

**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ**

**ROGÉRIO BITTENCOURT DE MIRANDA**

**O Cotidiano da Educação em Saúde de Equipes de Saúde da Família**

**RIO DE JANEIRO**

**2009**

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.

**ROGÉRIO BITTENCOURT DE MIRANDA**

**O Cotidiano da Educação em Saúde de Equipes de Saúde da Família**

Dissertação apresentada à Universidade  
Estácio de Sá como requisito para  
obtenção do grau de Mestre

Orientadora: Valéria Ferreira Romano

**Rio de Janeiro**

**2009**

**ROGÉRIO BITTENCOURT DE MIRANDA**

**O Cotidiano da Educação em Saúde de Equipes de Saúde da Família**

Dissertação apresentada à Universidade  
Estácio de Sá como requisito para  
obtenção do grau de Mestre

**Aprovada em:**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Dr. Valéria Ferreira Romano**  
**Universidade Estácio de Sá**

---

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Helena Maria Scherlowski Leal David**  
**Universidade do Estado do Rio de Janeiro.**

---

**Prof. Dr. Marilene Cabral do Nascimento**  
**Universidade Estácio de Sá**

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

a.C. – Antes de Cristo.

EqSF- Equipe de Saúde da Família.

GAT – Grupo de Apoio Técnico.

M.S. – Ministério da Saúde.

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PSF – Programa de Saúde da Família.

Para meus pais, Abílio e Venina; para minha esposa Deiselene e meus filhos, Daniela e Juan, fontes inesgotáveis de força, dedicação e amor.

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	7
<b>2. EMBASAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>17</b>
2.1 CRISE SOCIAL E NA SAÚDE .....	17
2.2 MODELOS PEDAGÓGICOS: .....	24
2.3 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	29
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>32</b>
3.1 REFERENCIAL METODOLÓGICO .....	33
3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA .....	35
3.3 FERRAMENTAS METODOLÓGICAS .....	36
<b>4. ANÁLISE DOS DADOS.....</b>	<b>37</b>
4.1 - PRÁTICAS EDUCATIVAS REALIZADAS POR EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: .....	40
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS: .....</b>	<b>56</b>
<b>6. REFERÊNCIAS: .....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>62</b>
ROTEIRO DE ENTREVISTA: .....	62
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES .....	63

# 1. Introdução

## 1.1 Considerações Iniciais

Segundo Cohn (2007) em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, a saúde, foi apontada como um direito universal e um dever do poder público, não devendo ser um direito restrito ao trabalhador contribuinte. Saúde como um direito de cidadania e uma produção social.

Este cenário carrega consigo a participação da sociedade nas mudanças ocorridas em nosso país. O movimento da Reforma Sanitária acarretou na presença de muitos dos objetos de luta que culminaram com a construção da Constituição Brasileira de 1988.

A grande movimentação social de profissionais da saúde, dirigentes sindicais e de órgãos públicos, intelectuais, parlamentares e de representantes de diversos movimentos sociais foi denominada Movimento Sanitário. Esse Movimento, através do conjunto de propostas discutidas e construídas em seu interior, terminou por dar a forma e solidificar os princípios da Reforma Sanitária. Assim, o desenho de estado democrático com funções de proteção social, formalizadas em um sistema de seguridade Social, estabeleceu regras básicas para a criação do Sistema Único de Saúde. (WEBER, 2006)

Segundo Vasconcelos (2007) a formação do arcabouço jurídico e institucional do SUS e o desejo de expansão rápida da cobertura dos serviços foi a grande questão da Reforma Sanitária nos últimos 20 anos. Um corpo técnico consistente e grande nas questões de planejamento e no manejo no jogo de poder institucional foi formado, entretanto este mesmo grupo apresenta-se com baixa tolerância a processos participativos nos quais a população e os profissionais de nível local se manifestem de modo efetivo e autônomo.



O Ministério da Saúde (MS) assumiu desde 1991, a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como transitório à formação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, que visava estrategicamente, a reorientação do modelo assistencial brasileiro. Para compreender o Programa de Saúde da Família como uma real fonte de mudança, ou melhor, dizendo, de transformação, devemos repensar práticas, valores e conhecimentos de todos os grupos envolvidos no processo de produção social da saúde, profissionais, gestores, usuários, grupos sociais, respeitando suas culturas. (WEIRICH, 2004)

A expansão do Programa de Saúde da família levou a uma profunda inserção de milhares de trabalhadores de saúde no cotidiano da dinâmica de adoecimento e de cura na vida social. Nessa convivência estreita esses profissionais de saúde estão sendo profundamente questionados sobre a eficácia do modelo biomédico tradicional. Há uma intensa busca de novos caminhos, a pouca ênfase da saúde pública na discussão e no aperfeiçoamento das relações culturais e políticas com os cidadãos e seus movimentos vem resultando em desperdício desta oportunidade potencialmente transformadora do sistema. (Vasconcelos, 2007 pg 26)

Estes pensamentos, de mudança de modelo, e mais do que isto de transformação de práticas, valores e conhecimentos há muito me inquietam. Em seguida farei um breve relato de minha trajetória profissional na expectativa de contextualizar este estudo com a vivência laboral que norteou e inspirou a elaboração deste trabalho.

Tenho observado empiricamente que as ações utilizadas pelos membros da equipe de saúde nos locais onde trabalhei eram pautadas no conhecimento científico e na maioria das vezes não valorizava o saber do outro, o conhecimento da população. Minha trajetória na saúde coletiva iniciou-se ainda na habilitação onde fiz parte de um projeto de extensão denominado: Criação de Modelos Locais de Serviços de Saúde. Projeto este voltado para o início da implantação do PSF no município de Paracambi, Estado do Rio de Janeiro. Lá tive o primeiro contato com este programa e foi onde se formaram minhas bases profissionais.

Trabalhei aproximadamente três anos em uma UTI Infantil em um hospital da rede pública no município do Rio de Janeiro, sempre inquieto com o destino dos bebês após a saída do hospital, tentando construir pontes e redes. Insatisfeito com o local que eu ocupava e com os rumos de minha carreira prestei concurso para o município do Rio de Janeiro e iniciei o trabalho em 1999, em uma Unidade Básica de Saúde na Zona Oeste deste município, onde trabalhei como enfermeiro assistencial, atuando nos Programas da Secretaria Municipal de Saúde, entretanto havia um movimento de saída dos profissionais municipais, exceto os de cargo de direção, pois ocorreria a conversão da unidade para PSF, com profissionais cooperativados. Por conta da minha experiência no município de Paracambi o Coordenador de Área Programática permitiu que eu ficasse na unidade para auxiliar na implantação do programa. É importante lembrar que no Município do Rio de Janeiro o PSF iniciou como um projeto piloto em Paquetá no ano de 1995 e somente em 1999 ocorreu uma pequena expansão em cinco comunidades de baixa renda em diferentes áreas programáticas: comunidade do Borel (Tijuca, Zona Norte, AP 2.2), comunidade do Canal do Anil (Jacarepaguá, Zona Oeste, AP 4), comunidade do Parque Royal (Ilha do Governador, Zona Norte, AP 3.1), comunidade de Vila Canoas (São Conrado, Zona Sul, AP 2.1) e comunidade de Vilar Carioca (Campo Grande, Zona Oeste, AP 5.2).

No ano 2000 fui convidado para trabalhar em uma outra unidade básica de saúde, em um projeto para fixar profissionais na zona oeste, onde permaneci por um ano.

Em 2001 retornei para a primeira unidade em que trabalhei para exercer o cargo de chefe de enfermagem na qual coordenei, supervisionei, planejei, avaliei e treinei a equipe de enfermagem desta Unidade, além de auxiliar na Implantação do Programa de Saúde da Família.

Em 2003 ocorreu a segunda expansão do PSF no município, de grande vulto, alavancada pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF é uma iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo Banco Mundial - BIRD, voltada para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no País. Visa contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família por meio da elevação da qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população, em todos os municípios brasileiros.

Nesta época, foram criados Grupos de Apoio Técnico (GAT), com o objetivo de apoiar as equipes de saúde da família. Este grupo seria formado por uma equipe multiprofissional composta por: 1 médico clínico, 1 gineco-obstetra, 1 pediatra, 1 enfermeiro, 1 sanitarista, 1 profissional de saúde mental, 1 nutricionista, 1 assistente social, 1 fisioterapeuta, 1 terapeuta ocupacional e 1 fonoaudiólogo. Estes profissionais deveriam apoiar as EqSF em questões das especialidades, já que podemos observar que a formação dos profissionais, principalmente dos médicos tem sido especializada e poucos tem a experiência generalista.. Além dessas questões a articulação com o restante da rede de saúde também seriam vistas.

Entretanto, por diversas questões, como não adesão dos profissionais a idéia do GAT (tínhamos GATs com um grande número de enfermeiros, mas faltando médicos, sem fisioterapeutas e outros profissionais, por exemplo) o mesmo começou a ter um caráter diferente de sua concepção. As questões administrativas e de articulação com a rede começaram a tomar um vulto maior, ocupando grande espaço. Tínhamos como atribuições principais do GAT o acompanhamento das EqSF nas questões de processo de trabalho,

auxílio nas questões administrativas e articulação com a rede. Foi neste cenário que fui convidado após um processo de remanejamento e seleção, a fazer parte de um GAT.

Por questões, na minha visão política, fui retirado do GAT e retornei a primeira unidade que trabalhei na rede básica como enfermeiro de equipe, em 2005, insatisfeito peço para mudar de área programática e venho trabalhar na região da Leopoldina, no município do Rio de Janeiro, ainda em 2005. Trabalho então em duas equipes de saúde da família até 2007, onde sou convidado a participar do grupo de apoio técnico desta nova área programática, onde atuei até o início de 2009. Com a mudança do governo municipal e de seu corpo de gestão sou convidado pelo novo Coordenador de Saúde da Família a trabalhar na equipe de coordenação, cargo que ocupo até os dias atuais.

Essas mudanças são importantes tanto no processo de trabalho das equipes como na própria gestão da Estratégia, visto que as EqSF passam a ter mais autonomia, gerenciam melhor seu processo de trabalho e a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, passa a ter um papel de supervisão mais pedagógica, a partir da vivência que as equipes tem.

Todo esse caminhar foi permeado por questões teóricas, já que passei por modelos de atenção diversos, o que me fez concordar com autores de referência que refletem sobre como trabalhar com diferentes visões traz diferentes resultados, mesmo que em organizações semelhantes. (CARVALHO, CUNHA, 2007).

Como fruto de minha imersão no tema em estudo temos que o modelo legalmente constituído até o SUS era o da Lei nº 6.229/75, que trazia muitas dicotomias entre o preventivo e o curativo, o individual e o coletivo, fortemente centrado nas atuações hospitalares, restritas aos previdenciários. (SCHERER, 2005). A influência deste modelo é a Medicina Científica e o Flexnerianismo. (SCHERER, 2005), (JUNIOR, 2006), caracterizados pelos mesmos autores com os seguintes elementos estruturais: Mecanicismo,

Biologismo, Individualismo, Especialização, Exclusão das Práticas Alternativas, Tecnificação do Ato Médico, ênfase na Medicina Curativa e Concentração de Recursos. Esses elementos já foram exaustivamente discutidos pela literatura, entretanto acredito ser importante lembrar que os mesmos se refletem nas práticas profissionais e das equipes de saúde, inclusive nas práticas educativas e por conta deles, acredito ter encontrado práticas forjadas na doença, com uma educação prescritiva. Segundo Flores apud Alves (2007):

Até o final da década de 1970 e início dos anos 1980, a educação em saúde era utilizada para eliminar ou diminuir a ignorância da população sobre as causas biológicas das doenças, desconsiderando-se por completo as culturas das populações ou dos grupos populacionais trabalhados. As ações educativas restringiam-se às questões de higiene e conscientização sanitária, assumindo, predominantemente, um caráter individualista, autoritário e assistencialista

Ao iniciar minha prática profissional na Atenção Básica como citado anteriormente, me deparei com um modelo que remonta o início do século XX, um modelo segundo Junior (2006), teve historicamente duas vertentes: Campanhista e Vertical Permanente, a primeira se desenvolveu a partir do combate a epidemias e endemias através de campanhas sanitárias. A segunda vertente tinha como mote o modelo dos Centros de Saúde, com prestação de serviços de controles de doenças endêmicas, de vacinações, pré-natal, puericultura e outras atividades de prevenção.

Segundo Alves (2007):

[...] o que era praticado na rede básica de serviços de saúde continuava reduzido a complementarização do ato médico e seu enfoque restrito ao repasse de conteúdos sobre normas de higiene. Sua atenção era dirigida à tentativa de diminuir ou eliminar a ignorância das causas biológicas das doenças.

Na perspectiva de uma mudança de modelo surge o Programa de Saúde da Família, onde uma equipe multiprofissional, tendo como base a atenção às famílias, tem a co-

responsabilidade de enfrentar os desafios de uma nova produção de saúde. (SOUSA, 2003) Produção essa com características diferenciadas, com uma forte participação comunitária e respeito dos diversos saberes. (BRASIL, 2006). Abre-se espaço assim para uma maior utilização de práticas de educação em saúde que, segundo Alves (2007):

Como uma prática social, a educação em saúde traz implícita uma visão cultural, que consiste em valores, crenças e visões de mundo, situados em um tempo e espaço delimitado. Ela se define a partir da maneira como as pessoas vivem e entendem a vida e com negociações cotidianas, nas quais cada um torna a vida social possível.

É importante frisar que a mudança de modelo de atenção na perspectiva do SUS é feita como reorganização dos serviços, mas para que as práticas profissionais se modifiquem é preciso levar em conta a intencionalidade de cada profissional em suas ações que podem ser pautadas por diferentes racionalidades.

Observei em minha trajetória que o profissional sempre se colocava como o “dono da verdade e do saber” e a população como “o copo a ser preenchido” com este saber. Este tipo de relação entre os profissionais e população pode incorrer em processos de dominação muito sutis, como afirma Foucault (2000 p.127).

O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente ao aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto mais útil, e inversamente. Formam-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia-política”: que é também igualmente uma mecânica do poder, está nascendo [...] A disciplina fabrica assim corpos submissos, exercitados, corpos ‘dóceis. Foucault (2000 p.127).

Assim, é possível refletir que muitas vezes o fato de dizermos que não comer sal ou gordura é fundamental para manter a saúde de hipertensos, podemos inferir possíveis conflitos, já que descaracterizamos culturas e hábitos sem perguntar as pessoas se estão interessadas no assunto, ou sem saber se este realmente é o problema que aflige aquele indivíduo ou aquela família, balizados muitas vezes em enunciados provenientes das biociências, em geral, e da epidemiologia, em particular (CASTIEL, 2007). A questão, portanto, não é de conteúdo, mas da maneira como é colocada para a população, já que o grande dilema está em conformar os conhecimentos científicos consolidados com os modos de vida das pessoas. Esta é uma busca constante que a saúde coletiva enfrenta no seu trabalho de harmonizar o que a ciência produz, com a estratégia de comunicação a ser utilizada com e para a população.

Uma das atribuições da Atenção Básica é o da Promoção da Saúde e considerando que este é um dos pilares das ações do Programa de Saúde da Família (Brasil, 2006), além de que para promovermos saúde realizamos ações inespecíficas e entre elas a educação em saúde que segundo Albuquerque e Stotz (2004) tem sido usada como “instrumento de dominação, de um saber dominante, de responsabilização dos indivíduos pela redução dos riscos à saúde”. O esforço deste estudo itua-se, assim, em uma tentativa de abordar um tema que busca repensar o lidar com uma prática de educação em saúde que não exclua os saberes das pessoas, suas histórias de vida e suas visões de mundo.

A Estratégia Saúde da Família tem diversos objetivos, entre eles: a reorganização da Atenção Básica no país, tendo um caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional existente no território que as Equipes de Saúde da Família atuam; ter como foco a família e a comunidade, desenvolvendo atividades a partir de planejamento e

programação local; desenvolver parcerias com instituições e organizações sociais, principalmente no território; ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006). Suas ações devem ser interdisciplinares, sendo as equipes compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de até doze agentes comunitários para uma população de, em média, 4000 pessoas.

Em seu Processo de Trabalho as equipes devem atuar na perspectiva de ampliar e fortalecer a participação popular e o processo de desenvolvimento pessoal e interpessoal, valorizando os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito. Brasil (2006)

Indivíduos e famílias devem ser assistidos antes do surgimento de problemas e agravos a sua saúde. Na perspectiva da Promoção da Saúde, as práticas educativas assumem um novo caráter uma vez que seu eixo norteador é o fortalecimento da capacidade de escolha dos sujeitos. Para que isso ocorra, as informações sobre saúde necessitam ser trabalhadas de uma maneira onde se tenha a possibilidade de troca de saberes, contextualização e instrumentalização do cidadão para que ele possa fazer escolhas mais saudáveis de vida.

Como já visto acima podemos utilizar uma proposta de educação mais tradicional onde o outro é apenas receptor do que queremos ensinar, entretanto existem alternativas e uma delas pode ser a educação popular. Segundo Ferreira (2005, p.1)

A educação popular é um fenômeno de produção e apropriação dos produtos culturais, expressos por um sistema aberto de ensino e aprendizagem, constituído por uma teoria de



conhecimentos referenciados na realidade. É, assim, embasada por metodologias (pedagogia) incentivadoras à participação e ao empoderamento das pessoas, com conteúdos e técnicas de avaliações processuais, permeadas por uma base política estimuladora de transformações sociais orientadas por anseios humanos de liberdade, justiça, igualdade e felicidade. Ferreira (2005, p.1)

Tendo estas concepções em mente tem-se como questão norteadora deste estudo, a seguinte pergunta: Em qual teoria pedagógica a equipe de saúde da família fundamenta suas ações educativas?

**Objetivo Geral:**

Analisar as relações estabelecidas entre as concepções e as práticas de educação em saúde utilizadas em duas equipes de saúde da família do Município do Rio de Janeiro.

**Objetivos Específicos:**

- Identificar as concepções que os profissionais das EqSF possuem sobre práticas educativas em saúde;
- Identificar as práticas educativas realizadas pelas EqSF;

Para que consigamos responder a esses objetivos é importante que tenhamos um entendimento sobre o que se passa na saúde e na educação a saúde, para isso em seguida veremos o que embasa teoricamente este trabalho.

## **2. Embasamento Teórico**

### **2.1 Crise Social e na Saúde**

Segundo Luz (2007), a saúde passa por um momento de crise paradigmática, relacionada a vários acontecimentos, situações e condicionantes complexos de natureza sócio-econômica, cultural e epidemiológica. Desta maneira, buscando uma maior contextualização do tema, abordarei nesse capítulo a evolução das práticas de saúde através da história, considerando que seu desenvolvimento associa-se às estruturas sociais das diferentes nações em épocas distintas. (GEOVANINI, 1995)

Segundo Geovanini (1995), podemos subdividir as práticas de saúde em períodos: práticas de saúde instintivas, práticas de saúde mágico-sacerdotais, práticas de saúde no alvorecer da ciência, práticas de saúde monástico-medievais, práticas de saúde pós-monásticas, práticas de saúde no mundo moderno.

#### **As práticas de saúde instintivas:**

Caracteriza-se por grupos nômades primitivos, tendo como pano de fundo, concepções teológicas e evolucionistas; onde inicialmente a mulher teria uma grande importância no cuidar. Entretanto ao se perceber que os meios de cura resultavam em poder, o homem aliando esses conhecimentos ao misticismo, fortaleceu tal poder e apoderou-se dele.

### **As práticas de saúde mágico-sacerdotais:**

Corresponde à fase do empirismo, já que relaciona as práticas religiosas com as práticas de saúde primitivas desenvolvidas por sacerdotes nos templos, de uma maneira mística.

### **As práticas de saúde no alvorecer da ciência:**

Relaciona a evolução das práticas de saúde ao surgimento da filosofia e ao progresso da ciência, quando estas então se baseavam nas relações de causa e efeito. Tem início no século V a.C., estendendo-se até os primeiros séculos da era cristã. A influência romana nas práticas de saúde tem destaque na área de higiene e saneamento, através de grandes obras públicas que empreenderam neste sentido.

### **As práticas de saúde monástico-medievais:**

É influenciada por fatores políticos e sócio-econômicos da sociedade feudal nas práticas de saúde e as relações destas com o cristianismo, onde os primeiros hospitais foram inicialmente destinados aos monges e só mais tarde, surgiram outros, para assistir aos estrangeiros, pobres e enfermos. Tais hospitais surgiram devido à necessidade de defesa pública sanitária, causada pelas grandes epidemias e guerras.

Correspondendo ao período medieval compreendido entre os séculos V e XIII, o hospital desta época não é caracterizado ainda como instituição médica, não havendo concretamente uma prática médica hospitalar, o que só vem a ocorrer a partir do século XVIII.

### **As práticas de saúde pós-monásticas:**

A partir do humanismo da Renascença, as práticas de saúde avançaram para a objetividade da observação e da experimentação, voltando-se mais para o sujeito que para os ensinamentos literários. Priorizou-se o estudo do organismo humano, seu comportamento e suas doenças. Corresponde ao período que vai do final do século XIII ao início do século XVI.

### **As práticas de saúde no mundo moderno:**

Analisa as práticas de saúde sob a ótica do sistema político-econômico da sociedade capitalista, onde a doença torna-se um obstáculo à força produtiva do trabalhador e representa, não só a diminuição da produção, como transtornos econômicos e políticos. Pretende-se manter a saúde não como uma necessidade básica do indivíduo, mas como um modo de manutenção da produtividade. O Estado passa a assumir o controle da assistência à saúde como forma de garantir a reprodução do capital, mantendo o operariado produzindo. Cria-se uma legislação de proteção ao trabalho em vários países do mundo, com o fim de manter a população sadia e produtiva. As práticas de saúde passam então, a absorver a ideologia dominante e a colaborar para a manutenção da hegemonia e da relação de dominação/ subordinação entre as classes.

Podemos analisar que desde o primeiro período o poder está lado a lado com a questão das práticas em saúde, este poder é buscado desde a antiguidade até os dias de hoje, as distintas sociedades vistas por Foucault (1987) (Soberania, Disciplinar e Controle) mostram a evolução deste poder.

Foucault (1987) nos apresentou dois modelos de sociedade: a Sociedade de Soberania e a Sociedade Disciplinar. Na primeira, a propriedade era tirada dos produtores e a morte era uma regra, administrava-se a morte. E o que seria o poder soberano? Segundo Foucault (2000), seria o direito de vida e de morte, significa que o soberano pode fazer

morrer e deixar viver, ou seja: “*a vida e a morte dos súditos só se tornam direitos pelo efeito da vontade soberana*”.(p. 286) A interpretação do direito soberano seria justificada pelo direito de morte, é por poder matar que o soberano domina seus súditos, e exerce direitos sobre a vida dos mesmos.

Na segunda, que Foucault localizou entre os séculos XVIII e XIX, a ênfase é organizar a produção e administrar a vida; daí a família, a escola, a fábrica, o hospital e a prisão como exemplos de instituições deste tipo. Estava-se sempre passando de um espaço confinado a outro. A essa forma política, Foucault chamou de biopolítica da espécie humana, que significa que depois de ter poder sobre o indivíduo, o poder também é exercido sobre um grupo, massa global (diz respeito entre outras coisas aos controles de natalidade e mortalidade, e também controle de epidemias que prejudicavam a política desde a Idade Média). É da natalidade, da mortalidade, das incapacidades biológicas, dos efeitos do meio (meio geográfico, climático, hidrográfico, problemas dos pântanos, das epidemias, etc.), que se ocupa a biopolítica, e é daí que ela vai extrair seu saber e definir o campo de intervenção do seu poder. A biopolítica lida com a população, que é um corpo novo, que até então não havia surgido, nas teorias anteriores.

O panóptico<sup>1</sup> ficou famoso como exemplo do modelo Disciplinar. Trata-se de uma

---

<sup>1</sup> O **panóptico** de Jeremy Bentham é uma composição arquitetônica de cunho coercitivo e disciplinatório: possui o formato de um anel onde fica a construção à periferia, dividida em celas tendo ao centro uma torre com duas vastas janelas que se abrem ao seu interior e outra única para o exterior permitindo que a luz atravessasse a cela de lado a lado.

Na torre central deve-se colocar então um vigia e em cada cela trancafiar um condenado, louco, operário ou estudante: através do jogo de luzes, torna-se impossível ao detento, escolar ou psicótico saber se naquele ponto central está ou não alguém à espreita. Isolados, os condenados ou doentes ou os alunos são hora após hora, dia após dia expostos à observação dos mestres do panóptico, mas sem saber se a vigilância é ininterrupta ou não, quem os vê ou o que vêem. A incerteza da vigilância intermitente adentra.

tradução deste modelo na arquitetura dos prédios. Assim, prisões, hospitais, escolas ou fábricas passaram a serem planejadas para que os detentos, os pacientes, os alunos ou os operários pudessem ser vigiados sem que percebessem.

Estes modelos não são necessariamente cronológicos países ou regiões contemporâneas no tempo estão em pontos diferentes em relação a cada modelo.

Na família, todos os movimentos eram esquadrihados, seja por constrangimentos morais, seja pelo fato de que a maioria dos quartos dá para uma sala ou corredor das casas, claro que estamos falando de uma classe social que tem como valor, ou dinheiro, para pensar em privacidade. E hoje, o que temos? Os filhos das classes desfavorecidas são vigiados pelas câmeras nas ruas e nos presídios. Os filhos das classes abastadas pagam serviços de rastreamento por satélite para seguir os carros de seus filhos e se fecham em condomínios caros e cheios de câmeras. Os pais ligam para seus filhos pelo celular, e já existem até rastreamento por satélite através do celular.

Mas haveria uma nova fase, que Foucault (1987) reconheceu como nosso futuro, que é a Sociedade de Controle, que parece haver se firmado ao fim da Segunda Guerra Mundial.

É um panoptismo a céu aberto: os indivíduos não têm mais que ser enclausurados para serem vigiados basta esquadrihar e codificar seu espaço.

E como estas sociedades puderam se refletir na saúde? Podemos ver nos períodos citados anteriormente traços das sociedades de soberania e disciplinar. As práticas de saúde na modernidade foram e ousou afirmar, ainda são pautadas na noção de disciplina de Foucault.

Repensando sobre estes mesmos períodos e idéias, podemos fazer uma analogia com o conceito de Racionalidades Médicas trazido por Luz (2007), um tipo ideal, um

modelo tendencial histórico, que tem a capacidade de ser modificado historicamente pela ação dos atores sociais. Daí a racionalidade médica pode ser definida como:

Todo sistema médico complexo construído racional e empiricamente em cinco dimensões: uma morfologia humana (provisoriamente definida como “anatomia”), uma dinâmica vital (provisoriamente definida como “fisiologia”), uma doutrina médica (definidora do que é estar doente ou sadio, do que é tratável ou curável, de como tratar, etc), um sistema diagnóstico e um sistema terapêutico. (LUZ, 2007, p. 9).

Posteriormente foi adotada uma sexta dimensão denominada de cosmologia, que na medicina ocidental está em grande parte sustentada pela física clássica newtoniana. cosmologia, complexa elaboração teórica com raízes filosóficas na qual todo sistema médico complexo se enraíza e que impregna todas as outras dimensões, delineando seus pressupostos, valores e sua visão de mundo. Orienta a forma de pensar dos diferentes sistemas médicos e pode colocar outras dimensões sob seu comando, “determinando, em grande parte, não apenas a arte médica, isto é, a prática terapêutica, mas também a ciência médica, isto é, a acumulação de conhecimentos concernentes ao conjunto das dimensões”(Luz, 2000, p.185). Podemos citar, como exemplo, as correntes da física newtoniana, a influenciar a medicina ocidental contemporânea

Muito das características encontradas na Racionalidade Médica Ocidental ou biomedicina, se assemelha a outras disciplinas que não a medicina e nos permite extrapolar a idéia de racionalidades biomédicas para além da medicina e neste ponto podemos comparar com todos os profissionais das EqSF, que têm em sua formação a lógica da racionalidade Médica Ocidental.

Luz (2003) demonstra como a racionalidade em que vivemos é a da medicina ocidental contemporânea, onde damos um valor muito grande a causalidade das doenças,

sua diagnose e cura através da medicalização e da cirurgia e os modos de educação em saúde acabam, em sua maioria, sendo pautados nesta racionalidade como veremos nos próximo capítulos.



## **2.2 Modelos Pedagógicos:**

Segundo Luckesi (1994), a educação é uma prática humana orientada por uma concepção teórica, na qual a prática pedagógica está articulada com uma pedagogia, que nada mais é que uma concepção filosófica da educação. Essa concepção ordena os elementos que direcionam a prática educacional.

Segundo Saupe e Budó (2006), os modelos pedagógicos também chamados de teorias, tendências, concepções, abordagens, paradigmas, tentam explicar o pensamento e a prática educativa, descrevendo, interpretando, avaliando e propondo alternativas de mudança na ordem dos fenômenos educacionais.

Com a Revolução Francesa, a burguesia se posiciona contra os privilégios dos nobres e do clero, assumindo uma posição revolucionária, reivindicando os princípios e direitos da filosofia liberal: individualidade, igualdade, liberdade, fraternidade, propriedade e democracia.

Segundo Saviani (1984), escolarizar todos os homens era a condição de transformar servos em cidadãos, que poderiam participar do processo político, para a consolidação da democracia burguesa, solidificando a burguesia como classe dominante.

Libâneo (1984) afirma que a escola surge então, como instrumento de disseminação da ideologia burguesa, e se organiza na sua concepção pedagógica, na pedagogia liberal, na sua forma tradicional.

A pedagogia tradicional, segundo Saupe e Budó (2006), está centrada no professor e no domínio de conteúdos acumulados pela humanidade. Ao aluno cabe assimilar os conhecimentos que lhe são transmitidos. A educação vai desenvolver algo que já existe “a

priori”. Nesta visão romântica, o homem adulto idealizado, acabado e completo, independe da vida real.

O processo ensino-aprendizagem é todo explicitado, estruturado em normas, regras e hierarquia.

Cada sujeito sabe perfeitamente o que se espera dele. A estrutura física e organizacional da escola é simples; as necessidades de: espaço, material e recursos humanos são limitadas, seguindo o modelo industrial de produzir o máximo com o mínimo de dispêndio. O eixo da gestão pedagógica está centrado no intelecto, valorizando o esforço pessoal, a disciplina, o professor, o conhecimento e a meritocracia, que se efetiva principalmente através de notas e prêmios ou castigos.

A exposição para uma classe silenciosa e atenta é a técnica predominante, assim como os cinco passos do método de Herbart: preparação dos alunos; apresentação de novos conhecimentos; assimilação de conteúdos; generalização; e aplicação (exercícios, tarefas para casa). A questão da mudança e da reformulação curricular praticamente não existe, já que a preocupação é somente com o acréscimo de novos conhecimentos.

Entretanto, com o passar do tempo, ao se efetivar a participação política não somente da burguesia, mas também das classes populares, começam a surgir interesses conflitantes entre essas duas classes. À medida que a burguesia, de classe em ascensão, se consolida no poder, seus interesses não se direcionam mais à transformação da sociedade, ao contrário, seus interesses se direcionam para a perpetuação da sociedade (SAVIANI, 1984).

A partir de então, a burguesia passa a negar a pedagogia baseada no igualitarismo, e lança mão da idéia de diferenças entre os homens em decorrência de suas aptidões e capacidades. Ocorre, então, uma mudança de concepção pedagógica, instala-se a pedagogia

nova que tem por finalidade legitimar as desigualdades sociais e os privilégios de classe (LIBÂNEO, 1984).

Para justificar essa mudança de concepção pedagógica, a Escola Nova referia-se à Escola Tradicional como um método pré-científico, dogmático e medieval, e, proclamava-se instrumento de introdução científica na atividade educativa, colocando a educação à altura de sua época (SAVIANI, 1984).

Segundo Saupe e Budó (2006), a Pedagogia Nova passa a transferir o centro do processo educativo para a existência do aluno e a idéia da escola como comunidade social. Coloca como princípio fundamental, a individualidade e a aceitação do outro como ele é e não como deveria ser. A natureza humana passa a ser considerada algo mutável e o adulto como ser inacabado, em permanente processo de construção. O Escolanovismo vai procurar ajustar e adaptar os indivíduos à sociedade, inculcando neles o sentimento de aceitação dos demais e pelos demais.

Privilegiam-se as relações humanas, o método experimental e a utilização de múltiplos e difusos critérios de avaliação. Pressupõe uma estrutura organizacional complexa, dispendiosa, e longa vida educacional que oportunize a cada indivíduo desenvolver-se em seu próprio ritmo. É um ensino centrado no aluno e no grupo.

A Pedagogia Tecnicista é mais uma tentativa liberal de ter sua hegemonia de volta, face o desgaste do escolanovismo. Esta pedagogia subordina a educação à sociedade, tendo como função a preparação de “recursos humanos” (mão-de-obra para a indústria). A sociedade industrial e tecnológica estabelece (cientificamente) as metas econômicas, sociais e políticas, a educação treina (também cientificamente) nos alunos os comportamentos de ajustamento a essas metas. No tecnicismo acredita-se que a realidade contém em si suas próprias leis, bastando aos homens descobri-las e aplicá-las. Dessa forma, o essencial não é

o conteúdo da realidade, mas as técnicas (forma) de descoberta e aplicação. Chega o tempo do professor descartável e do aluno robotizado. (Saupe e Budó, 2006)

Segundo Saviani (2004), “o conjunto destas pedagogias ou escolas (Tradicional, Nova e Tecnicista) é denominado de teorias não críticas, pois consideram apenas a ação da educação sobre a sociedade, desconsiderando as ingerências da mesma sobre a escola”.

Um contraponto a essas teorias não críticas são as teorias chamadas pelo mesmo autor de críticas, aqui representadas pelas pedagogias Libertadora, Libertária e dos Conteúdos ou Histórico-Críticas.

Segundo Saupe e Budó (2006) a origem da Teoria libertadora remonta as experiências e proposta de Paulo Freire, nela a educação é uma atividade onde professores e alunos mediados pela realidade que apreendem e que retiram o conteúdo do aprendizado, ampliam seu nível de consciência dessa mesma realidade para nela atuarem numa perspectiva transformadora.

A Pedagogia Libertadora tem um caráter essencialmente político, pois postula que todo conteúdo deve emergir do saber popular e daí partir para maior aprofundamento. Privilegia-se o diálogo, com grupos de discussão. Através de reflexão, discussão e crítica é que se constrói o saber e não a partir de memorizações ou imposições.

A Pedagogia Libertária surgiu na França como crítica ao modelo burocrático (SAUPE e BUDÓ, 2006), onde se acredita que ao se diluir a responsabilidade, aliena-se o indivíduo. Tem como ponto de partida o coletivismo e não o individualismo, os conteúdos são colocados a disposição para a auto-gestão e prioriza-se a vivência grupal.

A Pedagogia Progressista dos Conteúdos ou Histórico-Crítica foi se desenvolvendo a partir dos estudos de Snynders e Saviani.

Nesta tendência pedagógica os conteúdos de ensino devem ter ligação, indissociável, à sua significação humana e social e, seus métodos não partem de um saber espontâneo nem mesmo de um saber depositado de fora, outrossim, partem de uma relação direta com a experiência do aluno e confrontada com a sua própria realidade. O professor assume o papel de mediador em um processo no qual aluno e professor fazem trocas. Esta mediação em torno da análise dos conteúdos exclui a não-diretividade como forma de orientação (LIBÂNEO, 1985, p. 67).

A partir destas considerações inferimos que o processo educacional de formação profissional dos trabalhadores em saúde, sendo hegemonicamente tradicional, pressupõe que os mesmos reproduzam em suas práticas este mesmo modelo. Assim, nos perguntamos: como se constituiu os antecedentes da educação e saúde? Este é o tema de nosso próximo capítulo.

## **2.3 Antecedentes históricos da educação em saúde**

Segundo Acioli (2008), as práticas educativas, no campo da saúde, têm sido nomeadas das mais diversas maneiras e têm sido relacionadas à história da Educação e Saúde e a forma como essas práticas têm sido apropriadas.

Através do estudo da evolução dos conceitos sobre o processo saúde-doença, no Brasil, podemos observar que a medicalização da vida social está ligada a um controle do Estado sobre os indivíduos para manutenção e ampliação da hegemonia da classe dominante. (LUZ, 2007).

A descoberta do microscópio e a Teoria Microbiológica, onde o responsável pelo adoecimento é um micróbio, acaba por reduzir a doença a uma relação de causa e efeito, sem considerar as questões sociais relacionadas.

A partir da década de 1920 passa-se das ações da polícia médica para as ações higienistas. Tinha-se uma idéia de que a higiene iria corrigir a ignorância familiar que comprometia a saúde da criança (LIMA apud MOHR, 1992). A idéia de educação sanitária aparecia no papel de controle da sociedade, tanto nas questões sanitárias como no cotidiano das famílias pobres. Acioli (2008).

A década de 1940 foi voltada para a educação do homem do campo que necessitava estar saudável para garantir o aumento da produção pelas novas técnicas e máquinas agrícolas.

O período entre as décadas de 1950 e 1960 foi marcado pela força da educação sanitária, que integrou saúde e educação integrando-as as políticas oficiais, havendo diversos avanços como a valorização da higiene mental, criação de creches, escolas

maternais, parques infantis, mas com a intenção de manter a hegemonia da classe burguesa industrial no domínio estrutural da sociedade (LUZ apud MOHR, 1992).

Na década de 1960 tinha-se uma perspectiva de mobilização popular nos processos de educação em saúde de cooperação com os agentes de saúde e os serviços de saúde inaugurados nas zonas rurais e periferias urbanas. Porém a centralização administrativa da política nacional de saúde ainda era dominante.

Durante a década de 1970 a pedagogia problematizadora de Paulo Freire foi assimilada nas ações de saúde.

Esses movimentos, comprometidos com as necessidades e possibilidades das classes populares, encaminharam uma nova articulação entre a educação e a saúde, onde, em paralelo à causalidade biológica, são consideradas as condições de vida e trabalho como fatores predisponentes essenciais. (MOHR, 1992)

As peculiaridades culturais e ambientais de cada comunidade exigem que todas as ações partam destas especificidades.

Podemos encontrar, dependendo da política Institucional de cada local e de cada profissional, exemplos de educação em saúde mostrados acima, desde pessoas ainda no século XIX até profissionais utilizando a pedagogia da problematização ou evoluções da mesma, entretanto é necessário entender que isto deve estar ligado ao conceito de saúde que cada um carrega, pois se saúde for apenas a ausência de doença, fica fácil entender que utilizar educação higienista ou centrada nas doenças é o método mais válido, mas quando ampliamos nosso olhar para os determinantes da saúde da população vemos que

necessitamos de uma maneira mais próxima da realidade que vivemos, necessitamos de entender cada realidade e trocar com a população.

Uma destas ferramentas é a metodologia da educação popular que discutimos um pouco na introdução deste trabalho.



### **3. Metodologia**

Este estudo, sendo descritivo com abordagem de uma pesquisa qualitativa, permite apreender a percepção do sujeito a respeito do fenômeno em apreço.

Para Polit e Hungler (1995, p.270), a abordagem qualitativa é caracterizada como “modos de inquirição sistemáticos preocupados com a compreensão dos seres humanos e da natureza de suas transações consigo mesmos e com seus arredores”.

Segundo Greenhalgh & Taylor (1997), pesquisa qualitativa é o estudo de temas no seu cenário natural, buscando interpretá-los em termos do seu significado assumido pelos indivíduos; para isso, usa uma abordagem holística que preserva a complexidade do comportamento humano.

Pretende-se discutir, assim, nesta pesquisa, a prática das EqSF a partir da vivência no contexto da educação em saúde tomando como dado para a pesquisa não a quantificação das atividades realizadas por este profissional, mas (por ser um estudo qualitativo) a valorização da fala e pensamento que expressam a prática destes sujeitos.

### **3.1 Referencial Metodológico**

O referencial metodológico de escolha foi a Fenomenologia Sociológica, com base em Alfred Schutz. A Fenomenologia Sociológica de Alfred Schutz tem suas raízes na sociologia compreensiva de Max Weber (JESUS, 1998). Weber ao elaborar o tipo-ideal,

[...] pretende compreender a ação social como a resultante de forças de relações sociais, ação proveniente do comportamento social que tem um significado subjetivo. Desse modo, coloca o homem como centro das atenções já que a compreensão dos significados se dá no sujeito. Considera” as ações motivadas por sentimentos afetivos e as tradicionais como menos racionais “, sendo as ações que se aproximam do tipo racional como as mais compreensíveis (JESUS apud CAPALBO, 1998)

De acordo com Schutz, Weber definiu como tarefa da Sociologia uma descrição simples e cuidadosa da vida social, como a ciência particular da conduta humana e suas conseqüências que deve dar conta da compreensão e interpretação da ação social. Interessado na Sociologia weberiana, Schutz parte para fundamentar a Sociologia da ação e compreensão por meio da análise filosófica da fenomenologia de Husserl.

Para Husserl, segundo Capalbo (1984) a fenomenologia é então uma ciência que procede por descrição e não por dedução, se ocupa de fenômenos, entretanto com uma atitude diferente das ciências exatas e empíricas, seus fenômenos são os vividos da consciência, os atos e os correlatos dessa consciência.

Segundo Correa :

Em síntese, a fenomenologia tem como enfoque central à compreensão dos fenômenos, dirigindo-se para a vivência cotidiana. Trata-se de buscar o homem em outra perspectiva a partir do seu ser-no-mundo. E uma volta ao mundo da vida. (1997, p. 85)

Esse mundo da vida é o cotidiano que é imbuído de significados e a pesquisa fenomenológica pretende compreendê-los e interpretá-los.

Segundo Nogueira (2008), na fenomenologia sociológica da vida cotidiana, o enfoque é principalmente o entendimento de fenômenos ocorridos a partir dos atos intencionais dos sujeitos, que se expressam na intersubjetividade, no mundo da vida, no mundo social, o que leva a entender que os sujeitos têm uma intencionalidade, um motivo-para realizar suas ações.

Os atores sociais envolvidos nas relações intersubjetivas do mundo da vida vivenciam experiências, atribuem significados às suas ações que só podem ser desvelados a partir de uma análise do relato que emerge do próprio sujeito. (NOGUEIRA, 2008).

Neste estudo, a fenomenologia sociológica é uma estratégia metodológica, auxiliará na identificação da concepção de educação em saúde que fundamenta as práticas das equipes de saúde da família, através da identificação do típico significado de suas ações.

Para a fenomenologia social é importante investigar o que pode ser uma característica típica de um grupo social, que está vivendo aquela situação do comportamento vivido.

Segundo Campoy et al.

O tipo vivido emerge de descrição vivida do comportamento social que permite encontrar algo que tipifica (convergências nas intenções dos sujeitos, ou seja, **motivos para** e **motivos por que**) como uma estrutura vivenciada única, uniforme, contínua, que pode ser analisada e descrita porque tem um valor de significação e que pode ser transmitida pela comunicação e pela linguagem significativa, na relação interpessoal. (2005. p. 166)

Podemos, assim, pensar nas ações educativas das EqSF como tendo uma “atitude fenomenológica”, já que essas ações estão voltadas para o outro, numa relação face a face, independente do referencial de educação pressuposto.

### **3. 2 Caracterização dos sujeitos da pesquisa**

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais das EqSF que trabalham com a Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro na Área Programática 5.2, que compreendem bairros da zona oeste (Campo Grande, Santíssimo e Guaratiba). A escolha pela área de estudo se deu por ser uma região onde se encontram equipes de Saúde da Família com cinco anos de existência, momento de expansão da Saúde da Família neste Município através do PROESF, com atividades educativas consolidadas.

Dentro deste critério se encontram equipes de 3 módulos (locais) diferentes. O módulo escolhido foi o da ESF Vilar Carioca, que é o módulo mais antigo desta área.

Os sujeitos foram no número de 10 profissionais de diferentes categorias profissionais da equipe de saúde da família, médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, dentistas e agentes comunitários de saúde. As entrevistas foram marcadas após contato prévio com a coordenação de área programática local e com a equipe. Para conseguir todos os depoimentos foram necessários 5 semanas, pois em alguns dias marcados as pessoas ou não estavam ou não se colocavam disponíveis para responder, mas com perseverança foram feitas as entrevistas na Unidade de Saúde, em salas que os próprios sujeitos escolhiam. Cabe ressaltar que os 10 sujeitos no estudo permitiram analisar o típico da ação e as categorias concretas do vivido (TOCANTINS, 1993).

### **3.3 Ferramentas Metodológicas**

Foi utilizado um roteiro de entrevistas semi-estruturado (Anexo 1), que segundo Minayo( ) combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele. Esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados.

O estudo por ser qualitativo valorizou o depoimento, as falas dos sujeitos do estudo, no sentido de permitir a imersão de experiências particularizadas de educação em saúde junto à população. Desta forma, como critério de inclusão, as entrevistas foram realizadas apenas com os membros das equipes que relataram realizar atividades educativas.

As fases do trabalho de campo foram:

- Contato com a coordenação de área programática e as equipes de saúde da família para esclarecimentos sobre o estudo.
- Obtenção dos depoimentos dos sujeitos após construção do consentimento livre e esclarecido e encaminhamento e aprovação ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

A coleta de dados teve algumas dificuldades para ser concluída, pois os membros das equipes não demonstraram uma atitude cooperativa, desde a apresentação da proposta até a realização das entrevistas. Um fator que pode ter contribuído para este fato, talvez possa ser atribuído às mudanças que passaram o governo Municipal no decorrer da coleta de dados. Após praticamente 12 anos sem grandes mudanças, houve uma reestruturação administrativa, onde os grupos de apoio técnico foram extintos, a secretaria municipal seguiu os moldes da estadual e se uniu a defesa civil, o que pode ter causado apreensão. No entanto, aos poucos fomos conseguindo adesão de todos, a partir do diálogo, do vínculo e da confiança estabelecidos.

#### **4. Análise dos dados**

Após a conclusão da coleta de dados os mesmos foram analisados a partir do método dialético. O método dialético subsidia o conhecimento de uma realidade a partir do movimento: entendimento do fenômeno contrapondo com a realidade em que acontece, retornando a análise do fenômeno; o que só é possível diante de uma conversa entre a análise de dados e as referências teóricas utilizadas.

Assim, a análise dos dados teve como base de interpretação a descrição e interpretação dos dados. Desta forma, após a descrição das entrevistas, através da transcrição das gravações realizadas, foi utilizado um banco de dados para análise e posterior interpretação.

A discussão crítica foi pautada em um movimento dialético, já que este pensamento parte da compreensão da realidade a partir da contradição e do movimento do mundo, em constante transformação. (KONDER apud NOGUEIRA, 2008).

Inicialmente foi elaborado um quadro com as informações dos entrevistados para montar um perfil do grupo entrevistado, descrito a seguir.

### Perfil dos profissionais entrevistados

Entrevistado	E.1	E.2	E.3	E.4	E.5	E.6	E.7	E.8	E.9	E.10
Profissão	Médico	Aux. enf.	Médico	Aux. Enf.	Enf	Dentista	Dentista	Enf.	ACS	ACS
Idade	45	57	54	56	42	34	30	34	24	22
Tempo de ESF	3 anos	5 anos	1 ano e 7 meses	8 anos	6 anos	3 anos	2 anos	6 anos	4 anos	2 anos
Sexo	M	F	M	F	F	M	M	F	F	M

Podemos observar que os entrevistados se dividem em 50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino, entretanto não é a realidade do módulo que tem em sua maioria profissionais do sexo feminino, esta porcentagem se dá pela maneira voluntariosa e aleatória que se deram as entrevistas. A média de idade é de 40 anos e o tempo de atuação na ESF é de 5 anos.



#### 4.1 - Práticas educativas realizadas por equipes de saúde da família:

Para que ocorresse a identificação das práticas educativas nas equipes foram feitos os seguintes questionamentos:

Você realiza atividades educativas em seu cotidiano?
Cite estas atividades
Descreva essas atividades
Você utiliza algum recurso material? Quais?

Todos os entrevistados relataram fazer atividades educativas em seu dia a dia de trabalho. Estas atividades foram as mais diversas, que apresento a seguir como relatado na seguinte frequência:

Palestras – 1relato
Consulta – 1relato
Grupo – 5 relatos
Visitas domiciliares – 3 relatos
Sala de espera – 2 relatos

A seguir reproduziremos alguns relatos, considerados importantes, sobre o uso das atividades educativas pelos membros das equipes estudadas:

- **Visitas domiciliares:**

“... em cada visita domiciliar que a gente faz a gente não se restringe só a ver o cliente à gente tenta ver também a visão da casa, de higiene, de sanitarismo, tudo isso. E ali

dentro da casa eu também vou transmitir alguma coisa que possa ser útil, entendeu? Às vezes, por exemplo: é aquele cara que ta com a pintura toda mofada dentro do quarto, né? Ele pode não ter o dinheiro pra pintar, mas ele pelo menos tem uma espátula pra raspar”.

(E.1)

Segundo Mattos apud Azeredo et al(2007), é por meio da visita domiciliar que o profissional de saúde poderá avaliar as condições socioambientais e habitacionais em que vive o indivíduo e sua família, bem como realizar a busca ativa, planejar e executar as medidas assistenciais adequadas.

Além de realizar ações de planejamento e avaliação é um ótimo momento para se realizar o processo de educação e saúde. Segundo Souza e Barbosa (2004), a visita domiciliar deve ser considerada como ponto central da educação em saúde, já que contribui para a mudança de padrões de comportamento e, conseqüentemente promover a qualidade de vida através da prevenção de doenças e promoção da saúde. Entretanto esta educação pode ser feita de várias maneiras, com várias concepções e práticas, utilizando-se de diversas pedagogias, o que pode ser influenciado diretamente pela intencionalidade do profissional que deseja realizar estas atividades.

- **Sala de Espera:**

“Enquanto os pacientes estão aguardando, tanto a minha consulta, a consulta da enfermagem, tanto a consulta de médico a gente dá uma saidinha ali e explica mais ou menos. Então se tiver pré natal a gente fala, o que for ao alcance do pré natal” (E.5)

Segundo Wicke et al(1994) a sala de espera pode funcionar melhor não como uma área onde uma platéia cativa pode ser bombardeado com mensagens de promoção da

saúde, mas sim como um lugar para relaxar antes de consultar um profissional de saúde, tornando o paciente mais receptivo aos conselhos de saúde na consulta.

Entretanto como visto na fala da entrevista vimos que esta ação muitas vezes é realizada de forma corrida sem uma consistência real, podendo ocasionar em alguns casos mais dúvidas do que soluções e nem todos os questionamentos podem ser solucionados nem terem sequer uma atenção do profissional, já que o movimento de entrada e saída dos usuários nas consultas pode causar dispersão tanto do público quanto do palestrante.

- **Grupos:**

“Eu percebo que o pessoal ainda tem aquela referência muito grande dos grupos de programa, não é que eles façam, no fim é que a linguagem ainda é essa, entendeu? Embora se faça de outra maneira ainda se usa o mesmo linguajar, tem coisas que demoram pra mudar, mas não è essa tônica da coisa”. (E.3)

Segundo Fernandes (2007):

Assim, tanto os enfermeiros quanto os demais profissionais de saúde, coordenadores de grupos, ao proporem os grupos “operativos”, precisam ter presente, em suas mentes e em suas ações, a noção do domínio e natureza que caracterizam a profissão e facilitem a integração dos vários saberes e práticas para que o cuidado transcenda as suas culturas. O processo é de desenvolvimento da autonomia do sujeito que em algum momento encontrará a melhor forma de se cuidar. Fernandes (2007, p. 166)

As propostas de ações programáticas têm sua importância, mas tem de se ter em mente que não é só a doença que faz parte da vida das pessoas e necessitamos dessa troca de saberes para não trazermos conhecimentos apriorísticos para as pessoas e sim possamos

construir conhecimento nessas vivências de grupo. Possivelmente a intencionalidade do sujeito que realiza as ações educativas influencia diretamente no modo como elas são realizadas.

Nos que tange aos recursos materiais todos os entrevistados relataram utilizá-los.

Aparece uma gama de materiais que se seguem na seguinte frequência:

Cartazes – 1
Folhetos – 3
Teatro de fantoches – 1
Modelos de arcada dentária e de escovas de dentes – 2
Recursos conseguidos na comunidade -2
Fotos – 1
Modelo de acrílico do aparelho reprodutor feminino – 2

Recursos materiais e áudio-visuais são importantes, entretanto a relação entre os materiais educativos e o público ao qual se destinam é uma importante questão, já que segundo Azeredo et al.(2007) a maioria dos materiais impressos não explicitam seu público alvo, criando confusões sobre a adequação da linguagem utilizada. Algumas informações ainda podem ser simplificadas por demais, às vezes até se infantilizando os termos e menosprezando o espectador, outras vezes usam-se jargões técnicos demais.

Na grande maioria das vezes esses materiais não têm participação do público alvo na sua realização e as questões técnicas e distantes das realidades existentes país a fora são visíveis dificultando a comunicação entre os usuários e os profissionais. Um exemplo

extraído de minha vivência prática é um caso onde os usuários de uma determinada unidade de saúde do município do Rio de Janeiro acreditavam que o mosquito da dengue era do tamanho que apareciam nos cartazes, portanto não se preocupavam com a questão já que nunca tinham visto mosquitos gigantescos como os que apareciam em alguns cartazes educativos.

Após leituras das entrevistas na íntegra, e das respostas ao questionamento: O que você tem em vista quando realiza práticas educativas? Foi possível identificar e apreender o sentido global da experiência vivenciada; após agrupei os aspectos significativos extraídos dos discursos dos profissionais entrevistados; realizei releituras das transcrições buscando locuções de efeito que mostrassem aspectos significativos da compreensão e vivência dos motivos-para. O próximo passo foi a identificação de categorias concretas do vivido, que abrangessem os atos dos atores e o estabelecimento dos significados do ato social relacionado às práticas educativas dos profissionais das equipes de saúde da família e pelo típico dos discursos para obter o típico da ação.

Esta descrição se encontra abaixo:

E 1 - Motivo para 1 – “eu acho que é nossa função, né como medicina preventiva, de se ensinar o cara como se mantém saudável”.

E. 2- Motivo para 2- “A intenção é melhorar a saúde do paciente o bem estar dele a nossa iniciativa aqui é prevenção e não deixar nunca que o paciente fique sem a sua medicação, as orientações que a gente dá pro paciente é muito válida”.

E 3 - Motivo para 3– “a intenção é mobilizar o pessoal, porque eu acho que saúde é uma coisa que é individual. Ou você assume uma postura de que você vai querer ter saúde

ou você assume uma postura de que pra você tanto faz como tanto fez, mas a postura nossa é de sempre tentar forçar o cara a assumir uma postura positiva, entendeu?”

E 4 -Motivo para 4- “pro paciente se conscientizar e ver que ele tem que se cuidar mesmo ir ao médico, antes da situação piorar. Orientar ele é uma orientação mesmo, de ele ir até o posto certinho lá na comunidade mesmo, né, pra vim pra poder sair bem orientado daqui a gente passa tudo pra eles conforme tem que ser orienta o paciente por que tem paciente que não sabe ficam em casa”.

E 5 -Motivo para 5- “Eu desejo que a população ela fique mais assim esclarecida quanto aquela doença, que ela tenha o cuidado que ela preste atenção no que a gente ta orientando pra que ela faça realmente na casa dela no caso eu to falando da dengue que a gente ta trabalhando em cima”.

E 6 -Motivo para 6- “Sempre acho em que a gente poder colaborar na saúde ou puxar a pessoa fazer ela se interessar, já è mais que bom, então eu faço parte do grupo que pinta”.

E 7 - Motivo para 7- “procuro estar esclarecendo o que esta acontecendo, tá tirando as dúvidas tá orientando, pra que não ocorra aquilo que pode ser pior, ver onde ele possa tá melhorando. O que ele possa ta melhorando em dieta de repente ter uma alimentação, mais saudável”.

E 8- Motivo para 8 – “a gente quer que eles se conscientizem, e acreditem que podem aprender apesar de que tem a possibilidade deles não quererem, mas a gente insiste até se conscientizarem”.

E 9 - Motivo para 9 – “Ensinar um pouquinho né? A gente aprende aqui com os médicos e com as enfermeiras e tenta passar isso para eles”.

E 10 -Motivo para 10- “eu oriento da maneira que eu posso, ajudo a se tratar, por exemplo: a gente faz o seguinte, na parte da manhã a gente desenha um solzinho, pra o paciente saber que é na parte da manhã, na hora do almoço um pratinho com garfinho e colherzinha pra poder ver que é na hora do almoço, a noite uma luazinha. Fazemos potinhos de remédio, colocamos os comprimidos tudo dentro do potinho com uma luazinha, dizendo que é da noite, então com isso os paciente viram pra gente e fala pô tomei o remédio certinho. Quando a gente vai lá confirma realmente”.

A partir dos depoimentos percebemos duas categorias concretas do vivido, que são:

- Estabelecer um processo ensino-aprendizagem de assimilação de conteúdos.
- Estabelecer soluções para os problemas de saúde a partir do saber do profissional.

Os motivos-para em comum nos depoimentos dos profissionais de Saúde da Família caracterizam-se por categorias concretas do vivido, que apontam para um típico da ação destes profissionais.

Identifica-se assim que o típico da ação destes profissionais, ou seja, a intencionalidade desses profissionais é: Estabelecer soluções para os problemas de saúde a partir do saber do profissional.

Considerando que dentre as atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de saúde da família encontramos que os mesmos devem realizar escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento de vínculo (BRASIL, 2006), e que dentre as ações temos a educação em saúde assume-se que o típico da ação dos profissionais de saúde da família expressa o que ele concebe por educação e saúde.

Este típico da ação profissional permitiu realizar o movimento de discussão dialético de contraposição da prática destes profissionais com suas concepções.

Sabemos que através da educação podemos legitimar ou contrapor o “status quo” (SAVIANI, 1984; LIBÂNEO, 1984 e Saupe e Budó 2006).

Segundo Stotz (2007):

A educação e saúde é, do ponto de vista dominante e tradicional, uma área de saber técnico, ou seja, uma organização dos conhecimentos das ciências sociais e da saúde voltada para “instrumentalizar” o controle dos doentes pelos serviços e a prevenção de doenças pelas pessoas.

Podemos comprovar essa atitude em um dos depoimentos: “Eu desejo que a população ela fique mais assim esclarecida quanto a aquela doença, que ela tenha o cuidado que ela preste atenção no que a gente tá orientando pra que ela faça realmente na casa dela no caso eu to falando da dengue que a gente tá trabalhando em cima”. Stotz (2007) ainda diz que esta orientação parte da apropriação dos educadores do conhecimento da biomedicina sobre os problemas de saúde, que posteriormente são repassados como normas de conduta as pessoas.

A espacialização (cada um em seu lugar e um lugar para cada um), a vigilância hierárquica (uma complexa rede hierárquica de autoridade e treinamento), a sanção normalizadora (a análise continua das condições de disciplinamento e seus possíveis desvios), o controle minucioso da atividade (hora para estudar, comer, para o recreio, para iniciar ou terminar uma atividade) e o exame (que combina as técnicas da hierarquia que vigia e da sanção que normaliza. Um controle que permite qualificar, classificar e punir,



selecionar, aprovar e reprovar). São características do poder disciplinar estudado por Foucault e visto na revisão deste trabalho. Este disciplinamento pode acarretar uma visão superficial dos problemas de saúde e ao invés de pensarmos nos mesmos como causados por diversos fatores, ficamos focados na visão fisiopatológica dos mesmos. E pior do que isto ficamos presos na noção de adoecimento, não saímos da geração de paixões tristes (Deleuze apud Ferreira et AL), diminuimos a potência e força vital dos indivíduos, trazendo-os para as unidades de saúde para dizer que eles estão doentes, sem potência e que se os mesmos não seguirem as normas ditadas pelos profissionais de saúde eles tendem a morte e a incapacidade e além disso tiramos os prazeres das pessoas.

Segundo Valla et al.(2007) as propostas de educação em saúde têm obedecido a um movimento vertical, para legitimar as classes hegemônicas e controlar as classes populares por meio de recomendações e regras.

Nesse contexto, diante da imposição dos profissionais de saúde ao determinar condutas e prescrições, e desqualificar o saber da população, reduz-se necessariamente o nível global de saúde da sociedade inteira ao reduzir o que constitui justamente a saúde de cada indivíduo: a sua autonomia pessoal (Illich apud Valla, 2007)

“Então a gente tenta fazer com que o cara melhore o, o... Todo espectro de saúde dele, né? Através de alimentação, de higiene, de tudo. Isso é o que agente procura fazer com que as pessoas entendam aqui, que saúde não é só chegar aqui e tomar o remédio”.

(E1)

“Ai tem brinde, tem brincadeiras, Só que pras crianças poderem ganhar o brinde, estarem brincando elas primeiro têm que passar por todos os exames tá com a carteira de

vacinação em dia se não tiver vacina na hora, pra ta recebendo o carimbinho na mão pra ta participando da brincadeira. Então a gente meio que tem como forçar..., fazer tem com participar da cama elástica né”.(E7)

“Marcamos o grupo e nesse grupo é falado tudo sobre previsão a diabete inclusive sobre as faltas, que não deve esta faltando, se não ficar sem remédio né?!”(E4)

“... estão precisando de orientação das vacina, que estão com problema de medico orientando no problema de verminose tudo isso,né. A gente orienta e encaminha pra vir ate o PSF pra ir agendar as suas consultas passa pra enfermeira, passa por médico, agendar as consultas das crianças, dos adultos” (E2)

Estes depoimentos mostram o quanto podemos, mesmo que inconscientemente e na melhor das boas intenções, estar pautando as vida das pessoas, dizendo o que elas têm de fazer, como devem viver e porque adoecem.

Segundo Deleuze (2002) Espinosa destitui o privilégio da mente sobre o corpo. Em sua proposição de um paralelismo corpo/mente, aquilo que é atividade ou ação do corpo é igualmente atividade e ação da mente. Além disso, o que se passa no corpo, e paralelamente na alma, não se reduz a estados conhecidos do primeiro e a processos conscientes da segunda.

O indivíduo é, na concepção de Espinosa, tanto um grau de potência quanto um conjunto de partes infinitamente moleculares agrupadas e compostas em relações complexas. Cada indivíduo é um arranjo singular de relações (corporais, afetivas, sensoriais, ideativas), numa multiplicidade de elementos intensivos que se conectam em ritmos e velocidades variáveis. A todo o momento essas relações se modificam, se recompõem ou se decompõem, em decorrência dos encontros casuais do indivíduo com outros corpos no mundo.

Quando um corpo se encontra com o nosso, ou uma idéia se encontra com a nossa, pode acontecer que as relações das duas partes componham relações mais complexas, num rearranjo singular de elementos infinitamente moleculares, engendrando uma composição mais potente que não preexistia ao encontro.

Entretanto, pode acontecer o contrário: que o encontro de corpos e idéias resulte na destruição das relações e dinamismos corporais e mentais dos termos que se encontram. Nos dois casos, explicita Deleuze (2002), recolhemos do que acontece ao nosso corpo e ao nosso espírito somente imagens vagas, inadequadas e confusas, do que se passou, imagens e percepções denominadas afetos.

Além desse processo bastante inicial de construção ideativo-perceptiva, nos casos de composição de relações mais complexas e abrangentes há uma passagem subjetiva de um estado de menor potência para outro de maior potência, que vivenciamos como alegria, bem-estar, contentamento. No processo de decomposição relacional há uma passagem inversa: de maior para menor potência, que vivenciamos como tristeza.

Os afetos, antes de se manifestarem como sentimentos de alegria ou tristeza, são definidos como passagens, movimentos de subjetivação potentes ou impotentes, devires.

Quando as relações entre as partes se decompõem gerando o efeito tristeza, esta nos debilita, porque parte de nossa potência de pensar e agir passa a ser investida nos traços do objeto ou ação destrutiva.

O investimento energético nos traços do objeto/ação é feito com o objetivo de circunscrever, controlar e afastar as condições desfavoráveis à coerência dinâmica de nossas relações. Ficamos sem autonomia de ação e pensamento, reféns do que Espinosa denomina “mau encontro”, imersos em uma dinâmica de medo, ressentimento, ódio, e até mesmo na alegria compensatória da vingança. Nossas ações e idéias passam a ser

determinadas pelo outro. Nos “maus encontros”, tristes, nosso corpo e nossa alma se endurecem; tornamo-nos menos receptivos às diferenças, à pluralidade de formas e maneiras de existir.

Nos “bons encontros”, expressão de Espinosa para os encontros alegres, tudo se passa de outra maneira. O movimento de composição relacional gera um terceiro indivíduo mais potente e superior, cujas relações se ampliam, se pluralizam, se diversificam.

Quando dizemos terceiro indivíduo, estamos dizendo que há um devir das subjetividades envolvidas no encontro: cada uma passa por uma mutação, um tornar-se outro de si mesmo.

Há também um aumento da potência de pensar e agir, posto que nenhum gasto energético tem que ser feito para controlar perigos. Entretanto, embora tenha havido um aumento da potência, ainda não somos donos da mesma. Ela foi produzida ao acaso.

Na experiência da alegria, o excedente de potência ao nosso dispor imprimirá ao pensamento um movimento de investigação e conhecimento do que se passou.

O pensamento, impulsionado pela imaginação, ganha potência de análise, progredindo das iniciais idéias inadequadas (fruto da imaginação) até à formulação de idéias mais adequadas (fruto da razão) que expressem as operações, as regras e o processo de constituição de uma relação mais plural e diferenciada.

Em Espinosa, começamos a conhecer e a pensar de uma maneira criativa e autônoma, graças à imaginação, ao corpo e seus afetos, e não contra eles. Tornamo-nos efetivamente investigadores, pensadores e produtores de saberes graças à alegria. Ela é o vetor que converte o pensamento em uma força que não se reduz à consciência e à aplicação de conhecimentos teórico-técnicos. O conhecimento é, antes, um processo de afirmação de idéias em suas infinitas e variadas conexões, expressando um modo de

produzir a vida, a diferença e a pluralidade. A alegria é, sem dúvida, o afeto de um pensamento intensivo.

Tornamo-nos também éticos e ativos graças à potência da alegria. Por meio dela aprendemos a conhecer e avaliar processos favoráveis e desfavoráveis à vida. Dela derivam formas vigorosas de pensamento e de ação que nos levam tanto a combater os modos de existência empobrecedores e tristes, quanto a lutar pela constituição de modos de existência subjetiva e social que favoreçam o movimento próprio à vida: expansão, diferenciação, diversificação, pluralidade, multiplicidade.

Estes conceitos nos mostram que a partir dos encontros que temos com o outro nas práticas de educação em saúde podemos torná-los mais potentes ou menos potentes, dependendo se realizamos bons ou maus encontros. Falando-se das doenças, das faltas de potências, das limitações impostas ao outro só podemos trazer, segundo este filósofo, maus encontros e gerar paixões tristes. Podemos transformar uma possível potência que é a Estratégia de Saúde da Família em algo assustador ao olhar do usuário. Podemos deixar de ser parceiros para voltarmos a ser policiais da saúde, monitorando, normatizando e punindo o outro pela possibilidade de trazer saúde para ele. Não quero dizer com isso que os profissionais de saúde estejam procurando maltratar os usuários dos serviços de saúde, mas sim que a partir de suas intencionalidades que podem ter sido moldadas desde sua formação, já que quando discutimos educação e saúde na formação normalmente discutimos essa maneira mais tradicional, nos utilizando de pedagogias transmissoras e não transformando a realidade.

Segundo Freire (2007) saber ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua própria produção ou a sua construção, isso significa que não devemos simplesmente passar os conteúdos aprendidos nos bancos escolares e tentar

inculcar a população de que isto é o certo e o que eles vivenciam, aprendem com o dia a dia, com a realidade, não é válido. Devemos ter como Freire (2007) defendia respeito pelo saber dos educandos, não podendo negligenciar toda a experiência acumulada pela vida, principalmente daqueles menos favorecidos.

Os profissionais entrevistados relatam, à partir do roteiro de entrevista que existem facilitadores e dificultadores para suas práticas educativas.

No que tange as **facilidades** temos os seguintes relatos:

“Utilizar os recursos da própria comunidade, colégio, é comércio eu acho que facilita”.

“A facilidade tem os paciente, a comunidade recebe a gente bem”.

“È tem facilidade tem alguma coisa que a equipe incentive pra ta fazendo a essas atividades educativas, è fácil fazer porque a população está a fim”.

“Por ser um facilitador já estar em você trabalhar em equipe sempre com parceiro com médico com o enfermeiro isso ai pra gente facilita bastante”

“Facilita muito a gente morar na comunidade porque as pessoas confiam na gente”

“A gente sabe do eu tá falando né, fica fácil e sabe o que as pessoas precisam ouvir para melhorar sua saúde”.

Através dos relatos observamos que o fato de a unidade de saúde da família estar na comunidade, os agentes comunitários de saúde morarem na comunidade e o trabalho em equipe facilitam as práticas educativas, entretanto uma fala chama atenção quando diz-se

que se sabe o que tem de ser falado e o que as pessoas precisam ouvir, não parece haver diálogo entre os profissionais e a população, embora em uma das falas apareça a possibilidade do diálogo: “... primeiro a gente faz... dá um briefing inicial né, para provocar o assunto, depois fica mais ou menos no debate com eles, deixando eles, eles responderem, eles mesmos as vezes vão tentando ajudar o outro... é assim que a gente gosta de fazer, normalmente a gente faz assim.”.

Como **dificultadores** temos segundo os depoimentos:

“A partir do momento que já tem que pegar um nível superior de gerência, gestão como é tudo muito politizado, tá? E o nego quer aparecer, que nego não quer resolver. Nego quer aparecer pra continuar no cargo político, tá? Então o que, que acontece morre...”

“Só o material que a gente fica sempre no improviso que a gente não deixa de fazer por que a gente tá sem material, a gente faz com o material que tem, mas assim se a gente tivesse material assim...”.

“Eu acho que às vezes a gente não tem espaço físico se sente um pouco em falta, não é que o espaço físico seja importante vamos dizer assim, principais. Mas é agradável, né? Você vai ao restaurante você tem lugar pra sentar, na lanchonete você tem um lugar pra comer, você vai ao cinema tem, porque que na hora de fazer grupo de saúde tem que ser debaixo da árvore sempre?”.

“O técnico que fica na equipe ele fica sobre carregado às vezes ele fica muito preso dentro da unidade não tem como sair”

“É um pouco difícil fazer as pessoas acreditarem na gente né? Eles querem ouvir o doutor, o que ele tem a dizer. Na gente eles não acreditam muito não”.

“É difícil fazer que eles venham nos grupos, tá. Alguns até vem, mas parecem estar em outro lugar, impacientes, doidos para ir embora, mesmo sendo para o bem deles...”.

Esses motivos que são apontados pelos profissionais realmente parecem que dificultam o processo. Razões políticas; falta de material, de espaço físico, processo de trabalho não estruturado podem realmente dificultar as práticas educativas, entretanto as pessoas parecem não esmorecer e continuam com suas práticas.



## **5. Considerações Finais:**

Nesse estudo podemos observar que as estratégias de educação e saúde se encontram há muito tempo pautadas pelas questões higienistas, medicalizantes, promovendo mudanças de comportamentos conforme o “status quo”.

Sabemos dos desafios que os profissionais de saúde têm que enfrentar diariamente em função das condições precárias do sistema de saúde no Brasil. Porém, é necessário que superemos esses obstáculos, para que possamos atingir o objetivo de desenvolver um trabalho diferenciado e que promova autonomia dos cidadãos.

Não podemos compensar no nível individual problemas de caráter social, nos utilizando do sistema de atenção a saúde, que se pauta muitas vezes no esquecimento de que saúde é um direito e que o Estado se coloca como de proteção social, entretanto algumas atitudes acabam por fazer parecer que estamos oferecendo compra e venda individual dos serviços e de bens de consumo saudáveis, oferecendo muitas vezes cardápios mínimos de informação e pouca ou quase nenhuma reflexão sobre a vida.

Considerando que a intencionalidade dos profissionais é estabelecer soluções para os problemas de saúde a partir do saber profissional, observamos uma coerência entre a intencionalidade, as concepções voltadas para pedagogias transmissoras e as práticas educativas apontadas nos depoimentos dos profissionais.

Os profissionais têm como objetivo realizar práticas educativas, com intenção de fazer com que a população tenha saúde, entretanto parece que a concepção de saúde ainda está centrada na doença e as atividades como palestras, grupos, salas de espera e visitas

domiciliares utilizam-se de pedagogias tradicionais, centradas no saber dos profissionais de saúde e muito pouco valorização do saber da população.

Existem algumas alternativas para esta pedagogia como já visto no texto, entretanto acredito que pedagogias críticas podem trazer mudanças na saúde da população, entendendo que à partir da saúde podemos inclusive induzir o tipo de sociedade vigente, acredito que podemos mudar projetos políticos com a educação e saúde e possivelmente devemos mobilizar as pessoas para que as mesmas construam seus projetos políticos para suas vidas. Não acredito se tratar somente do empoderamento, mas mais do que isso, usar a potencialidade que as pessoas já possuem para elas mesmas, se trata de montar projetos terapêuticos singulares, que segundo Cunha (2005), pode-se exercitar a capacidade de perceber os limites dos diversos saberes estruturados diante da singularidade do sujeitos e dos desejos destes sujeitos, preferencialmente respeitando esses desejos sem juízos de valor e pré conceitos.

A educação popular em saúde parece ser uma possibilidade de trabalho, pois pretende ter escuta, valorizar o saber do outro e construir conhecimento à partir do saber do outro e acredito que é disso que se trata. Construir uma melhor qualidade de vida pelo olhar do usuário, pela visão de mundo da população e não a do profissional somente.

Precisamos acreditar serem possíveis as mudanças: mudanças de paradigmas, mudanças de formação profissional, mudança na saúde da população. Processos de qualificação profissional voltados para práticas de educação popular em saúde, educação permanente, incentivos do Ministério da Saúde, como o Pró-Saúde e o PET Saúde, que visam mudança da formação de graduandos, início precoce dos alunos na

atenção primária e a qualificação dos profissionais parecem ser estratégias importantes para mudarmos as práticas de educação e saúde dos profissionais.

As atividades não podem ser descoladas de reflexão e da realidade para que possamos ter uma verdadeira práxis em saúde e acredito que o mestrado profissional nos proporciona essa oportunidade e à partir dele espero conseguir sempre problematizar a minha prática.

## 6. Referências:

Acioli, S. **Prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública.** Revista Brasileira de Enfermagem. 61: 117-21 p. 2008.

Alves, G. G. **As Práticas Educativas Em Saúde e a Estratégia Saúde da Família:** Ciência & Saúde Coletiva para Sociedade 2007

Azeredo, C. M., Et Al. **Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família.** Ciência & Saúde Coletiva. 12: 743-753 p. 2007.

Beinner, M. A. B., R.P.C. . **The profile of professionals in health and education fields at work in their communities.** Ciência & Saúde Coletiva, v.9, n.1, p.77-83. 2004.

Brasil. **Política Nacional de Atenção Básica.** M. D. Saúde. 4 2006.

Brasil. **Construindo a resposta à proposta de educação e saúde.** In: M. D. Saúde (Ed.). Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília, 2007.

Campos, C. E. A. **Integrity (comprehensiveness): from the viewpoint of health care and the recent proposals regarding basic assistance in Brazil.** Ciência & Saúde Coletiva. 8 2003.

Campoy, M. A., Merighi, M.A.B., Stefanelli, M.C. **O Ensino de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica:** Visão do Professor E do Aluno na Perspectiva da Fenomenologia Social. Revista Latino Americana de Enfermagem. 13: 165-72 p. 2005.

Capalbo, C. **Alternativas metodológicas de pesquisa.** Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. Florianópolis: Ed. UFSC: 130-57 p. 1984.

Castiel, L. D., Dias, C.A. D. **A Saúde Persecutória: Os limites da responsabilidade.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2007

Cohn, A. **O Estudo das Políticas de Saúde: Implicações e Fatos.** In: G. W. D. S. E. A. O. Campos (Ed.). Tratado de Saúde Coletiva. SãoPaulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-FIOCRUZ, 2007. O Estudo das Políticas de Saúde: Implicações e Fatos, p.219-246

Correa, A. K. **Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem.** Revista Latino Americana de Enfermagem. 5: 83-88 p. 1997.

Cunha, G. T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica\_São Paulo:** HUCITEC. 2005

Deleuze, G. **Pourparlers 1972 - 1990 .** Paris: Les éditions de Minuit 1990

Deleuze, G. **Espinosa: Filosofia Prática**. São Paulo: Escuta. 2002

Driessnack, M., Sousa, V.D. , Mendes, I.A.C. **Revisão dos desenhos de Pesquisa Relevantes para Enfermagem: Parte 3: Métodos Mistos E Múltiplos**. Revista Latino Americana de enfermagem. 15 2007.

Ferreira, J. L. **Os Iguais são Diferentes na Educação Popular**. V Colóquio Internacional Paulo Freire. Recife 2005.

Foucault, M. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes 1987.

\_\_\_\_\_. **Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes. 2000

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal 2000

Freire, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2007

Geovanini, T. E. A. **História da Enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter. 1995

Greenhalgh T, T. R. B. **How to read a paper: papers that go beyond numbers (qualitative research)**. . BMJ, v.315, p.740-743. 1997.

Jesus, M. C. P. D. P., M. R. B.; Cunha, M. H. F. **O Paradigma Hermenêutico como Fundamentação das Pesquisas Etnográficas e Fenomenológicas**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 6 1998.

Junior, A. **Modelos Tecnoassistenciais em saúde: O debate no Campo da Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC. 2006 (Saúde em Debate-Série Didática)

Libâneo, J. C. **A Prática Pedagógica De Professores Da Escola Pública**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo., 1984. 225p p.

Luz, M. T. **Natural, racional e social. Razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus. 1988

\_\_\_\_\_. **Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva Estudo Sobre Racionalidades Médicas e Atividades Corporais**. São Paulo: HUCITEC. 2007

\_\_\_\_\_. **Contribuição do Conceito de Racionalidade Médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos**. VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e humanas em Saúde/ABRASCO; VIII Congresso da ALAMES; XI Congresso da IAHP. . Salvador, Bahia. 2007.

Medeiros, J. B. **Redação Científica**. São Paulo: Editora Atlas. 2004

Minayo, M. C. D. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo. 1993

Minayo, M. C. S., Assis, S.G. , Souza E. R. **Avaliação por Triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005

Mohr, A. S., V. T. **Rumos da Educação em Saúde no Brasil e sua Relação com a Educação Ambiental**. Cadernos de Saúde Pública. 8: 199-203 p. 1992.

Nogueira, M. L. **Prática do enfermeiro em Hospital Psiquiátrico e o Processo de Desinstitucionalização no Contexto da Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro 2008.

Pietrukowicz, M. C. L. C. **Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde**. . Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001. 117 p.

Pimenta, D. N., Leandro, A. , Schall, V.T. **A estética do grotesco e a produção audiovisual para a educação em saúde: segregação ou empatia? O caso das leishmanioses no Brasil**. Caderno de Saúde Pública. 23: 1161-1171 p. 2007.

Polit, D. H., B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995

Rocha, S. M. M. A. **The process of nursing work in collective health and interdisciplinary studies**. . Revista Latino-Americana de Enfermagem 2000.

Saupe, R. B., M. L. D. **PEDAGOGIA INTERDISCIPLINAR: “EDUCARE” (EDUCAÇÃO E CUIDADO) COMO OBJETO FRONTEIRIÇO EM SAÚDE** Texto e Contexto em Enfermagem. 2: 326-33 p. 2006.

Saviani, D. **Escola e democracia**. São Paulo: Cortez. 1984.

Scherer, M. D. A. E. A. **Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas**. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 9: 53-66 p. 2005.

Sousa, M. F. **A Cor-Agem do PSF**. São Paulo: HUCITEC. 2003

Weirich, C. F. T., J. B.; Silva, K. S. . **O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico**. Revista Eletrônica de Enfermagem 2004.

## ANEXOS

### ***Roteiro de Entrevista:***

Dados de identificação:

Profissão: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Tempo atuando em Saúde da Família: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Entrevista:

Você realiza atividades educativas em seu cotidiano?

Cite estas atividades

Descreva essas atividades

Você utiliza algum recurso material? Quais?

O que você tem em vista quando realiza práticas educativas?

Quais os facilitadores e/ou dificultadores para a realização das práticas educativas?

## **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participantes**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: O Cotidiano da Educação em Saúde de Equipes de Saúde da Família.

Trata-se de uma pesquisa vinculada ao curso de Mestrado em Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá. Você foi selecionado para participar desta pesquisa, porém a sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo deste estudo é discutir sobre as relações estabelecidas entre as concepções e as práticas de educação em saúde utilizadas por equipes de saúde da família do Município do Rio de Janeiro.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário semi-estruturado sobre práticas educativas em saúde que será posteriormente analisado a partir de referencial teórico.

Não há riscos diretos relacionados com a sua participação. As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação.

As informações coletadas servirão como base para a construção de uma discussão acerca das práticas de educação em saúde

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço dos pesquisadores responsáveis, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa, concordo em participar e autorizo o uso das informações coletadas, para fins exclusivamente, do previsto neste protocolo.

---

Nome completo do participante

---

Assinatura do participante

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

### **Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde Rio de Janeiro**

Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 701 - Cidade Nova

Tel.: 2503-2024 / 2503-2026

E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br)

Pesquisador:

Rogério Bittencourt de Miranda  
Secretaria Municipal de Saúde- CAP 3.1  
Tel: 2561-8342 88229242  
e-mail: [rbittencourt@oi.com.br](mailto:rbittencourt@oi.com.br)  
[valromano@uol.com.br](mailto:valromano@uol.com.br)

Valéria Ferreira Romano  
Universidade Estácio de Sá  
Tel:3231-6135  
e-mail:



# 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](#)