando, fez-se a entrega de crachás que foram preparados para cada um, a fim de que a pesquisadora pudesse identificá-los pelo nome de forma mais rápida. Percebeu-se nesse encontro outro fato que foi relacionado ao empoderamento de uma ACS (P10). A funcionária chegou contando que quando se deu conta que já eram 15h20min. e estava ainda na sua micro área, se viesse a pé não chegaria a tempo do início da nossa oficina, então, viu que um usuário da sua micro área estava indo em direção a ela, com duas bicicletas; logo, chamou-o e perguntou se os pneus estavam bons e se poderia ir até a UBS, foi o que ela considerou a salvação para chegar na hora e finalizou:

[...] quem tem boca vai a Roma, e não chega atrasada (P10).

O pessoal que já estava lá incentivou seu comportamento, reforçando positivamente este ato autônomo.

Ao iniciar o encontro, começou-se com uma dinâmica de socialização, com o objetivo de descontrair, refletir e concentrar-se no encontro do dia. Ao preparar a atividade, imaginou-se realizá-la na área de fora da Unidade de Saúde, onde há um ambiente agradável com gramado e é ventilado. Porém o clima não favoreceu e no momento do encontro chovia. Por sugestão dos participantes, todos foram para uma ante-sala, dentro da Unidade, onde havia espaço suficiente para realizar a atividade. Antes de iniciar os trabalhos foi solicitada ao grupo autorização para gravação das atividades e reforçou-se o comprometimento de manter o sigilo e a ética profissional, respeitando as crenças individuais e a identidade durante todo o processo da pesquisa.

Como estratégia se lançou mão da dinâmica do **boneco maluco**, mais conhecido como João-Bobo. Essa teve por objetivo fazer com que os profissionais vivenciassem a situação de estar nas mãos dos outros, assim como o de segurar o outro. Uma das participantes era gestante, dirigiu-se a pesquisadora e propôs trocar de lugar com ela, poderia participar cronometrando o tempo se aceitasse ir num trio no seu lugar. Trocaram de papéis e a cada três minutos era a vez de um ir ao centro do trio para ser o boneco-maluco. Solicitou-se que quando estivessem no centro se mantivessem relaxados e se deixassem levar pelos colegas. Houve muitas risadas e falas com expressões de medo, insegurança e pedidos de ajuda. Após todos passarem pelo centro, encerrou-se a atividade e todos voltaram à sala da oficina, para reflexão e *feedback*.

O primeiro questionamento foi: Como se sentiram ao participar da dinâmica? A maioria das respostas foi:

[...] muito ruim; estranho; divertido; engraçado; cansativo; deu medo de cair; doeu o braço.

O segundo questionamento foi direcionado ao momento em que ficou no centro, o que sentiram?: A resposta de um dos trabalhadores foi:

[...] muito ruim; deu insegurança, medo; falta de confiança; inseguro não sabe o que vai acontecer; eu não consegui fechar os olhos por falta de confiança (P10).

[...] senti muita confiança se elas me deixassem cair, amanhã não viria trabalhar se machucasse, então, a responsabilidade era delas também; eu acreditei nelas, me entreguei, com medo, mas fiz (P4).

[...] sabe, eu senti e lembrei-me do que o setor público faz com as pessoas e a gente manda pra lá, mandam pra cá, não sabem informar, não sabem onde fica, é igual ao João Bobo mesmo (P3).

O terceiro questionamento foi com relação ao sentimento que teve ao segurar o outro. As respostas foram no sentido da responsabilidade:

[...] muito ruim chegou a doer os braços” (P13).

[...] cansativo (P14).

[...] engraçado (P7).

[...] às vezes as pessoas não estavam relaxadas, estavam duras, ficou muito ruim de segurar (P3).

A atividade foi relacionada com a prática diária, com suas funções como profissionais da saúde e representantes do sistema de saúde. Nas respostas, expressaram a responsabilidade pela comunidade, pela saúde do bairro, dos usuários. Os participantes indicaram as práticas a seguir:

Aqui nós sempre tentamos informar as pessoas (P11).

Conversamos bastante com eles, sempre (P8).

Usamos bastante o telefone, ligamos pra lá e pra cá, esses dias vieram aqui lá do interior pra saber sobre um exame, mas não tinha nada a ver com a nossa unidade, ligamos e encaminhamos até o centro, no local certo (P2).

Também quando são nossos usuários e tem que mandar fazer exame, ou coisa assim, se o caso for muito sério, levamos de carro e acompanhamos os exames, (P3).

Nós com certeza cuidamos deles, estamos em cima. Nas visitas tem sempre aqueles que já estão esperando nós passar, fazem cafezinho, chimarrão e tudo (P15).

Levantou-se a reflexão nas suas atividades cotidianas, pois servem de amparo e referência à população, e pode fazer com que o usuário se sinta seguro ou não em suas mãos. Porém, os trabalhadores da saúde têm estratégias conceitos e práticas que fundamentam e fortalecem suas atividades.

Separados em duplas foi realizado o levantamento de temas geradores e codificação destes. Cada dupla recebeu duas tarjetas de papel de cores diferentes (amarelo e verde). Na tarjeta verde escreveram em uma palavra ou pequena expressão o que é Educação em Saúde, o conceito. E, na tarjeta amarela, definiram em uma palavra ou frase curta como praticam a Educação em Saúde diariamente com o usuário. À medida que terminavam, pediu-se para que colassem na parede aleatoriamente.

Ao codificarem as das palavras geradoras, tentou-se juntamente com o grupo aproximar as definições por afinidade de conceitos e práticas que seriam trabalhadas conceitualmente nos próximos encontros, ficando da seguinte forma:

Conversa	Orientação	Prevenção
Tête-à-tête	Informação	Promoção
Bate-papo	Responsabilidade	Atenção Primária
Bem-estar	Poder	Prioridade/imprescindível
Conhecimento	Bem-estar	
Atendimento		

Enfatizou-se a definição de alguns temas principais que o grupo apresentou, algumas concepções levantadas pelas participantes que poderiam ser discutidas nos próximos encontros, como a escuta nos atendimentos, nas visitas, as conversas, a Promoção em Saúde e a Educação em Saúde que é preconizada pelo SUS e o poder dos usuários.

Como proposta para o fechamento desse encontro, preparou-se a dinâmica dos **Escravos de Jó**, que tinha como objetivo descontrair e aproximar o grupo. Na seqüência, todos foram convidados para o lance como forma de aproximação e agradecimento aos participantes.

### **C. Terceira Oficina:** a codificação da Educação em Saúde através de dramatização

Este encontro foi realizado dia 12 de novembro de 2007, às 15h30min. Ao chegar à Unidade, algumas participantes já estavam aguardando na sala, estas se

disponibilizaram a ajudar na preparação do ambiente, como: instalação do som, cadeiras, distribuição de crachás.

Participaram deste encontro dezessete pessoas, contando com a pesquisadora, apenas um médico não se fez presente em nenhuma atividade até esse momento.

Após os trabalhadores chegarem e se acomodarem foram convidados para iniciar a oficina com uma atividade relaxante, a fim de proporcionar concentração. Para realizar a dinâmica do acompanhamento da música, foram todos para a área ao ar livre, em pé, o aparelho de som foi ligado, tocando a música **Uma brasileira**, do grupo Paralamas do Sucesso.

Solicitou-se para que todos caminhassem de olhos fechados, no ritmo da música. A atividade consistia em desligar a música em alguns momentos, nos quais as pessoas deveriam achar “o companheiro”. Isto se repetia por três vezes; na quarta vez, deveriam procurar seu par de olhos fechados. Este foi um momento lúdico. Dessa forma, dividiram-se as duplas em dois grupos (um de nove pessoas e outro de oito).

Ao terminar a dinâmica, todos voltaram para a sala e fizeram uma reflexão sobre a atividade. As respostas coincidiram com os objetivos, que eram: descontrair e focalizar ao grupo de trabalho.

Retomou-se o que foi trabalhado no último encontro, lembraram-se os temas geradores, os aspectos principais. A partir das falas solicitou-se que, conforme a divisão dos subgrupos, criassem uma encenação do cotidiano em relação a prática da Educação em Saúde. Os participantes foram convidados a encenar o que vivenciam situações que descrevessem e identificassem suas práticas. A pesquisadora levou uma mala com vários adereços e objetos para que fizessem uso e se caracterizassem para a dramatização (óculos, roupas, bonecas, bengala, peruca, bonés, chapéus, maquiagem).

Após quinze minutos, aproximadamente, para a montagem das cenas, a encenação começou. Durante este tempo, foi possível perceber características e situações importantes na preparação da dramatização, como, por exemplo, o grupo 1 (com 9 pessoas) apresentou prática na organização da atividade: decidiu a cena, destinou os papéis, nos quais cada um manteve sua função real (a enfermeira continuou sendo enfermeira, o ACS também etc), treinou e estava pronto para

apresentar-se, terminando antes e aproveitando o tempo restante para conversar sobre outros assuntos.

O grupo 2 (8 pessoas) se preparou diferentemente do primeiro; discutiu sobre os papéis, trocou as funções, e cada um contribuiu na história da peça. Demorou mais. O grupo era extrovertido, não mudava o assunto enquanto se preparava.

Na apresentação do grupo 2 os componentes como já referido, trocaram de papéis para encenar, inclusive o técnico, a enfermeira e a médica. Teve como foco principal da Educação em Saúde a visita domiciliar a um casal de idosos que moravam sozinhos. Estes foram restritos no atendimento e mantiveram as agentes comunitárias na varanda da casa. Estas explicaram que o motivo da visita era trazer mais duas escovas de dente que foram pedidas na última visita. Outro aparato que levaram foi a camisinha. O casal justificou que havia pedido porque viu na televisão. As agentes salientaram a importância do uso da camisinha, “[...] o cuidado e a prevenção de várias doenças que só fazem as pessoas sofrerem”.

Durante a visita, chegaram vizinhos na casa, solicitando a ajuda das agentes comunitárias, pois a filha não estava bem de saúde. Elas sugeriram que fossem até o posto de saúde para marcar o exame e informaram sobre o livre acesso à unidade.

Outro vizinho chegou e pediu um diagnóstico do braço do filho; fazia tempo que estava assim, machucado. Então as ACS se disponibilizaram a marcar uma hora para a consulta médica.

Em dia de visita, o médico e a enfermeira comparecem à casa dos idosos. Fizeram os procedimentos médicos, como: verificar pressão arterial, diabetes, e questionar sobre os medicamentos, pois pelo relato do casal não estavam fazendo efeito. A enfermeira explicou novamente, através de desenhos do sol e da lua, o que deve ser tomado de manhã e à tarde. Eles afirmaram que entenderam. O médico atende e ouve a queixa dos outros dois pacientes e os encaminha para a Unidade de Saúde, pois devem ser feitos exames clínicos para especificar as queixas.

Após esta dramatização teve-se um curto tempo para a reflexão e alguns questionamentos:

Justificaram a rapidez no atendimento, devido às exigências burocráticas, e deram ênfase ao objetivo da visita familiar e a relação com a Educação em Saúde:

[...] no mínimo mensalmente pelas casas e sempre pede pra entrar, até pra ver a situação como é e ver se realmente estão tomando o remédio, se não trocaram, e se entenderam, assim como as escovas de dente, alguns até buscam para nos mostrar que está nova ainda, ou velha demais. A gente sempre faz a visita com o objetivo de realmente acompanhar a situação de queixa, e até deles mesmos (P2).

Problematizou-se sobre as consultas que ficaram para ser marcadas e como funcionava o processo.

[...] Anotamos num papel, e muitas vezes quando vamos voltar ao posto, a gente combina pra eles virem junto, ou então marcamos a hora, avisamos eles e eles comparecem para consultar com o médico, ou com enfermeiras (P8).

Outro questionamento neste aspecto foi feito: será que ficou realmente claro para os usuários, tanto sobre o uso da escova de dente como da camisinha e os medicamentos? Como vocês fazem para saber? Responderam prontamente que voltam para uma nova visita no mês seguinte.

E foi questionado se não é muito tempo para deixar de tomar um medicamento, ou outro cuidado especial, caso eles não venham a entender? Voltaram a responder com firmeza, demonstrando estarem convictos de que esta é a melhor e a única maneira de descobrir o que compreenderam e se os usuários entenderam algo. Então, questionou-se até perceberem que não estava havendo a escuta, da qual se falou em um primeiro momento, na semana anterior .

O grupo 1 apresentou a situação da visita domiciliar a uma gestante que não tem “[...] boas relações com os serviços de saúde, e que não quer saber de orientações, informações[...]”, segundo uma das participantes:

Esse foi um caso real, ela já teve vários filhos e diz que sempre se virou sozinha, que gravidez não é doença e tem a crença bastante direcionada para as histórias antigas, como no sétimo dia de nascimento da criança não deixar ninguém ver o filho, pois dá o amarelão e não faz bem ao bebê (P1).

Na primeira visita da ACS, ela não recebeu os agentes, disse não querer ajuda. Já na segunda visita vai acompanhada da ACS, que já conhece a família, por fator de vinculação achou-se que facilitaria o contato, mas não foi o que aconteceu, não quis nem recebê-las novamente.

Ao dispensá-las, a gestante relata que a vida é dela e que o problema é dela também, e não quer que ninguém interfira. As meninas tentaram falar sobre a importância do acompanhamento para a vida do bebê e dela, mas não foi do interesse da usuária ouvi-las. Logo, as ACS pediram a presença da enfermeira, que também não foi convidada a entrar, e a visita aconteceu no portão. Então, a enfermeira explicou que elas também são responsáveis pela vida do bebê, que ele tem o direito de fazer todos os exames para nascer com boa saúde, que tem que visitar o médico com frequência. Mas esta informação não fez diferença para a gestante, ela não aceitou. Porém, a insistência continuou com a visita do médico, que ameaçou contatar o conselho tutelar para interferir no caso. O que realmente de fato aconteceu na simulação. Houve a visita da ACS, do técnico, do enfermeiro e da Assistência Social do conselho tutelar e, após muita conversa, e muita escuta dos relatos bem sucedidos dos outros partos, ela se convenceu da necessidade de fazer o pré-natal, mas confessou que foi mais pelo medo de perder a criança após o nascimento e o posto culpá-la depois.

Após as apresentações, problematizou-se, como forma de instigar ao desvelamento crítico, a escuta que é prestada por eles. De que forma se faz?, pois, até aquele momento, os trabalhadores não deixavam dúvidas de que faziam o melhor trabalho. Logo, foram convidados para uma auto-avaliação do serviço, interrogando se esta era a única maneira de conversa, de tentativas de conquistar a população, seria esta uma escuta qualificada?

Refletiu-se sobre esta forma de educação prescritiva, em que a única verdade vinha da fala deles, o que acabara por distanciar a própria gestante e sua família. Mais adiante, na fala da enfermeira, ficou nítida a culpabilização da vítima, ao relatar casos em que as gestantes não frequentam nem fazem o pré-natal e que, após o nascimento, passam mal, tanto a criança como a puérpera, então, acabam por relacionar a condição.

Reforçou-se a condição da escuta qualificada. Primeiro compreender o sentido que dão àquilo que é preciso fazer, e se há sentido. Questionou-se se a escuta deve ocorrer somente no consultório, que era o que diziam nas entrelinhas. Sob esses aspectos, os exemplos vieram em outro sentido, mas, mesmo assim, relatando uma educação prescritiva e autoritária, como mostra o relato a seguir:

[...] muitas dúvidas são respondidas na rua, muitas conversas acontecem realmente no portão da casa do vizinho, e assim vai. Não temos um lugar específico para acontecer a Educação em Saúde, ela acontece em qualquer lugar. Também é importante conhecer e respeitar as religiões de cada um, porque na verdade tudo o que eles fazem depende da religião, então tem que aceitar num primeiro momento até para que confiem em nós e nos aceitem, e depois eles vão nos ouvir (P16).

Encerrou-se o encontro com o agradecimento pelo empenho e a participação de todos e a pesquisadora solicitou que dessem uma palavra para definição da oficina do dia, que, de modo prático, foram estas:

[...] divertido, conhecimento, engraçado, surpreso, importante para o trabalho, reflexivo, muito bom, descontraído, importante, criativo, gostoso, harmonioso, novidades, conversa, revisão das práticas.

Novamente houve um lanche de confraternização, em que o contato entre os participantes e a pesquisadora já fluía naturalmente, de modo informal.

#### **D. Quarta Oficina:** o aprofundamento teórico dos temas geradores

Participaram deste encontro inicialmente 14 pessoas, sendo 1 médico, 2 técnicos, 10 ACS, e a pesquisadora. Agradeceu-se a presença de todos, enfatizando que a dramatização favoreceu a relação com os trabalhadores, o clima estava agradável e tranquilo.

Observou-se que estavam agitados e soube-se que era justamente por causa dos encontros. Contaram que logo alguns trabalhadores entrariam em férias e iriam perder os últimos encontros. Então pediram para adiantar os encontros, para que todos pudessem participar. De imediato contactou-se as enfermeiras que disponibilizaram a sexta-feira da mesma semana e a segunda-feira seguinte para o último encontro, e foi importante notar que o pedido pegou a pesquisadora de surpresa, pois ficou nítido o interesse deles pelos encontros.

Uma das enfermeiras foi atualizar o estoque da farmácia da Unidade de Saúde e a outra fazer uma visita domiciliar, logo não participaram da oficina.

Iniciou-se a atividade, lembrando a terceira oficina, como o tema foi trabalhado, e logo surgiram comentários que estavam refletindo as práticas, que questionavam mais.

Preparou-se o texto das sete teses da educação de Bricenõ Leon (1996). Apresentou-se a introdução do texto, dividiu-se o grupo em cinco duplas e um trio, e pediu-se para que lessem, discutissem suas práticas e descrevessem as facilidades e dificuldades na execução de cada tese.

O encontro foi muito produtivo teoricamente, pois pôde-se resgatar vários exemplos da dramatização e relacionar com as teses. Os trabalhadores decodificaram vários temas e práticas. No início, apontou-se várias possibilidades de fazer de modo diferente aquelas práticas que antes afirmavam ser as únicas. Logo os próprios participantes passaram a identificar outras possibilidades de realizar a Educação em Saúde. Todos falaram com ênfase na apresentação de suas teses, assim como exemplificando a dos outros. Percebeu-se que estavam bastante motivados e interessados no assunto.

Foi necessário acelerar as apresentações das duas últimas teses, pois estava esgotando o tempo da oficina.

Para finalizar, foi solicitado novamente que descrevessem o encontro em uma palavra:

[...] construtivo; informações novas; interessante; reflexivo; importante; esperança de um mundo melhor; conhecimento; produtivo; fundamental pra nossa prática; novas experiências; transformação.

Uma das participantes complementou sua reflexão:

[...] a ignorância não é um vazio a ser preenchido, mas sim um cheio a ser transformado, e que a gente não pode achar que eles não conhecem nada, não é por aí, eles sabem e muito da vida deles, o pq que estão de certa forma e o que podem fazer pra melhorar. Conhecendo eles é que se transforma ( P16).

Houve um breve lanche e, neste dia, o pessoal solicitou que, sempre que possível, pudessem fazer juntos cursos de formação. Falaram da facilidade em aprender, do prazer em estar juntos e da valorização que a pesquisadora dava às informações deles, (oportunidade de falar). Percebeu-se que estes sentimentos eram recíprocos, o que satisfez pessoal e profissionalmente a realizadora deste

trabalho investigativo, pois apontou a aceitação da metodologia estabelecida para a pesquisa. É necessário ressaltar que estes comentários e a forma acolhedora das equipes mantiveram-na motivada para a realização e continuação do trabalho.

#### **E. Quinta Oficina: algumas descodificações**

No dia 30 de novembro de 2007, realizou-se o quinto encontro, que iniciou às 15h30min. Ao chegar-se na Unidade de Saúde, verificou-se que estavam finalizando um chá de bebê de uma das agentes gestantes.

Ao iniciar a atividade, foi proposto um *feedback* do encontro passado. Neste momento, emergiram reflexões sobre o empoderamento, enquanto alguns não sabiam o que era, pois acabaram saindo antes da finalização da última oficina. Assim, os trabalhadores que estavam presentes no dia explicaram, relacionando o empoderamento ao poder:

[...] dando o poder, eu encontrei o sentido assim, nunca mais vou esquecer (P16).

A pesquisadora fez a ponte com a Educação em Saúde, preconizada pelo Ministério da Saúde, enfatizando a importância para a co-responsabilidade dos usuários.

Alguns participantes se manifestaram, dizendo:

A Educação em Saúde foca vários fatores, como a promoção, a prevenção, e não é só a saúde, mas o meio ambiente, os fatores ambientais, as pessoas, as famílias (P3).

Nós do PSF favorecemos a saúde, temos que cuidar de todos os aspectos (P16).

Para dar continuidade ao trabalho, os participantes foram separados em duplas. Entregou-se o texto A Educação em Saúde na Prática do PSF, de Chiesa e Veríssimo (2003). A leitura foi realizada e a explanação da introdução feita em conjunto e em voz alta.

Todos fizeram a leitura do texto. Assim, solicitou-se para que dessem exemplos, falassem das facilidades e dificuldades na prática das ações propostas pelas autoras do texto. A finalização se deu com a colagem (recortes de revistas)



[...]Eu acredito que a gente tem que seguir pelo caminho do não julgar, não criticar, respeitar as diferenças. E como é difícil, a gente está dando nosso palpite o tempo todo, acho que vira costume, porque parece que somos responsável, assim como em casa no trabalho também(P4).

Para encerrar, fez-se uma breve avaliação verbal, questionando se a linguagem que estava sendo utilizada durante os encontros era acessível, compreensível. Ainda questionou-se se estavam conseguindo refletir, no cotidiano, sobre suas práticas. Uma participante fez o seguinte comentário:

[...] durante a semana, a gente fala sempre de você, estamos nos criticando mais, questionando mais o porquê das atitudes e falas. As meninas da manhã, que trabalham na frente ficam pedindo pra gente trocar nossa reunião e passar para manhã, porque elas querem participar também. Mas de manhã nós não podemos, adiantamos nossos trabalhos da tarde para podermos parar para a reunião (P16).

#### **F. Sexta Oficina: o *feedback* e a despedida**

O último encontro aconteceu dia 03 de dezembro de 2007, com início às 15h, conforme solicitação dos participantes. Participaram, no início, 14 pessoas, porém, as enfermeiras saíram logo no começo das atividades.

Resgatou-se, juntamente com os trabalhadores, as informações de todas os encontros e, pelo relato dos participantes, o principal marco foi a aceitação das diferentes realidades, a auto-crítica e análise, dentre os conteúdos das teses e da comunicação que são fundamentais para a eficácia do serviço da saúde.

Em seguida, o grupo foi novamente subdividido em duplas. Foram entregues duas tarjetas de cores diferentes e em cada uma delas deveriam escrever o que é Educação em Saúde hoje e como a praticavam ou poderiam praticá-la após os encontros.

Em um papel pardo grande, com o título Educação em Saúde no centro, foi-se conceituando e exemplificando, conforme a afinidade de assuntos. As expressões teóricas foram:

-Primeiro aprender, depois escutar e tentar aproximar os conceitos; é um trabalho de trocas.

-Fundamental para que a população passe a praticar entre si a prevenção de doenças.

-São todas as nossas ações cotidianas, porque somos transformadores do meio em que vivemos.

-É um conhecimento para a vida toda, ajudar as pessoas nos momentos em que elas precisam, sem impor; compartilhar experiências.

E as práticas:

-Tentando pôr em prática uma educação participativa; que envolve as famílias (P13).

-Ações que envolvem a comunidade, conquistando a confiança e sendo empáticos (P12).

-Através de atividades promovidas pelo PSF, envolvendo a comunidade para que juntos possamos evitar inúmeros danos à saúde, mas SEMPRE respeitando a cultura de cada família(P6).

-Conversando, orientando, ouvindo, entendendo as pessoas (P9).

-A terapia da comunicação, perguntar, observar, escutar, responder, dentro da realidade de cada sujeito(P4).

A figura 5 demonstra o processo anteriormente descrito.

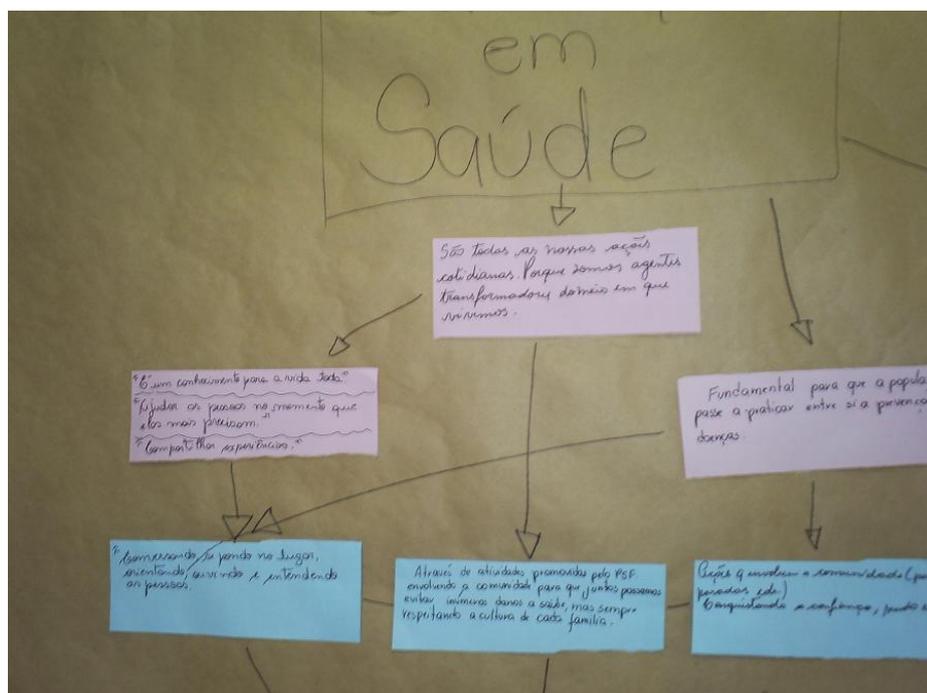


Figura 05: Mapa conceitual da Educação em Saúde.

Fonte: A autora (2007).

Na seqüência, foram resgatados os conceitos anteriores que tinham sido elaborados no segundo encontro, momento anterior aos encontros, e percebeu-se a flexibilidade nas respostas. Reforçou-se a importância de auto-análise sempre.

Segundo algumas participantes:

[...] foi muito importante aprender a refletir, desde que começamos a trabalhar aqui em nosso grupo, entre nós mesmo, passamos a nos questionar, perguntamos: será que pode ser assim?, ou então: como assim? pode me explicar? pegamos o jeito pra “ provocar uma a outra”, pois sempre quando eu faço uma coisa penso que é a melhor forma que podia fazer, mas percebi que posso muito mais, ou ser criativa e fazer diferente (P16).

É até interessante, porque a gente para pra pensar, e é engraçado pois sempre tentamos se desculpar achando que é o melhor jeito, ou até as vezes nem mesmo sabemos o porque de fazer de tal jeito, estamos quase robôs, fazemos tudo como sempre fizemos ou aprendemos, e agora estamos aprendendo a ser criativos, acho que esta é a palavra (P4).

Para avaliar o método que foi utilizado e a forma de pesquisa, fez-se uma dinâmica de despedida, denominada **Viagem de trem**. Em papel A4 havia o desenho de um trem, que foi pendurado em um fio longo (como um varal) e preso nas extremidades da sala em que todos estavam. Distribuiu-se um papel colorido como se fossem os vagões do trem para cada uma das participantes e solicitou-se que refletissem e descrevessem como foi participar da pesquisa e o que levam para a vida. Ao terminarem, as respostas foram colocadas no varal, como se fosse um vagão atrás do outro, como mostra a figura 06:



Figura 06: A viagem da vida.

Fonte: A autora (2007).

Dentro dos vagões estavam as seguintes respostas:

Conhecimento, respeito, participação (P6).

-Respeito em todos os momentos, sempre, respeitar para ser respeitado(P11).

-Pude analisar nossos encontros, como sendo uma novidade e motivação para meu trabalho e conhecimento e dos demais colegas. O ser humano é um ser único, precisa ser amado e respeitado. “muitas vezes o silêncio é o clamor dos fortes”. – com certeza principalmente com nossos usuários, famílias (P4).

-Conhecimento, experiência, necessidade (P8)

-Aumentou muito o meu conhecimento e também a percepção de que devemos incentivar a nossa comunidade e ser participativa. Muitas experiências boas para trabalhar melhor (P12).

-Aumentou minha maneira de pensar, agir, escutar, experiência conhecimento, e práticas (P9).

-Que devemos respeitar a individualidade das pessoas. Ir sempre em busca de conhecimento seja profissional como pessoal(P10).

-Conhecimentos novos que serão utilizados no meu dia a dia, no trabalho e em casa também (P13).

-Reflexão, auto-avaliação e respeito sempre (P14).

- Uma grande contribuição para o meu crescimento profissional (P15).
- Conhecimento e experiência(P16).

Para avaliação final, solicitou-se que levantassem os pontos positivos e os que deveriam melhorar. Os seguintes comentários foram expressos por alguns participantes:

- Forma como você trabalha é boa (P16).
- Desde o primeiro dia, já mudou tudo.-Dá animo de a gente vir aqui(P9).
- Meu Deus como passava rápido(P8).
- A gente sempre comentava que deveria começar às 13 horas da tarde, podia ser a tarde inteira, porque teríamos mais tempo para perguntar, conversar, conhecer, descobrir, foi muito bom(P7).
- Pra ser sincera, no começo eu pensei aiaiai, mais palestra, mas não, foi bem diferente, foi produtivo, relaxante (P13).
- Não é uma palestra que você ensina como fazer, você pegou diretamente no eu, fez a gente pensar, fazer uma auto-avaliação (P16).
- Todo mundo tem que estar disposto à mudança, porque a gente sempre aprende né (P2).
- Muito bom mesmo, valeu a pena. É principalmente nos textos, a gente viu que faltou tempo, porque todo mundo queria falar, das experiências nos capítulos dos outros (P4).
- É mesmo passo de formiguinha, o seu trabalho foi, e o nosso trabalho com nossa comunidade também (P15).
- Nós falava de você o tempo todo, passamos a ver que palavras usamos, e porque usamos, passei eu a ver particularmente o poder das palavras (P6).

A pesquisadora agradeceu a oportunidade de conhecê-las, a disponibilidade para os trabalhos, a motivação e a alegria com que vinham para os encontros, e colocou-se à disposição para contato ou qualquer dúvida. Deixou acordado que ao terminar a dissertação levaria uma cópia do trabalho para a instituição, e faria uma apresentação da pesquisa. Convidou-as para o lanche de despedida e durante este momento todos se reuniram na área para registrar o momento através de fotografia.

## 4. 2 DISCUTINDO ALGUNS TEMAS GERADORES

Inicialmente, pensou-se que no 1º encontro seriam levantados os temas geradores e a partir deles se desenvolveria o restante dos encontros. Entretanto, ao longo do trabalho percebeu-se que, na verdade, os temas geradores emergiram no desenrolar dos encontros. Por isso, decidiu-se a cada oficina, em orientação, avaliar o material coletado e, a partir disso, levar os temas que apareciam com mais intensidade para trabalhar com o grupo. Dessa forma o que se discutirá a seguir são os conteúdos que estiveram mais presentes e, assim, considerados como temas geradores.

Embora de modo formal se tenha, inicialmente, levantado algumas concepções de Educação em Saúde e se tenha solicitado que o grupo optasse pelos temas que julgasse mais relevantes, observou-se que o que foi acontecendo ao longo dos encontros foi mais significativo que o previsto inicialmente. Por exemplo, na reunião de levantamento dos temas, os presentes apontaram a atenção primária, a prevenção de doenças e Promoção da Saúde. No entanto, constatou-se que tais temas ficaram apenas como um discurso “vazio”, pois seu conteúdo não foi expresso nos vários momentos de atividades.

Uma das questões que esteve mais presente em todos os encontros foi a da Comunicação como parte da Educação em Saúde. Tomou-se esta palavra num sentido bem geral e aí se discorreu sobre os vários sentidos de comunicação colocados pelo grupo.

### **TEMA GERADOR I: Orientação-Informação como elemento da ação educativa**

A maioria dos participantes colocou como práticas educativas de seus trabalhos a orientação e a informação. Isto se resume, muitas vezes, em conhecer procedimentos e métodos para informar ou orientar o usuário.

[...]nós passamos as informações informalmente, no dia a dia, até na rua, mas de uma forma mais moderada, numa linguagem simples (P12)

[...] porque a gente sempre aprende e depois repassa as informações para as pessoas, também a gente conhece eles, as famílias e como é que podem fazerem ou não tais tratamentos (P10).

[...] a gente sempre explica, orienta e fala como devem tomar o remédio, por exemplo, mas quando a gente volta está tudo errado, ou nem entendem nada daquilo que o médico falou (P15).

Na dramatização das cenas, na terceira oficina, também aparece claramente a importância que dão ao ato de orientar e informar.

Estas referências mostram que os participantes possuem uma preocupação com a adequação da linguagem para a formação de um bom vínculo, sendo esta uma forma de acolhimento ao usuário. Entretanto, na própria fala, também se nota que o modo de informar traduz a educação como uma atitude unilateral : *passar informações*. Ao relacionar estas práticas às tendências pedagógicas propostas por Libâneo (1984) constatou-se que se enquadram na pedagogia tradicional. Nesse caso, não há relação ou preocupação com a realidade do sujeito. Predomina a palavra do educador, nesse contexto, do profissional e das regras e métodos de cuidado impostos como sendo as verdades absolutas.

Esta imposição de conhecimentos e normas, a divulgação de medidas de higiene pessoal e coletiva, a visita domiciliar com característica de inspeção e controle de tratamento é denominada de Educação Higienista, por Vasconcelos (2001).

Há necessidade de superar este modelo de educação, visto que não responde mais aos princípios e diretrizes para a consolidação do SUS. Para contrapor ao modelo biomédico, Vasconcelos (1997) afirma que a Educação em Saúde é o fator estratégico na saúde da família. Esta deve fortalecer a promoção e a resolubilidade da saúde, a integralidade, a vinculação do profissional e dos serviços à comunidade, o usuário como sujeito que vive em um contexto familiar/comunitário, direito à saúde e espaço para a participação social. A educação visa à cidadania e a saúde deve ser vista pelo profissional como aquela que é produzida socialmente, pois esta prática facilita a compreensão, a co-responsabilização/co-gestão, democratiza as informações, além de instrumentalizar o trabalho em saúde.

Os profissionais e trabalhadores da saúde são formados no modelo biomédico em que o saber médico é absoluto. Seus conteúdos são centrados e organizados de forma compartimentada e fragmentada, preocupando-se

basicamente com a sofisticação de medicamentos e aparatos, e, por conseguinte, esquece de incluir o usuário e seus conhecimentos na adaptação de seus saberes.

[...] quando contrariamos alguma prática deles, é muito difícil eles mudarem, aceitarem o que falamos, primeiro eles tentam todas as possibilidades que os outros falam, vizinhos, avós, tios, sogras, quando nada dá certo, aí é nossa informação que funciona (TE-2).

Esta forma de atuação reduz a atividade dos trabalhadores ao foco da doença e à prevalência de atividades individualizadas, com perspectivas curativas. Assim, essas práticas são mais valorizadas pelos próprios trabalhadores e denominadas de educativas.

Adquirir conhecimentos é importante para favorecer o empoderamento, na medida em que possibilita uma tomada de decisão mais “consciente” dos usuários e comunidades. Porém, somente proporcionar conhecimento não basta para transformar o usuário em cidadão. Freire (1981) afirma que a educação libertadora não pode se fundamentar em sujeitos vazios, os quais devem ser “preenchidos” com conhecimentos e conteúdos. Deve basear-se em uma concepção de seres conscientes e buscar a problematização destes em suas relações com o mundo, levando em conta a sua percepção da realidade e modo de vida. É só com o processo dialógico que se possibilita o exercício de uma relação democrática, sujeitos autônomos de si, prontos a responder pelas suas escolhas, isso levaria ao empoderamento.

Dessa forma, é importante compreender que as pessoas possuem percepções diferentes de uma mesma realidade. Assim, o que para os trabalhadores significa um problema, pode ser para o usuário algo natural.

Quando se adota uma postura dialógica de troca de saberes, os trabalhadores de saúde podem compreender e agir não mais como “detentores do saber” que buscam impor suas verdades a outrem, mas como mediadores de um processo de reflexão-ação-reflexão, que pode transformar a educação em elemento fundamental para o regate da liberdade e da autodeterminação.

Os trabalhadores entendem que os usuários devem conhecer os processos que acontecem na busca pela saúde para saber das possibilidades em que podem participar de uma decisão.

[...] a ignorância não é um vazio a ser preenchido, mas sim um cheio a ser transformado, e que a gente não pode achar que eles não conhecem nada, não é por aí, eles sabem e muito da vida deles, o porquê que estão de certa forma e o que podem fazer pra melhorar. Conhecendo eles é que se transforma. Apresentar muitas vezes direitos e deveres (P16).

O fato do usuário não conhecer este processo denota uma perda da autonomia, visto que, muitas vezes, não conhece os porquês de ingerir determinados medicamentos ou procedimentos, o que gera uma anulação no processo.

[...] o que eu acho estranho é que eles nunca pedem pra gente repetir sobre o procedimento de curativo, ou de medicamentos, ou nunca dizem que não podem fazer porque não tem gás, por exemplo. Eles aceitam tudo, mesmo sabendo que não vão poder fazer, não perguntam se tem outro jeito (P14)

[...] até porque nem sempre eles tem condições pra conseguir levar a risca as recomendações do médico e as nossas mesmo. Aliás, na maioria das vezes eles não têm (P4).

É necessário que os trabalhadores compreendam a ambigüidade de suas posturas. Ao mesmo tempo em que perpetuam práticas medicalizadas na relação trabalhador *versus* usuários, esperam que o cliente se liberte, sozinho, de posturas impostas por um Estado medicalizador. Dessa forma, deixam de lado o “altruísmo recíproco”, que é proposto por Baquero (2001) como possibilidade de duas pessoas interagirem, transformando-o em normas de cooperação natural. Essa dimensão seria inerente ao ser humano, visando à evolução das relações, na medida em que haveria uma consciência das pessoas da importância e vantagem de se adaptar a algum tipo de ordem social, mesmo que esta ordem fosse organizada por eles. Percebe-se que a “passividade” do usuário atualmente estabelecido é conseqüência da história cultural brasileira.

Para Freire (1981), os oprimidos, enquanto ajustados às situações que os oprimem, sofrem uma dualidade, segundo a qual buscam a liberdade e, ao mesmo tempo, temem-na, enquanto não se sentem capazes de correr os riscos de assumí-las. Observou-se que em meio a este cenário de medo da liberdade e aparente comodismo, negam-se, na maioria das vezes, a escutar o pedido que se faz a eles ou que tenha sido feito a eles mesmos para libertarem-se das amarras que os prendem a uma realidade de dominação.

É importante ressaltar o valor que a comunidade dá aos profissionais da saúde, este valor determina um poder as pessoas que estão atuando dentro do sistema de saúde, e este poder, segundo Guareschi (2004), não deve ser utilizado de modo glorioso. Mas deve-se utilizar o poder no sentido de fazer e de ser capaz, sentir-se com mais capacidade e controle das situações, aumentar a conscientização, desenvolver uma “faculdade crítica” entre os oprimidos e possibilitar que os usuários sejam autônomos e escritores de suas próprias vidas (FREIRE, 1987).

Kleba (2005) afirma que o fato de as pessoas possuírem informação aliada à relação dialógica da ação educativa facilita o processo de “conscientização”, que se configura num contato maior com a realidade, na busca do desenvolvimento pessoal, aproximando-se, assim, do seu poder de decisão, ou seja, da sua autonomia.

Entretanto os trabalhadores reconhecem que nem sempre só a informação é eficaz:

[...] mas nós fazemos também a educação formal, entregamos os panfletos, mas isso não é tão resolutivo, quer ver como não: na semana passada na campanha contra a dengue nós fomos casa por casa da nossa área distribuir os panfletos e falar sobre a dengue, alguns atropelavam-nos, falando que o que adianta nós ir lá falar sobre isso se as valetas estavam a céu aberto, se estava tudo daquele jeito, os dejetos passando na frente de casa com aquele cheiro bem desagradável. E nós tínhamos que ouvir, mas pense bem, daqueles quantos já tentaram resolver o problema? (P2).

Briceño-León (1996) afirma que a educação não é só o que acontece em programas educacionais, mas está em toda ação sanitária. Não se pode negar que a educação pode ocorrer de maneira formal, como uma palestra ou um folheto, estes têm sua importância também, mas podem ocorrer nas ações informais do dia a dia. Para o autor, existe uma intenção educativa não intencional em todas as ações dos trabalhadores de saúde. Este modo de informar significa uma possibilidade de comunicar as mais diversas mensagens nas mais variadas situações.

Os trabalhadores relataram a necessidade de prestar “informações corretas” e preocupação na criação de bons vínculos durante os contatos com os usuários, o que se considera um aspecto positivo.

[...] por nós estarmos aqui, temos que ter as informações que eles querem, e sempre corretas, porque se nós errarmos uma vez, todos ficam sabendo e nós perdemos a confiança da população. Não podemos, jamais. Então muitas vezes, voltamos ao posto, conversamos com as enfermeiras e informamos os usuários(P9).

[...] é um dever nosso passar as informações e orientar e um direito do usuário (P3)

Silva (2000) reflete sobre a questão do envolvimento que o profissional deve ter em cada ato que realiza, dando a cada um, significado diferente. A qualidade das interações muda, é favorecida quando se consegue colocar a intenção nas diversas atividades desenvolvidas. Nesse sentido, o contato, o acolhimento têm sentidos diferentes, singulares em cada contato realizado. No decorrer da oficina, os funcionários também contextualizaram a informação como proveniente da conversa.

## **TEMA GERADOR II: A Educação em Saúde pressupõe uma conversa**

Quando proporcionado o momento de reflexão sobre conceitos e práticas de Educação em Saúde, um dos elementos que apareceu mais precocemente nos encontros com o grupo foi o da **conversa** como dita pelos participantes: “conversa”, “bate-papo”, “tête-à-tête”.

A conversa teve várias codificações, que ora se aproximam ora se distanciam entre si. É possível apontar primeiro as falas que se aproximaram da conversa numa perspectiva dialógica:

Conversamos bastante com eles sempre (P5).

Através da conversa tudo fica mais fácil. Nós escutamos muitas histórias da vida pessoal e íntima deles. Às vezes nem falam nada das doenças, por exemplo diabetes, pressão alta, ou então as puerperais que não se sentem bem, mas contam como está difícil a relação com a sogra, com o marido, ou pais... E assim vai, só na conversa pra gente poder perguntar e pegar as informações que precisamos, é só na conversa para podermos conhecer eles (P16).

Muitas pessoas, na maioria das vezes nem querem saber da nossa visita, do nosso objetivo, elas querem é que nós a escute, suas histórias, o que aconteceu, porque que estão sofrendo. As vezes pedem até consultas com as enfermeiras , mas é só para falar, e

contar a vida delas. E depois elas mesmo dizem que já estão melhor. Que se todo dia fosse assim, se tivessem alguém para desabafar nem sentiriam mais dores no corpo(P15).

O fato de ouvirem as questões, mesmo que aparentemente não se relacionem com a saúde-doença, expressa uma abertura ao outro, priorizando suas necessidades. Assim, a prática da Educação em Saúde pode ser pensada como um diálogo, porque emerge das necessidades colocadas pelos usuários e não necessariamente algo prescrito pelo pessoal da Unidade. O diálogo, segundo Freire (2005a), enquanto fenômeno humano revela algo que pode dizer ser ele mesmo: a palavra. A palavra tem como elementos constitutivos duas dimensões: a ação e a reflexão. Logo, não há palavra verdadeira que não seja práxis.

Para Freire, o diálogo pressupõe a pronúncia do mundo, o encontro de homens que pronunciam o mundo, um ato de criação. Partindo dessa idéia, esse autor apresenta alguns pressupostos para a educação dialógica e para o diálogo. São eles: o amor, a fé, a confiança, a esperança. Por fim, o diálogo verdadeiro pressupõe um pensar verdadeiro, um pensar crítico, pensar que percebe a realidade como processo (ACIOLI, 2007).

Dentro da mesma perspectiva, Alves (2005) afirma que a Educação em Saúde tem no diálogo seu instrumento essencial, em que o usuário é reconhecido como um sujeito portador de saber, que não é ignorado pelo saber técnico-científico. Visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade de indivíduos no cuidado com a saúde através do desenvolvimento da compreensão em saúde.

Se for levada em consideração a classificação das tendências pedagógicas feitas por Libâneo (1984), a prática do diálogo com as pessoas se aproximaria da tendência pedagógica progressista libertadora, também denominada de educação problematizadora, e que tem como inspirador e divulgador Paulo Freire. Nessa vertente, o educando é considerado como sujeito do ato de conhecimento, o processo de aprendizagem ocorre de modo horizontal e a relação é de identificação entre os atores.

Entretanto, como se verá adiante, esta ainda não se constitui a prática de todos os trabalhadores e, apesar de haver uma abertura inicial ao outro, esta mais adiante se fecha, dando lugar a uma postura mais autoritária.

Observou-se que a comunicação no sentido até o momento colocado foi expressa com maior frequência pelos Agentes Comunitários de Saúde, de modo que

a “conversa” é trazida como parte importante de seu trabalho. Notou-se, também, que tanto as enfermeiras como os técnicos de enfermagem e a médica pouco se pronunciaram em relação a esta faceta da educação. Enquanto os Agentes Comunitários e os técnicos codificavam a educação como algo mais informal, as enfermeiras apontavam-na como processo formal, como expressam os depoimentos a seguir:

Nós sempre temos uma atenção especial em casos de resistência. Tentamos fornecer todas as informações e orientações possíveis para mostrar a importância do nosso serviço e do cuidado dela e do bebê. A responsabilidade pela saúde deles é nossa (P1).

Nós temos que passar no mínimo mensalmente nas casas dos nossos usuários. Sempre pedimos para entrar, até para ver a situação como é, ver se realmente estão tomando o remédio e se entenderam, perguntamos se precisa camisinha, escova de dentes (P2)

Uma das explicações para esta postura diferenciada entre os profissionais e os agentes comunitários é que para os primeiros a formação pode ter funcionado como reforçadora de uma atitude medicalizada. Como os agentes comunitários de saúde não possuem uma formação tão sistematizada, utilizam os referenciais da própria vivência comunitária ou de vizinhança.

Para Wendhausen (1999), entende-se por medicalização a introjeção gradual de padrões sociais, culturais e políticos, a partir de parâmetros instituídos pela ciência médica, que caracteriza uma subjetividade resultante, isto é, uma necessidade (demanda) crescente de atos médicos normalizadores e interventivos sobre a vida e a saúde.

Esta postura medicalizada provavelmente decorre da formação dos profissionais, que ainda é voltada ao modelo biomédico. Segundo Medeiros (2004), tal modelo que privilegia as práticas curativas é centrado na doença, na prescrição de exames e medicações, permanece infiltrado na cultura da população como na dos trabalhadores de saúde.

É importante ressaltar alguns elementos que diferenciam a prática do agente comunitário, caracterizando uma prática menos medicalizada. Takayanagui e Kluthcovsky (2006) afirmam que o Agente Comunitário de Saúde é um trabalhador *sui generis*, proveniente de sua comunidade, tendo que residir na própria área de trabalho há pelo menos dois anos, conhecedor da realidade local, sendo

fundamentais os aspectos de solidariedade e liderança, e que trabalha com a descrição de famílias em base geográfica definida. Dentre suas atribuições, está o mapeamento da comunidade; realização de visitas domiciliares; educação, ações humanitárias e solidárias. Silva e Rodrigues (2000) afirmam que estas atribuições influenciam o agente comunitário de saúde para uma prática que se pode chamar cidadã, pelo poder de provocar mudanças qualitativas na vida das comunidades.

Pode surgir daí uma nova modalidade de construção social, baseada na solidariedade, participação ativa, criativa, consciente e deliberada no coletivo e individualmente. Os agentes de saúde representam historicamente um elo entre a equipe profissional e a comunidade. Por conviver com a realidade onde mora e trabalha e por ter uma formação a partir de referenciais biomédicos, eles se tornam os interlocutores das contradições e dos diálogos entre saberes e práticas, podendo facilitar essa mediação (TAKAYANAGUI; KLUTHCOVSKY, 2006).

A facilitação desta mediação foi citada por uma das participantes:

Nós estamos há três anos trabalhando na mesma área, todos já nos conhecem. Das 12 ACS, só duas mudaram, mas em caso de dúvidas ou necessidade eles nos procuram mesmo. Esses dias eu estava saindo daqui, e um usuário estava indo ao supermercado, ele me viu, então voltou e me perguntou sobre hipertensão, e que alimentos poderia comer que não iriam alterar o efeito dos remédios, ali mesmo já aconteceu a Educação em Saúde. E como eu já disse, a gente tem que falar a linguagem deles, dessa forma há a aproximação e a comunicação flui muito melhor(P15).

Conforme Takayanagui e Kluthcovsky (2006), o agente comunitário de saúde fica como o “elo” da comunidade e do sistema de saúde, porém, ele e suas experiências/informações não são aproveitados pelo sistema de saúde em toda a sua amplitude. Os ACS relataram e demonstraram, durante os encontros, a identificação de uma preciosa ferramenta: a comunicação. Entretanto, ressalta-se que os agentes não percebem o diálogo como uma ferramenta do processo de trabalho ou como uma tecnologia. O diálogo surge como uma postura espontânea, não sendo utilizado com caráter terapêutico ou profissional. Os agentes comunitários sabem que funciona, mas não sabem o porquê, e não o utilizam consciente e sistematicamente. Como a “conversa” não é percebida como parte integrante e necessária do processo de Educação em Saúde, corre-se o risco de que esse

comportamento dialógico venha a sucumbir diante das práticas medicalizadas, porém, acreditadas pelo sistema de saúde.

Estes sentidos foram localizados predominantemente no segundo encontro realizado com o grupo. A partir da análise do material até então produzido, constatou-se que a comunicação era algo importante para estes trabalhadores. Assim, para a terceira oficina optou-se por levar para a discussão algum conteúdo sobre o tema da Comunicação. Dentre os aspectos trabalhados, outro tema que se sobressaiu foi o relativo à escuta, que foi considerada o terceiro tema gerador.

### **TEMA GERADOR III: A escuta como fator facilitador da Educação em Saúde**

No levantamento das informações sobre conceitos e práticas da Educação em Saúde, realizado na segunda oficina, os participantes já ressaltaram a importância da escuta na relação com o usuário.

[...] a gente tem que sempre, em primeiro lugar trabalhar sobre a Educação em Saúde, acho que é a base do nosso dia a dia, a gente pode sim fazer a diferença através de uma escuta ou uma informação para a saúde dos usuários (P13).

[...] a gente escuta muitas histórias da vida pessoal e íntima deles, e às vezes nem falam nada das doenças (P16).

[...] temos que atender-los sempre, ir até eles quando chegam no posto e ouvir quais são suas necessidades. Isto é imprescindível (P1).

Conversamos bastante com eles, sempre. Mais escutamos, porque não maioria das vezes, são eles que falam, sabe parece que precisam desabafar! (P8).

Nesse momento, considerou-se que o grupo fez codificações em relação a como a Educação em Saúde acontecia em seu cotidiano. Para Freire (2005), a *codificação* consiste na análise de uma situação existencial concreta na visão dos trabalhadores. Este processo resulta em um grande “movimento de pensar” (FREIRE, 2005b).

Tendo a ação comunicativa como foco da atuação dos trabalhadores da saúde, é necessário considerar que um dos seus pressupostos básicos é a escuta

qualificada. A escuta voltou a emergir e foi novamente codificada durante as dramatizações na terceira oficina.

Na primeira dramatização, em que o grupo simulou uma visita domiciliar na qual fizeram a entrega de camisinhas e escovas de dente aos usuários, a conversa que se seguiu com os usuários foi unilateral, de forma que somente os agentes de saúde falavam da importância de usar tais aparatos e as consequências em caso de negligência. Também fizeram um questionamento com relação aos medicamentos que os usuários-atores utilizavam. A segunda dramatização foi sobre a gestante que não aceitava as recomendações da UBS e que, ao final, foi “convencida” de que era melhor seguir a prescrição.

Observa-se, pelas situações apresentadas, que a intenção da “conversa” era muito mais de fiscalizar, como, por exemplo, saber se estavam tomando os medicamentos corretamente; ou de culpabilizar, como no caso da gestante, de acordo com uma participante:

[...] nós avisamos, visitamos, fizemos o impossível, até que ela veio ao posto, e fez o acompanhamento a partir dos seis meses de gestação, mas durante o parto ela teve hemorragia, ficou bem mal, internada no hospital, e quando voltou para casa, fomos visitá-la, ela nos contou. Então nós mostramos pra ela que era essa a nossa preocupação, que nós somos responsáveis pela saúde deles, não queremos fazer mal a ninguém, temos o dever de ajudá-los sempre (P1).

A partir daí se iniciou um processo de desconstrução de “verdades”. Começou-se a questionar posturas até então “corretas” para eles e as “melhores possíveis para suas realidades”. Esta escuta era realmente qualificada? Ou tinha somente caráter “especulativo efiscalizador”? Dava-se realmente importância às necessidades do usuário, a sua realidade, a sua verdade?

Esta proposta de reflexão, num primeiro momento, foi recebida com estranheza, mas logo os participantes iniciaram um debate sobre suas práticas. O grupo se envolveu bastante nesta atividade. Começou-se a sentir que estavam dispostos a refletir sobre suas práticas.

Na dramatização do segundo grupo foi exposta, também, uma visita domiciliar, porém, mostrando as dificuldades de acesso ao usuário e sua recusa em acatar as orientações do pessoal da saúde. Tinha como personagem principal uma gestante que não queria fazer o seguimento recomendado pelo sistema de saúde na

sua condição de grávida. Isto era reafirmado verbalmente pela usuária. Após várias visitas das agentes de saúde sem êxito em fazê-la aceitar a recomendação de fazer consultas na Unidade de Saúde, trouxeram a técnica de enfermagem para tentar convencê-la a fazer acompanhamento médico, também sem sucesso. E, assim por diante, na tentativa de resolver “o problema” trouxeram a enfermeira, a médica, que ainda não a convenceram. Numa última “cartada”, acionaram a Assistência Social do município, visitaram-na, e de uma forma autoritária, advertindo-lhe as conseqüências de não consultar o serviço de saúde e culpabilizando-a caso não cumprisse as recomendações, acabaram por convencê-la a fazer o acompanhamento médico a partir do sexto mês de gestação.

Esta situação leva a pensar que os participantes preferem utilizar o modelo educacional que Libâneo (1984) denomina de Tendência Liberal Tradicional. Nela se desconsidera o educando no processo da aprendizagem e predomina a autoridade da figura do “professor” (no caso o trabalhador de saúde). O educador transmite o conhecimento em forma de verdade absoluta. A aprendizagem é receptiva e mecânica (ouvir e executar).

Bordenave (1999 apud PEREIRA, 2003) fala sobre conseqüências do uso deste modelo na Educação em Saúde. Isto leva à passividade do sujeito e à falta de atitude crítica; há distância entre teoria e prática; falta de problematização da realidade, isto em nível individual. Em nível social, sistematiza repercussões como adoção inadequada de informações científicas; inadaptação cultural; individualismo e falta de participação e cooperação; falta de conhecimento da própria realidade e, conseqüentemente, submissão à dominação.

Após a apresentação da cena, no momento de reflexão, questionou-se sobre as “verdades” dos trabalhadores e da gestante. Os participantes, num movimento de argumentação, tentaram explicar a insistência por motivos de co-responsabilidade na saúde dos atores envolvidos (gestante e bebê). Nesse momento problematizou-se sobre a “escuta qualificada”. Em que momento alguém se propôs a ouvir seus motivos para a resistência ao serviço de saúde?

A partir daí, os participantes foram percebendo que de fato a escuta não havia acontecido. Uma agente comunitária atentou que ninguém lembrou de questionar a usuária sobre seus motivos porque já chegavam lá com “aquele

medo”<sup>4</sup>, então, tentavam ir direto ao assunto. Não foi dada a importância para as crenças da gestante, foi ignorada a sua realidade. Naquele momento, os participantes sugeriram, outras formas de abordagem e de criação de vínculo com esta usuária:

[...] se tivéssemos realmente conversado, ouvido, escutado suas histórias, investigado mais sobre sua vida, seus medos, com certeza poderíamos ajudar melhor, sem culpar e sem ser vista de forma negativa por aquela família(P16).

Também é importante conhecer e respeitar as religiões de cada um, porque na verdade tudo o que eles fazem depende da religião, então tem que aceitar num primeiro contato até para eles confiarem em você e te aceitarem, não pode julgar, ou dizer que eles estão errados por acreditar nisso ou naquilo, tem que escutar, e depois eles vão te ouvir (P2).

[...] devemos respeitar a individualidade das pessoas, em qualquer situação, mas parece que às vezes eles não querem dar o braço a torcer” (P13).

Para Oliveira et al(2003), a escuta de um profissional da saúde não é um simples ouvir, deve ser qualificada, solidária, responsável e comprometida, devendo estar atenta às necessidades dos sujeitos, pelo processo de reconhecimento de responsabilizações entre serviços e usuários, abrindo o início da construção de vínculos.

Para que um serviço seja considerado de qualidade, não basta apenas cumprir metas e alcançar índices pré-estabelecidos; ele deve ser acessível, ser acolhedor, proporcionar a criação e o desenvolvimento de vínculos, ter resolubilidade e proporcionar autonomia para as famílias e grupos a que assiste (MANDU; ALMEIDA, 1999).

Nesse momento identificou-se no processo grupal a *decodificação* em relação à escuta, o que resultou em uma análise crítica da situação codificada, ou seja, os participantes conseguiram avaliar sua postura frente a usuária. Freire (2005) entende que a decodificação é a análise e conseqüente reconstituição de uma situação vivida. Neste processo há reflexão e abertura de possibilidades concretas de ultrapassagem de conceitos, o sujeito “redescobre” seu mundo. Entende-se a decodificação como necessária à Educação em Saúde problematizadora, que

---

<sup>4</sup> Em ocasiões anteriores os participantes alegaram que a relação com a usuária era bem difícil, tendo sido mal recebidos quando a visitavam, por isso, o medo referido.

possibilita análises de conceitos e práticas dos trabalhadores, o que favorece a formação de opiniões e autonomia nas decisões.

Na mesma oficina foram trabalhados outros aspectos que são pressupostos da comunicação, como: perguntar, observar e responder. O grupo ainda constatou que a forma de questionamento feita aos usuários, tanto nas falas como nas práticas do cotidiano são feitas de forma a induzir a resposta, as quais, muitas vezes, são as que se quer ouvir e não aquelas que procuram de fato abrir um amplo leque de possibilidades. Por exemplo: “entendeu como deve fazer o curativo?” Esta forma de abordar leva a uma relação de julgamento não verdadeira, que aparentemente facilita o serviço, mas não oportuniza a expressão das reais situações vivida pelo usuário.

Na quarta oficina, após a leitura do texto *As sete teses sobre a educação sanitária para a participação comunitária*, de Bricenõ-León (1996), em duplas, os participantes descreveram as dificuldades e facilidades para a execução de cada tese. Na tese IV - a educação deve ser dialógica e participativa - foram listadas as dificuldades de diálogo e da falta de iniciativa dos usuários para se expressar, pois, até em casos de dúvida, poucos são os que se manifestam.

Como se pôde constatar, as práticas de educação realizadas acabam por construir este silenciamento do usuário, que não se sente à vontade para se colocar ou questionar. No entanto, os participantes não conseguem perceber que a falta de iniciativa do usuário pode estar relacionada com as práticas a que é exposto.

As práticas que foram referenciadas não se limitam apenas ao sistema de saúde, mas ao descompasso da política em geral do nosso país. Baquero (2001, p.21) afirma que este descompasso se manifesta na fragilização dos laços sociais e na individualização das relações sociais. Este autor ainda constata que: “[...] não existe uma relação linear entre o funcionamento formal da democracia e a democratização da sociedade, seja ela definida em termos de igualdade, participação, controle cidadão ou expansão de direitos individuais e coletivos”.

O fato de ter-se um país formalmente democrático não assegura que os atores e suas práticas políticas serão democráticas, pois a história pregressa é a do colonialismo e dominação. Entende-se que as exposições históricas do usuário a situações controladoras e autoritárias resultam em sujeitos passivos, dependentes de “ordens” e “informações” advindas de “superiores”.

Para Wendhausen (2000), o sujeito que se tem hoje é reflexo de relações assimétricas, construídas ao longo do tempo. Essa situação é denominada pela autora de “sujeições cotidianas”, são as relações dentro do sistema de saúde que historicamente se construíram autoritárias, normativas e higienizadoras e colocam os usuários na posição de meros expectadores, desconsiderando seus saberes, portanto, perdendo sua autonomia na relação com o pessoal da saúde.

Outra decodificação importante aconteceu na quinta oficina, na montagem do mural, com gravuras das facilidades e dificuldades da aplicabilidade de práticas educativas. Após leitura do texto: A Educação em Saúde na prática do PSF (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001), foi abordada a proposição do novo modelo assistencial em saúde e a importância desta reorganização de estratégias para a Educação em Saúde. Para isso, sua estruturação deve se dar a partir do fortalecimento da atenção à saúde, da ênfase na integralidade da assistência, do tratamento do indivíduo como sujeito integrado à família, da vinculação dos trabalhadores e serviços com a comunidade, dentre outras estratégias. Usando gravuras de revistas, problematizaram a situação da indiferença, antipatia, recusa e deboche dos usuários como barreiras para a formação de vínculos. Por isso, entendem que a escuta em relação ao usuário não se concretiza.

O que ficou claro é que não conseguem perceber também que sua própria atitude autoritária gera barreiras junto ao usuário. A comunicação é indispensável para assistência à saúde, pois é o principal meio de veiculação do processo educativo (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

Segundo Merhy (1997), no processo de trabalho em saúde, os trabalhadores utilizam saberes tecnológicos que se denominam em tecnologias duras, leve-duras e leves. As primeiras remetem a equipamentos tecnológicos, como máquinas, estruturas organizacionais, rotinas, normas, dentre outras; as segundas, aos saberes bem-estruturados que se fazem presentes no processo de trabalho, como a clínica médica, epidemiologia; e as últimas correspondem às tecnologias de relação, como vínculo, autonomia, acolhimento, comunicação.

No entender de Chiesa e Veríssimo (2001), a tecnologia das relações é uma das mais complexas, pois envolve não só conhecimentos, mas habilidades e comportamentos, como também atitudes. Para as autoras, os profissionais devem ter atitude comunicativa, isto é, estarem disponíveis internamente para se envolver

na interação pessoa-pessoa e o compromisso de utilizar a comunicação como instrumento terapêutico.

No entanto, observou-se que, ao longo dos encontros, o grupo refletiu e este assunto foi retomado na sexta oficina, quando o grupo expressou a vontade de se dirigir ao usuário de outra forma.

Vejo a necessidade de dar maior ênfase à terapia da comunicação, perguntar abertamente, observar, escutar qualificadamente e responder, dentro da realidade de cada sujeito (P14).

Contribuiu para o meu conhecimento e também para a percepção de que devemos conversar, ouvir sim, e isto não é pecado. Temos que incentivar a nossa comunidade e ser participativa (P12).

O ser humano é um ser único, precisa ser amado e respeitado; muitas vezes o silêncio é o clamor dos fortes. – com certeza principalmente com nossos usuários, famílias (P4).

A reflexão, nesse momento, direcionou-se para um *feedback* aberto e uma observação maior da realidade de cada usuário, possibilitando, assim, respostas mais seguras e efetivas às reais dúvidas. Vale ressaltar a importância da escuta com propósito terapêutico dentro da relação trabalhador da saúde *versus* usuário. Outro fator importante que foi identificado e problematizado pelos participantes, foi referente à linguagem, esta deve ser facilitadora da relação.

Entendeu-se que os pressupostos da comunicação, discutidos a partir da terceira oficina, e que depois perpassaram as demais, dentre eles, o da escuta qualificada, do diálogo com os usuários são aspectos que facilitam a formação de vínculo entre trabalhadores e usuários. Isto significa entender o usuário enquanto sujeito repleto de história, que tem o direito de ser respeitado.

Pois como já foi relatado anteriormente, não existe um momento programado necessariamente à Educação em Saúde, mas pode se dar a qualquer o momento.

Muitas dúvidas são respondidas na rua, muitas conversas acontecem realmente no portão da casa do vizinho, e assim vai. Não temos um lugar específico para acontecer a Educação em Saúde, ela acontece em qualquer lugar (P6).

Bricenõ-Leon (1996) afirma que a educação não ocorre só em programas educacionais, mas em toda a ação da equipe de saúde. Pois, são nesses

contatos, no cotidiano que as pessoas possuem necessidades. Ainda na sexta oficina, ao definir a Educação em Saúde, a participante P8 afirmou:

[...] primeiro aprender, depois escutar e tentar aproximar os conceitos, é um trabalho de troca (P9)

A valorização dessas informações, advindas do usuário, implica um processo educativo de troca, de possíveis reflexões a respeito de seus conceitos e de suas práticas. Briceño-León (1996) afirma que não há um que sabe e outro que não sabe, mas sim dois sujeitos que sabem coisas diferentes. Dessa forma, na medida em que ambos possuem conhecimentos, mesmo que distintos, o processo educativo pode ser identificado como dialógico, onde dois ou mais sujeitos interagem, comprometem-se mutuamente a escutar e a transformar.

Para esse autor, no processo dialógico, o profissional da saúde comprometido com a Educação em Saúde deve respeitar o ser humano e contar com ele para que, em momentos de divergências de saberes, haja troca, na tentativa de disseminar conhecimentos, e não uma imposição de saberes, evitando, assim, a dominação ou submissão.

A prática de valorização do ser humano, de um processo dialógico (escuta-fala-escuta) de Educação em Saúde se reflete em ações participativas, em que se promove a responsabilidade individual, a ação e cooperação coletiva, o que possibilita comportamentos empoderados.

Para Freire (2006), ensinar exige saber escutar. Para que isso aconteça qualificadamente, temos que considerar quais são essas qualidades ou virtudes que o profissional deve dispor, como: amorosidade, respeito aos outros, tolerância, humildade, gosto pela alegria, gosto pela vida, abertura ao novo, disponibilidade à mudança, persistência na luta, recusa ao fatalismo. Freire (2007) ainda afirma que a prática educativa não se faz apenas com ciência e técnica.

Os comportamentos empoderados demonstram uma Educação em Saúde com aspectos críticos, o fortalecimento da vinculação entre trabalhador *versus* usuário e a participação do sistema, bem como nas decisões referentes a sua vida. Para Kleba (2004), dá-se o empoderamento a partir de um processo de conscientização, este como instrumento promotor da ação empoderante, traduzido

no desenvolvimento pessoal, em que seja vivenciada a apreensão da realidade de forma produtiva (experiência individual e social).

#### **TEMA GERADOR IV: A presença da prevenção na ação educativa em saúde**

A questão da prevenção e promoção da saúde foi um tema que surgiu mais foi pouco discutido durante os encontros, analisou-se que foi mais de forma oculta. Porém, dada sua importância para Educação em Saúde, considera-se necessário fazer algumas reflexões a respeito do que se observou.

Na segunda oficina, ao levantar-se os conhecimentos prévios que tinham sobre a Educação em Saúde, surgiu como tema a prevenção da doença. Nessa ocasião, percebeu-se certa confusão entre este conceito e o da Promoção da Saúde. Os participantes apresentavam dificuldade em conceituá-los adequadamente.

[...] porque sem prevenção não há saúde, quem não se cuida, quem não se ajuda, se prejudica, se condena, então tem que prevenir a doença para promover a saúde (P6).

[...] a Educação em Saúde em si já previne muitas doenças, faz a gente viver melhor, então é imprescindível para a saúde (P7).

[...]“ para isso que serve a Educação em Saúde, não só para prevenir, mas para promover o bem estar (P14).

Na reflexão, exposta pelos participantes, considerou-se Promoção da Saúde o fato de agir na prevenção, e conseguir fazê-la de modo efetivo, pois entendem que se não tiver doenças na comunidade, logo os usuários estarão em plena saúde.

*[...] temos que evitar doenças, então na prática da Educação em Saúde fazemos a prevenção de doenças, mas também promovemos saúde (P9).*

A diferenciação na definição desses termos traz um embate profundo no cenário dos estudiosos da Saúde Coletiva. O termo prevenir tem o significado de "[...] preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize" (FERREIRA, 1986 apud CZERESNIA, 1999, p.55). A prevenção em

saúde "[...] exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença" (LEAVELL; CLARCK, 1976, p. 17, apud CZERESNIA, 1999, p.57).

As ações educativas com características preventivas se definem como intervenções orientadas para evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de Educação em Saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos (CZERESNIA, 1999).

Esta forma vertical de repassar os conhecimentos distancia as relações, pois se reprova o seu modo de viver e as suas verdades, o que inibe o usuário. A prática educativa preventivista vem no sentido de explicar o que fazer para não ficar doente, quais os riscos de adoecer e, em casos de adoecimento, normalmente há a culpabilização do usuário.

Considerando a tendência pedagógica por condicionamento, segundo Luckesi (1994), também chamada nos anos 70 de tecnicismo educacional, podemos relacioná-la com a prática preventivista identificada. Ela se caracteriza por uma ação altamente controlada e dirigida pelo profissional, com atividades mecânicas, inseridas em uma proposta educacional rígida e passível de ser totalmente programada em detalhes, no caso palestras.

A prática preventivista foi codificada na dramatização do caso da gestante.[...] nós avisamos, visitamos, fizemos o impossível, até que ela veio ao posto, e fez o acompanhamento a partir dos seis meses de gestação, mas durante o parto ela teve hemorragia, ficou bem mal, internada no hospital, e quando voltou para casa, fomos visitá-la, ela nos contou. Então nós mostramos pra ela que era essa a nossa preocupação, que nós somos responsáveis pela saúde deles, não queremos fazer mal a ninguém, temos o dever de ajudá-los sempre (P1).

Já o termo “promover” tem o significado de dar impulso; fomentar; originar, gerar (FERREIRA, 1986). Para Buss (2000), a Promoção da Saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Carvalho (2004) e Buss (2003) afirmam que o projeto de Promoção de Saúde representa uma

resposta aos desafios sanitários contemporâneos. Quando constatado o papel principal dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, as atividades de Promoção da Saúde devem se voltar ao coletivos dos sujeitos e ao ambiente, através de políticas públicas e ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos usuários e da comunidade.

A nova Promoção da Saúde é parte dos movimentos de justiça social, proteção do meio-ambiente, democracia participativa que visa ao empoderamento, aspectos socioambientais e a equidade entre as pessoas.

É o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional e governamental ou de cidadania orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais que favoreçam o desenvolvimento de estratégias, permitindo à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida (GUTIERREZ et al., 1997 apud BUSS, 2000).

No entender de Buss (2000), as atividades da nova Promoção estariam abrangendo, também, os aspectos físicos, social, político, econômico e cultural. Isto pode ocorrer através de políticas públicas e de possibilitar as escolhas saudáveis para o desenvolvimento da saúde, bem como estratégias que permitam maior controle sobre a saúde e as condições de vida individual e coletiva para o empoderamento.

Para Sícoli e Nascimento (2003), com a "nova" Promoção da Saúde tem-se a concepção de saúde baseada nos determinantes sociais. O modelo de atuação é integral, desenvolve-se a característica participativa. O método de trabalho é a transdisciplinaridade, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. Nesta não se trata a doença do indivíduo, mas a família toda e sua interação com o meio em que convive. Estes aspectos são importantes para garantir a melhoria individual e coletiva das condições de vida.

[...] então o nosso trabalho é de Promoção da Saúde da saúde, porque é a longo prazo, não é para hoje. Que nem essas crianças que a gente atende, essas mães, lá na frente vão estar com os conceitos transformados e aliados a cultura claro. Mas valorizando o serviço de saúde, valorizando algumas atitudes simples do dia a dia, mas que pode ser muito mais saudável e efetivo.

A Carta de Otawa contempla os cinco campo de ação da promoção, reforçando o campo do desenvolvimento das habilidades e atitudes pessoais, e a

Educação em Saúde insere-se no contexto da Promoção, como um conjunto de práticas pedagógicas que adere às propostas libertadoras como a participação e direitos de cidadania para propiciar a efetivação dessas. A consolidação do agir educativo se dá quando emerge nas relações sociais a interação entre os sujeitos, a solidariedade e o direito de ser diferente (PEDROSA, 2006).

Para Wendhausen e Saupe (2003), a Educação em Saúde se traduz em um trabalho que considera o processo saúde-doença extrapolando o aspecto biológico, a partir de múltiplos determinantes. Esta visão vai ao encontro dos princípios da Promoção que valoriza o auxílio às pessoas nas raízes dos seus problemas, priorizando uma relação dialógica, na medida em que compreendem que os saberes dos trabalhadores e dos usuários se complementam.

Nesse agir educativo para a Promoção da Saúde ocorre de forma mais visível a relação comunicação-educação-promoção. Pedrosa (2006) ressalta que esta tríade se torna problemática, na medida em que a comunicação em nosso país ocorre de forma desigual, palavras e mensagens não têm sentido quando perpassam um mundo em que há apenas ruídos para a maioria.

Dessa forma, ainda se percebeu o agir educativo de alguns trabalhadores, durante os encontros, como um processo comunicativo vertical, em que se “tenta” fazer com que os usuários deixem seus hábitos e comportamentos inadequados que prejudicam a saúde, partindo para uma prática mais centrada no preventivismo, como mostra a fala a seguir:

[... não é fácil conseguirmos fazer eles entenderem nossos serviços, ou nossos conhecimentos, eles não mudam, são difíceis (P9).

Observou-se que esta não é a proposta atual da Promoção da Saúde. A ação educativa de hoje vai além de reduzir riscos, o trabalhador de saúde é também social, pois deve atuar com estratégias de intervenção que ativem os determinantes sociais, a fim de possibilitar que os potenciais de saúde que as pessoas têm se desenvolvam.

Com diversos estudos sobre Promoção da Saúde que vêm sendo realizados por pesquisadores há mais de duas décadas, é perceptível que a saúde contribui fundamentalmente para a qualidade de vida da população. Também é notório que alcançar qualidade de vida satisfatória depende de um conjunto de determinantes

promotores de saúde, como o acesso a serviços de saúde de qualidade, moradia, saneamento básico, alimentação, educação, renda, entre outros.

### **Tema Gerador V:** repensando as posturas de um novo educador em saúde

Nesse tema discorre-se sobre o movimento dos participantes nos encontros que descodificaram ou desvelaram criticamente alguns aspectos do agir educativo do profissional em saúde.

A descodificação resulta em uma breve análise crítica da situação codificada, ou seja, dos problemas. Permite aos participantes a análise e conseqüente reconstituição das situações vividas através da reflexão sobre aberturas de possibilidades concretas de ultrapassagem (FREIRE, 2005).

Durante os encontros quatro e cinco, os participantes tiveram acesso a textos que versavam a respeito das diferenças culturais, o incentivo à relação dialógica e à participação social. As reflexões daí advindas sensibilizaram os participantes, que, até então, mostravam-se convictos de que faziam a melhor Educação em Saúde com os poucos recursos materiais (financeiros) que dispunham. Observou-se um processo de descodificação que levou-os a refletir que os trabalhadores da ESF possuem a responsabilidade de educar, porém, há fatores que dificultam o exercício destas práticas.

[...] claro, também é uma falha nossa, porque nós temos que cumprir metas, levantar dados, fornecer relatórios e a gente acaba deixando essas atividades de incentivo a participação, de lado, a gente tem que prestar mais atenção nisso. Um dia de serviço diferente não vai acabar com nosso serviço e nossas obrigações (P1).

[...] sabe que a gente quase não tem tempo para pensar nisso, que é muito importante também, porque a cobrança que fazem não tem nada a ver com isso, é com doenças, atendimentos, visitas. Parece que o governo não prioriza a qualidade, mas sim a quantidade. Claro que se tivéssemos mais tempo para dialogar, conhecer os usuários seria melhor, do que só orientar, mas eles não permitem (P2)

Vários são os fatores que interferem no descompasso entre a qualidade do trabalho educativo e o que é preconizado pelo Ministério. A burocracia excessiva, por exemplo, sobrepuja a qualidade do cuidado; o excesso de demanda, população

adscrita; a busca pela “quantidade” de serviços realizados pelas equipes são reforços feitos pela gestão.

Para Martinelli (2001), um dos maiores entraves para a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) dentro dos preceitos de equidade, integralidade, universalidade e descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) é a própria burocracia estatal, que restringe a qualidade do trabalho e torna moroso o remanejamento de recursos e a execução das ações.

A preocupação presente não está na viabilidade de operacionalização das ações educativas que visam à Promoção da Saúde, pois há carência de políticas públicas saudáveis. Então, justifica que o profissional vá para a visita domiciliar com tempo insuficiente para realizar a escuta qualificada. Logo chega com a intenção de apenas orientar. Dessa forma, muitas vezes, passam por cima de valores e crenças que regem a vida do sujeito. A tentativa de convencer o usuário de que não possui o conhecimento correto acaba por afastá-lo, pois estas práticas refletem desrespeito com os conceitos, crenças, culturas da comunidade.

... é verdade, sabe que tem coisa que não adianta a gente não consegue mudar, principalmente no caso das puerperais que a gente mais tem, vai chegar ao sétimo dia, elas não vão tirar a criança pra fora, nem mostrar pra ninguém, não tem problema a gente volta no outro dia, a crença deles faz com que eles ajam de certas formas. Mas e quando interfere na saúde? ou risco de morte? Ah, eu insisto no contato (P4)

Este método de considerar o usuário um ser passivo foi identificado várias vezes no início dos encontros; após a quarta oficina começou-se a perceber algumas decodificações sobre suas concepções de trabalho e prática, transformando seus próprios conceitos de educação bancária para uma educação participativa. Para Freire (2005), todo aprendizado deve estar intimamente associado à tomada de consciência de uma situação real e vivida pelo educando. Os diálogos realizados no círculo de cultura revelam-se como o meio da conscientização capaz de transformar radicalmente a atitude frente à vida.

Educação em Saúde é orientar através de diálogo a comunidade para que tenham qualidade de vida e saúde (P10).

[...] tentando por em prática uma educação participativa; que envolve as famílias (P13)”.  
(P13)”.  
(P13)”.  
(P13)”.

Desta forma, percebe-se uma distância na compreensão e aplicabilidade de seus papéis, pois o profissional é a ponte para a operacionalização dos princípios e das diretrizes do SUS, e assim está dentre estes o profissional como mediador através de suas práticas educativas para a viabilização do processo de construção de sujeitos empoderados.

Na última oficina que foi realizada a fim de levantar um *feedback* das informações repassadas, foi realizado um novo movimento de concepções e práticas de Educação em Saúde e uma análise da contribuição da pesquisa. Nesse momento percebeu-se que o processo da pesquisa de forma reflexiva possibilitou a reconstrução de alguns conceitos, como traduzem algumas falas:

Educação em Saúde são ações que envolvem a comunidade, conquistando a confiança e sendo empáticos (P6)

[...] são todas as nossas ações cotidianas, porque somos transformadores do meio em que vivemos (P16).

[...] é um conhecimento para a vida toda, ajudar as pessoas nos momentos em que elas precisam, sem impor, compartilhar experiências (P10).

[...] como é importante a gente conhecer as pessoas, se envolver com eles, com as famílias, nós não valorizamos isso (P4).

[...] a ignorância não é um vazio a ser preenchido, mas sim um cheio a ser transformado, e que a gente não pode achar que eles não conhecem nada, não é por aí, eles sabem e muito da vida deles, o porquê estão de certa forma e o que podem fazer pra melhorar. Conhecendo eles é que se transforma (P16)

Os participantes também analisaram a metodologia da pesquisa e manifestaram suas avaliações nas seguintes reflexões:

[...] foi muito importante aprender a refletir, desde que começamos a trabalhar aqui em nosso grupo, entre nós mesmo, passamos a nos questionar, perguntamos: será que pode ser assim?, ou então: como assim? pode me explicar? pegamos o jeito pra” provocar uma à outra”, pois sempre quando eu faço uma coisa penso que é a melhor forma que podia fazer, mas percebi que posso muito mais, ou ser criativa e fazer diferente (P16).

É até interessante, porque a gente para pra pensar, e é engraçado, pois sempre tentamos se desculpar achando que é o melhor jeito, ou até às vezes nem mesmo sabemos o porquê de fazer de tal jeito, estamos quase robôs, fazemos tudo como sempre fizemos ou aprendemos, e agora estamos aprendendo a ser criativos, acho que esta é a palavra, criatividade (P4).

Freire (2005) considera que o ato de desvelar a realidade, é indiscutivelmente importante, não significa engajamento automático na ação transformadora dela, o problema que se apresenta é de encontrar em cada realidade histórica, os caminhos de ida e volta entre o desvelamento da realidade e a prática dirigida no sentido de sua transformação. O trabalhador que opta pela mudança não teme a liberdade, não prescreve, não manipula, não foge da comunicação, pelo contrário, a procura e vive.

Todo o esforço, de caráter humanista, centraliza-se no sentido da desmistificação do mundo, da desmistificação da realidade. Vê nos homens com quem trabalha – jamais sobre quem ou contra quem – pessoas e não “coisas”, sujeitos e não objetos. E se na estrutura social concreta, objetiva, os homens são considerados simples objetos, sua opção inicial o impele para a tentativa de superação do estado de objeto em que estão para se tornarem sujeitos (FREIRE, 1981).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como dito anteriormente, a Educação em Saúde representa uma estratégia importante para a operacionalização do Sistema Único de Saúde. É necessário, porém, que estas estratégias sejam repensadas para que o trabalho reflita a efetivação das propostas da reforma sanitária.

O que se observa ao longo dos mais de dez anos de implantação é que a Educação em Saúde na Estratégia da Saúde de Família não é uma tarefa simples, pois depende da interação de fatores histórico-políticos, capacitação profissional, cultura relacionada aos gestores, comunidade e trabalhadores de saúde.

Entende-se que o conhecimento das concepções e práticas de Educação em Saúde da equipe de saúde seja importante para compreender como a questão do agir educativo é operacionalizado no cotidiano de uma Unidade de Saúde.

Realizou-se a coleta de dados através do Método Paulo Freire. Foi feito seis encontros em semanas seqüentes, nesses foram trabalhados em círculos de cultura com técnicas de oficina. Conforme Freire, oficina é o lugar onde se verificam grandes “transformações”. A vivência do círculo implicou um esforço pessoal e coletivo, associado à dimensão afetivo-emocional dos participantes, que permitiu a **desconstrução** e **reconstrução** social de valores e crenças historicamente construídos.

O círculo de cultura possibilitou o espaço para a reflexão dos acontecimentos do cotidiano, o aprendizado mútuo na dimensão de conhecimentos através de temas geradores, codificações, decodificações e desvelamentos crítico.

Na discussão dos resultados foi possível identificar como tema central a “comunicação”, pois perpassa e define todos os temas geradores que se sobressaíram no percurso da pesquisa. Identificou-se, ao longo dos encontros, e sintetizou-se em forma de mapa conceitual, as palavras geradoras, algumas codificações e decodificações relacionadas à Educação em Saúde (Ver Figura 09, Apêndice 03).

O primeiro tema gerador levantado pelos participantes foi a “Orientação/Informação”, identificado através da codificação das práticas de Educação em Saúde realizadas pelos trabalhadores. A este tema agregaram a

preocupação com o conteúdo e a veracidade da informação que passam ao usuário, como forma de acolhimento e de garantia de vínculo. Observou-se que esta prática de Educação demonstra que o trabalhador é visto como *expert* da saúde, pois ele detém o conhecimento de todas as informações para orientar sobre as doenças e, por isso, muitas vezes, desconsidera o saber popular. Esta postura de imposição de saberes causa estranhamento nas relações e distancia o usuário do sistema de saúde.

Outro tema identificado como pressuposto da Educação em Saúde foi a “Conversa”. Observou-se que os agentes comunitários são os sujeitos que detêm o potencial desta ferramenta. Utilizam-na, mas não têm a consciência de que é a Educação em Saúde preconizada pelo Ministério da Saúde. O modelo dialógico de educação aproxima o usuário do empoderamento, pois possibilita a ele a participação no processo de decisão de sua saúde.

Têm-se a preocupação de que, pelo fato dos agentes comunitários não saberem deste potencial, acabem por substituir esses comportamentos por mais práticas curativas, preventivistas, do modelo biológico de saúde. Essas práticas valorizam a ação medicalizada do trabalhador em saúde, elas emergiram na codificação da atuação dos trabalhadores nos encontros, ora enfermeiros, ora técnicos. Entendeu-se isto como sendo conseqüência de sua formação profissional, que ainda constrói trabalhadores medicalizados. Também se acreditou que, de certa forma, esta cultura medicalizada já faz parte da crença da comunidade.

O modelo de Educação em Saúde proposto atualmente passa a assumir uma nova postura, comprometida com as práticas sociais que entendem a saúde como produção social com base em determinantes que ultrapassam o biológico.

O terceiro tema gerador que emergiu foi em relação à “escuta” como fator facilitador da Educação em Saúde. No decorrer dos encontros, os conceitos foram transformando-se, pois a preocupação inicial dos trabalhadores era a orientação no agir educativo. Ao longo do processo, a escuta foi sendo valorizada pelos participantes como instrumento importante para o vínculo com os usuários. Os participantes justificaram que pela demanda de burocracia na ESF privam-se de uma relação melhor com os usuários, na qual possam desenvolver com afinco a escuta. Esta é outra prática que se encontrou como potencial nos agentes comunitários. Reforçou-se no decorrer dos encontros que o processo da escuta qualificada possibilita uma comunicação mais eficaz, na qual se valoriza o outro e gera a troca

na relação. Estes comportamentos permitem uma aproximação ao empoderamento individual e social do usuário e do próprio trabalhador de saúde.

Com o material de apoio que foi disponibilizado nos encontros, os participantes entraram em contato com vários conceitos e práticas, das quais afirmaram não terem conhecimento, como, por exemplo, o empoderamento. Dessa forma, ficou nítido que não consideram o empoderamento como aspecto do processo de trabalho.

Ainda considerou-se como o quarto tema gerador a atuação educativa dos trabalhadores na “Prevenção da doença”. Observou-se a dificuldade em diferenciar a prevenção e a Promoção da Saúde. Os participantes não demonstraram relação da Educação com a Promoção da Saúde. Não foi referenciada nas falas dos trabalhadores de saúde a Promoção como eixo fundamental e estruturante da dimensão da atenção à saúde. O que percebem é que se a prevenção de doenças for eficaz, há Promoção da Saúde. Outra codificação feita à Promoção foi a disponibilidade de tratamentos para obter a saúde (assim ela é promovida). Ainda percebeu-se o entendimento, por parte de alguns trabalhadores, de que a Educação visa à expansão da Promoção da Saúde como um processo de fazer com que os usuários mudem hábitos e comportamentos que prejudicam à saúde. Percebeu-se que este ainda é o objetivo da maioria dos trabalhadores

A Educação proposta pelo Ministério da Saúde se torna instrumento do empoderamento individual e social de Promoção. Não se fixando apenas na atuação do profissional como detentor do saber, repassando informações para os desprovidos deste conhecimento. Sentiu-se a necessidade de ter trabalhado mais sobre o assunto com os participantes, mas, por falta de tempo, não foi possível a problematização deste tema.

Os conceitos que o grupo traz de Educação em Saúde ainda está no modelo de “Educação Sanitária”, em que o objetivo maior é a aprendizagem de hábitos e comportamentos saudáveis pela população. As metodologias utilizadas favorecem um repasse de informações do profissional para os usuários de modo verticalizado.

Pode-se afirmar que a conversa e a orientação coexistem no processo de Educação em Saúde dos participantes. Enfatiza-se a necessidade da valorização de uma comunicação qualificada, aberta, que propicie reflexão-ação-reflexão na relação com o usuário. Constata-se um grande potencial dos trabalhadores para uma

Educação em Saúde Dialógica, problematizadora, com perspectivas para o empoderamento.

Na avaliação desta pesquisadora, a metodologia de Paulo Freire deu ênfase à problematização utilizada no processo de pesquisa com o grupo, fato que contribuiu para que a realidade do cotidiano dos trabalhadores da equipe fosse problematizada, possibilitando a alguns um novo olhar com relação a sua prática diária e o relacionamento com a comunidade. Acredita-se que o acolhimento e a participação durante os encontros revelam a necessidade e o interesse de trabalhar criticamente sobre suas dificuldades.

Entende-se que esta forma de trabalho foi aceita com tranquilidade pelo grupo, pois demonstraram interesse e empenho na troca de conteúdos e experiências. Percebe-se que estão dispostos a rever suas metodologias de trabalhos e suas concepções, mostraram-se receptivos às atividades levadas para os encontros, codificando os temas geradores e, em outros momentos, decodificando.

A experiência, ao realizar este estudo, proporcionou inúmeros conhecimentos em relação à realidade atual da Educação em Saúde, das dificuldades em aceitar a cultura, as crenças alheias, das facilidades e das dificuldades da implantação de uma metodologia problematizadora, que desperte o senso crítico dos atores envolvidos. Com certeza, o contato com a metodologia de Paulo Freire reforça a idéia de que somos sujeitos repletos de história, cultura e desejos. Esta pesquisa confirmou a importância do respeito ao outro, do amor à vida, da paixão pelas relações.

Acredita-se que os trabalhadores possuem potencial para desenvolver um trabalho mais qualificado em termos de aplicabilidade dos princípios e diretrizes do SUS, porém ainda não perceberam que seus conhecimentos e experiências podem ser a chave mestra para influenciar positivamente no seu processo de trabalho e, conseqüentemente, terem bons resultados.

Pensa-se na importância de ressaltar o papel estratégico das relações estabelecidas no cotidiano das equipes de saúde para o processo de transformação social e empoderamento das pessoas. Portanto, não satisfaz que o Ministério da Saúde recomende estratégias se não investir na formação de gestores e trabalhadores, sob a lógica da integralidade das ações, preparados para abranger a

realidade de vida da população, criar vínculos e trabalhar em equipe, priorizando a Educação em Saúde de maneira dialógica, crítica e reflexiva.

Assim, é necessário também instituir uma política de mudanças nos cursos de graduação na área da saúde que levem as universidades a desempenharem seu papel social de maneira a formar profissionais completamente aptos, não somente do ponto de vista técnico, mas também do ponto de vista social.

Por fim, com a realização desta pesquisa, vê-se a importância de reavaliar o foco da capacitação para o desenvolvimento e resgate das competências dos trabalhadores de saúde para o SUS, para que atuem em Educação em Saúde, no sentido de considerar conhecimentos, habilidades e atitudes que sejam capazes de contemplar o modelo de Educação em Saúde que responde aos objetivos propostos pela Reforma Sanitária.

**“E, ao final, teremos descoberto mil razões para viver mais e melhor, todos juntos, como uma grande família, na mesma Aldeia Comum, generosa e bela, o planeta Terra”**

**(LEONARDO BOFF)**

## REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília 2008, jan-fev; 61(1): 117-121.

ALMEIDA, E.S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M.F.; ALMEIDA, E.S. **Gestão de serviços de saúde: descentralização, municipalização do SUS**. São Paulo: Edusp, 2001, p. 12-50.

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

ALVIM, NAT; FERREIRA, M.F. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2007 Abr-Jun; 16(2): 315-

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência. Saúde Coletiva**. , .6, n.1, p.63-72, 2001.

BAGNATO MHS. Educação continuada na área da saúde: uma aproximação crítica. In: BAGNATO MHS, Cocco MIM, Sordi MRL. (Org.). **Educação, saúde e trabalho: antigos problemas, novos contextos, outros olhares**. Campinas (SP): Alínea; 1999, p. 71-98.

BOEHS, A E; MONTICELLI, M.; WOSNY, AM; HEIDEMANN, IBS; GRISOTTI. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2007. Abr-Jun 16(2): 307-14.

BAQUERO, M. **Reinventando a sociedade na América Latina: cultura, política, gênero, exclusão e capital social**. Porto Alegre: EFRGS, 2001.

BRANDÃO, C.R. **O que é método Paulo Freire**. 11. ed. São Paulo: Brasiliense. 1986.

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8142/90, de 28 de dezembro de 1990. Ministério da Saúde. **O SUS e o controle social: guia de referência para conselheiros municipais**. Ministério da Saúde, Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id\\_area=149](http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=149)>. Acesso em 04 ago. 2004.

\_\_\_\_\_, **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Relatório Final**. 3ª Conferencia Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2005a.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Princípios e diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS**. Brasília, 2005b.

BRICEÑO-LÉON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Caderno Saúde Pública**, v.12, n.1, p.7-30, jan/mar., 1996.

BUSS, P. M.. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: Fiocruz., 5 (1): 163-177, 2000.

BUSS, P. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA D. ; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

\_\_\_\_\_. Saúde e desigualdade: o caso do Brail. In: BUSS. P.M.; LABRA, ME. **Sistemas de saúde, continuidades e mudanças**: Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Québec. São Paulo, HUCITEC, 1995. p.61-101.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**. 20 (4):1088-1095, jul-ago, 2004.

CAVALCANTI, W. T. **Guerra do Contestado**. Verdade histórica. Florianópolis: UFSC, 1995.

CECCIM, R. B.; CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, J.J.N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C. **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. Hucitec, Rio de Janeiro; Abem, São Paulo. 2004, p. 346-390.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. O. R. A educação em saúde na prática do PSF. 2001. **Manual de enfermagem**. Disponível em: <[www.ids-saude.org.br/enfermagem](http://www.ids-saude.org.br/enfermagem)>. Acesso em: 17 fev. 2003.

CLAYTON, A; OAKLEY, P. **Monitoramento e avaliação do empoderamento**. INTRAC, 2003.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Caderno Saúde da Família**, v.1, n.1, p.10-5, 1996.

CYRINO, E.G; PEREIRA, M.L.T. Trabalhando com estratégias de ensino-Aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a Aprendizagem baseada em problemas. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(3):780-788, mai-jun, 2004.

CUTOLO, L. R. A. O SUS e a formação de recursos humanos. Florianópolis, **Revista Arquivos Catarinenses de Medicina**. v., n.2, p.49-59, 2003.

CZERESNIA, D. ; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FREIRE, P. **Educação em mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

\_\_\_\_\_. **Educação e Mudança**. 24. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2001.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários a prática educativa. 36. ed. São Paulo: Paz e terra, 1996.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. 44. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GADOTTI, M. **Pensamento pedagógico brasileiro**. São Paulo: Ática, 1987.

\_\_\_\_\_. **O que é o método Paulo Freire?** São Paulo: Ática, 1985.

GUARESCHI, P. **Psicologia social crítica**: como prática de libertação. Porto Alegre, RS: EDIPUCRS, 2004.

HAGUETTE, M.T. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

KLEBA, M. E. Participação social e saúde da família no contexto do sistema Único de Saúde: apontamentos para o debate. II Encontro de Pesquisa em Saúde e 1ª Mostra de Pesquisa e Extensão do CCS, 15 a 17 de 09 de 2004. **Anais.... UNIVALI**, 2004.

\_\_\_\_\_. A participação social na construção do sistema único de saúde enquanto processo de empowerment. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6., 2000, Salvador. **Anais...** Salvador: ABRASCO, 2000.

L'ABBATE, S. Educação em Saúde: uma nova abordagem. **Caderno Saúde Pública**, v.10, n.4, p.481-90, out./dez., 1994.

LIBÂNEO, J.C. **Democratização da escola pública**: A pedagogia crítico-social dos conteúdos. São Paulo: Ed: Cortez, 1984.

LUCKESI, C. C., 1994. Filosofia da Educação. São Paulo: Cortez Editora. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 47:425-

MANDU, E. N. T.; ALMEIDA, M. C. P. **Revista brasileira de enfermagem**. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho da enfermagem. Brasília, V. 52, N. 1. p. 67-78, jan-mar 1999.

MARTINELLI, N. PSF de primeiro mundo. **Revista ABO nacional**;9(4):202-6, ago.-set. 2001.

MEMÓRIA 2005. Disponível em: <[www.projetomemoria2005.bb.com.br](http://www.projetomemoria2005.bb.com.br)>. Acesso em: 10 abr.2008.

MENDES, V.E., **Distrito Sanitário**: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995.

\_\_\_\_\_. **Uma agenda para a saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997a. p.197-228.

MINAYO, C. Ciência, Técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: \_\_\_\_\_. (Org.), **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003, p. 9-15.

OLIVEIRA, L. M. L.; SILVA F.; TUNIN, A. **Acolhimento em saúde**: reorganização do processo de trabalho e a qualidade do atendimento. 2003. Disponível em <[http://www.lappis.org.br/download/Resumos\\_VIS\\_lercap16.pdf](http://www.lappis.org.br/download/Resumos_VIS_lercap16.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2007.

PEDROSA, J. S. Promoção da saúde e educação em saúde. In: CASTRO, A. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Ed Hucitec:Opas, 2006.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(5):1527-1534, set-out, 2003

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R.. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v.7, n.12, p. 101-22, fev 2003.

SILVA, M.J.P. **O amor é o caminho** - maneiras de cuidar. São Paulo: Gente, 2000.

SILVA, M.J.; RODRIGUES, R.M. **O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde**, 2000. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista2\\_1/02.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1/02.htm)>. Acesso em: 05/03/2008.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em Saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2001, p.115-36.

STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Org.). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993, p. 11-22.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003, p.89-111.

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

THOMÉ, N. **Uma Nova História para o Contestado**. Caçador: Universidade do Contestado/Museu do Contestado, 2004.

VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. Apresentação. In: VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. (Org.) **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993, p.7-8.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: \_\_\_\_\_. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2001, p.11-9.

\_\_\_\_\_. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias**. São Paulo: Paulus, 2003.

\_\_\_\_\_. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis**, 2004, vol.14, no.1, p.67-83. ISSN 0103-7331, 2004.

VAZQUEZ, M.L.; SILVA, M.R.F. da; CAMPOS, E.S. et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Mar./Apr. 2003, vol.19, no.2, p.579-591.

WENDHAUSEN, A L P. A construção da subjetividade nos serviços de saúde: da sujeição à autonomia solidária. **Texto e Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v.9, n.3, p. 54-73, 2000. ISSN 01040707.

WENDHAUSEN, A. L. P; SAUPE, R. Concepções de Educação em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.12, n.01, p, 17-25, 2003. ISSN 01040707.

WENDHAUSEN, A.L.P. **Educação em saúde**: possibilidades de uma proposta. Dissertação de mestrado. Florianópolis: 1992. 145 p.

WENDHAUSEN, A.L.P. **Micropoderes no cotidiano de um conselho de saúde**. Tese de doutorado. Florianópolis: 1999. 236p.

## APÊNDICES

## Apêndice 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Jaquelini Conceição e estou desenvolvendo a pesquisa: **CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CANOINHAS-SC**, com a orientação da professora doutora Agueda L. Wendhausen, e co-orientação da doutora Gledys Brodersen e com os objetivos de: - Descrever as concepções e práticas dos trabalhadores da ESF sobre Educação em Saúde para o empoderamento da UBS do município de Canoinhas-SC; - e proporcionar um espaço de discussão sobre suas concepções e práticas de Educação em Saúde e empoderamento através do círculo de cultura.

Este estudo é necessário porque a Educação em Saúde é uma prática do processo do trabalho de Atenção Primária da Saúde. E estar direcionada para o empoderamento é co-responsabilizar as pessoas, para que juntas busquem equacionar problemas, discutir soluções e equiparar oportunidades para todos.

Serão realizados vários procedimentos para a coleta e análise dos dados a partir de Paulo Freire, parte-se da técnica de círculo de cultura que é uma unidade de ensino que substitui a escola tradicional, é formado por um grupo de pessoas para discutir seu trabalho; mas não através da concepção bancária, mas sim através da tese de que existe dois que sabem coisas distintas e que podem aprender mutuamente. Isto não traz riscos nem desconfortos e esperamos que traga benefícios como:

- A metodologia problematizadora permite que as realidades enfrentadas no cotidiano de trabalho dos integrantes do grupo sejam levantadas e problematizadas, possibilitando um novo olhar e uma reconstrução da realidade, de um modo crítico e criativo;
- O despertar de uma postura dialógica e crítica desta realidade, alargando os horizontes de suas visões de mundo, percebendo as causas dos problemas e, com isso, as possibilidades de enfrentamento e de transformação desta realidade, levando a equipe refletir sobre si e seu papel diante desta realidade circundante, fazendo-os perceber que é possível mudar e transformar a sociedade.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo pode entrar em contato pelo telefone (47) 99775052. Posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais, sua identidade será mantida em sigilo e os dados só serão utilizados para fins acadêmicos.

Assinatura do pesquisador.....

Eu,.....fui esclarecido sobre a pesquisa:  
**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CANOINHAS-SC.**

Canoinhas,        /                                / 2007.

Assinatura:

RG:

## Apêndice 2

### TERMO DE COMPROMISSO DA ORIENTADORA

Eu, Águeda L. P. Wendhausen, professora da Disciplina Abordagens Qualitativas em Pesquisa do Curso de Mestrado Profissionalizante e Saúde da Universidade do Vale do Itajaí, concordo em orientar a Tese de Mestrado da mestranda JAQUELINI CONCEIÇÃO, intitulado: **CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CANOINHAS-SC** A orientanda está ciente das normas para elaboração do trabalho, bem como do calendário de atividades apresentado.

Itajaí SC, julho de 2007.

Prof<sup>a</sup>. Águeda L. P. Wendhausen

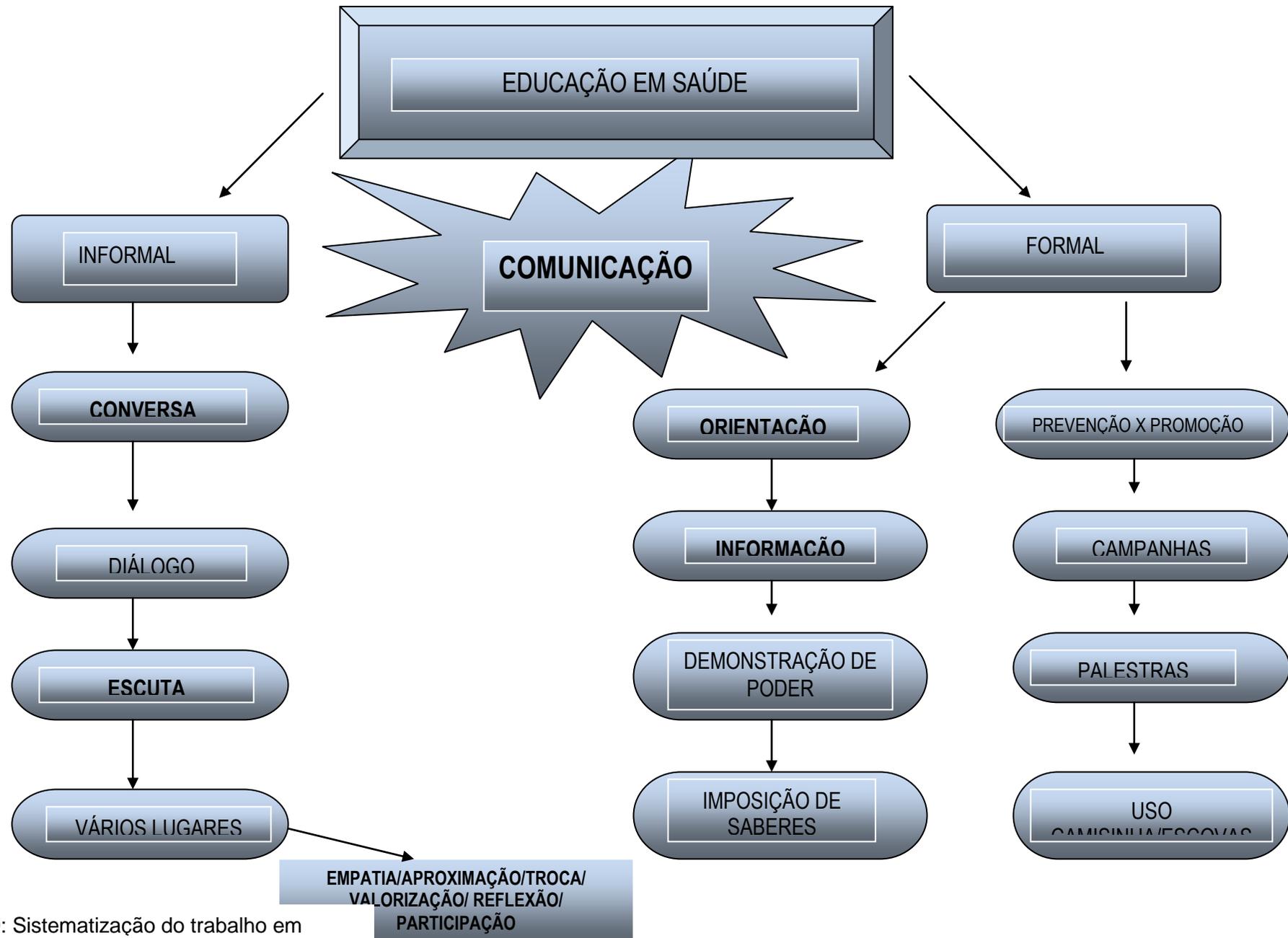


Figura 09: Sistematização do trabalho em

Fonte: A autora (2007-2008)

**ANEXOS**

**Anexo 1**

**PARECER COMITÉ DE ÉTICA**

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)