



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ELISANGELA PINAFO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE:
O COTIDIANO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Londrina
2010

ELISANGELA PINAFO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE:
O COTIDIANO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa:
Desenvolvimento de Recursos Humanos p a Saúde (DRHS).

Orientador: Prof^a. Dr^a. Elisabete De Fátima Polo Almeida Nunes

Londrina
2010

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

P645e Pinafo, Elisangela.
Educação em saúde : o cotidiano da equipe de saúde da família / Elisangela
Pinafo. – Londrina, 2010.
131 f. : il.

Orientador: Elisabete de Fátima Polo Almeida Nunes.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de
Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva, 2010.
Inclui bibliografia.

1. Educação sanitária – Teses. 2. Serviços de saúde comunitária – Teses. 3.
Recursos humanos na saúde pública – Teses. 4. Família – Saúde e higiene –
Teses. 5. Saúde pública – Teses. I. Nunes, Elisabete de Fátima Polo Almeida. II.
Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614.2:378

ELISANGELA PINAFO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE:
O COTIDIANO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Elisabete de Fátima Polo Almeida
Nunes
UEL – Londrina – PR

Prof^a. Dr^a. Mara Lúcia Garanhani
UEL – Londrina – PR

Prof. Dr. Alexandre Bonetti Lima
UEL – Londrina – PR

Londrina, 28 de maio de 2010.

Dedicatória

*Aos meus pais, David e Diná,
que com muito esforço dedicaram suas vidas na construção
de uma família guiada pelos mandamentos de Deus.
Sempre trabalharam arduamente para dar a mim a possibilidade
de estudar e seguir o caminho que eles sempre almejavam para si,
porém a vida sofrida não possibilitou esta oportunidade, mas valeu o esforço,
pois para uma simples mulher do lar com ensino fundamental incompleto e
um caminhoneiro, que iniciou a faculdade, mas teve que escolher
por trabalhar para sustentar a família, hoje tem a felicidade de ver
sua filha que sempre estudou em escola pública, se tornar
Mestre em Saúde Coletiva.*

*Agradeço porque sempre confiaram e apoiaram minhas decisões.
Nunca pouparam esforços para me oportunizar escolhas.
Escolhas que sempre pude optar, caminhando e formando meu caminho.*

*Ao meu irmão Edivam,
que tomou a frente dos negócios de meu pai,
provendo os recursos financeiros necessários para a minha graduação
e possibilitou que eu continuasse sempre estudando.*

*A minha cunhada Alessandra
que acompanhou esta minha caminhada.*

*Ao meu sobrinho Lucas,
que me trouxe a alegria de ser tia e a felicidade
de descobrir o sentido nos pequenos gestos.*

*Ao meu namorado Rafael,
por sempre estar do meu lado, me apoiando e
compreendendo a difícil tarefa de ser namorado de uma
mestranda que trabalha e precisa abdicar de suas
horas de lazer e de namoro para estudar.*

*À minha orientadora Prof.^a Elisabete de Fátima
por me ensinar não apenas aspectos referentes à realização
de uma pesquisa, mas também sobre como ser uma boa amiga,
uma boa mãe e esposa, e uma boa companheira de trabalho,
enfim um modelo de mulher que me inspira a seguir o seu exemplo.
Acredito que desenvolvemos muito mais do que uma relação
de orientadora-orientanda, mas sim uma amizade que espero continuar.*

*A todos vocês que me ensinaram a sorrir para a vida!
Minha família: minha fortaleza, minha vida, meu tudo.
Meu amor por vocês é infindável e incondicional.*

AGRADECIMENTOS

*A Deus,
por me abençoar, iluminar a cada dia e me mostrar o melhor
caminho de conduzir a vida, e pela graça de ter conseguido obter
o título de Mestre em Saúde Coletiva.*

*Aos amigos do mestrado,
por serem verdadeiros companheiros. Cada um ao seu modo me
ensinou muitas coisas. Considero-me privilegiada por
fazer parte de um grupo repleto de pessoas com ideais.
É claro, jamais esqueceria dos coffee breaks e dos happy hours.*

*Ao corpo docente do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva
pelo comprometimento com nosso crescimento e aprendizado.
Foi um prazer estar entre professores tão competentes.
Aprendi muito durante os momentos em que estivemos juntos.*

*Aos funcionários do Mestrado em Saúde Coletiva
por me ajudarem nos momentos em que precisei e também pelo
tratamento acolhedor e gentil que sempre tiveram comigo.*

*À banca examinadora
pelas contribuições marcantes na construção do trabalho.*

*Aos participantes da pesquisa,
os trabalhadores das equipes de Saúde da Família da UBS
Santa Rita e do Distrito Quinzópolis, pela prazerosa acolhida
e pela disposição em me ajudar a construir um novo conhecimento
e pela Prefeitura Municipal de Santa Mariana por possibilitar a
Educação Permanente em Saúde desta sua enfermeira.*

*A todos aqueles que mesmo sem saberem estiveram envolvidos
com a realização deste estudo, obrigada pela contribuição.*

*Não basta ter belos sonhos para realizar.
Mas ninguém realiza grandes obras se não
for capaz de sonhar grande.
Podemos mudar nosso destino se nos dedicarmos
à luta pela realização de nossos ideais.
É preciso sonhar, mas com a condição
de crer em nosso sonho,
de examinar com atenção a vida real
de confrontar nossa observação com nosso sonho,
de realizar escrupulosamente nossa fantasia.
Sonhos, acredite neles.*

LENIN

PINAFO, Elisângela. **Educação em saúde**: o cotidiano da equipe de Saúde da Família. 2010. 130 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

RESUMO

A educação em saúde se faz presente no cotidiano da Atenção Básica, sendo uma prática fundamental no contexto da Estratégia Saúde da Família. Nela, o conhecimento no campo da saúde atinge o cotidiano da vida das pessoas, sendo intermediado pela ação do profissional de saúde. Por constituir-se instrumento de trabalho da equipe de saúde da família, esta pesquisa teve como objetivo analisar a prática da educação em saúde no cotidiano da equipe de saúde da família, identificando suas concepções, facilidades e dificuldades. Trata-se de um estudo de caso qualitativo, realizado com duas equipes de saúde da família de um município de pequeno porte, no Paraná. Os dados foram coletados nos meses de abril a junho de 2009, por meio de observação e entrevistas semi-estruturadas. Da análise dos discursos e das observações emergiram três categorias: Concepção de educação em saúde; A prática cotidiana da educação em saúde e Expectativas quanto às práticas de educação em saúde na Atenção Básica. Os entrevistados demonstraram compreender a importância da prática da educação em saúde em seu cotidiano e mostraram reconhecer a importância do seu papel enquanto educador. O modelo de transmissão do conhecimento e o modelo curativo de assistência à saúde encontram-se fortemente arraigados na concepção e nas práticas de educação em saúde apresentada pelos profissionais da equipe de saúde da família. A prática educativa ocorre tanto de maneira informal quanto formal, sendo identificadas estratégias, potencialidades e fragilidades em sua condução. Percebeu-se um movimento de mudança na concepção de educação em saúde por parte de alguns profissionais, que apresentaram uma concepção que vai em direção ao aprendizado mútuo e o respeito aos conhecimentos prévios da população, porém esta ocorre de forma incipiente. Verificou-se a necessidade de maior valorização do papel do trabalhador enquanto sujeito propulsor de mudanças, ampliar a educação em saúde para o fortalecimento da participação social e da autonomia dos usuários em direção a uma transformação no modelo de atenção em saúde vigente.

Palavras-Chave: Educação em Saúde. Saúde da Família. Recursos humanos em saúde.

PINAFO, Elisângela. **Health education**: the daily of the team of family health. 2010. 130 f. Dissertation (Master's Degree in Public Health) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

ABSTRACT

Health Education is present in daily of Primary Health Care. It is a fundamental practice in the context of Family Health Strategy. It's through Family Health that the knowledge in the health area affects the people's life everyday, being mediated by the action of the health professionals. Health Education is an instrument of team Family Health; therefore, this research purposed to analyze the practices of Health Education in the daily of Family Health and to identify their conceptions, facilities and difficulties. This is a qualitative study did with two teams of Family Health in a small city of Parana. The data were collected from April to June, 2009, through observation and semi-structured interviews. They were analyzed according to the discursive practices and production of meanings in daily life, in accordance to Mary Jane Spink. Three categories emerged from the analysis of these data: Conception of Health Education; The practice of Health Education and its significance to professionals, and Expectations of the professionals of the team of Family Health regarding the practices of Health Education in Primary Health Care. The respondents demonstrated understanding the importance of the practice of Health Education in their everyday. They also demonstrated to be conscious about their role before the experienced situations. The transmission model of knowledge and the curative model of health attendance are deeply rooted in the conception and practices of Health Education presented by professionals of the team of Family Health. The educational practice occurs as much informally as formally, and strategies, strengths and weaknesses could be identified in its management. It was noticed a movement in the conception of Health Education by some professionals who showed a progressive conception in their educational work. It is also noticed a need of more valuation of the role of the worker as subject propellant of changes, and the emergence of the concern with social participation and the user's autonomy in the educational practices toward a transformation in the model of health care current.

Keywords: Health Education. Family Health. Health Manpower.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DC	Diário de Campo
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HGT	Hemogluco teste
MS	Ministério da Saúde
PA	Pressão Arterial
PMS	Plano Municipal de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SF	Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico de Higiene Dental
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 RECORTE TEMÁTICO E REFERENCIAL TEÓRICO	17
1.1 A EDUCAÇÃO NO SETOR SAÚDE	18
1.2 PERCURSO HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	20
1.3 A EDUCAÇÃO E O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	23
2 OBJETIVOS	27
2.1 OBJETIVO GERAL	28
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	29
3.1 ABORDAGEM QUALITATIVA	29
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE SANTA MARIANA	31
3.3 PROCESSO DE COLETA DE DADOS	35
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	38
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA	41
4.2 CONCEPÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	42
4.2.1 O Profissional de Saúde: sua Concepção Sobre Educação e a Relação com Suas Práticas Educativas	42
4.2.2 Educação em Saúde: Ferramenta Para Prevenir Doenças ou Promover a saúde?	46
4.3 A PRÁTICA COTIDIANA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	50
4.3.1 O Desenvolvimento da Educação em Saúde na Atenção Básica	50
4.3.2 Potencialidades e Fragilidades	85
4.4 EXPECTATIVAS QUANTO ÀS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA	97
4.4.1 Contribuições Percebidas com as Práticas Educativas	97

4.4.2	Como Avançar nas Ações de Educação em Saúde na Atenção Básica?	103
5	TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	108
	REFERÊNCIAS	112
	APÊNDICES	122
APÊNDICE A –	ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO / DIÁRIO DE CAMPO	123
APÊNDICE B –	ROTEIRO DE ENTREVISTA.	124
APÊNDICE C –	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	125
APÊNDICE D –	MAPA DE ASSOCIAÇÃO DE IDÉIAS	126
APÊNDICE E –	FLUXOGRAMA DA SISTEMATIZAÇÃO DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE	127
	ANEXOS	128
ANEXO A –	AUTORIZAÇÃO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIANA PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA	129
ANEXO B –	AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	130



Introdução

A educação em saúde, segundo publicação do Ministério da Saúde (MS), é um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa a apropriação temática pela população, tornando-se um conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado, a fim de alcançar uma atenção de acordo com suas necessidades. Ela potencializa o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que esses respondam às necessidades da população. Assim, as ações educativas têm como objetivo promover na sociedade a inclusão social e a promoção da autonomia das populações na participação em saúde (BRASIL, 2008).

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

Levy pontua que os objetivos da educação em saúde são “encorajar as pessoas a adotar e manter padrões de vida saudáveis, tomar suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e as do meio em que vive” (LEVY et al., 2003 p. 1).

Dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, Vasconcelos (1999) destaca a Atenção Básica (AB) como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde. A consideração do autor justifica-se pela particularidade destes serviços, caracterizados pela maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais.

Segundo publicação do MS (BRASIL, 2008, p. 6):

A Atenção Básica, como primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde, caracteriza-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e visa à manutenção da saúde. Deve ser desenvolvida por equipes multiprofissionais, de maneira a desenvolver responsabilidade sanitária sobre as diferentes comunidades adscritas aos territórios bem delimitados, deve considerar suas características sócio-culturais e dinamicidade e, de maneira programada, organizar atividades voltadas ao cuidado longitudinal das famílias da comunidade.

O MS aborda a prática da educação em saúde como atribuição básica e essencial da equipe de Saúde da Família (SF). Assim, esta prática é prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe. Espera-se que esta seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias (BRASIL, 2007a).

Todo profissional de saúde é um educador em potencial, sendo a educação em saúde uma atividade essencial para a sua prática e seu próprio reconhecimento enquanto sujeito do processo educativo, bem como o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos em busca de autonomia (ALVES, 2005).

Nos textos da Política Nacional de AB são descritas as atribuições quanto à prática da educação em saúde, sendo:

- ▶ Ao ACS, estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco.
- ▶ Ao auxiliar de enfermagem realizar ações educativas em saúde na comunidade.
- ▶ Ao enfermeiro, realizar práticas de educação em saúde na comunidade no âmbito da AB; supervisionar, coordenar ações de educação em saúde realizada pelos ACS e equipe de enfermagem, além de contribuir e participar das atividades de Educação Permanente em Saúde (EPS) da equipe de enfermagem, ACS e Técnico de Higiene Dental (THD).
- ▶ Ao médico, a prática de educação em saúde deve ser realizada para grupos específicos e famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe, além de contribuir e participar das atividades de EPS dos ACS, auxiliares de enfermagem e THD (BRASIL, 2006).

A proposta deste estudo é problematizar a questão da educação, buscando identificar qual o entendimento por parte dos atores sociais-trabalhadores da equipe de SF sobre esta prática na AB. Para isto, foi realizado um olhar mais

crítico sobre a tarefa de educar em saúde, em municípios de pequeno porte que possuem população de até 20.000 habitantes.

A decisão de trabalhar esse tema neste perfil de município deve-se à minha experiência profissional no trabalho em uma equipe de SF de um município de aproximadamente 12.000 habitantes, à reflexão sobre a minha prática educativa e a da equipe do qual faço parte, além do acompanhamento de um projeto de pesquisa realizado pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Diante disso, surgiram instigações de: como ocorre a prática da educação em saúde na equipe de SF? Qual a concepção que permeia as práticas educativas dos profissionais desta estratégia?

Os municípios de pequeno porte representam 73% dos municípios brasileiros, de acordo com o Plano Diretor em Municípios de Pequeno Porte, publicado pelo Ministério das Cidades. Ainda segundo esse plano, há necessidade da instituição de políticas específicas para esta categoria de municípios devido à carência de estrutura para planejamento e à baixa capacidade de gestão urbana para exercer a competência municipal constitucional (BRASIL, sd).

A presente pesquisa foi estruturada em cinco capítulos. O primeiro capítulo, **RECORTE TEMÁTICO E REFERENCIAL TEÓRICO**, apresenta uma contextualização sobre a educação no setor saúde, explorando seu conceito, o percurso histórico da educação em saúde, a educação e o processo de trabalho em saúde. Ainda neste capítulo, destaca-se a prática da educação em saúde enquanto estratégia de transformação.

No segundo capítulo são apresentados os **OBJETIVOS** deste trabalho. O terceiro trata da **TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**. Neste capítulo apresenta-se a abordagem qualitativa, a caracterização do município e dos serviços de saúde de Santa Mariana, a população e o local de estudo, a coleta de dados, além do método utilizado para a análise dos dados, as categorias emergentes e os aspectos éticos.

O quarto capítulo traz os **RESULTADOS E DISCUSSÃO**, que inclui a caracterização dos participantes e as três categorias de análise: Concepção de educação em saúde; A prática cotidiana da educação em saúde e Expectativas quanto às práticas de educação em saúde na AB.

O quinto e último capítulo, **TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES**, apresenta o resgate dos objetivos frente aos resultados encontrados e traz uma

sistematização da análise dos resultados, além das contribuições do estudo para o município e para a comunidade científica.



1 Recorte Temático e Referencial Teórico

O diálogo é o inverso da dominação e do autoritarismo. Seu caráter é construtivo, amplo e educativo, pois através dele as pessoas são levadas a refletir sobre o assunto em discussão
(SALES, 2008)

1.1 A EDUCAÇÃO NO SETOR SAÚDE

A educação se faz fortemente presente no cotidiano do setor saúde, sendo uma prática fundamental no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. De acordo com os pressupostos pedagógicos de Freire (2005), a educação é uma atividade mediadora entre o indivíduo e a sociedade, entre a teoria e a prática que se constrói na relação de diálogo. A educação tem o potencial de desenvolver sujeitos ativos, participantes da transformação social.

O conceito de educação em saúde e suas práticas desenvolveram-se nas últimas décadas de forma significativa, reorientando as reflexões teóricas metodológicas neste campo de estudo (GAZZINELLI, 2005).

O campo da educação na área da saúde é conceituado de várias formas, como: educação em saúde, educação na saúde, educação para saúde e educação popular em saúde. Estes vários conceitos se confundem e esta confusão também ocorre em sua prática.

A educação em saúde segundo L'abbate (1994) pode ser definida como um campo de práticas que ocorre nas relações sociais estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição de ensino e, sobretudo, com o usuário no desenvolvimento cotidiano de suas atividades. Desta forma, ela abrange o conceito de educação na saúde, pois abarca o universo do campo da educação e sua função na área da saúde. Como exemplo, podemos pensar na educação dos profissionais de saúde, a educação voltada para a pesquisa em saúde, a educação como ferramenta de trabalho dos profissionais para o cuidado com os usuários dos serviços de saúde.

O princípio de se educar para a saúde e para o ambiente parte do pressuposto de que os problemas de saúde são frutos da precária situação educacional da população, necessitando de medidas corretivas e/ou educativas para mudar este panorama. Esta forma de educar a população ocorre devido à idéia de que o saber instituído sempre leva à aquisição de novos comportamentos e práticas. O público é tomado como objeto de transformação, concebendo a educação como “uma ação específica para”, ou seja, uma “Educação para a Saúde” (GAZZINELLI, 2005, p. 201).

Esta prática educativa focada nos conteúdos científicos, normativa e vertical, preocupa-se com a transferência do saber para a redefinição de valores pré-determinados, mostrando-se muitas vezes ineficaz em seu potencial de provocar mudanças de comportamento.

A busca de uma educação que seja capaz de mudar a sociedade nasceu com Paulo Freire, numa nova pedagogia denominada de educação popular, que desenvolve o diálogo com novas teorias e práticas de um “ouvir o outro” para educá-lo e para educar-se com ele.

A partir de então, mais precisamente nos anos 70, surge uma experiência de educação popular na área da saúde, que se realiza quando o trabalho profissional funde-se em um trabalho cultural de educação por meio da saúde, trazendo uma cultura de relação com as classes populares, que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde e buscou construir como fim o sentido de uma educação conscientizadora (BRANDÃO, 2001).

Referindo-se às diversidades de conceitos que permeiam o campo da educação na área da saúde, encontra-se em outra literatura uma compreensão de vários autores, a de que a educação em saúde é assim designada como um importante objeto de trabalho dos profissionais, contribuindo para controlar as complicações advindas das doenças em direção a um estilo de vida saudável. Entende-se a educação em saúde como instrumento de emancipação do homem, devendo ser desenvolvida dentro de uma concepção dialógica que leve à emancipação do sujeito, e considere suas representações, trajetória de vida, experiências, saberes e culturas (BRANDÃO, 2001; TAVARES, 2002).

No entanto, existe também a concepção de que o termo educação em saúde está relacionado ao modelo tradicional de transmissão de conhecimentos, enquanto a terminologia educação para a saúde se destina à ações problematizadoras dos profissionais de saúde, incentivando a participação ativa dos usuários no processo educativo (TAVARES, 2002).

Conforme o observado, o conceito de educação em saúde e educação para a saúde na literatura, ora são usados como sinônimos, ora são vistos com sentido oposto. O presente estudo busca compreender o fenômeno da educação no campo da saúde. Para tanto, optou-se por designar a prática educativa realizada pelos profissionais para com os usuários dos serviços públicos de saúde,

utilizando-se o termo educação em saúde, haja vista esta designação ser usada rotineiramente pela literatura atual e devido à educação em saúde ser compreendida como um conjunto de saberes e práticas diversas, entendida como política pública (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

1.2 PERCURSO HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde foi sendo construída ao longo de sua história de acordo com a evolução da política de saúde brasileira, seguindo as mudanças de conceitos e concepções do processo de saúde-doença. Para a compreensão da situação atual, devemos explicitar e situar este percurso histórico.

Smeke e Oliveira (2001) afirmam que as primeiras práticas sistemáticas de educação em saúde desenvolveram-se no final do século XIX e início do século XX, de acordo com a necessidade do Estado controlar as epidemias que prejudicavam a economia agroexportadora. Assim, nasce a educação em saúde denominada “Educação Higiênica”, ligada ao saneamento dos portos e ao combate contra as várias epidemias que deixavam em risco a economia baseada na exportação do café. Esta prática dava-se de forma disciplinadora, com forte influência dos aspectos higienistas e normatizadores. Predominavam as campanhas autoritárias, impondo ao povo medidas consideradas científicas pelos técnicos (VASCONCELOS, 1999)

Durante a década de 20 com a urbanização, os problemas de saúde se diferenciaram, havendo a necessidade de maior atuação do Estado sobre a população. Para Vasconcelos (1999) surge então a denominada “Educação Sanitária”. Neste momento as ações médicas e de educação são o foco de debate da política nacional, embora as ações não fossem vistas com caráter tão autoritário quanto no período anterior.

Nos anos 40, algumas alterações no campo teórico da educação em saúde foram vistas. Antes, havia uma predominância para a culpabilização individual do sujeito por seus problemas de saúde passando para um conceito mais ampliado, que tenta envolvê-lo no processo educativo (MELO, 1987). E no final dos anos 50 e início dos anos 60, os movimentos sociais ganham espaço e Paulo Freire propõe

uma nova pedagogia, na qual possibilita que no processo educativo, educador e educando construam saberes a partir do diálogo. Na saúde, o processo saúde-doença passa a ser refletido em sua multidimensionalidade e ligado às questões sociais (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003).

De acordo com Vasconcelos (1999), vários profissionais de saúde incorporaram o método de educação popular de Paulo Freire na assistência, revisando suas práticas educativas, buscando construir um novo projeto em saúde, seguindo este movimento que defende que o saber popular deve ser valorizado e o diálogo deve tornar-se o instrumento do processo ensino-aprendizagem. No entanto, este processo é interrompido com a vinda do regime militar no Brasil, devido a expansão do modelo médico-privatista e da medicina curativa. Durante a ditadura militar, a educação não possuiu espaço significativo. Em meio ao descaso do Estado com os problemas populares, vão se configurando novas iniciativas da população com o apoio da Igreja Católica e de intelectuais das diversas áreas, que constroem suas práticas com base no diálogo entre o saber popular e o saber acadêmico (VASCONCELOS, 1999).

A partir dos anos 70, começam a surgir os movimentos sociais que lutaram pela Reforma Sanitária. Neste Movimento, a educação em saúde é valorizada com um novo enfoque, em que população e profissionais compartilham saberes e buscam em conjunto a melhoria da qualidade de vida das pessoas (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003). O Movimento da Reforma Sanitária, formado por intelectuais com atuação no campo da saúde, objetivava lutar pela transformação do sistema de saúde. Este movimento propôs a universalização, a unificação e a descentralização como componentes essenciais de uma reforma democrática no setor saúde (SILVA; ROTENBERG; VIANNA, 2004).

O Movimento Sanitário foi marcado pela luta democrática e pela formulação do pensamento crítico na política de saúde. Por meio deste movimento e com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) conquistou-se a promulgação da constituição de 1988, na qual a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado. Além disso, a nova constituição trouxe consigo a implantação do SUS, estruturado sob novos princípios para a organização do sistema de saúde, tais como: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular (BRASIL, 1990).

Faz-se necessário apontar que as concepções de saúde e de educação em saúde sofreram influências de um movimento mundial, ocorrido em dois momentos: a Conferência Mundial de Saúde realizada em Alma Ata em 1978, no qual foi acordada a meta saúde para todos no ano 2000 e a I Conferência Mundial de Promoção à Saúde em Ottawa, no Canadá, no ano de 1986, que retoma a assistência primária sob o olhar da promoção à saúde, diferenciando-se dos enfoques tradicionais de saúde (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003).

Desta forma, os serviços de saúde caminham para um espaço de desenvolvimento destas políticas construindo um novo modelo de assistência. Entretanto, para a construção deste novo modelo é preciso que haja uma reorganização dos serviços de saúde (SILVA; ROTENBERG; VIANNA, 2004).

Como início de uma mudança na construção de um modelo de saúde igualitário, a concepção de saúde que permeia a Reforma Sanitária é entendida como um processo ligado às condições de vida e resultante das formas de inserção dos sujeitos e grupos no processo produtivo. Para tal, houve uma mudança na ótica das políticas de saúde, que tomaram como propósito as conquistas democráticas e sociais da Reforma Sanitária em direção a um modelo de saúde que visa à promoção da saúde e a participação popular, em oposição ao modelo assistencial de cunho curativo, hospitalocêntrico, fragmentado, privatista e de baixa resolutividade. (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003).

Como estratégia operacional para mudança do modelo assistencial, a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem com o importante sentido de propor uma nova estrutura dos serviços de saúde para nova relação com a comunidade e com os serviços nos diferentes níveis de complexidade assistencial (VASCONCELOS, 1999). Propõe mudar a forma tradicional de prestação da assistência, visando uma implantação na lógica da promoção da saúde e da integralidade da assistência ao sujeito e sua família, no domicílio e à comunidade. Nesta concepção, a AB torna-se um espaço favorável para o desenvolvimento das práticas educativas em saúde e os profissionais, atores/sujeitos importantes deste processo. Esta somatória faz com que a educação em saúde constitua-se em instrumento fundamental na construção histórica da assistência integral requerida pela Reforma Sanitária e pela ESF (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004; WENDHAUSEN; SAUPE, 2003).

1.3 A EDUCAÇÃO E O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

A educação é uma forma de intervir no mundo, e esta intervenção pode ser sentida tanto na reprodução da ideologia dominante como pelo caráter de desvendá-la (FREIRE, 2008; GADOTTI, 1983). Neste raciocínio, esta característica da educação é apresentada sob a ótica de alguns autores, com destaque para Freire, Morin e Luckesi.

Para Freire (2008), a ideologia hegemônica tem a capacidade de mascarar a realidade, fazendo com que os sujeitos aceitem o discurso fatalista. Freire aponta que é preciso reconhecer que o homem é um ser condicionado, no entanto, capaz de superar tal condicionamento que reduz a presença do homem em sua história e no seu ambiente social a uma pura adaptação (FREIRE, 2008).

A educação está cheia de sentidos, conceitos, valores e finalidades que norteiam a sociedade (LUCKESI, 1994). Ela é vista como uma maneira de intervenção, e Luckesi (1994) a descreve de três formas, entendendo que os sentidos da educação na sociedade são expressos pelos seguintes conceitos: educação como redenção, educação como reprodução e educação como um meio de transformação da sociedade .

A educação como redenção da sociedade considera a mesma como um conjunto em equilíbrio e harmonia e reconhece a existência de grupos que estão à margem da sociedade. Neste contexto, a educação tem por significado e finalidade a adaptação do indivíduo à sociedade e deve reforçar a sua integração ao todo social. Para tanto, atua na formação da personalidade do indivíduo para o desenvolvimento de suas habilidades e para a veiculação dos valores éticos necessários à convivência social. Na educação redentora, ao invés da sociedade interferir na educação é ela que interfere no social (LUCKESI, 1994). Para o mesmo autor, esta é uma forma ingênua de compreender a relação da educação com a sociedade.

O conceito de educação como reprodução da sociedade afirma que a educação faz parte da sociedade e a reproduz. A diferença entre a tendência anterior e esta é que a educação redentora atua sobre a sociedade corrigindo seus desvios, tornando-a melhor e mais próxima do modelo idealizado. Já a educação como reprodutora da sociedade implica entendê-la como elemento da própria

sociedade, determinada por seus condicionantes e a serviço desta (LUCKESI, 1994).

Para este autor, a educação reprodutora está relacionada à reprodução da força de trabalho, no sentido de garantir a produtividade da sociedade capitalista, oferecendo conhecimentos técnicos e determinando o comportamento dos sujeitos. “A reprodução da força de trabalho exige não só uma reprodução da qualificação desta, mas, ao mesmo tempo, uma reprodução da submissão desta à ideologia dominante” (LUCKESI, 1994, p. 44).

A terceira tendência busca compreender a educação como mediação de um projeto social. Essa tendência não coloca a educação a serviço da conservação, mas pretende demonstrar que é possível compreendê-la dentro da sociedade, com os seus determinantes e condicionantes, porém com a possibilidade de trabalhar pela sua democratização (LUCKESI, 1994).

As tendências de educação e as formas de sua intervenção apresentados por Luckesi (1994) revelam que cada concepção possui uma determinação filosófica e política. Neste sentido, quando se faz referência à educação, é preciso sempre reconhecer seus determinantes.

Tradicionalmente, a educação em saúde tem sido um instrumento de dominação, refletindo a ideologia das classes dominantes que valoriza o saber dominante e responsabiliza os indivíduos pela redução dos riscos à sua saúde. Segundo Albuquerque e Stotz (2004), esta educação hegemônica não mostra repercussões na integralidade e na promoção da saúde dos indivíduos, sendo necessário incorporar novas práticas de ensino por parte dos profissionais e pelos serviços de saúde, para que a educação em saúde torne-se um instrumento de transformação e de ações efetivas neste setor.

A educação no sentido de transformação da realidade surge com algumas tendências pedagógicas, dentre elas, a progressista libertadora traz as idéias de Paulo Freire. Esta tendência valoriza a ação pedagógica inserida no contexto social (LUCKESI, 1994).

Segundo Morin (2006), a educação deve contribuir para formar cidadãos e despertar virtudes de solidariedade e responsabilidade, devendo ser entendida não apenas como um meio de adquirir conhecimentos, mas também de transformar a realidade do sujeito que é educado.

Freire (2002) afirma que a educação é um ato intencional, no qual educador e educando o vivenciam e possuem o compromisso de ambos serem transformados. Este aspecto transformador da sociedade não admite reduzir o processo educativo à transmissão de conhecimentos e acúmulos de informações. Segundo este autor “[...] ensinar é desafiar os educandos a que pensem sua prática a partir da prática social, e com eles, em busca dessa compreensão, estudar rigorosamente a teoria da prática” (FREIRE, 2002, p. 104). Freire revela ser essencial integrar a prática com a teoria por meio da compreensão teórica da prática que os sujeitos possuem.

A tendência progressista também traz elementos que objetivam a autonomia dos sujeitos, não excluindo nem reduzindo a figura do educador. Para Freire (2002), o educador é indispensável à prática pedagógica, a qual só se completa quando há outro sujeito de conhecimento, o educando. Por isso, Freire afirma que o educador e o educando não são iguais (FREIRE, 2002, p.83). A função do educador é educar, porém esse jamais deve perder a consciência de que, ao educar, também se educa (FREIRE, 2002).

Com base nesta reflexão, percebe-se que a educação pode produzir transformações na sociedade, entretanto, não é um processo fácil, uma vez que exige reflexão crítica da realidade.

No campo da saúde a realidade das práticas educativas estão imersas no processo de trabalho em saúde. Segundo publicações do MS, (BRASIL, 2005), o processo de trabalho em saúde é considerado uma atividade ou ato produtivo útil para a transformação de uma realidade social portadora de finalidade, realizado mediante relações sociais. Para Merhy et al. (2006) o trabalho em saúde é uma atividade de produção não material, consumido durante sua produção, demonstrando que seu produto é indissociável do processo que o produz, ou seja, é a própria realização da atividade.

Referindo-se à prática educativa no âmbito do trabalho em saúde, verifica-se que esta é indissociável da ação laboral do trabalhador. Em sentido geral, prática “é todo processo de transformação de uma matéria prima dada em um produto determinado, transformação efetuada por um determinado trabalho humano, utilizando meios determinados de produção” (AROUCA, 1975, p. 73).

Segundo Arouca (1975), a prática possui três vertentes: técnica, ideológica e teórica. A prática técnica constitui-se na transformação de matérias

primas em produtos técnicos, por meio de determinados instrumentos de produção. A prática ideológica ocorre pela transformação de uma consciência dada em uma nova consciência, produzida por meio de uma reflexão da consciência sobre si mesma. E a prática teórica se dá pela transformação de um produto ideológico em conhecimento teórico por meio de um trabalho conceitual determinado.

Da mesma forma podemos refletir a educação em saúde em sua prática cotidiana segundo as vertentes apresentadas por Arouca (1975). A prática educativa pode se concretizar como técnica, por meio de sua ação fundamentada em estratégias metodológicas que facilitam a transmissão de informações. A educação como prática ideológica pode ocorrer por meio da transformação de uma consciência pautada na ideologia dominante, em uma nova consciência produzida pelo processo educativo, que reflete em uma postura autônoma dos indivíduos em tomar suas próprias decisões. E a educação como prática teórica se designa à apropriação temática do campo da saúde por parte da população.

Olhando o propósito da prática da educação em saúde na AB, nota-se que os discursos apontam para a busca de promover mudanças tanto para os usuários do serviço, quanto para o profissional e para o processo de trabalho em saúde, acreditando no potencial transformador da educação como um propósito a ser defendido em direção à transformação do modelo de saúde vigente.



2 Objetivos

2.1 OBJETIVO GERAL

- ▶ Analisar a prática da educação em saúde no cotidiano da equipe de Saúde da Família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ▶ Identificar a concepção de educação em saúde dos profissionais inseridos nas equipes da Saúde da Família.
- ▶ Analisar como os profissionais da equipe de Saúde da Família praticam a educação em saúde.
- ▶ Descrever as facilidades e dificuldades encontradas no cotidiano da prática educativa em saúde;

Identificar os temas abordados nas práticas educativas.



1000imagens.com © ETK Reis

3 Trajetória Metodológica

*Não faças do amanhã o sinônimo do nunca,
nem o ontem te seja o mesmo que nunca mais.
Teus passos ficaram. Olhes para trás.
Mas vá em frente, pois há muitos que precisa m
que chegues para poderem seguir-te.*

(CHARLES CHAPLIN)

3.1 ABORDAGEM QUALITATIVA

O presente estudo utiliza como opção metodológica a abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2002), a pesquisa qualitativa almeja a compreensão ou explicação dos fenômenos como princípio do conhecimento. Busca um entendimento dos valores, práticas, hábitos, atitudes, relações e percepções, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus conhecimentos e a si mesmos, sentem e pensam.

Caracteriza-se pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna de um grupo ou do processo em estudo. Para isto, conta como um de seus métodos de investigação o estudo de caso, que em seu processo investigativo estuda um fenômeno dentro do contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidos. É um estudo dos acontecimentos, dos fatos ocorridos, dos contextos, das hipóteses e das circunstâncias (YIN, 2005).

De acordo com Yin (2005), o “caso” na pesquisa social costuma ser uma organização, uma prática social ou uma comunidade, geralmente estudadas a partir de técnicas de investigação como a observação participante e a entrevista. Este mesmo autor diz que este desenho de pesquisa volta a atenção para a possibilidade de se construir o conhecimento a partir da singularidade de um caso. Assim, analisando as singularidades das relações de um serviço de saúde, pode-se dialogar de forma densa com a lógica do sistema de saúde da qual faz parte.

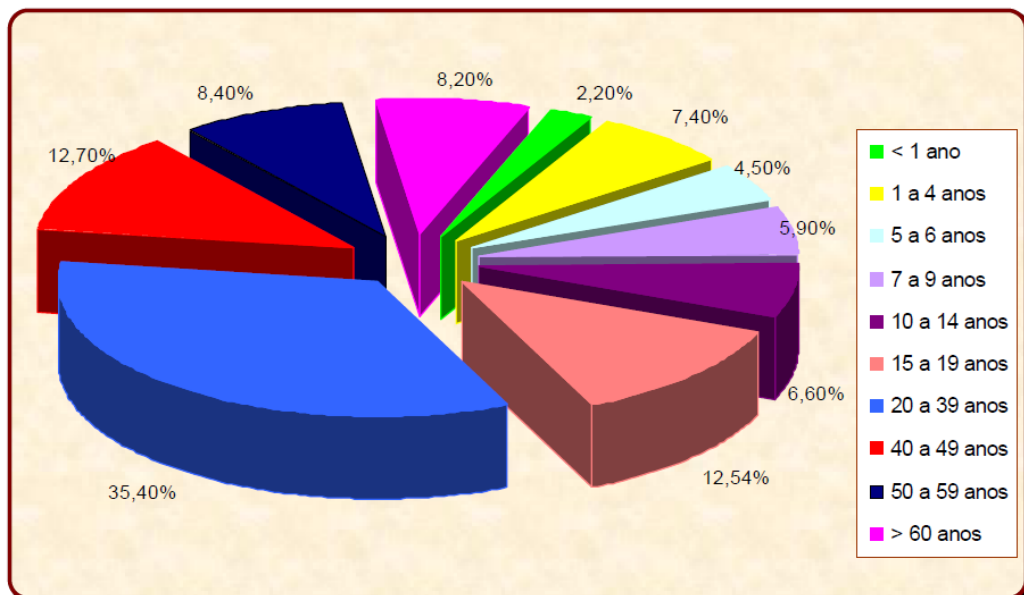
O estudo de caso possui duplo objetivo, no qual o primeiro tenta compreender o grupo ou a organização. O segundo objetivo tenta o desenvolvimento de conceitos gerais sobre regularidades do processo e de estrutura sociais. Portanto, num estudo de caso, lida-se ao mesmo tempo, com questões que surgem num campo empírico e com aquelas que se situam mais numa discussão teórica (YIN, 2005).

Neste trabalho, o estudo de caso permitiu uma investigação das características significantes da educação em saúde vivenciada pelos profissionais no cotidiano da equipe de SF, como também buscou descrever e analisar a particularidade e a complexidade deste fenômeno num município de pequeno porte, que faz parte da grande realidade dos municípios brasileiros.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE SANTA MARIANA

O estudo foi realizado no município de Santa Mariana. Este município está situado no norte do Paraná, sendo considerado de pequeno porte, pois possui aproximadamente 12.000 habitantes (IBGE, 2010). De acordo com o Plano Municipal de Saúde (PARANÁ, 2010), este município foi criado em 1947, e possui uma economia voltada para a agricultura e para o comércio. Apresenta uma taxa de urbanização de 64,35%, e uma população rural de aproximadamente 4.000 habitantes, com um crescimento anual de 0,66%.

Quanto às características dessa população há um predomínio na faixa etária jovem adulta, pois 35,4% dessa população estão entre 20 e 39 anos, 12,7% entre 40 e 49 anos, 2,2% são menores de um ano, e 8,2% são maiores de 60 anos (PARANÁ, 2010). Desta forma, este município apresenta uma população em fase reprodutiva e de vida ativa conforme descrito na Figura 1.



Fonte: Plano Municipal de Saúde, Santa Mariana, Paraná, 20108.

Figura 1 – Distribuição da população do município de Santa Mariana de acordo com a faixa etária, Paraná, 2010.

Grande parte da população urbana (95%) possui acesso a serviços básicos como água encanada, energia elétrica e coleta de lixo. A média de anos de

estudo para a população adulta (acima de 25 anos), é de 4,6 anos e uma taxa de analfabetismo de 22,5%, lembrando que 29,3% da população é classificada como pobre, tendo uma renda per capita de R\$202,60 (PARANÁ,2010).

No ano de 2008, as cinco principais causas de mortalidade foram: Doenças do Aparelho Circulatório (28%), Neoplasias (17%), Aparelho Digestivo (11%), Causas Externas (9%), Doenças do Aparelho Respiratório (8%). O coeficiente de mortalidade infantil deste município, neste mesmo ano, foi de 19,87/1000 n.v. (PARANÁ, 2010).

A organização do serviço de saúde deste município está esquematizada da seguinte maneira:

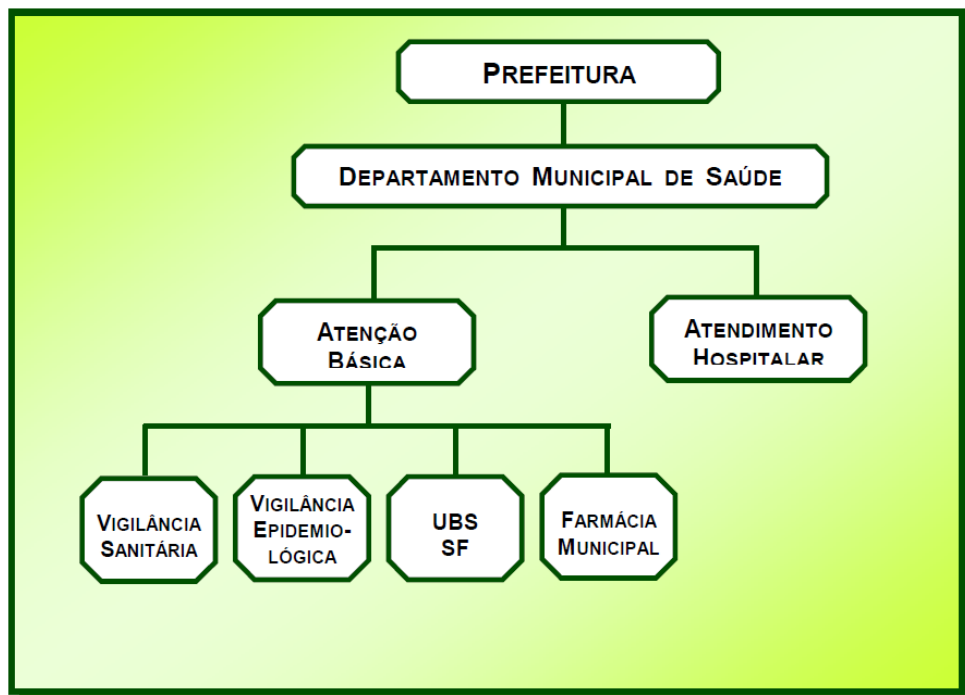


Figura 2 – Organização do serviço de saúde de Santa Mariana – Paraná, 2010.

O município possui quatro UBS, sendo duas na área rural.

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	LOCALIZAÇÃO
UBS Central	Santa Mariana
UBS Santa Rita	Santa Mariana
UBS Quinzópolis	Distrito Quinzópolis
UBS Panema	Distrito Panema

Todas as UBS contam com uma equipe de SF. Estas equipes são formadas por um enfermeiro, um médico, um auxiliar e um técnico de enfermagem, e dois a seis ACS. Embora o MS preconize a composição da equipe de SF por um auxiliar ou um técnico de enfermagem, neste município a gestão optou pela presença dos dois profissionais na equipe. Assim, no presente estudo, a categoria destes trabalhadores será denominada como auxiliares de enfermagem.

Todas as UBS contam com uma equipe de SF. Estas equipes são formadas por um enfermeiro, um médico, um auxiliar e um técnico de enfermagem, e dois a seis ACS. Embora o MS preconize a composição da equipe de SF por um auxiliar ou um técnico de enfermagem, neste município a gestão optou pela presença dos dois profissionais na equipe. Assim, no presente estudo, a categoria destes trabalhadores será denominada como auxiliares de enfermagem.

A assistência prestada pelas UBS conta com os seguintes serviços: atenção à saúde individual no ciclo vital com consulta com clínico geral, ginecologista/obstetra, pediatra, cardiologista, geriatra e com a enfermagem; procedimentos de enfermagem; controle e notificação de doenças transmissíveis; ações no controle e acompanhamento de crianças, gestantes, portadores de doenças crônico-degenerativas; prevenção do câncer do colo do útero e de mama; visita domiciliar, acompanhamento de acamados; Programa Nacional de Imunização, atendimento odontológico, farmacêutico e de fisioterapia.

Estas UBS atendem uma demanda programada no qual se realiza: puericultura, consulta de puerpério, consultas médicas, odontológicas, exame preventivo do câncer do colo do útero e de mama. No entanto, a demanda espontânea destaca-se com um maior número de atendimento. Dentre os tipos de demandas citados, este município realiza cerca de 1.000 atendimentos diários

realizados nas UBS. Quando há a necessidade de atendimento especializado, os usuários são encaminhados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná (CISNOP), em Cornélio Procópio. O município possui um conselho municipal de saúde, que no momento da pesquisa encontrava-se inativo.

□ POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO

A população de estudo compreendeu os profissionais de saúde de duas equipes de SF, uma na área rural e outra na área urbana do município. Estes funcionários são concursados para exercerem carga horária de 40 horas semanais.

As UBS pesquisadas funcionam 8 horas/dia (das 7:00 às 11:00 e das 13:00 às 17:00 h). A UBS da área urbana situa-se na Vila Santa Rita e atende uma população de aproximadamente 4.500 habitantes, dando assistência a cerca de 300 pessoas por dia, e sua área abrange a população de dois bairros totalizando quatro microáreas urbanas, e uma microárea com fazendas e sítios.

A UBS da área rural encontra-se no distrito Quinzópolis, com uma população de aproximadamente 800 habitantes entre a área do distrito, além de sítios e fazendas próximos. Totalizam duas microáreas, realizando cerca de 80 atendimentos diários (PARANÁ, 2010).

Estas UBS contam com o serviço de vários profissionais, dentre eles: enfermeiro, médico, auxiliar e técnico de enfermagem, ACS, dentista, THD, zeladora, motorista. Estas UBS contam com o serviço de vários profissionais, dentre eles: enfermeiro, médico, auxiliar e técnico de enfermagem, ACS, dentista, THD, zeladora, motorista.

Os sujeitos pesquisados nas UBS constituem a equipe básica de SF formada por uma enfermeira, um médico, um auxiliar e um técnico de enfermagem e ACS. A área urbana possui quatro ACS enquanto que a área rural possui dois.

Estas UBS oferecem os seguintes serviços de saúde à população de sua área de abrangência: atenção à saúde individual no ciclo vital com consulta com clínico geral e com a enfermagem; procedimentos de enfermagem; controle e notificação de doenças transmissíveis; ações no controle e acompanhamento de crianças, gestantes; portadores de doenças crônico-degenerativas; prevenção do

câncer do colo do útero e de mama; Programa Nacional de Imunização, visita domiciliar, acompanhamento de acamados e atendimento odontológico.

3.3 PROCESSO DE COLETA DE DADOS

Na pesquisa qualitativa, o pesquisador é o próprio instrumento de trabalho, uma vez que a utilização de seus sentidos é essencial para a coleta de dados (TURATO, 2005). Schraiber (1995, p. 70) afirma que o pesquisador deve ter domínio sobre sua pesquisa para tornar

[...] seus procedimentos uma forma viva de exercício de subjetividade teoricamente fundamentada, isto é, o próprio pesquisador como instrumento de investigação e não apenas um mero portador de impressões pessoais

Para a realização desta pesquisa houve a preparação do pesquisador, ou seja, este se preocupou em apropriar-se do tema em estudo antes da realização dos métodos de investigação. Entretanto, é importante que ele faça uso de métodos que tenham como propósito a captação desses fenômenos. Como método de investigação, realizou-se a observação e a entrevista semi-estruturada, buscando aproximar-se do trabalho desenvolvido nas UBS de forma a apreender as características e as necessidades que direcionam à finalidade do trabalho em educação em saúde no momento atual da SF.

No intuito de aprimorar os instrumentos de coleta de dados, realizou-se a observação e entrevistas com profissionais de uma equipe SF em um outro município próximo, que possuía características semelhantes ao de estudo.

Primeiramente, foi realizada a observação das práticas educativas no cotidiano de trabalho da equipe de SF que consistiu no acompanhamento do maior número de atividades desenvolvidas pelos profissionais. Antes de começar a observação, o pesquisador realizou um contato inicial com todos os participantes para conhecê-los e também conhecer o local observado.

Esta observação ocorreu por um período de três meses, de abril a junho de 2009, resultando um total de 14 semanas de observação realizada em dias

e períodos alternados, totalizando 62h de observação na área rural e 51h na área urbana. Esta diferença nas horas de observação relacionou-se às atividades educativas em grupos realizadas na área rural.

A observação foi utilizada para apreender, da forma mais abrangente possível, a dinâmica do trabalho realizado nas UBS em seus diferentes aspectos, sendo realizada pela pesquisadora no ambiente de trabalho de cada equipe.

Foram realizados apontamentos no Diário de Campo (DC) sobre as discussões presenciadas que posteriormente facilitou a produção do relatório de observação com 102 páginas escritas. Quanto à observação propriamente dita, foi analisada a condução dada pelos profissionais da equipe de SF às situações apresentadas em seu cotidiano relacionadas à prática da educação em saúde. O instrumento de observação utilizado por esta pesquisa encontra-se no Apêndice A.

Conforme Mishima (1995), o método de observação é um processo rico para a coleta de dados qualitativos, uma vez que permite apreender as características de determinado fenômeno social. Observar é procurar dentro de um evento social, estudá-lo para além de seus aspectos aparentes buscando compreendê-lo em suas contradições, dinamismos e relações.

Além disso, foi utilizada a entrevista semi-estruturada, dando a oportunidade aos profissionais de se pronunciarem sobre a temática em questão, com o objetivo de explorar mais a fundo a educação em saúde segundo a visão destes trabalhadores.

A entrevista foi conduzida a partir de um roteiro (Apêndice B), que conteve na primeira parte, os dados de identificação e a experiência profissional com a educação em saúde dos entrevistados, e na segunda, apresentou aspectos que contemplaram o tema abordado tais como: visão dos trabalhadores da equipe de SF quanto suas concepções sobre a educação em saúde, sua prática, facilidades/dificuldades, e os temas abordados.

As entrevistas ocorreram após o período de observação no mês de julho de 2009. Foram gravadas e transcritas na íntegra e de forma literal. Segundo Gil (2004), a transcrição não pode sintetizar as falas, ela deve ser realizada de forma literal, preservando todas as características possíveis. Antes do início das entrevistas, os participantes foram informados sobre a utilização de um gravador, no intuito de tornar mais rico o material coletado.

Posteriormente o material foi conferido pelo pesquisador, que realizou várias leituras, e após estas leituras foram retirados os vícios de linguagem e feita a correção ortográfica para proteção dos participantes da pesquisa.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é caracterizada como um instrumento importante por possibilitar a produção de conteúdos fornecidos diretamente pelos sujeitos envolvidos no processo. O entrevistador pretende com esse instrumento elucidar as informações pertinentes ao seu objeto (MINAYO; DESLANDES, 2002).

Segundo Minayo (1996, p. 109):

[...] o que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações é a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócioeconômicas e culturais específicas.

Em relação ao roteiro de entrevista, Schraiber (1995) relata que sua utilização é fundamental para orientação da mesma e permite que o pesquisador tenha maior clareza das informações que deseja obter; além disso, sua utilização também auxilia quando se quer aprofundar a discussão sobre determinado assunto. Entretanto, Gaskell (2004) destaca que o pesquisador não deve prender-se totalmente ao roteiro, pois durante a entrevista podem surgir temas interessantes e esses não serem explorados pelo fato de não estarem contemplados na relação de assuntos a serem abordados.

Os princípios éticos que nortearam esta pesquisa estão contemplados na resolução 196/96, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Este estudo foi autorizado pela Prefeitura Municipal de Santa Mariana (Anexo A) e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UEL, conforme parecer nº 181/08 (Anexo B) (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

Aos participantes foram apresentados os objetivos da pesquisa, e solicitado sua participação e garantido o caráter sigiloso de suas informações. Todos os profissionais concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C).

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Buscou-se analisar o material produzido pela observação e pelas entrevistas a partir de categorias gerais que surgiram de acordo com os grandes temas instigadores.

Para Spink (2004), o sentido é uma construção social, interativa e coletiva, por meio do qual as pessoas constroem os termos que compreendem e lidam com as situações e os fenômenos a sua volta.

Para fazer aflorar os sentidos neste estudo, procurou-se compreender o significado das falas dos entrevistados e do material produzido no período de observação através do desenvolvimento do mapa de associação de idéias (Apêndice D).

Neste estudo, o mapa de associação constituiu-se num instrumento de visualização e de organização dos assuntos discutidos que ajudaram a dar subsídios ao processo de interpretação e facilitaram a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo.

A construção deste mapa iniciou-se pela definição de categorias gerais, de natureza temática, que refletiram os objetivos do presente estudo. No primeiro momento, buscou-se organizar os conteúdos para preservar a seqüência das falas, mantendo o diálogo intacto, sem fragmentação, sendo deslocado para as colunas previamente definidas e em seguida foi identificado os processos de interação a partir da esquematização visual da observação e das entrevistas como um todo.

Num segundo momento, foi feita a releitura do material do mapa de associação tomando as unidades de significados interpretadas. Em seguida, foi realizada a aproximação e as convergências e divergências presentes. Esta aproximação, buscando as evidências entre as unidades de significado, possibilitou a construção de categorias que configuram a estrutura do fenômeno estudado.

□ EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

■ CONCEPÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

- ▶ O PROFISSIONAL DE SAÚDE: sua concepção sobre educação e a relação com suas práticas educativas;

- ▶ EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ferramenta para prevenir doenças ou promover saúde?

■ A PRÁTICA COTIDIANA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

- ▶ O desenvolvimento da educação em saúde na Atenção Básica;
- ▶ Potencialidades e fragilidades.

■ EXPECTATIVAS QUANTO ÀS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

- ▶ Contribuições percebidas com as práticas educativas;
- ▶ Como avançar nas ações de educação em saúde na Atenção Básica.

Os participantes foram identificados por códigos, a fim de assegurar o sigilo de sua identidade. Para identificar as enfermeiras, foi utilizada a letra E, para os médicos a letra M, para os auxiliares de enfermagem a letra AE, e para os ACS a letra A. As entrevistas em cada grupo foram numeradas conforme a ordem de sua realização. Como exemplo dos códigos de identificação temos: E1, M2, AE3, A4, sucessivamente.

As falas serão apresentadas como parte do texto, em itálico, seguida da indicação do profissional que a pontuou.

Vale lembrar que a pesquisadora é trabalhadora de uma equipe de SF do município estudado. Desta forma a presente pesquisa não esteve isenta de suas percepções e sentidos, haja vista, esta realidade também fazer parte de seu cotidiano.



4 Resultados e Discussão

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Ao total foram 14 os participantes do estudo, oito profissionais trabalhavam na UBS da área urbana, seis na UBS da área rural, sendo 13 do sexo feminino. A faixa etária variou de 22 a 48 anos. Pertencem a distintas categorias profissionais. As enfermeiras, os médicos e uma técnica de enfermagem possuíam formação universitária, esta última com graduação em Pedagogia, e os demais profissionais possuem o Ensino Médio completo. Os técnicos e auxiliares de enfermagem completaram o curso técnico e os ACS realizaram a capacitação de agentes comunitários ofertado logo após sua contratação, no ano de 2006. Uma das ACS estava cursando a graduação e outra possuía o curso técnico em outra área, que não saúde.

Tabela 1 – Caracterização dos sujeitos estudados nas equipes de Saúde da Família, segundo a categoria profissional, Santa Mariana -PR, 2009.

CATEGORIA PROFISSIONAL FORMAÇÃO	n
Agente Comunitário de Saúde	6
Auxiliar de Enfermagem	2
Enfermeiras	2
Médico	2
Técnico de Enfermagem	2
TOTAL	14

Todos os entrevistados eram concursados em emprego público para atuação na SF, no regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), e foram contratados no ano de 2006, tendo portanto, três anos de atuação com uma carga horária contratual de 40 horas semanais.

O tempo de formação na área da saúde destes trabalhadores variou de três a 12 anos. A maioria apresentou experiência anterior de trabalho na SF entre

três a seis anos. Somente uma ACS e uma auxiliar de enfermagem não haviam trabalhado anteriormente na SF.

Quanto aos profissionais de nível Superior, as duas enfermeiras pesquisadas possuíam especialização em SF e haviam completado o curso recentemente, e quanto aos médicos, um possuía especialização na área de Ginecologia/Obstetrícia e outro na área de Geriatria.

Os profissionais entrevistados disseram ter experiência anterior no campo da educação em saúde, e esta foi adquirida no trabalho da SF através do desenvolvimento de atividades em grupos e palestras educativas. As enfermeiras foram as profissionais que pontuaram desenvolver atividades educativas frequentemente, além de apresentarem experiência na docência, uma na área de enfermagem e outra na capacitação para ACS. Um dos médicos referiu ter ministrado aulas para pós-graduação em curso de Enfermagem Obstétrica.

4.2 CONCEPÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A primeira categoria trata da concepção de educação em saúde dos profissionais da equipe de SF. A análise desta categoria resultou em outras subcategorias: O profissional de saúde: sua concepção sobre educação e a relação com suas práticas educativas, e Educação em Saúde: ferramenta para prevenir doenças ou promover saúde?

4.2.1 O Profissional de Saúde: Sua Concepção Sobre Educação e a Relação com Suas Práticas Educativas

Com base no discurso dos profissionais e na observação realizada, verificou-se que a educação em saúde encontra-se presente no cotidiano de trabalho da equipe de SF, sendo *toda a ação desenvolvida com os pacientes e usuários* (AE2). O profissional entende seu trabalho como uma forma de educar o usuário, percebendo que *toda ação em saúde* (E1) reflete em uma conduta educativa. Diante do

observado e da concepção apresentada pelo trabalhador, essa ação educativa é compreendida como inerente à prática do cuidado, pois em todo cuidado realizado deve haver um educar aplicado: *tudo tem que ser devidamente esclarecido, educação em saúde é você além de cuidar da saúde, é estar educando as pessoas para aquilo que você está aplicando* (E2).

De acordo com Alves (2005), toda ação em saúde é considerada uma ação educativa, e no presente estudo, os trabalhadores reconhecem essa condição. Segundo publicações do MS, a educação em saúde “deve ser desenvolvida por todos os profissionais de saúde conforme definição de suas atribuições básicas”. Assim, este deve oportunizar seu contato com o usuário para abordar os aspectos preventivos e de educação sanitária (BRASIL, 1997, p. 15).

A primeira condição para que um ser possa assumir um ato comprometido está em ser capaz de agir e refletir. Freire (1997) aponta que é preciso que o educador seja capaz de, estando no mundo, saber-se nele. Refletindo os dizeres de Freire com o encontrado no presente trabalho, entende-se que o trabalhador compreende a importância da educação e se coloca neste papel diante das situações vivenciadas, percebendo a educação em saúde nas suas atividades cotidianas: *toda hora de certa forma, esta sendo feita educação em saúde. Tudo que é feito tem que explicar o que está fazendo, ou porque você está deixando de fazer. Referem-se a esta atividade como parte integrante do seu processo de trabalho e sentem que acabam fazendo no dia-a-dia automaticamente* (E2).

O papel do profissional de saúde é descrito por vários autores. Dentre eles, Alves (2005) relata que os profissionais de saúde da AB devem prestar uma atenção preventiva, curativa e reabilitadora, além de serem comunicadores e educadores em saúde. L'Abbate (1994), e Smeke e Oliveira (2001) compreendem que todo profissional de saúde é um educador em potencial, sendo condição essencial para sua prática o seu próprio reconhecimento enquanto sujeito do processo educativo.

Ayres (2001) observa que o reconhecimento do profissional como sujeito está no centro de todas as propostas renovadoras identificadas no setor saúde, e como profissional, este é considerado em suas qualidades exercendo ações transformadoras que produzem história.

Neste estudo, verificou-se que o próprio reconhecimento que o profissional tem de seu papel enquanto educador em saúde impulsiona-o à prática

educativa, avançando para uma compreensão de educação em saúde não só como uma prática prevista e atribuída à ação profissional, mas que esta se constitui como uma prática indissociável e inerente à ação do cuidar em saúde. Para todos os sujeitos entrevistados, a prática educativa traz sentido para o seu trabalho, pois disseram que *sem o ensinamento, sem a educação em saúde, sem a orientação, a saúde não vai para frente* (M1).

Spink (2004) afirma que o homem só apreende os objetos à sua frente a partir do significado que este objeto representa para ele. Smeke e Oliveira (2001) descrevem o fenômeno educativo como um processo contínuo e potencializador do aprendizado de cada momento. Refletindo sobre a educação em saúde no cotidiano da AB, pôde ser verificado que os profissionais só apreendem o seu significado a partir do momento que esta atividade traz sentido para o seu trabalho, assim, eles conseguem se ver, enquanto educadores, responsáveis e comprometidos com o propósito de melhorar a sua prática além de percebê-la como um processo contínuo e que deve ser sempre estimulado. Sinalizam sobre a importância de o profissional *orientar as pessoas, abrindo os olhos delas* (A4). Freire (1997) afirma fazer parte da tarefa do educador não apenas ensinar os conteúdos, mas também ensinar a pensar certo. A necessidade do profissional de saúde ser o condutor do processo educativo se expressa no cotidiano destes trabalhadores. Além do trabalhador em saúde se colocar na posição de educador, este entende que *a educação em saúde é seu dever* (A4), percebendo-se como sujeito *importante* (AE2) para a realização desta ação.

Este mesmo achado foi demonstrado por Melo, Santos e Trezza (2005) em um estudo com 10 profissionais de saúde, cujo objetivo foi verificar o entendimento destes trabalhadores sobre a educação em saúde, mostrando que todos os sujeitos entrevistados afirmaram possuir o compromisso ou o dever de executar ações de educação em saúde. Alegam ser um compromisso profissional inerente à sua formação acadêmica, ou um princípio do SUS. Mencionam ainda os princípios do PSF enquanto estratégia transformadora.

Embora a educação em saúde seja considerada inerente à prática profissional, muitos a concebem como um processo de transmissão de conhecimento, no qual o profissional *sempre está passando alguma coisa para o paciente* (AE1). Considera-se detentor de um saber que precisa *aproveitar para estar passando algumas informações* (E1).

A concepção de educação em saúde como transmissão de informações está fortemente presente na prática cotidiana dos profissionais observados, sendo esta conduta predominante para a maioria dos trabalhadores. Em geral, os profissionais descrevem a prática da educação em saúde como o ato de passar, repassar, informar, orientar e transmitir conhecimento ao paciente (BESEN et al., 2007; RIOS; VIEIRA, 2007; SILVA; ROTENBERG; VIANNA, 2004; WENDHAUSEN; SAUPE, 2003).

O modelo de educação focado na transmissão de informações prevê a ação educativa como um repassar de conhecimentos ao outro, e o educador é aquele que sabe e quem deve dizer algo, enquanto o educando não possui conhecimentos e os deve receber passivamente (FREIRE, 2005). Este mesmo autor afirma que, quando se realiza a educação como um processo de depósito de ensinamentos, considera-se o educando como uma caixa vazia. Educa-se para arquivar o que se deposita, isto forma uma consciência bancária.

Segundo Vasconcelos (1999), a educação em saúde como transmissão de informações se traduz por levar até a população a compreensão e as soluções consideradas corretas pelos profissionais, não valorizando as diferentes formas de apreensão do conhecimento e a possibilidade de recriá-lo de acordo com os valores, crenças e cultura de cada indivíduo ou grupo.

Segundo relato dos trabalhadores e com base na observação realizada, os profissionais que apresentaram uma concepção de educação em saúde calcada na transmissão de conhecimentos demonstraram em sua atitude de educar uma posição superior a dos usuários, prevalecendo uma relação vertical, impositiva, no qual o profissional é o detentor do saber enquanto o usuário não apresenta conhecimento algum, devendo ser educado. Observou-se a não valorização do conhecimento popular quando disseram: *as pessoas não têm tanta informação, a maioria não é alfabetizada, não tem leitura, não tem conhecimento de muitas coisas* (A6).

Conforme Besen et al. (2007), essa postura do profissional acontece como reflexo de sua formação hospitalocêntrica, biologicista e fragmentada, centrada no modelo flexneriano que utiliza uma metodologia de ensino vertical e não problematizadora.

Com base neste tipo de postura apresentada pelos profissionais estudados, Vasconcelos (1999) afirma que é preciso valorizar o conhecimento

popular para assim romper com a verticalidade da relação profissional-usuário presente nas práticas educativas autoritárias. Verifica-se, portanto, a necessidade do profissional valorizar o saber popular para assim compreender o processo educativo como um espaço de troca de saberes, valorização do usuário enquanto sujeito atuante na própria saúde e com capacidade de intervenção na sua realidade, para assim, construir a história e a trajetória da saúde nos serviços da AB.

4.2.2 Educação em Saúde: Ferramenta para Prevenir Doenças ou Promover a Saúde?

A concepção do fazer educação em saúde está fortemente arraigada no fazer a prevenção de doenças por meio de práticas educativas, pois para o profissional, *a educação em saúde é você estar fazendo a prevenção* (A4). Os profissionais demonstraram que a *melhor maneira* de se trabalhar com o tema “saúde” é por meio da *prevenção e isso só se consegue fazendo a educação em saúde, não só no atendimento básico. Se não fizer a prevenção, só vai aumentar o número de doenças sem conseguir o seu controle* (M1), destacando que as práticas educativas são como um caminho que leva à melhora dos índices de saúde da população.

No estudo realizado por Besen et al. (2007) com o objetivo de investigar a compreensão da educação em saúde de dentistas, enfermeiros e médicos da equipe de SF, foi verificado que os discursos dos entrevistados são permeados por orientações preventivas. Para Noronha (2003), essa concepção preventiva pode ser chamada de clássica e se faz presente nas ações pedagógicas nos serviços de saúde, sendo pontuais e focadas nas especificidades de cada intervenção.

Na fala dos sujeitos pesquisados, também foi identificada uma postura educativa focada na cura de doenças, ou seja, educar em saúde é *explicar* para o usuário *sobre a doença, sobre os sintomas, sobre como é a prevenção e o tratamento* (AE1), referindo-se a um modelo de atenção preventivo, com enfoque no atendimento curativista. Da mesma forma, foi observado em todas as categorias profissionais o atendimento centrado na patologia do usuário, ou seja, ao atender o

paciente, muitas vezes o profissional focou sua atenção para o problema de saúde trazido pelo mesmo, procurando dar explicações, informações sobre a patologia, centrando suas orientações em exames clínicos e laboratoriais, medicações e encaminhamento a especialistas (DC, p.69).

Com base na concepção de educação em saúde centrada na cura da doença, o modelo biológico do adoecimento está fortemente presente nas ações educativas desenvolvidas pela equipe de SF. Segundo Laplantine (1991), esse modelo de pensar a educação em saúde tem sempre um agente externo causador da doença e que deve ser combatido. Buss (2009) afirma que o foco de atenção se torna a patologia específica do paciente, não levando em consideração o indivíduo como sujeito do processo saúde-doença, centrando-se na intervenção do profissional, com uma abordagem direcionada e impositiva ao indivíduo.

Assim, pode-se certificar que a concepção de educação em saúde centrada no modelo médico assistencial é uma realidade presente no discurso dos profissionais e encontra-se presente na prática deste serviço, seguindo um modelo normativo, de imposição de conhecimentos ao paciente.

Em conjunto com a concepção de educação em saúde como forma de transmissão está a percepção de que a *intenção do PSF é de prevenir as doenças para ter uma população saudável* (AE2). Segundo publicações do MS, Brasil (1997), a SF tem a intenção de oferecer uma atuação centrada nos princípios da vigilância em saúde, que para Mendes (1996) significa uma assistência integral, abrangendo todas as dimensões do processo saúde-doença.

Neste intuito, a integralidade é tomada como princípio de organização do processo de trabalho nos serviços de saúde, sendo caracterizada por Mattos e Pinheiro (2001, p. 57) “pela busca contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional”, dando prioridade para as atividades preventivas e de promoção da saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Embora o modelo de atenção curativista, biologicista esteja presente no cotidiano da atenção à saúde prestada por estes trabalhadores, existe um discurso de que a *educação em saúde é você estar fazendo a prevenção, pois a parte curativa, não adianta, tem que promover a saúde pra você ajudar um pouco* (A4). Segundo os entrevistados, este modelo não produz resultados satisfatórios, havendo a necessidade de mudança no modelo de atenção e identificando a promoção da

saúde como linha mestre de uma atenção à saúde mais adequada como forma de conduzir as práticas educativas nos serviços de saúde.

Alves (2005) afirma que educar para a saúde implica em ir além da assistência curativa; significa dar prioridade a intervenções preventivas e de promoção da saúde, expressando a assimilação do princípio da integralidade.

As ações de promoção da saúde possuem seu foco na saúde, propondo abordagens de fora do setor saúde. A promoção da saúde busca modificar condições de vida para que sejam dignas e adequadas; aponta para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que levem à qualidade de vida e à saúde, e orienta-se ao conjunto de ações e decisões coletivas que possam favorecer a saúde e o bem-estar da população (GUTIERREZ et al., 1997).

No estudo de Besen et al. (2007), assim como no presente estudo, poucos profissionais de saúde apresentaram a concepção de promoção da saúde em seu processo de trabalho educativo. Na abordagem educativa centrada na promoção da saúde, esta é entendida de forma ampliada, no qual as pessoas são vistas em sua autonomia e em seu contexto político e cultural como sujeitos capazes de conduzir o seu modo de vida de forma saudável (BUSS, 2009).

Embora a visão predominante de educação em saúde seja a *transmissão de conhecimento à população* (AE3) e as atividades educativas estejam centradas na *prevenção de doenças* (A4), há por parte de alguns trabalhadores o discurso da preocupação em buscar *ensinar a população a ter consciência, conscientizar de como a saúde é importante, para ter uma vida saudável* (A3), mostrando mais uma vez a ambivalência da concepção educativa presente.

O trabalhador refere-se ao fato de que ele *consegue mudar um pouco a visão de mundo do usuário, que o posto não funciona só para médico, só para doença, só para remédio, mas também funciona para você conseguir trabalhar melhor com a sua família* (AE1). Conforme os relatos descritos, o trabalhador vê nas práticas educativas a oportunidade de incentivar a população para a mudança do modelo assistencial vigente nesta instituição.

A conscientização e a mudança são temas amplamente discutidos por Paulo Freire. A mudança de uma sociedade de oprimidos para uma sociedade de iguais e o papel da educação e da conscientização nesse processo de mudança é a preocupação básica deste autor. Com base nas informações coletadas por esta

pesquisa, percebe-se um discurso propulsor de mudanças por parte de alguns profissionais de saúde que se referem ao processo educativo para a conscientização do usuário, conscientização esta, que envolve a visão de mundo deste sujeito.

Os profissionais mostraram-se estimulados por intermédio do processo educativo em saúde a uma mudança, tanto na visão do usuário quanto no perfil do profissional em busca de um modelo de atenção mais integral.

Nesta visão mais progressista de educação em saúde, os trabalhadores deram sinais de que *acabam aprendendo* com os usuários *coisas da própria realidade deles, que os influenciam na forma de agir, na conduta dentro da UBS (E1)*, percebem esta relação como *uma troca de saberes, eles aprendem com a gente e a gente aprende com eles (A3)*, sendo pontuada como um caminho para a aprendizagem mútua, ou seja, tanto o profissional quanto o usuário ensinam e ambos aprendem. Verifica-se que o conceito de educação de saúde ora é visto como transmissão de informações, e ora como um processo de troca de experiência.

Esta concepção pautada na troca de saberes foi observada na conduta educativa das enfermeiras durante a realização de grupos e no atendimento preventivo do câncer do colo uterino, que procuraram saber primeiramente o conhecimento do paciente sobre o assunto abordado para assim, iniciar a sua prática educativa embasada no conhecimento prévio deste, prosseguindo com explicações mais próximas da realidade do paciente (DC, p.92). Desta forma, o profissional aprende com o usuário e torna-se mais próximo do saber popular que proporcionará uma melhor conduta educativa.

Resultados similares ao encontrado nesta pesquisa foram descritos por Silva, Rotenberg e Vianna (2004) em estudo sobre a concepção de educação em saúde na ótica dos profissionais de saúde que atuam em grupos educativos, realizado com sete profissionais de saúde, no qual se verificou que os profissionais entenderam a educação como um processo, valorizando questões como o diálogo, a reflexão, a troca de saberes e o respeito.

Para Vasconcelos (1997), educar para a saúde requer que o profissional de saúde ajude o usuário a buscar a compreensão de seus problemas e de suas soluções, com base no diálogo e na troca de saberes, portanto, uma interação entre o saber científico e o popular, em que ambos ensinam e aprendem ao mesmo tempo. De acordo com os dizeres deste autor, estes saberes compartilhados geram o cuidado adequado.

Refletindo os dizeres destes autores com o encontrado na presente pesquisa, constatou-se que no discurso dos profissionais a educação em saúde também é entendida como um processo de interação, de relação com as diversidades dos sujeitos envolvidos e de compromisso com a transformação das práticas em saúde para o fortalecimento do sistema de saúde, no entanto a concepção predominante ainda é de uma relação verticalizada, de transmissão, inculcação. Para que a concepção de educação em saúde mais progressista, voltada para um modelo de atenção proposto pelo SUS seja realidade na AB, necessita-se que este discurso seja incorporado à sua prática cotidiana, para que assim haja mudanças no modelo de atenção vigente.

4.3 A PRÁTICA COTIDIANA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Vasconcelos (2008) faz uma reflexão sobre a educação popular na atenção à saúde dizendo que não basta os profissionais terem decisões, é preciso saber fazer a educação na prática do cuidado. Neste sentido, esta categoria pretende discutir como ocorre a prática da educação em saúde na realidade vivenciada pela equipe de SF, e como a educação se incorpora aos saberes operantes do trabalho.

Da análise desta categoria emergiram as subcategorias: o desenvolvimento da educação em saúde na AB, potencialidades e fragilidades

4.3.1 O Desenvolvimento da Educação em Saúde na Atenção Básica

Tendo em vista a importância que o trabalhador apresenta em sua maneira de agir como produtor de educação em saúde em seu processo de trabalho, e que esta é realizada em vários momentos e dimensões do atendimento na AB, Alves (2005) destaca que as práticas educativas podem ser desenvolvidas nos espaços convencionais dos serviços, sendo denominadas como práticas

educativas formais, bem como nas ações de saúde cotidianas, denominadas informais.

□ PRÁTICAS E ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS INFORMAIS

As práticas educativas formais ou informais são designadas desta maneira devido à sua condução no processo educativo, e se diferenciam pela sua organização e planejamento.

A educação em saúde desenvolvida na informalidade das relações entre o profissional e o usuário é realizada por todos os profissionais da equipe de SF. É uma atividade *individual* (E2), que ocorre de maneira *não organizada nem programada* (M1), tanto *dentro da unidade de saúde* quanto fora, como nas *visitas domiciliares* (E1). Ocorre no atendimento da demanda espontânea e da demanda programada. Observou-se como exemplo de demanda espontânea o atendimento de enfermagem, a vacinação e puericultura, a realização de procedimentos como curativo, retirada de pontos, verificação da Pressão Arterial (PA), injeções, inalação (DC p.14). Como atendimento da demanda programada as consultas médicas, realização de exame preventivo do câncer do colo do útero, visitas domiciliares, acompanhamento da PA, curativos fora da UBS, acompanhamento de acamados e campanha de vacinação (DC p. 14) na área urbana e rural do município. Observou-se que são feitas de diferentes maneiras conforme o cenário local, ocorrendo de forma inerente ao processo de trabalho: *desde uma pré-consulta, de saber qual é a queixa do paciente, na pós-consulta, na entrega de medicamentos, orientações para exames, em tudo* (E1).

Esta forma de condução das práticas educativas foi observada em vários outros estudos realizados na AB, que citaram os diversos espaços e a variedade de tipos de atendimento informal como palco favorável a estas práticas (PEREIRA; SERVO, 2006; SALES, 2008; SILVA; SILVA; LOSING, 2006; TORRES; ENDERS, 1999). O mesmo foi encontrado na presente pesquisa, no qual o cotidiano da assistência à saúde por meio do atendimento da demanda espontânea mostrou-se espaço de ação educativa pelo significado que esta prática traz para o cuidado em saúde realizado.

O cotidiano do trabalho em saúde é reconhecido pelos profissionais como uma situação oportuna para a prática da educação em saúde (ALVES; NUNES, 2006). Tomando a prática educativa como inerente ao processo de trabalho na AB, temos que levar em consideração que o mundo do trabalho em saúde constitui-se num amplo espaço de saberes e modos de produção do cuidado, que se materializam em tecnologias de trabalhos utilizadas para produzir saúde (MERHY; FRANCO, sd).

Segundo Merhy et al. (2006), estas tecnologias podem tanto estar materializadas em máquinas e instrumentos como nas tecnologias duras, como em recursos teóricos e técnicas como nas leveduras. Por outro lado, este conhecimento pode estar disperso nas experiências e modos de cada profissional operar seu trabalho com função criativa e criadora, como na produção de relações, frutos das tecnologias leves.

Refletindo o processo de trabalho em saúde como território livre para as práticas educativas, verifica-se que o trabalhador pode realizar a educação em saúde utilizando-se de todas estas tecnologias para o cuidado. Porém, ressalta-se a importância das tecnologias leves como ferramentas imprescindíveis, pois está envolvida com os conhecimentos, experiências, atitudes, compromissos e responsabilidades dos diversos sujeitos em sua prática (MERHY et al., 2006).

A finalidade de qualquer ação em saúde é produzir o ato de cuidar (MERHY et al., 2006). No presente estudo, o profissional percebeu que toda ação em saúde reflete em uma conduta educativa, pois em todo cuidado realizado deve haver um educar aplicado: *tudo tem que ser devidamente esclarecido, educação em saúde além de cuidar é estar educando as pessoas para aquilo que você está aplicando* (E2).

Na dinâmica dos processos presentes na produção do cuidado, a educação em saúde é reconhecida na ação do trabalho vivo em ato. De acordo com Merhy et al. (2006), o “trabalho vivo em ato” é o trabalho em saúde produzido e consumido no mesmo momento em que se realiza. De acordo com o observado na rotina de trabalho das UBS pesquisadas e segundo a percepção dos profissionais entrevistados, a educação em saúde realizada na informalidade das ações pela equipe de SF, ocorre nos momentos de encontro e de interação entre o usuário e o profissional de saúde (DC p.32): *na verdade, todo dia é praticada a educação em saúde no contato com os pacientes* (A4). O profissional sente que as práticas educativas

concretizam-se numa forma de ação imediata, vivida pelos sujeitos que dela participam.

Merhy e Franco (sd) apontam que, nos processos de trabalho em saúde, a potência das relações entre sujeitos, seus processos de subjetivação os torna produtores de novas potências na produção dos modos de caminhar a vida. Este autor ressalta que todo o lugar no qual se produz as práticas de saúde opera o campo dos processos de subjetivação, que se expressam na construção de territórios de subjetividades comprometidos com a produção de sentidos para aquelas práticas. Na presente pesquisa, foi verificado que por meio destas relações e interações entre trabalhadores e usuários, ambos se colocam na posição de atores/sujeitos com suas subjetividades, produzindo o cuidado através de seus contatos e encontros cotidianos, diálogo e vínculos construídos.

O profissional procura na *conversa cotidiana* um meio de comunicação que busca a construção do conhecimento em prol da prática da educação em saúde: *eu acredito que a partir do momento que você está conversando com alguém, mesmo um diálogo informal, de uma forma ou de outra você está fazendo educação em saúde* (E2). Nestas conversas a ação educativa se apresenta por meio da linguagem falada e/ou pelos gestos e demonstrações (AE2) que o trabalhador faz ao buscar a compreensão do usuário.

Durante o atendimento ao paciente, a conversa é algo extremamente rico e importante no campo da comunicação na vida cotidiana, vinculando a educação em saúde aos processos de produção em saúde. Estas conversas permeiam as mais variadas esferas de interação social, e dificilmente pensa-se nas peculiaridades que possam estar presentes nessa forma de comunicação (SPINK, 2004). No entanto, a relação que se estabelece entre trabalhador e usuário é uma relação hierárquica de passar a informação, controlar, como demonstrado na seguinte fala: *ele chega e vai verificar a pressão, então a gente pergunta se já tomou o remédio e vai orientar porque a PA dele está alta, porque ele tem que usar a medicação, porque não está melhorando a pressão com a medicação* (AE2).

Outra forma de praticar a educação em saúde por meio das conversas do cotidiano, *parte exatamente de orientações que são realizadas* (E2). As orientações são consideradas como uma prática informal, na qual se valoriza o espaço das relações e do diálogo entre usuário e trabalhador no contexto da

atenção prestada, tornando-se uma maneira predominante e corriqueira de se *educar/informar o paciente (A5)*.

A conversa como prática discursiva é compreendida como linguagem em ação, em que o discurso é tomado como ação, pois é tão produtor de realidade quanto qualquer ação concreta (SPINK, 2004). Esta ação concreta pode ser vista através de todo ato que produza um resultado ao paciente, desde a realização de um procedimento que por meio de uma técnica proporciona o bem estar do paciente, bem como uma prática educativa que colabora com a conscientização do usuário na condução de suas necessidades. Desta forma, a conversa/orientação faz-se produtora de uma realidade em ação, ou seja, torna-se uma realidade educativa no trabalho vivo em ato. Entretanto, a concepção de educação presente nas orientações observadas ocorre de forma vertical e autoritária, como acontece com as práticas de saúde centradas no modelo médico hegemônico.

O mesmo resultado foi observado no estudo de Pereira e Servo (2006), que analisou a prática de educação em saúde realizada pelas enfermeiras durante a consulta de enfermagem. Esta prática estava envolta pela concepção de educação tradicional ou educação sanitária, entendida como uma atividade de transmissão de informações. Assim, a enfermeira explica ao usuário hábitos e comportamentos saudáveis, cabendo ao mesmo a responsabilidade de mudar e adotar um novo estilo de vida, como se estas mudanças dependessem somente de uma decisão individual, sem considerar o contexto social, econômico em que vive.

As práticas educativas informais ocorrem tanto por iniciativa do profissional quanto do usuário, dependendo da necessidade de compreensão dos fenômenos que ocorrem à sua volta, partindo muitas vezes das inquietações do profissional ou de dúvidas dos usuários, ou seja, se dá durante as conversas estimuladas por perguntas e respostas do cotidiano (DC, p. 42) das relações na AB.

Segundo Spink (2004) as interações comunicacionais que trazem sentido são iniciadas através de perguntas e respostas do cotidiano, e o que as define é o posicionamento e as manifestações dos sujeitos envolvidos. Semelhante ao encontrado no estudo de Vaz et al. (2003), na presente pesquisa pôde-se verificar que as indagações, questionamentos, perguntas e respostas das conversas do cotidiano são um meio de iniciar uma prática educativa, que procura indagar

sobre as necessidades que envolvem o significado do processo saúde-doença por parte do usuário e que muitas vezes é percebida pelo trabalhador.

Estas práticas são desenvolvidas de acordo com o ritmo de trabalho do profissional e da *demanda da UBS*, podendo acontecer com uma maior disponibilidade de tempo como num dia tranquilo para o atendimento, como também em um *dia tumultuado* (AE3). Não se pode deixar de considerar que esta prática *depende muito da vontade e de querer fazer a educação em saúde* (M1) por parte do trabalhador.

Da mesma forma, referindo-se à ação educativa em saúde, à medida que o profissional observa a progressiva importância conferida à sua prática e os frutos produzidos por ela, ele percebe a importância desta para si mesmo. Isto pode tornar-se um motivo de estímulo e incentivo quando os sentidos trazidos pela prática educativa são positivos. Deste modo, verifica-se que a vontade de fazer a educação em saúde parte das representações e significados que esta ação traz para o trabalhador. Nestes termos, pode-se pensar que um trabalhador consciente da importância da prática educativa é estimulado para desenvolvê-la, já o trabalhador que não reconhece a importância e o significado desta, pode não ter vontade de realizá-la (GAZZINELLI, 2005).

Na presente pesquisa, foi observado uma gama de temas abordados na prática educativa da equipe de SF. Estes temas permeiam o universo de trabalho da AB e focam a promoção da saúde, prevenção de agravos, cura de enfermidades e a reabilitação do paciente, embora os temas voltados para as patologias sejam os mais solicitados e praticados: *a gente faz mais nas orientações de doenças que o paciente está apresentando agora* (M1). Em geral, vários estudos mostram que os assuntos mais abordados na prática educativa se restringem às orientações com foco na origem ou transmissão, tratamento, cura e cuidados preventivos quanto às doenças (ACIOLI; CARVALHO, 1998; PENNA; PINHO, 2002; SANTOS; BACKES, 2009; SARAIVA, 2007).

Observou-se que os profissionais possuidores de formação técnica ou acadêmica, como os enfermeiros, médicos e auxiliares de enfermagem, abordam temas mais direcionados para as patologias, tratamento, cura, reabilitação e prevenção, enquanto os ACS centram seus assuntos com maior ênfase nos cuidados e prevenção de agravos. Isto pode ser percebido pela divisão do trabalho existente na equipe de SF, no qual os profissionais com maior formação possuem influências de sua especialização demonstrando maior domínio do conteúdo

curativo, e também são mais cobrados e responsabilizados nesta área, como os profissionais médicos e enfermeiros. Já o trabalho educativo do ACS está ligado às atribuições de sua função, tendo como prioridades as atividades educativas, de informação e prevenção de agravos, assim como a vigilância em saúde.

Embora os assuntos que envolvem a prevenção de agravos e as patologias encontradas sejam mais abordados, observa-se que estas orientações possuem um caráter mais prescritivo que dialógico e retratam um enfoque informativo e verticalizado.

Em contrapartida ao modelo de educação focado na prevenção de patologias, uma pequena parcela, quatro dos 14 entrevistados, apresentaram uma concepção de educação em saúde progressista, abordando temas voltados para a promoção da saúde em seus discursos. No estudo de Besen et al. (2007), o tema da promoção da saúde é citado por apenas três dos 11 profissionais entrevistados. Já no estudo de Melo, Santos e Trezza (2005), apenas uma pessoa entre as 10 entrevistadas apontou a educação em saúde como promotora do bem estar. Desta forma, demonstrou-se que uma menor parcela dos profissionais estudados, igualmente ao encontrado no presente estudo, possui este discurso e concepção, sendo os sujeitos que sinalizam uma superação da visão cientificista, tendo um avanço em termos de compreensão do processo educativo voltado para a transformação da realidade. Na presente pesquisa observou-se que este discurso de educação está mais avançado do que as práticas educativas desenvolvidas pelos profissionais no dia a dia dos serviços da UBS. Deste modo, esta postura que envolve uma pedagogia progressista torna-se um desafio cotidiano para sua concretização.

Os temas abordados na prática educativa cotidiana variaram de acordo com o ciclo de vida do indivíduo e conforme o processo saúde-doença, focando as patologias mais encontradas na saúde do adulto como doenças cardiovasculares, pneumopatias, transtornos mentais, temas relacionados à saúde materno-infantil e saúde do idoso. Estes assuntos estão mais próximos da realidade enfrentada pela comunidade, pois na maioria das vezes, são impulsionados pelas demandas dos próprios usuários, fazendo parte da rotina de temas encontrados nos serviços.

Outra forma de realizar a educação em saúde na informalidade das ações consiste na sua prática durante as visitas domiciliares, que no PSF é vista

como tecnologia de interação no cuidado à saúde e instrumento de intervenção, utilizado como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população que favorece o vínculo com a mesma (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006; LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

Os profissionais da equipe de SF referem-se ao *domicílio* como um *local propício* para a abordagem educativa de *toda a família* (AE4): *se a pessoa idosa mora sozinha a gente procura conversar com ela, mas se mora com familiar a gente procura estar conversando com os familiares também* (A2). Acompanhando a visita domiciliar de um ACS, este refere que as explicações sobre os cuidados com os idosos ficam mais claras quando são realizadas na casa do paciente, com a família, pois eles vêem as condições que o paciente vive ficando mais fácil a sugestão de adaptações dos móveis e tapetes possíveis de serem realizadas (DC, p.22). O ambiente familiar é o retrato da vivência das pessoas na dinâmica das relações familiares, e faz com que o profissional esteja próximo das necessidades dos usuários para, assim, tentar ajudá-lo a encontrar o melhor caminho para a condução de seus problemas, segundo observações realizadas.

A visita domiciliar é feita em sua maioria pelo ACS, sendo que os outros profissionais da equipe pouco executam esta atividade. Para o ACS a visita domiciliar é importante no desenvolvimento de ações educativas, principalmente tratando-se de sua função: *é mais na visita que eu faço as orientações* (A4). O ACS encontra-se mais próximo da realidade da população devido ao seu maior contato proporcionado pelo seu trabalho nos domicílios. No entanto, a educação realizada nos domicílios, também como na maioria das vezes, é focada na transmissão de informação, no controle e na vigilância em saúde:

...é realizada visita e eu sempre pergunto se teve casos de diarreia, de vômito, porque essas são as notificações que a gente tem que fazer no nosso dia-a-dia. Eu também passo informação se a pessoa fez o preventivo, a respeito de medicamentos, hipertensos e diabéticos se eles estão controlando, se eles tomam esses medicamentos corretamente, se verificam a pressão, passo informação a respeito de doenças como é feito nas campanhas como a de hanseníase, de tuberculose, oriento em caso de aparecimento de manchas ou de tosse, então é feito essas perguntas e eu passo essas informações para o paciente (A6).

No que tange as reflexões sobre a visita domiciliar, esta atividade é uma maneira de se contrapor ao modelo hegemônico de saúde, pois dispõe de

condições propícias para mudanças (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009). No entanto, o que se observa é que ainda continua voltada para a queixa biológica, com o enfoque de educação pela transmissão/informação, centrada no modelo curativista devido à existência de uma expectativa por parte da população quanto a solução de seus problemas. Isto leva o profissional a adotar esta conduta por entender que estará ajudando o usuário nas necessidades apresentadas.

Vaitsman (1992) afirma que esta concepção está arraigada a uma herança do modelo cartesiano que ainda domina as práticas educativas e de saúde. Este modelo desenvolve uma sociedade medicalizada, focada na tecnologia médica de alto custo, procurando sempre uma resposta para os agravos produzidos pela organização da sociedade. Desta forma, observa-se que a prática educativa realizada durante as visitas domiciliares é limitada quanto a resolutividade esperada:

...nas visitas, o pessoal reclama bastante, aí eu fui no posto com dor na minha perna e ninguém quis me dar remédio, aí a função da gente é explicar, que tipo de dor, explicar o tipo de remédio, pedir para passar pelo médico. Tem casos que a pessoa fala, mas eu já passei pelo médico, ela me deu esse remédio e não valeu nada, aí a gente pede para passar de novo, explicar para doutora que o remédio não resolveu (A1).

O ACS possui uma identidade comunitária e a importância do seu papel social o diferencia dos demais trabalhadores (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000). Entretanto, segundo Tomaz (2002), seu processo de qualificação é, na maioria das vezes, insuficiente para o desenvolvimento de suas competências, fato este que também justifica a sua limitação profissional referida na presente pesquisa e que se torna uma das causas de desmotivação de seu trabalho, afetando consecutivamente sua prática educativa.

Embora o profissional ACS perceba suas limitações, este reconhece a amplitude dos problemas trazidos pelo usuário e a importância de um trabalho intersetorial para a sua resolução: *a gente procura fazer visita, estar sabendo com os pacientes qual é o problema deles, só que a gente não só enfrenta problemas da saúde, a gente encontra desabafos, às vezes você olha mas não é o problema de saúde, é outros problemas (A2)*. A ampla dimensão das necessidades de saúde da população exige uma gama de ações no campo da saúde, mas também requer o trabalho intersetorial como um caminho para sua resolutividade.

De acordo com Vaz et al. (2003), as necessidades de saúde são socialmente definidas e assumem classificação de prioridade. Cecílio (2001) reconhece que existem quatro conjuntos de necessidades no campo da saúde. O primeiro grupo foca as boas condições de vida, pois entende que o modo como se vive é revelador de diferentes necessidades. O segundo conjunto diz respeito ao acesso às tecnologias que melhoram ou prolongam a vida, assim, o valor de uso de cada tecnologia segue a necessidade de cada pessoa em cada momento. O terceiro mostra a criação de vínculos (a)efetivos, ou seja, uma relação contínua entre o usuário e o profissional ou equipe de saúde. E por último, as necessidades de saúde são demonstradas pelos graus de autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida, que vai além da informação e da educação.

Relacionando estes conceitos teóricos com os resultados obtidos, percebe-se que a educação permeia todo o campo das necessidades em saúde, tendo sua função fortemente enfatizada na relação contínua entre o usuário e o profissional sendo capaz de proporcionar potenciais graus de autonomia por parte dos usuários, desde que os processos educativos utilizados tenham isto como propósito.

Relacionando estes conceitos teóricos com os resultados obtidos, percebe-se que a educação permeia todo o campo das necessidades em saúde, tendo sua função fortemente enfatizada na relação contínua entre o usuário e o profissional sendo capaz de proporcionar potenciais graus de autonomia por parte dos usuários, desde que os processos educativos utilizados tenham isto como propósito.

Quanto à prática educativa dos profissionais médicos, identificou-se que esta é realizada prioritariamente de maneira informal, durante o atendimento ao usuário nas consultas médicas, tendo como foco educativo a patologia do usuário:

...a gente nas consultas, tenta explicar numa linguagem clara e objetiva, que o paciente possa entender o procedimento, o que ele têm, o que nós vamos fazer, quais são os exames necessários a serem pedidos para confirmar aquela hipótese diagnóstica, e quando confirmado o diagnóstico, o tratamento e o porquê daquele tratamento (M2).

O mesmo foi verificado em outros estudos que demonstraram uma ênfase na medicação, e a narrativa do paciente limitou-se à descrição de sintomas,

enquanto que a narrativa médica preocupou-se com o esclarecimento do diagnóstico (ALVES; NUNES, 2006; GONÇALVES et al., 2009).

Durante a realização da educação em saúde nas consultas médicas, o profissional médico depara-se com situações complexas, porém devido à demanda de trabalho, acabam selecionando os usuários e as questões que mais necessitam de um trabalho educativo para que o tratamento seja realizado de forma eficaz: *eu noto que na correria do atendimento não dá para fazer isso com todos os pacientes, aquele que você nota que está precisando mais, você pára um pouquinho para fazer a educação em saúde (M1).*

Mesmo enfrentando as limitações pela pouca disponibilidade de tempo referido pelo médico, este atendimento informal tem sua ação focada na patologia: *a gente tenta educar a cada caso, a cada consulta, para ter sucesso no tratamento do paciente (M2).* No discurso destes profissionais médicos percebe-se uma postura de educar em saúde muitas vezes pautada somente na necessidade de cumprir o seu dever, reforçando o caráter mais informativo das atividades educativas, não tomando esta atividade como integrante e necessária para a sua ação em saúde (PEREIRA; SERVO, 2006; GONÇALVES et al., 2009).

Na realidade de trabalho dos profissionais médicos na SF, pôde-se verificar que estes possuem outros vínculos empregatícios e são os únicos profissionais das equipes pesquisadas que não cumprem a carga horária semanal de 40h, além de referirem que a sua função na SF não está relacionada ao trabalho educativo com a população.

De acordo com Merhy et al. (2006), a organização parcelar do trabalho fixa os trabalhadores em uma determinada etapa do projeto terapêutico. Desta forma, o trabalho educativo do médico realizado na consulta pode se tornar uma ação pontual e fracionada, sem interação com o produto final que é o resultado da atividade educativa de toda uma equipe de saúde.

Referindo-se ao trabalho educativo desenvolvido pela equipe de enfermagem (enfermeiras e auxiliares de enfermagem), observou-se que estes profissionais encontram-se constantemente em contato com a população, tanto dentro da UBS quanto nas visitas domiciliares e acompanhamento de acamados. Estes profissionais são os responsáveis pelo andamento da UBS, os mais demandados pela população que solicitam os seus serviços, suas orientações. A enfermeira, neste estudo, foi o único profissional de nível Superior que teve maior

contato com a população, bem como a que mais se preocupou com a educação em saúde, tanto desenvolvida na informalidade ou de maneira formal.

Os profissionais da SF sentem a necessidade de desenvolver estratégias educativas e formas de abordagem para conseguir *prender a atenção* (AE3) do usuário, almejando o seu entendimento e compreensão da importância do tema discutido. No entanto, estas estratégias são realizadas, muitas vezes, de forma intuitiva, segundo suas experiências prévias, sua visão de mundo e de sociedade.

Para isto o trabalhador diz que *precisa falar diversas vezes* (AE4) com o usuário, demonstrando a necessidade de *estar sempre lembrando, falando, por que algumas coisas ele vai absorver* (E2), além de ressaltar a importância de sua insistência e persistência na tarefa de educar em saúde:

...a grande maioria quando você pára pra explicar ele te escuta só que você tem que bater sempre na mesma tecla, se você não insistir e não ficar aplicando, mantendo a educação em saúde, não é uma sementinha que você planta e funciona, se você não ficar regando, regando tem que estar cobrando, cuidando se não, não vai pra frente (M1).

Na fala descrita pelo profissional médico, o trabalhador reconhece que o usuário presta atenção no que ele apresenta. No entanto, percebe-se uma ausência de escuta por parte do profissional, que insiste numa postura de repetição, não valorizando o encontro com o usuário como uma oportunidade de aprendizado. Além disso, apresenta um discurso ambivalente que vê a educação em saúde como uma ação que precisa ser mantida, cuidada, porém reforça o caráter de repetição e cobrança para que o paciente faça o que o trabalhador concebe como correto, não como um momento de diálogo, de negociação.

A integralidade das ações em saúde se dá pelo compromisso dos profissionais de escutar atenta e cuidadosamente os usuários para assim identificar suas necessidades de saúde, para isso o diálogo deve se tornar uma comunicação de ida e volta, sem bloqueios (CECÍLIO, 2001; SALES, 2008). Refletindo os dizeres destes autores com o apresentado na presente pesquisa, a escuta é essencial para um processo pedagógico progressista voltado para o reconhecimento dos sujeitos envolvidos na prática educativa na busca da autonomia de ambos, tanto para que o profissional assuma o seu papel de um educador livre e autônomo, como para que o usuário sinta-se reconhecido como sujeito que pensa e age, sendo valorizada sua experiência de vida.

Freire (2008) aponta que não é falando aos outros, de forma verticalizada, como se fôssemos os detentores da verdade a ser transmitida para a população, que aprendemos a escutar. O educador que escuta aprende a difícil lição de transformar o seu discurso em uma fala com ele. É escutando o usuário que se aprende a falar com ele.

Em sua prática, os profissionais também deram sinais de desenvolverem estratégias de cobrança do indivíduo, instigando um certo “policiamento” ou controle de suas atitudes: *eu olho carteirinha de vacinação porque tem muitas mães que realmente não estão nem aí, não olham a carteirinha e deixam as vacinas atrasadas e isso é uma coisa que a gente tem que pegar no pé, tem que orientar e cobrar, e eu fico em cima delas porque é muito grave deixar atrasar a vacina (A6)*. O presente discurso reflete uma visão educativa pautada no controle, cobrança do usuário, na transmissão e repetição da informação. Pode-se inferir que esta postura encontra-se associada à formação deste profissional, que reproduz sua vivência educativa, pois verificou-se durante o período de observação o compromisso das equipes com os usuários, preocupando-se em transmitir orientações que julgavam necessárias para a comunidade.

Em estudo realizado em Cajuri-MG, descreveu a atitude dos ACS como de “polícia sanitária”. Esta atitude de cobrança está relacionada à formação profissional baseada no modelo de educação tradicional dos cursos da área da saúde (GOMES et al., 2009). O mesmo autor defende que a abordagem puramente biológica não consegue preparar os profissionais para lidarem com toda a complexidade do processo saúde-doença-adoecimento, gerando insegurança e atitudes incoerentes com o funcionamento do atual sistema de saúde.

O caráter normatizador e autoritário desta cobrança por parte do profissional que determina o que fazer e como fazer, ou o que é certo e o que é errado, demonstra uma relação assimétrica entre o profissional e o usuário, sinalizando uma concepção bancária de educação, onde o profissional é o sujeito do processo e o usuário um simples objeto (FREIRE, 2005).

De acordo com o observado na vivência educativa das equipes, os trabalhadores também demonstraram utilizar estratégias coercitivas para convencer o usuário a realizar o que, segundo a concepção dos trabalhadores, era a melhor conduta: *na campanha de vacina, tem muito idoso que não quer tomar a vacina, e fala que esta vacina foi o governo que deu para matar os velhos e ficar com a aposentadoria, daí a*

gente aproveita e fala que se eles não tomarem a vacina, o governo vai tirar a aposentadoria deles, e eles acreditam e tomam (AE2). Esta postura aponta para uma atitude de não reconhecimento da autonomia do usuário em decidir o que é melhor para si, não o considerando responsável por suas decisões, e tampouco contribui para ampliar o diálogo entre trabalhador usuário e capacidade de análise dos sujeitos. Agindo desta forma, o profissional pode perder a credibilidade em seu trabalho e suas ações educativas não serem bem aceitas pela população.

Esta atitude apresenta-se como uma tentativa de convencimento ou imposição de um tratamento ao paciente, levando em consideração somente a conduta médica como verdadeira, não reconhecendo o livre arbítrio do usuário e reforçando a posição policialista e de controle presente nas práticas profissionais (ALVES; NUNES, 2006).

A concepção que o profissional tem sobre educar irá influenciar na escolha de estratégias de ensino e, conseqüentemente em seus resultados (TAVARES; RODRIGUES, 2002). Na postura enganadora demonstrada pela atitude de alguns profissionais na presente pesquisa, verifica-se que o trabalhador não respeita a posição do usuário, e destina sua prática educativa a uma ação alienadora que não reconhece a autonomia dos sujeitos em decidir suas próprias vontades, assim a educação segue um modelo que produz indivíduos que não são críticos e que podem ser manipulados por outro (FREIRE, 2005).

No entanto, mesmo que referencie a utilização de estratégias coercitivas e de cobrança, os trabalhadores compreendem que estas devem existir em dose adequada e não a imposição de uma intenção, pois os usuários não aceitam e o profissional perde a credibilidade de seu trabalho educativo: *porque é difícil você chegar cobrando, eu quero isso, é assim que tem que ser, eles não aceitam (A4).*

Durante a prática educativa, o trabalhador demonstrou ter um cuidado maior com o grau de instrução do usuário, pois os profissionais de saúde trabalham com pessoas de variadas escolaridades, desde analfabetos à especialistas, desta forma, o trabalhador procura utilizar uma *linguagem simples, acessível e de fácil compreensão do paciente (M2)*, por considerar que *para o usuário entender, você tem que falar um pouco a língua deles (A4)*. Referem utilizar *termos populares que eles conhecem (AE4)*, *exemplos (E1)*, e *partem da realidade vivenciada pelo usuário (A3)*. Ao observar o atendimento realizado por uma auxiliar de enfermagem durante a verificação da PA, e entrega de medicamento a um paciente

hipertenso, a auxiliar utiliza vocabulário que faz parte do repertório da população explicando de maneira a facilitar a compreensão do paciente, deixando-o à vontade, além de certificar o seu entendimento em relação ao assunto discutido (DC, p.5). O trabalhador percebe que, nas diferentes situações proporcionadas pelos diferentes pacientes, deve haver um discurso mais próximo da sua realidade para que a prática educativa atue de forma coerente, assim concebe-se o fato de cada discurso ser construído para uma ação, e diferentes situações implicariam na construção de diferentes discursos (SPINK, 2004).

No processo comunicativo, o profissional precisa levar em conta o contexto de sua ocorrência, caso contrário, seu sentido pode ser prejudicado, afetando a compreensão do usuário. A forma de abordagem utilizando uma linguagem simples é realizada pela maioria dos trabalhadores. Entretanto, no processo educativo dos profissionais de nível superior, como médicos e enfermeiros, estes utilizam também uma linguagem científica para a explicação dos diagnósticos ou problemas de saúde, mas em seguida, foi observado que procuram falar a mesma coisa de uma maneira simples para a compreensão do usuário. No entanto, por mais que o trabalhador avance em direção à uma abordagem que reconheça o contexto da prática educativa ainda continua posicionando-se como detentor do saber, responsável pela transmissão desta informação que é sua e não do outro.

O exemplo é uma forma de facilitar o entendimento por meio de uma explicação mais próxima da vivência do paciente e os sujeitos desta pesquisa mostraram compreender a importância deste em sua prática, pois utilizaram-no como estratégia educativa. Freire diz que as palavras a que falta a corporeidade do exemplo pouco ou quase nada valem (FREIRE, 2008).

Outra estratégia educativa observada na conduta dos trabalhadores foi a abordagem do usuário de *forma descontraída* (AE2), desenvolvida na conversa cotidiana no qual o profissional *aproveita para reforçar as orientações básicas e mais importantes* (A5) para o seu auto-cuidado. Para Freire (2008) “educar exige alegria e esperança”, e que os momentos de alegria são tidos como oportunos para uma maior apreensão dos conteúdos aplicados na prática educativa.

Os trabalhadores de saúde disseram encontrar dificuldades pessoais no desenvolvimento da educação em saúde, devido à *falta de atualização profissional* (AE3), deparando-se até mesmo com o seu despreparo perante a realização destas atividades: *pode acontecer deles perguntarem alguma dúvida e eu não saber explicar* (A5).

Devido a estes entraves, ele assume sua insegurança em ser educador em saúde, bem como as deficiências e diversidades do saber e das informações em saúde, pois preocupa-se com o conteúdo educativo, desenvolvendo estratégias pessoais para lidar com essas barreiras: *eu sou humilde em perguntar se eu não sei e sou humilde em falar para o paciente também que eu não sei, eu falo para ele, olha eu não sei, mas vamos atrás, eu vou procurar, eu vou ter o esforço de ir atrás, de perguntar, principalmente para quem é um cargo mais acima de mim, e eu te falo (AE1).*

Conforme esta estratégia demonstrada pelo profissional auxiliar de enfermagem, é possível verificar que no processo educativo em saúde, os interlocutores podem ser questionados um pelo outro. Nesta ocasião, o trabalhador refere à necessidade de ter humildade para admitir não ser o detentor do saber, necessitando buscar este conhecimento em outras fontes para sanar as dúvidas que surgiram neste processo de ensino-aprendizagem, mas ao mesmo tempo, mostra-se inseguro por não saber as respostas que a população espera que ele dê.

Diante de situações como estas e das várias situações que ocorrem no setor saúde, as relações de poder são verificadas na relação profissional-usuário durante a prática educativa.

Segundo Giovanella (1989), as relações de poder estão presentes na disputa de recursos para a saúde, em que a existência de classes, divididas em diversos grupos sociais com distintos interesses, produz contradições que se manifestam como conflitos entre os atores e expressam-se internamente aos serviços na forma de redes de micropoderes, na relação médico-paciente.

Nestas relações, os profissionais colocam-se em cena e escolhem seus papéis com base em seus interesses particulares ou gerais. No comportamento dos trabalhadores está a possibilidade da transformação das forças e das relações de poder. Nessa transformação está a possibilidade da solução dos problemas de saúde. Comportamento e consciência, prática e concepção de mundo são para Testa (apud GIOVANELLA, 1989) inseparáveis e integram sua definição de ideologia, em que segundo o autor transformando a consciência transformam-se os comportamentos.

Associando-se as relações de poder e a ideologia imbuídas nas práticas educativas, pode-se dizer que na metodologia da transmissão o profissional é possuidor de um poder absoluto em relação ao usuário, no qual ele é o detentor do

saber, enquanto na metodologia problematizadora ambos são detentores de saberes que precisam ser articulados para a construção do conhecimento.

Nas ações educativas cotidianas, os profissionais de saúde relataram seu trabalho acirrado frente às dificuldades encontradas pelos pacientes com doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, em seguir as orientações médicas quanto ao uso de remédios. Os trabalhadores disseram que a cobrança e insistência no processo educativo são para que o usuário utilize corretamente as medicações e possa desfrutar de bons resultados em seu tratamento: *medicação, a gente sempre esta em cima, olha não toma mais do que foi dito para usar, se é para você tomar um comprimido de oito em oito horas você vai seguir essa regra, a gente cai muito em cima deles (A2).*

Ao ensinar como o usuário deve tomar as medicações, alguns trabalhadores enfatizaram os cuidados necessários com a saúde para se atingir a finalidade terapêutica. Disseram fazer orientações quanto à importância da alimentação e da prática de exercícios para um bom funcionamento do corpo:

...as famílias que a gente visita, a gente avalia os remédios que eles tomam, de que maneira eles tomam, a gente vai ver se eles estão tomando certo porque na verdade a gente fala que o remédio tomando corretamente, juntamente com a alimentação certa, o remédio vai valer cem por cento e eles vão ter uma melhora boa, o remédio e a alimentação e a prática do exercício também (A3).

Esta postura apresentada por alguns trabalhadores mostra que o profissional procura realizar um cuidado voltado para o controle das ações em saúde, reforçando a relação de poder existente entre trabalhador e usuário.

Os trabalhadores procuram explicar para alguns pacientes como tomar as medicações, separando-as de acordo com a sua cor e utilizam caixinhas coloridas com desenhos para sua identificação. Reforçam a orientação quanto ao horário dos medicamentos, pedem para que a pessoa repita como estão tomando e enfatizam que quando os remédios estiverem acabando que devem procurar a UBS levando a carteirinha para pegar mais medicação (DC, p. 6). Buscam dar exemplos simples que fazem parte da realidade dos sujeitos, tentando incentivar o seu cuidado, além de ensinarem a família, para que esta ajude o paciente a se cuidar: *pessoas que encontram dificuldade, que não sabem ler, por exemplo, a gente pega a*

medicação e vai pondo nas caixinhas, se é de dia a gente desenha um sol, se é de noite, desenha uma lua, aí a pessoa consegue definir o dia e a noite (A2).

Neste tipo de ensinamento, verifica-se que há uma preocupação do profissional quanto à realidade em que o usuário vive, desta forma associa às situações de seu cotidiano com os exemplos dados, para assim buscar uma melhor adesão do paciente no uso de medicações. Freire (2008) afirma que educar exige a produção das condições em que aprender criticamente é possível e que essas condições implicam ou exigem a presença de educadores e de educando criadores, instigadores, inquietos, curiosos e persistentes. Da mesma forma pode-se referir à postura dos profissionais, que devem ter os mesmos atributos dos educadores para produzirem realidades educativas na área da saúde. Mas o que se observa é uma atuação mais impositiva. Esta postura está relacionada em grande parte à forma de organização do trabalho em saúde e também devido à formação destes profissionais.

Mesmo utilizando várias formas de explicações para que o usuário siga as orientações de tomar a medicação corretamente, existe uma resistência do paciente em seguir o tratamento. Isto pode ser evidenciado devido à complexidade no enfrentamento de determinados agravos à saúde, como no caso de doenças crônicas em que há limites na realização do processo educativo, desde a não compreensão/aceitação do usuário da sua patologia e o seu processo saúde-doença, escolaridade do usuário, acesso a serviços, medicação entre outros.

A pesquisa realizada por Rêgo, Nakatani e Bachion (2006) apontou que, os sentimentos emergidos dos portadores de Diabetes em relação à sua doença remete aos sentimentos de restrições e proibições alimentares, que pode ser atribuído aos portadores de qualquer doença crônica, pois passam por dificuldades em aderir ao tratamento e ficam impedidos de levarem uma vida normal como a maioria da população.

Devido às dificuldades de aderência ao tratamento por parte dos pacientes possuidores de doenças crônicas, Rêgo, Nakatani e Bachion (2006) destacam a necessidade do profissional de saúde intervir com ações educativas no sentido de colaborar na construção do processo de significação e aceitação da condição de ser uma pessoa normal acometida por uma doença controlável. Na presente pesquisa, também verificou-se esta necessidade de trabalhar com o

processo de significação das doenças crônicas para com os usuários das UBS estudadas.

Outra forma utilizada no intuito de verificar se a medicação que o paciente está tomando segue a orientação médica é o acompanhamento mais próximo deste paciente, realizando visitas domiciliares diárias para analisar bem de perto a conduta do paciente, cobrando-o em suas responsabilidades para que este tome a medicação corretamente. Para tanto, os ACS realizam a contagem dos comprimidos, fazendo uma retrospectiva de quantos comprimidos o usuário deveria tomar e confirma esta quantidade verificando quantos remédios este usuário tomou e quantos ele ainda tem para tomar:

...essa última paciente que descobriu que estava com hanseníase, a princípio eu passava todo dia lá para ver se estava tomando, eu expliquei certinho e daí eu vi que ela estava tomando certo, então eu já não precisava ficar indo todo dia lá, mas quando eu vou, eu conto os medicamentos para ver se ela está tomando certo (A5).

Nesta postura descrita pelo profissional, pode-se associar o cuidado com a utilização das medicações ao enfoque na ação curativa e no controle de doenças, porém não se pode deixar de considerar que este acompanhamento pode ser propulsor de uma postura de controle, mas também de comprometimento para com o usuário na condução da sua terapêutica. Neste contexto, existe a necessidade do trabalhador caminhar em direção ao reconhecimento da autonomia do usuário tomando-a como finalidade do acompanhamento e cuidado ao usuário.

O trabalhador aponta como finalidade de sua ação educativa a busca de uma atenção à saúde humanizada e integral: *eu valorizo muito a humanização, o bom atendimento das pessoas, porque para fazer a educação em saúde é necessário saber valorizar e respeitar o usuário dando um atendimento integral (E2)*. No entanto, temos que considerar o grande desafio de aplicar estes conceitos na realidade da AB.

Tendo em vista a amplitude e a complexidade da educação em saúde realizada na informalidade das relações profissional-usuário pode-se afirmar que esta ocorre nas conversas e orientações do cotidiano, permeiam os variados temas que envolvem as necessidades apresentadas pelos usuários, tendo como espaço de realização as ações desenvolvidas dentro da UBS e nas visitas domiciliares. Os trabalhadores apresentam estratégias educativas que se dão de

forma intuitiva, algumas retratam um modo diferenciado de realizar a prática educativa, porém a maioria destas prendem-se ao repasse de informações, no qual o trabalhador procura transferir/informar reforçando sua atitude de controle e imposição de um saber que julga ser o certo. No entanto, não se pode deixar de considerar que este trabalhador reproduz o modelo de educação que lhe foi ensinado, além do processo de trabalho em saúde fortalecer esta postura quando valoriza mais a prática curativa, voltada ao atendimento à demanda do que as práticas de promoção da saúde.

□ Práticas Formais e Estratégias Utilizadas

As atividades formais ou coletivas são designadas desta maneira porque exigem certa organização e planejamento por parte da equipe. Planejar compreende um modo de possibilitar interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejados. Planejamento é a maneira de agir sobre algo de forma eficaz, sendo considerado um instrumento de gestão que promove o desenvolvimento (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998). O planejamento da educação em saúde no âmbito da SF é uma arma poderosa para desenvolver e apoiar o cuidado em saúde proposto por esta estratégia.

As atividades formais são realizadas em sua maioria pelas enfermeiras, auxiliares de enfermagem e pelos ACS e revelam-se por meio da realização de *palestras e grupos* (E1) de apoio, como os grupos de caminhada e de idosos existentes na UBS da área rural e as campanhas educativas. Estas atividades são consideradas a *menor parcela* (E1) das ações desenvolvidas pela equipe de saúde.

Os grupos educativos são o objeto de pesquisa de vários estudos que analisam como se dá a prática educativa por meio deles (FROTA; ALBUQUERQUE; LINARA, 2007; GONÇALVES; MANTELLINI, 2007; MAIA; SILVA, 2005; PENNA; PINHO, 2002; PEREIRA; SERVO, 2006; REGO; NAKATANI; BACHION, 2006; SANTOS; BACKES, 2009). Torres e Enders (1999) relataram que, para realizar as palestras educativas na prevenção das DST/AIDS, as enfermeiras utilizaram os corredores ou espaços existentes em frente às salas de atendimento,

além de realizarem a distribuição e orientações sobre os preservativos durante o atendimento da demanda, o que demonstra uma carência de recursos materiais e audiovisuais, de infra-estrutura do serviço, podendo, segundo a percepção das enfermeiras, dificultar o aprendizado. Este mesmo tipo de atividade desenvolvida dentro da UBS, também foi observado na presente pesquisa, isto é, ocorrem palestras na sala de espera, enquanto os usuários aguardam as consultas.

As ações desenvolvidas fora da UBS ocorrem nas dependências das instituições sociais existentes na área, como o grupo de caminhada, que realizam sua atividade física num campo de futebol ou nas ruas do distrito. O grupo de idosos e as palestras destinadas para toda a população são realizadas em sua maioria no salão paroquial da comunidade.

Na mesma pesquisa realizada por Torres e Enders (1999), pontua-se sobre o trabalho educativo realizado fora das dependências da UBS, como o trabalho comunitário desenvolvido pelas enfermeiras que envolviam algumas atividades como orientação, realizadas por meio de teatro, palestras em escolas, trabalho educativo com as profissionais do sexo nas casas de drinques, na praia e restaurantes com distribuição de camisinhas, panfletos e orientações. Esta amplitude de locais para a realização destas atividades mostra que não existe limites ou fronteiras para se realizar a educação em saúde, e que esta pode ser praticada em todo lugar, rompendo barreiras físicas de acesso às ações em saúde.

Para o desenvolvimento das atividades coletivas, os profissionais desenvolvem diferentes metodologias de abordagem educativas. Muitas das estratégias referenciadas na prática educativa informal também são estratégias comuns às atividades formais. A seguir, serão pontuadas as estratégias encontradas mais especificamente nas ações formais.

A organização da ação do trabalhador segue alguns passos considerados necessários. Primeiramente os trabalhadores analisam a necessidade de realizar a ação educativa, visando atender a uma *população específica que esteja precisando* (M1), e assim *chamam a população conforme as pessoas tenham disponibilidade e interesse* (A2) sobre o tema abordado:

...por exemplo, estava tendo muito diabetes descompensado, então eu vi a importância de buscar aquele grupo específico para tentar melhorar tal situação. Eu acho que o importante da palestra é você tentar abordar o

maior número de pessoas possível da população em questão ou às vezes até a população em geral mesmo, tendo uma linguagem de fácil acesso (M1).

Para a maioria dos profissionais, a realização de palestras educativas tem a função de mobilizar as pessoas para o tema discutido. Para isto, relataram a importância da *divulgação* (A2) destas práticas. Os profissionais apontam que educar em saúde exige organização, material, boas mensagens e debatedores na platéia, demonstrando aí a necessidade de divulgação e a importância da participação da comunidade nas práticas educativas (MELO; SANTOS; TREZZA, 2005).

Além desta mobilização, demonstraram a necessidade de enfatizar a continuidade do cuidado ao paciente, conforme a realidade do serviço à saúde prestado: *principalmente passar para a população que a gente está ali disponível para eles, e mesmo que de repente na palestra não consiga atingir o objetivo, que eles podem vir buscar a gente num outro momento para esclarecer as dúvidas, as doenças, aquilo que está ocasionando, afligindo eles* (M1). Os profissionais reconhecem que o seu trabalho educativo/informativo, mesmo tendo um caráter de repasse de informações, não deve limitar-se à uma ação pontual, como a palestra, mas sinalizam a importância do usuário prosseguir o seu cuidado de acordo com as atividades realizadas no cotidiano da UBS.

O trabalhador procura *estudar o tema a ser abordado* (M1), fazendo um esquema dos *principais pontos a serem focados na discussão* (E1). Em seguida, buscam materiais educativos que *existem* na própria UBS (E2), secretaria de saúde ou fornecidos pela *regional de saúde* (A4), ou *pesquisam através da internet* (M1). Confeccionam materiais didáticos para facilitar a compreensão de sua explicação: *o importante é você estar fornecendo um bom conteúdo para os ouvintes* (M1).

Para a organização destas ações, o profissional ocupa-se do tempo oportunizado em sua carga horária de trabalho além de utilizar horas fora de seu expediente, em seu domicílio, para finalizar o planejamento e a organização destas atividades. A necessidade de utilizar o seu tempo após o expediente ocorre, na maioria das vezes, devido à grande demanda do serviço que ocupa todo o tempo do trabalhador, e porque estas atividades não estão incorporadas no planejamento das ações cotidianas dos serviços.

A participação dos usuários através dos relatos de experiência é um instrumento precioso, apresentando histórias de vida ainda mais próximas da realidade dos participantes, tornam-se apoio e estímulo ao autocuidado: *aí uma senhora falou, Ah! A minha filha teve hanseníase, é assim, e assim, e ela explicando para eles. Aí um foi falando para o outro, ficou bem interessante, todo mundo parou para olhar e escutar a mulher* (AE4). Utilizando-se de exemplos e relatos de experiência, o processo educativo torna-se um agente operante, no qual o palavreado têm significado e repercute no entendimento do usuário (FREIRE, 2008).

Durante a realização da maior parte das palestras, os profissionais relataram a necessidade estimular o público alvo para o tema a ser discutido, pois no início das atividades os usuários apresentam-se tímidos e retraídos. Observou-se que o trabalhador procura conduzir a discussão do tema buscando o conhecimento prévio do paciente sobre o assunto. Conforme a condução dada pelos profissionais, possibilita-se a abertura de um diálogo com a população, que estimula a participação dos sujeitos: *o pessoal fica meio assim, ah o que é isso, que horror, às vezes tem um pouco de resistência, no começo ficam um pouco envergonhados, meio tímidos, mas começam a perguntar, começam a se interessar, é bem legal de fazer, no colégio a gente teve um entrosamento muito bom, eles começaram a perguntar* (A6). Neste caso, para a introdução do tema a ser discutido, o trabalhador pode pensar em estratégias estimuladoras da participação e também recreativas como dinâmicas, atividades lúdicas, para assim conquistar a atenção e a curiosidade sobre o tema a ser discutido.

De maneira geral, as atividades coletivas como os grupos de apoio, as palestras e as campanhas de conscientização, são realizadas em equipe, desenvolvido por quase todos os profissionais da SF, exceto o profissional médico.

Outra maneira de desenvolver a educação em saúde formalmente foi encontrada pelos ACS da área rural que planejaram atividades educativas/informativas durante as visitas domiciliares:

...na visita domiciliar a gente achou uma forma bem bacana de estar abordando uns temas, que partiu das próprias agentes comunitárias de saúde, de chegar na casa da pessoa, só ver como que está, se teve diarreia, ver a carteirinha de vacina, sabe essas coisinhas, então a gente estava trabalhando alguns temas que elas queriam para elas repassarem para os pacientes (E1).

Para o desenvolvimento destes temas educativos, os profissionais prepararam-se, estudando o assunto e a forma de abordá-lo no domicílio, o que aponta para a importância da EPS enquanto ferramenta para o desenvolvimento das ações educativas: então elas traziam um tema para a gente, a gente estudava um pouco sobre o tema, discutia um pouco, nada muito aprofundado e elas repassavam essas informações para os pacientes, aí quando elas tinham alguma dúvida, que surgia durante a visita, elas retornavam, a gente lia sobre o tema, e voltava para o usuário (E1). Esta atitude apresenta um esforço por parte do trabalhador com o desenvolvimento das práticas educativas de acordo com a realidade da população, porém ainda reforçam um caráter vertical na relação profissional-usuário.

Verificou-se que o trabalho educativo em equipe desenvolvido na presente pesquisa é realizado pelos profissionais: enfermeiro, auxiliar de enfermagem e os ACS. Observando a campanha de conscientização sobre as Hepatites Virais, realizada na área rural, pôde-se verificar como ocorre este trabalho. A equipe recebeu um comunicado da regional de saúde sobre a Campanha sobre as Hepatites B e C, juntamente com cartazes e folderes. A enfermeira reuniu a equipe, de forma rápida e informal, e os profissionais planejaram esta campanha em nível local, abordando o tema dentro da UBS com a realização de palestras, divulgação durante o atendimento e a realização das chamadas panfletagens, que consiste na entrega de panfletos durante as visitas domiciliares.

Foi realizada uma palestra sobre o tema pela enfermeira, na sala de espera da UBS. A equipe achou melhor fosse feita pela enfermeira por se tratar de um *tema não muito comum* (AE2) e *complicado* (A1). A condução da atividade se deu de forma transmissiva na qual a enfermeira abordou o tema Hepatite, falando sobre os aspectos epidemiológicos da doença, sinais e sintomas, forma de transmissão, tratamento e vacinação. Utilizou-se do cartaz que veio na campanha e os panfletos que foram distribuídos ao final da palestra. A divulgação das informações na UBS durante o atendimento foi realizada pelas auxiliares de enfermagem e pela enfermeira, e nos domicílios pelos ACS.

Nesta atividade, verificou-se que a prática educativa foi totalmente orientada pelo modelo biomédico, no qual centravam as ações educativas em ações preventivas voltadas para a imunização da população que não era vacinada, e o encaminhamento ou a busca do atendimento médico para as pessoas portadoras do vírus ou que apresentavam os sintomas da doença. Tomando como base o trabalho

desenvolvido nesta campanha, pode-se perceber que esta ação educativa reforçou o modelo de educação centrado na transmissão de informações, que se faz presente tanto na concepção quanto na prática destes trabalhadores.

De acordo com os relatos dos profissionais da área urbana, o desenvolvimento das atividades formais, como palestras, são realizadas em sua maioria pelo profissional enfermeiro, contando com a ajuda de outros profissionais para a sua condução: *então, a maioria das vezes, fazemos nós os agentes junto com a enfermeira. Nós passamos a orientação básica que a gente tem, aí a enfermeira complementa mais a fundo, orienta também a estar procurando o médico para o médico esclarecer mais no clínico* (A6). A equipe atribui esta prática ao enfermeiro por considerar que este trabalhador encontra-se mais preparado para realizar as ações coletivas.

Verifica-se que, tanto na área rural quanto na área urbana, as atividades educativas formais são nucleadas pelo profissional enfermeiro, pois este fica responsável pela organização, planejamento e execução destas ações.

Quanto ao trabalho do médico, percebe-se a não participação deste trabalhador nas práticas coletivas desenvolvidas em equipe, pois considera que estas ações não fazem parte de suas atribuições, não se vendo como responsável e co-partícipe das ações coletivas: *essas atividades de grupo não fazem parte da nossa função* (M2), embora constem das atribuições previstas para este profissional segundo o Ministério da Saúde, conforme sinalizado anteriormente. Igualmente ao encontrado na presente pesquisa, no estudo de Gonçalves et al. (2009), percebe-se uma predominância no trabalho médico-centrado, em que o foco do trabalho deste profissional está nas atividades assistenciais, com pouca ou nenhuma atividade educativa e baixo contato com o restante da equipe de SF principalmente nas atividades coletivas em equipe. Esta concepção de modelo de saúde leva o médico a um distanciamento da totalidade do cuidado na AB. Assim, o que se observa na prática educativa das equipes estudadas é a dificuldade de superar uma realidade em que o trabalho médico encontra-se separado do trabalho dos outros profissionais.

Scherer, Pires e Schwartz (2009) afirmam que o trabalho em saúde é marcado pela história das profissões, em que ocorre a divisão do trabalho e em conjunto cria uma fronteira entre os grupos. Também aponta a necessidade de rever a hegemonia do profissional médico no trabalho em saúde, para assim, caminhar no sentido de práticas interdisciplinares e ampliar a qualidade da atenção em saúde. Os mesmos descrevem o trabalho em equipe como o trabalho realizado por diferentes

profissionais e em cooperação. Porém, apresentam ações fragmentadas e cada profissional responsabiliza-se pela sua atividade. Já o trabalho coletivo consiste no trabalho multiprofissional e em cooperação, marcado pela recíproca entre as múltiplas intervenções e interações destes profissionais. Relacionando os dizeres destes autores com o encontrado na presente pesquisa, pode-se dizer que existe a necessidade de que o trabalho educativo desenvolvido pela equipe de SF caminhe em direção à um trabalho coletivo, para que assim haja uma progressão nas atuais práticas educativas na AB.

A maioria dos assuntos discutidos estão relacionados às doenças crônicas e à prevenção de agravos freqüentemente encontrados na população, como Hipertensão Arterial, Diabetes Melitus, Tuberculose, Hanseníase, prevenção da gravidez na adolescência e DST, prevenção do câncer do colo uterino e de mama, entre outros. O enfoque dado aos temas discutidos coletivamente reforçam a concepção de educação pautada na transmissão de informações, no qual o profissional acredita que quanto mais ele repassar informações, mais ele estará exercendo o seu dever de educador, assim como estará controlando a ocorrência destes agravos na população, ou seja, estará realizando o trabalho prescrito.

Os temas, como a Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Hanseníase, prevenção do câncer ginecológico, da gravidez na adolescência e de DST, são apontados pela maioria dos estudos realizados em grupos educativos (GONÇALVES; MANTELLINI, 2007; MOURA; SOUSA, 2002; OLIVEIRA; PINTO, 2007; PENNA; PINHO, 2002; RÊGO; NAKATANI; BACHION, 2006; SANTOS; BACKES, 2009; SILVA, 2005; TORRES; ENDERS, 1999). De acordo com o observado na presente pesquisa, os temas desenvolvidos nas práticas formais, muitas vezes seguem um roteiro pré-determinado pela regional de saúde. Desta forma, os assuntos abordados seguem uma orientação hierárquica, no qual a regional de saúde cobra a realização destas atividades por meio de relatórios.

Outros estudos apontam o verticalismo presente na elaboração das práticas educativas, visto que as equipes de saúde seguiam um roteiro pré-determinado pela gerência regional e estes temas muitas vezes não revelavam a verdadeira expectativa da população. Desta forma, os conteúdos dos programas de saúde têm valorizado o conhecimento técnico a partir de situações alheias à realidade vivida pelos usuários (ACIOLI; CARVALHO, 1998; PEREIRA; SERVO, 2006).

Ainda referindo-se às atividades educativas formais desenvolvidas na presente pesquisa, na UBS da área urbana não há atividades educativas formais como grupos de apoio estruturado, mas este tipo de atividade é realizada nas instituições sociais de sua comunidade. Já a UBS da área rural apresenta um grupo de idosos e um grupo de caminhada que será apresentado a seguir.

O grupo de idosos surgiu do trabalho de conclusão do curso de ACS, realizado pelas duas ACS da UBS. A proposta foi fazer uma palestra educativa com idosos por se tratar de uma população predominante neste distrito, e que apresentavam problemas de saúde devido à quedas freqüentes: *a primeira palestra da saúde, foi sobre os idosos e os cuidados especiais que eles devem ter (A1)*. A partir de então, com o bom resultado desta atividade a equipe assumiu o compromisso de formar um grupo de idosos, no qual a enfermeira, as duas ACS e as duas auxiliares de enfermagem decidiram conduzir este grupo desenvolvendo atividades recreativas e educativas.

Este trabalho iniciou-se no segundo semestre do ano de 2007, porém teve solução de continuidade em 2008 por questões políticas, tendo sido retomado a partir de abril de 2009, mês que iniciou a coleta de dados da presente pesquisa. Mesmo com esta interrupção das atividades, há por parte da equipe um desejo de que o grupo se mantenha, como exposto na seguinte fala: *então de lá para cá esse grupo permaneceu, na qual se Deus quiser até enquanto a gente estiver trabalhando a gente vai manter ele (A2)*.

Reiniciaram o grupo de idosos convidando a todos para uma palestra sobre Hipertensão Arterial, no qual participaram uma auxiliar de enfermagem, uma ACS e a enfermeira. Após a palestra realizada pela enfermeira, foi verificada a PA dos participantes, entregue a carteirinha de acompanhamento da PA e foi realizado orientações quanto a condução do grupo e quanto à entrega de medicamentos: *o artesanato, o crochê, as mulheres estão adorando, tem os baralhos, as daminhas, os dominó, a gente está fazendo HGT nos diabéticos, e tentando distribuir os medicamento deles no mesmo dia para desafogar também o posto (AE2)*.

Ficou definido que as reuniões do grupo seriam realizadas duas vezes por semana, no período da tarde, no salão paroquial da Igreja Católica. Para as atividades artesanais e recreativas, as ACS pediram ajuda à população para auxiliarem esta atividade tanto que conseguiram adquirir materiais para realizar trabalho artesanal como crochê, tricô, pintura, bordado, além de jogos recreativos

como baralho, xadrez, dominó, entre outros, e também, procuraram a ajuda de voluntários para auxiliarem: *a gente tem voluntários que estão dispostos a ensinar* (E1). Estas atividades recreativas e artesanais eram realizadas em sua maioria pelas ACS e auxiliares de enfermagem.

No entanto, as atividades como palestras eram realizadas por todos os profissionais da equipe, havendo um rodízio de pessoas responsáveis a cada mês, em que ficariam encarregados de desenvolverem uma palestra sobre algum tema da saúde: *a gente já combinou também que cada mês uma vai fazer a palestra, vai falar sobre algum tema e até já teve a oportunidade também das agentes de saúde falarem* (AE2).

Durante a realização das palestras, há a participação de outros profissionais e não só daquele que está responsável pela condução da mesma: *as próprias agentes de saúde que estão comigo lembram, ah você não falou tal coisa, ah lembra disso, elas ajudam, é um incentivo para elas falarem também, daí elas começam a falar* (E1).

Quando as ACS estão responsáveis pela atividade educativa, estas buscam o auxílio da enfermeira como apoio para estudar o tema, dar opinião e tirar dúvidas, além de solicitarem a presença da enfermeira, pois assim sentem-se mais seguras: *a gente conta com a enfermeira, que ajuda a gente a preparar a palestra, a gente estuda, tira as dúvidas com ela, e também pede para ela participar com a gente* (A1).

A enfermagem tem tido uma grande participação na educação em saúde, liderando os grupos educativos em saúde, pois o enfermeiro é o profissional delegado socialmente para cuidar direta e indiretamente do corpo (TEIXEIRA; DAHER, 1999). Esta liderança é identificada no trabalho da enfermeira neste grupo de idosos, que participa direta ou indiretamente de todas as atividades educativas do grupo.

Para estes profissionais que atuam no trabalho com grupos, foi referido que a atividade trouxe muitas contribuições e facilitou o trabalho com a comunidade, além de o considerarem como um espaço ativo e possível de produzir realidades preventivas: *como agora a gente tem uma equipe legal no grupo de idosos, então a gente trabalha bastante com eles a prevenção, fazendo palestra, conversando com eles e fazendo algum tipo de atividade que envolva a saúde, passando folderes, explicando no dia-a-dia* (AE1).

Revelaram que as atividades artesanais são bem aceitas pelos participantes: *é uma coisa muito importante você estar mexendo com a mente deles, as*

meninas adoram e falam que até esquecem dos problemas delas e que o crochê ajuda a descansar a mente, a desestressar porque você não pensa em nada na hora que está fazendo (A2). Nesta fala pode-se verificar que o grupo tenta caminhar com ações que não estejam focadas somente na prevenção de doenças, mas sim em atividades que prezem o bem estar de seus participantes.

Estudos revelam os aspectos que motivam os sujeitos a permanecerem no grupo enquanto outros abandonam, é ser este um espaço de exteriorização dos sentimentos. Nesse sentido, os integrantes sentem-se bem participando dos encontros e esperam ansiosos a próxima reunião (TEIXEIRA; DAHER, 1999; TORRES et al., 2009).

Durante a observação de palestra com o grupo de idosos, realizada pela equipe de saúde do distrito rural, verificou-se a disposição dos participantes em forma de roda (DC, p. 83). A abordagem do profissional de saúde parte primeiramente do *conhecimento prévio (AE2)* dos usuários, buscam a interação por meio de *perguntas (A1)* e questionamentos que trazem uma reflexão sobre o assunto em pauta, instigam a realidade vivenciada pelos participantes em prol do seu entendimento, estimulam a *participação dos pacientes* para eles se *sentirem importantes além de dar abertura para eles se expressarem (AE1)*:

...às vezes eles têm uma visão e você tem que estar partindo daquilo que eles já conhecem, pois isso é extremamente importante. Por exemplo, a gente falou sobre a hanseníase, quase ninguém conhece essa palavra, mas o que é a lepra é uma coisa mais comum, que eles já ouviram falar, assim é mais fácil deles entenderem (E1).

A pedagogia problematizadora parte do pressuposto de que o aluno é um ser participante e agente da transformação social, capaz de detectar os problemas reais e buscar para si soluções originais e criativas. Desta forma, o aluno é um sujeito constantemente ativo, observador, que formula perguntas e expressa percepções e opiniões. A aprendizagem neste processo está ligada a aspectos significativos da realidade motivada pela percepção de problemas reais, e o papel do educador torna-se o de facilitador deste processo de aprendizagem. (BORDENAVE, 1983).

Conforme a concepção de educação em saúde demonstrada pelos sujeitos pesquisados, notou-se um esforço por parte de alguns trabalhadores em discutir temas que fossem significativos, partindo do conhecimento prévio e

valorizando as experiências dos participantes. Neste esforço percebeu-se um movimento em direção ao desenvolvimento de uma pedagogia em que ocorre o reconhecimento do usuário como sujeito ativo do processo educativo, no qual o trabalhador respeita seus conhecimentos, valores, história, e estimula sua participação no intuito de promover usuários autônomos e responsáveis pelo seu autocuidado.

Por meio da realização das tarefas recreativas e do artesanato, o profissional demonstrou iniciativas de praticar a ação educativa visando tirar o foco das patologias: *you begin to comment, to converse, to ask for the patient what he thinks of that, what he saw in that, between one way and another, they will also exercise a little more the mind and with this they will forget a little of the disease, which is not easy for you to think only of disease (AE1)*. De acordo com o encontrado na presente pesquisa, o estudo de Teixeira e Daher (1999), citado anteriormente, também demonstra que as participações dos sujeitos nas atividades educativas fazem os mesmos se sentirem seguros e mais relaxados, além dos encontros serem reconhecidos como momentos de descontração, mas com função terapêutica e de auto-ajuda.

Os profissionais de saúde da área rural apontam que a realização de *confraternizações, bailes (A2), festinhas (AE2)*, são estratégias oportunas e convidativas que chamam a atenção do público alvo para a participação das atividades educativas, bem como, o *sorteio de brindes (E1)* estimula a presença dos usuários:

...you need to have an incentive to take them to a gym, then sometimes having a gift, making a coffee in the afternoon everyone appears and if you talk that you won't have, they won't come, it's complicated, then you have to have an incentive, mainly with the people who are more in need, I think that there is an incentive because if not they don't have the concern of going to look for the gym (AE1).

Este mesmo achado foi descrito por Teixeira e Daher (1999), no qual os lanches e as atividades recreativas foram as formas que conseguiram para ampliar a adesão dos sujeitos nas atividades em grupo.

A partir deste grupo de idosos surgiu a idéia de montar um grupo de caminhada, que é realizado três vezes por semana no qual as ACS e as auxiliares de enfermagem são responsáveis. Durante a realização deste grupo de caminhada os profissionais realizam outras formas de atividades físicas e algumas brincadeiras, como por exemplo, brincadeira com bola. Disseram realizar atividades educativas

que enfatizam a importância da atividade física diária: *a gente conversa com eles, sobre alguns tipos de atividades, o porquê dessas atividades, o que eles estão fazendo, o porque é bom para eles, conversando mesmo no dia-a-dia, levando informação e passando folderes explicando (A2).*

Tendo em vista a amplitude da prática educativa realizada na realidade da equipe de SF do município de pequeno porte estudado, pode-se tecer algumas considerações:

Referindo-se ao trabalho educativo realizado pelas duas equipes de SF pesquisadas, pôde-se verificar que as práticas e as metodologias educativas se entrecruzam entre as maneiras formais e informais de se educar em saúde, porém cada uma também possui sua particularidade. Quanto ao assunto abordado pode-se mencionar que nas práticas informais os temas estão relacionados às necessidades dos usuários enquanto que nas atividades formais, os assuntos seguem, na maioria das vezes, os temas designados de forma vertical pela regional de saúde.

O modelo de educação de transmissão do conhecimento encontra-se fortemente arraigado às práticas educativas na SF. Pôde-se verificar que este é realizado com maior intensidade nas práticas informais que nas formais. Já a prática da educação que busca um usuário autônomo e responsável pelo seu cuidado e o de sua comunidade, ocorre de forma mais freqüente nas práticas educativas formais, porém de forma incipiente, necessitando de maior embasamento pedagógico por parte dos profissionais e do apoio da gestão para sua concretização.

Tendo em vista o trabalho em saúde desenvolvido pelas categorias profissionais estudadas, verificou-se que a centralidade da assistência à saúde fica por conta do profissional médico, enquanto que a responsabilidade, o planejamento, a organização e a execução das atividades educativas são da enfermeira. No desenvolvimento das atividades coletivas, o trabalho em equipe desenvolvido pelos grupos educativos pode ser tomado como um avanço às práticas educativas quando os profissionais, que possuem uma concepção mais progressista ajudam os que ainda se mantêm na concepção tradicional, a olharem a educação em saúde como uma prática de construção do conhecimento e não somente informativa.

A equipe da área urbana centra suas atividades educativas na transmissão e na informalidade desta ação, e suas práticas formais ocorrem esporadicamente. A área rural desenvolve atividades em grupos, com o propósito de utilizar uma proposta pedagógica mais progressista de educação, mas possui

limitações neste processo. É importante ressaltar os diferentes processos de trabalho destas instituições, pois a área urbana apresenta uma disponibilidade de pessoal menor e uma demanda de atendimento maior que a da área rural.

Notou-se também que o tempo é um fator determinante na maneira de realizar a prática educativa, ou seja, quando esta ocorre com maior disponibilidade de tempo e preparação, volta-se para uma prática mais significativa tanto para o usuário como para o trabalhador.

☐ MATERIAL DE APOIO PARA A REALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS

Envolto à formalidade das atividades educativas realizadas pela equipe, a utilização de materiais, assim como nas práticas informais, também foi alvo de análise nestas ações. Estes materiais são, na maioria das vezes, fornecidos pela regional de saúde ou confeccionados pelos próprios trabalhadores. Dentre os materiais fornecidos estão os folderes, cartazes, panfletos, álbum seriado, distribuídos conforme as atividades previstas para campanhas e orientações para a população. Os materiais confeccionados pelos profissionais são cartazes explicativos mais detalhados, com desenhos e figuras ilustrativas em uma seqüência que facilite o entendimento dos participantes, além de utilizarem materiais de apoio que fazem parte de sua realidade de trabalho, como a demonstração de contraceptivos ou medicamentos em geral, preservativos, DIU, espéculos, pinças, lâminas, dentre outros. Também emprestam materiais de outras pessoas e serviços, como bonecos, próteses de mama e órgãos genitais masculino e feminino.

A utilização de materiais que fazem parte do cotidiano do trabalho na AB, além de ser uma realidade deste serviço também foi relatada em outros estudos. Torres e Enders (1999), em pesquisa citada anteriormente, mostra que as ações educativas desenvolvidas para a prevenção das DST/AIDS e de planejamento familiar, realizadas por enfermeiras, utilizaram materiais de apoio para a demonstração do uso correto da camisinha, além da entrega de preservativos.

Os profissionais intuitivamente procuram materiais de apoio que facilitem o processo educativo, almejando a compreensão do usuário. Verifica-se uma atitude ativa dos profissionais no planejamento das atividades educativas ao utilizarem recursos mais próximos da realidade do usuário, que segundo a

percepção destes profissionais, além de facilitar a sua abordagem e os profissionais sentem-se mais seguros, proporciona maior compreensão por parte do usuário.

A utilização dos materiais como folderes, panfletos, álbum seriado, cartazes e vídeos é apontada pelos trabalhadores como um fator que auxilia a abordagem educativa, visto que as imagens e figuras ajudam na compreensão do assunto abordado: *a gente tem o material de vídeo que explica, porque além de falar eu acho que a gente tem que mostrar as coisas, mostrar figuras para eles entenderem (AE2).*

A respeito dos cartazes, Moles (1974 apud OLIVEIRA et al., 2007) constatou que o seu conteúdo é definido em função do que se quer transmitir e do receptor que se busca atingir. Por meio de sua estética, o cartaz reúne valores vindos de seu conteúdo funcional.

No estudo apresentado por Oliveira et al. (2007), que objetivou conhecer o modelo explicativo popular e do profissional de saúde acerca das mensagens propagadas por um cartaz em campanha sobre DST/AIDS, com quatro usuários e quatro profissionais, detectou-se que o cartaz foi criticado pelos profissionais que os consideraram pouco atrativos e com insuficiente conteúdo, incompreensível e nada objetivo. Por outro lado, os usuários revelaram ter compreendido a mensagem, fazendo elogios.

Esta contradição ocorre porque, semelhante ao que acontece com o mecanismo de compreensão do processo saúde-doença, o entendimento da mensagem de um cartaz dá-se pela interação complexa de múltiplos fatores. A mensagem, assim como na enfermidade, chega até ao usuário através de suas experiências e experimentações dos acontecimentos que dão sentido a todo o mundo ao seu redor. Cada sujeito vai considerar a relação entre os sentidos individuais e o contexto cultural, produzindo sua rede de significados (OLIVEIRA et al., 2007). Da mesma forma pode-se citar esta rede de significados com o encontrado no estudo de Acioli e Carvalho (1998), no qual os usuários associam a imagem do mosquito da dengue, mostrado num tubito, aos mosquitos encontrados em seus domicílios.

Os materiais fornecidos pela regional de saúde, segundo a percepção dos profissionais, são *bons (AE2) e tem bastante validade, porque, às vezes você não consegue passar tudo, então esses materiais te ajudam (A3)*. Ressaltaram a importância da utilização dos panfletos educativos, pois consideraram que o panfleto *chega nas casas e a família vai ler ou vai passar pra outra pessoa ver e assim o assunto está*

se difundindo (M1); eles ajudam até a gente mesmo que não sabe, não tem muitos livros aqui, então a gente procura um panfleto e dá uma ladinha. Eles são muito importantes, primordial (A4).

Os cartazes não são gastos inúteis, ao contrário, a necessidade destes é defendida, e também a necessidade de refletir sobre os modos de elaboração e utilização dos mesmos, para que estes sejam produtores de educação em saúde tanto por parte do profissional, quanto pela população a que se destinam (OLIVEIRA et al., 2007).

De acordo com o discurso citado, o material destinado para a realização das atividades educativas também torna-se o apoio educativo para a própria equipe, isto mostra que estes materiais fazem parte da educação em saúde tanto da população quanto dos profissionais.

Foi observado que a confecção de materiais didáticos pelo trabalhador serve como apoio e complementação do processo educativo, demonstrando que a maioria dos profissionais apresenta maior habilidade em sua utilização, ficando mais seguros e à vontade no desenvolvimento de suas ações.

O teatro foi outra forma de abordagem da população citado por uma minoria de profissionais, que segundo suas percepções, é uma ótima estratégia educativa, pois prende a atenção dos usuários e estes assimilam mais as orientações. Porém, devido à sobrecarga de trabalho, o teatro acaba sendo deixado de lado, *nós já fizemos teatro, eu acho que teatro é uma maneira boa de educar, ele segura mais a atenção. Só que também a gente não tem tempo para preparar, porque tem que ensaiar, e é mais complicado fazer (A4).*

No trabalho citado anteriormente dos autores Torres e Enders (1999), o teatro de rua, formado pelos ACS e coordenado pelos enfermeiros, é realizado com certa frequência na comunidade, principalmente em escolas e creches, com o público de crianças e adolescentes, demonstrando ser uma boa iniciativa e incentivo à conscientização na prevenção da AIDS.

Outra estratégia educativa que se mostrou efetiva e que deu certo (AE3), como forma de abordagem na UBS da área urbana, foi a realização de um mural explicativo, chamado "Momento Saúde" que expõe temas em saúde, que demonstram o cotidiano da vida dos usuários. Para o trabalhador: *o mural chama mais a atenção que os cartazes que a gente coloca lá. Os cartazes chamam a atenção pelo*

colorido, mas é sucinto e não explica muita coisa. O mural não, você coloca e a pessoa vai ler e se interessa (E2).

A postura dos usuários em apreciar o mural é notada no cotidiano de trabalho da equipe, que vê a procura e interesse dos usuários sobre os temas abordados no mural: *esses dias uma gestante pediu o material que estava lá no mural, sobre a hipertensão arterial na gestação, que ela queria levar para ler em casa. Entendeu? Eu acho interessante, o mural foi uma coisa que tem dado resultado (AE3).*

Observando a rotina do trabalho na UBS da área urbana, notou-se que o mural é modificado conforme a necessidade de discussão de temas em pauta ou campanhas, e também conforme a realidade vivenciada na unidade e a necessidade sentida pela equipe em trabalhar alguns assuntos de educação em saúde.

A alteração dos temas do mural dá-se em um período de duas a três semanas, podendo se estender por um mês, e o conteúdo exposto, na maioria das vezes, foca as patologias mais encontradas na realidade deste serviço, descrevendo seu conceito, origem ou modo de transmissão, tratamento, prevenção, reportagens ou relatos de experiências sobre o assunto, tentando trazer o olhar da atualidade sobre o tema.

Para a confecção do mural os profissionais utilizam cartazes, panfletos, folderes recebidos pelo serviço, além de procurarem materiais na internet como entrevistas e opiniões de pacientes sobre o assunto discutido, e de utilizarem figuras e imagens confeccionadas por eles.

Estudo realizado por Rêgo, Nakatani e Bachion (2006) mostrou a utilização da pedagogia da problematização e apontou que os cartazes expostos em locais de grande circulação de pessoas, como na sala de espera, e utilizando linguagem de fácil compreensão, podem ser instrumentos eficazes para contribuir na prevenção, no diagnóstico precoce e na promoção da saúde das pessoas da comunidade.

Da mesma forma pode-se refletir sobre a construção deste mural, existente na UBS da área urbana, que foi confeccionado pelos próprios trabalhadores e utilizou uma linguagem mais próxima da realidade do usuário, tornando-se instrumento de educação em saúde ativo e com potencial para contribuir no despertar, na reflexão e na criatividade dos profissionais, impulsionando-os a desenvolverem novas estratégias de educação em saúde.

Tendo em vista os recursos materiais disponibilizados nas práticas educativas, verificou-se que os cartazes, folderes, panfletos e os materiais produzidos pelos próprios profissionais são instrumentos de trabalho, tanto das atividades educativas formais como das informais. Já os recursos audiovisuais e o teatro fazem parte das abordagens formais. Diante desta realidade verifica-se que, durante a prática educativa formal, a utilização destes recursos torna-se imprescindível para a condução da mesma, tornando-se o fator significante que promove o destaque desta atividade.

4.3.2 Potencialidades e Fragilidades

Em meio às concepções de educação em saúde apresentadas pelos trabalhadores e sua prática educativa na AB, verifica-se que estes demonstram potencialidades e fragilidades no desenvolvimento destas ações.

Uma das facilidades pontuadas é atribuída ao fato de ser uma *população pequena* (A1). A equipe tem um *contato mais próximo com os pacientes* (M1), e os usuários *conhecem os profissionais* (AE2), desenvolvendo um vínculo que proporciona maior *liberdade* (A6) durante as atividades educativas, além de ser uma comunidade *receptiva* (E1) e *participativa* (A2) destas ações. Desta forma, o fato do profissional conhecer a população e a sua realidade facilita seu entrosamento, e conseqüentemente viabiliza uma maior interação nas práticas educativas.

Esta facilidade relatada pela equipe dá-se principalmente devido à formação do vínculo entre profissional e usuário. Schimidt e Lima (2004) dizem que a formação do vínculo entre usuário e trabalhador ocorre pela aproximação de ambos, que possuem intenções, interpretações e necessidades em saúde. O vínculo envolve afetividade, ajuda, respeito e estimula a autonomia do usuário. Ainda segundo este autor, ele amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Neste espaço, reconhece-se a formação de sujeitos autônomos, tanto profissional quanto paciente, pois não se estabelece vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito que fala, julga e deseja.

Esta formação de vínculo entre a equipe e a população proporciona uma relação educativa mais próxima e estimula a participação da população nestas ações, podendo tornar esta atividade mais significativa e potencializadora da autonomia dos sujeitos envolvidos.

Monteiro, Figueiredo e Machado (2009) discutem a formação de vínculo como uma facilidade para o desenvolvimento de estratégias, como a formação de grupos de educação em saúde, reuniões com a população, esclarecimento acerca do que é o PSF, além da utilização do acolhimento como momento de aproximação do usuário. Com base neste estudo e conforme o observado na presente pesquisa, o vínculo revela-se como um precioso instrumento do trabalho educativo na SF, atuando como potencial facilitador de uma aprendizagem significativa em saúde.

Outra maneira que proporciona maior repercussão na ação educativa é a forma de tratamento do usuário, pois *a forma de você tratar as pessoas cativa e faz com que elas dêem crédito ao que você fala (A4)*. Assim *conversar e descontrair* o usuário torna o encontro educativo mais *acolhedor e prazeroso (AE1)*.

O diálogo segundo Rêgo, Nakatani e Bachion (2006), proporciona a construção de um processo de ensino-aprendizagem. Oliveira et al. (2007) afirma que toda elaboração humana é munida de potencial comunicativo, assim a forma como o profissional de saúde se veste, age, comporta-se, informa muita coisa antes de abordar a sua clientela. Neste contexto, a forma de tratamento para com o usuário e a descontração proporcionam um ambiente mais aconchegante, harmonioso e acolhedor, o que pode ser apontado como fundamental para a abordagem educativa em saúde.

Outro apontamento também mostrado na fala anterior revela a relação entre a educação em saúde e o acolhimento. Pinafo, Lima e Baduy (2008) em um estudo cujo objetivo foi identificar a concepção dos auxiliares de enfermagem em relação ao acolhimento em uma UBS, verificou que o significado de acolhimento para esses trabalhadores é de recepcionar bem o usuário, cumprimentar o paciente, ser educado, gentil, oferecer uma boa assistência, dar uma atenção especial ao usuário buscando atendê-lo como um todo.

Nota-se que os sujeitos pesquisados trazem os conceitos e significados do acolhimento como parte da abordagem educativa, realizada com a finalidade de atender à determinada necessidade da pessoa independente de quem

seja mostrando que o princípio da universalidade encontra-se implícito na sua concepção educativa.

O desenvolvimento de atividades educativas em *grupos de apoio* foi apontado como uma possibilidade de maior *compreensão e troca de experiências* que *facilitam* (E1) o trabalho educativo em saúde, além de perceberem que a *união e o trabalho em equipe* são *fundamentais* (A5) para a concretização destas atividades. Observou-se que os profissionais de nível Técnico encontraram segurança na realização das palestras devido à *presença da enfermeira*, pois se houver alguma *dúvida* (A2), esta é sanada pela mesma. Também vêem a *divulgação* (A6) das ações coletivas como um fator facilitador, haja vista esta proporcionar uma maior participação da comunidade.

A importância da troca de experiências encontradas na presente pesquisa é descrita no estudo de Wendhausen e Saupe (2003), no qual as trocas de idéias e as reuniões de grupo são pontuadas como um excelente começo para estabelecer uma nova forma de comunicar-se e encarar o fenômeno da educação em saúde.

De acordo com a percepção do profissional, o trabalho com os grupos traz maior compreensão para o usuário. Porém, o trabalhador prefere desenvolver a educação em saúde de forma *individual*, por reconhecer maior habilidade e *facilidade de conversar informalmente* (A5). Nestas conversas informais, os trabalhadores sentem-se mais seguros para se colocarem, conversarem com o paciente, não se expondo às situações para as quais ele não se sente preparado. Esta mesma facilidade em realizar a prática educativa de maneira informal foi descrita em outra pesquisa, ao encontrar um maior número de trabalhadores que tivessem aptidões para abordar aspectos da vida cotidiana como a importância de se ter bons hábitos de vida, da higiene oral, da amamentação dentre outros temas (MELO; SANTOS; TREZZA, 2005).

Durante a realização de um procedimento, os trabalhadores demonstraram a importância da prática educativa para que o paciente esteja consciente dos cuidados necessários para sua recuperação: *o paciente vai fazer um curativo, a gente explica por que é importante ele realizar o curativo todo o dia, orienta não estar faltando pra aquele procedimento. Se você vai fazer uma vacina, você orienta a mãe sobre a vacina que ele vai tomar, pra quê serve, se dá reação* (E2).

No já citado estudo realizado por Vaz et al. (2003), o sentido de conscientização do usuário quanto aos cuidados para com a sua saúde é considerado como uma finalidade no trabalho educativo nos serviços de saúde, embora considere que as ações assistenciais imbuídas de procedimentos técnicos como a realização de curativos, vacinação, são destituídas de conteúdo educativo. Para os profissionais entrevistados no presente estudo, durante a realização de um procedimento técnico, o trabalhador tem a oportunidade e pode praticar a educação em saúde como forma de conscientização da atividade realizada e dos cuidados necessários deste procedimento, mesmo que esta ação educativa ainda seja permeada pela concepção da educação tradicional.

Conforme o observado no presente estudo e segundo o relato dos pesquisados, os usuários *sentem-se mais à vontade* ao conversarem com os trabalhadores que estão mais próximos da população, como o ACS, devido à sua proximidade nas visitas domiciliares e à equipe de *enfermagem* (E1), por terem um contato maior dentro da UBS. Os trabalhadores pontuaram a necessidade de *saber ouvir* (A6) o usuário para que a prática educativa seja coerente.

A escuta é apontada por Silva Júnior (2001) como uma ação necessária para a realização do acolhimento na AB, além do compromisso de dar uma resposta às necessidades de saúde trazidas pelo usuário.

Devido à maior proximidade da população para com a equipe de enfermagem e com os ACS, verifica-se que o processo educativo é facilitado por meio da postura acolhedora e de escuta que estes profissionais apresentam para com o usuário.

Os profissionais perceberam a importância da metodologia de ensino aplicada durante a prática educativa, pois revelaram que o ato de *ficar falando não dá resultado* (AE1), assim intuitivamente sinalizam a necessidade de realizarem *dinâmicas, mostrarem figuras e vídeos* (E1) para um melhor aprendizado.

Ações educativas para a prevenção e controle da dengue, que utilizaram a demonstração de tubitos com o mosquito por parte do agente de endemias, apresentaram um bom resultado na compreensão da população sobre a prevenção da doença (SALES, 2008). Comparando o estudo de Sales com a presente pesquisa, pode-se apontar que, a forma de abordagem com demonstrações de figuras reais ou desenhos apresenta-se tanto para os usuários quanto para os profissionais, um processo ensino-aprendizagem mais significativo.

Verificaram que a utilização de *material didático como folderes, panfletos, álbum seriado, e cartazes* (M1), facilitam o processo educativo, além de referirem como sendo fundamental, o *planejamento* (E1) destas ações para que haja uma prática educativa mais adequada.

De acordo com as percepções e facilidades dos profissionais demonstradas, pode-se refletir que o processo educativo apontado no discurso destes trabalhadores valoriza a linguagem simples, mais próxima da realidade dos usuários, o vínculo, a troca de experiências e a utilização de materiais didáticos que facilitam o processo educativo em direção à um aprendizado proporcionado pela construção do conhecimento.

De maneira geral, percebe-se que educar depende da visão de mundo dos sujeitos envolvidos, profissionais e usuários, para que assim, a partir da interação de seus conhecimentos, ocorra o processo educativo. Freire (2008) refere que ensinar não é transferir conhecimento, mas sim, criar possibilidades para sua construção e produção.

A educação em saúde pode ser desenvolvida tendo como base o conhecimento proporcionado pela ciência como também o conhecimento desenvolvido pelas atividades rotineiras do cotidiano de trabalho do profissional de saúde (VASCONCELOS, 1999). Na prática educativa, os profissionais utilizam o seu conhecimento científico e também o seu conhecimento do cotidiano da vida do usuário para produzir a educação em saúde nas conversas, nas relações, interações e nos processos de ressignificação que acontecem no seu dia-a-dia, além de buscarem informações a respeito das novidades que surgem na sua área de atuação: *eu sempre estou lendo e me informando para conversar com os pacientes, e isso ajuda* (A5).

Embora os trabalhadores reconheçam suas fortalezas no processo educativo, estes se depararam com vários desafios que dificultam a prática educativa no cotidiano da AB.

A escassez de recursos foi observada e apontada como fator dificultador desta prática por todos os profissionais, e estes recursos são de natureza material e humana. Quanto aos recursos materiais, foram apontadas as dificuldades de obtenção dos materiais que são necessários para a rotina do atendimento na unidade, como *medicamentos, material para curativo, aparelho de pressão, carro do PSF* (AE4); bem como a obtenção dos materiais específicos para a

prática educativa, e ainda, a ausência de recursos técnicos para otimizar a comunicação entre profissional e usuários, como *material didático* (AE3), *recursos audiovisuais*, além da *falta de estrutura física na unidade* (M2).

Como dificuldade, observou-se que as equipes de SF enfrentam a falta de recursos humanos, pois *não temos funcionários da rede, então a nossa equipe às vezes, fica mais dentro do posto, faz mais a parte curativa que a preventiva* (A5). Além dessa fragilidade, pôde-se verificar que a disfunção de alguns trabalhadores influencia ainda mais na sobrecarga de serviços e no tempo disponível para o preparo das atividades educativas e realização dos grupos de apoio: *a gente faz outros serviços fora o nosso* (A4); *eles falam que é preciso criar grupos de hipertensos e diabéticos, mas como, se a gente não tem tempo, nem pessoal para trabalhar* (A5).

Questões relacionadas à infra-estrutura, espaço físico, disponibilidades de materiais educativos, recursos audiovisuais, recursos humanos, e o apoio da secretaria municipal de saúde, são destacados em vários estudos como dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento de práticas educativas (MELO; SANTOS; TREZZA, 2005; MOURA; SOUSA, 2002; SALES, 2008; SILVA; ROTENBERG; VIANNA, 2004; TORRES; ENDERS, 1999). Nestes estudos citados, ressalta-se que, para trabalhar efetivamente a educação em saúde é necessário a disponibilização de materiais e insumos que possam estimular os profissionais. São também imprescindíveis os cursos de capacitação e atualização que desenvolvam a capacidade criativa e a utilização de formas diversificadas de práticas educativas.

Atrelada à falta de pessoal está a dificuldade ou ausência de planejamento das ações em saúde, pois fazem *muito atendimento e nada de planejamento da educação em saúde* (M1). Barreiras de organização de processos de trabalho pela grande demanda do serviço despertam a necessidade de programação das atividades educativas por parte dos profissionais, pois disseram que *a educação em saúde não é uma coisa programada* (E2), e sentem a necessidade de *sentar, discutir e conversar o que falta, pois se planejar a gente consegue* (M1).

Vale ressaltar que o não planejamento e a não organização das atividades educativas é vista em outros estudos como uma realidade enfrentada pela equipe de SF, que pontuam a inexistência de uma programação específica com metas, objetivos e estratégias para a condução destas ações (PEREIRA; SERVO, 2006; TORRES; ENDERS, 1999). Com base na realidade encontrada pela SF, aponta-se a necessidade de incluir as ações educativas como parte da rotina de

planejamento das atividades mensais ou semestrais das equipes, em que ocorra a cobrança de metas a serem alcançadas para que esta seja parte das obrigações instituídas na rotina de trabalho da AB.

Segundo a percepção dos profissionais e de acordo com o observado em sua rotina de trabalho, o processo de trabalho das UBS pesquisadas está em sua maioria, centrado no atendimento da demanda espontânea seguindo o modelo médico-hegemônico, no qual a queixa e a doença do paciente são o foco da assistência prestada. Devido a este tipo de produção do cuidado, o profissional *sente-se levado pelo atendimento (M1), ficando enfiado na rotina de trabalho e não consegue sair dela (E1)*. Este tipo de assistência prestada *consome todo o seu tempo e energia, sobrecarregando (M2) o profissional*. Assim, verifica-se a *falta de tempo e de sua organização e administração (M1) como fatores dificultadores do processo educativo em saúde*.

Devido à *escassez de tempo e a correria do atendimento (M1)*, o profissional direciona sua ação educativa para as pessoas com maiores necessidades, e também percebe que o seu trabalho educativo fica *limitado* ao atendimento dentro da UBS, encontrando *dificuldades* em realizar a educação em saúde em espaços amplos e diversificados, como a realização de *grupos educativos e a visita domiciliar (E2)*. Com vista a esta falta de tempo e de planejamento das ações, o profissional *extrapola o seu horário de serviço e acaba levando as atividades para serem preparadas em sua casa (E1)*.

A mesma realidade enfrentada na presente pesquisa é apresentada no estudo de Pereira e Servo (2006) em que devido à sobrecarga de trabalho, a pouca disponibilidade de recursos, a cobrança pela produtividade e a pouca qualificação dos profissionais mostram-se como entraves para a execução da educação em saúde.

Fortemente presente neste serviço está o modelo assistencial de saúde, que possui como principal compromisso o ato de assistir a saúde com a produção de consultas e exames e com a medicalização da sociedade (MERHY et al., 2006). Estas ações centradas nos procedimentos tomam conta da maior parte do tempo dos profissionais, sobrando pouco espaço ou até substituindo as ações relacionais entre profissional e usuário, fundamentais para a prática da educação em saúde, que poderiam ser mais oportunizadas durante a rotina cotidiana de trabalho como parte do processo de trabalho em saúde.

As ações educativas coletivas, em sua maioria, seguem orientações de *cima para baixo* (E1), ou seja, a secretaria estadual de saúde (SESA) programa ações educativas, repassa para a secretaria municipal de saúde e por fim chegam até as UBS, que acontecem de forma lenta. Ao chegarem às UBS, há pouco tempo para a sua programação local. Assim, a equipe enfrenta *dificuldades* em sua realização, desenvolvendo *atividades superficiais para o cumprimento de meta e envio dos relatórios* (E1). A equipe também encontra uma barreira física devido à distância da área rural em relação à secretaria municipal de saúde, dificultando o acesso entre as mesmas: *fica esquecido por ser distrito e a autoridade está na cidade* (E1).

Outra barreira é quanto ao *nível sócio-cultural* (M1) da população. Por se tratar de pessoas com *baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico* (AE3), a população tem *dificuldade de assimilar, de entender o que a gente fala* (E2). Esta mesma dificuldade foi descrita por Acioli e Carvalho (1998), pelo fato de aproximadamente metade da população ser analfabeta. As práticas educativas em saúde também são afetadas por outras deficiências, como baixa escolaridade, ausência de saneamento, disponibilidade de água entre outros (SALES, 2008).

Devido à dificuldade de entendimento dos usuários, o profissional sente que o seu trabalho não progride: *a gente ensina mil vezes como fazer, como tomar uma medicação, só que você vai na casa e vê que ele não está tomando de acordo com o que você ensinou, então isso vai ocasionando uma falha no seu trabalho* (AE3). Referiram não visualizar o *resultado* (M1) ou o *retorno* (E2) das atividades educativas, o que caracteriza a falta de monitoramento e avaliação destas atividades.

Tais apontamentos trazidos pelos profissionais são descritos também por Sales (2008), ao afirmar que, devido às dificuldades socioeconômicas da população e o analfabetismo, a educação em saúde não é valorizada como deveria. Assim, os profissionais encontram dificuldades em visualizar os resultados de sua prática.

Conforme as dificuldades enfrentadas com a baixa escolaridade do usuário, o profissional demonstra uma metodologia de ensino-aprendizagem por meio da transmissão: *você tem que falar mais de uma vez, mais de um dia, meses, às vezes você tem que falar a vida inteira* (E2).

No estudo de Sales (2008) que analisa as ações educativas para prevenção e controle da dengue, foram verificadas algumas posturas dos profissionais frente às estratégias educativas adotadas. O profissional repete a

mensagem, mesmo sabendo que o usuário já sabe a informação referenciada em seu discurso, e também por achar que o usuário não vai entender a mensagem, o profissional a simplifica, tornando-a diferente do desejado.

Este tipo de metodologia por repetição demonstrada na presente pesquisa e no estudo de Sales (2008) pode desgastar a relação entre usuário e profissional, gerando um sentimento negativo que leva à não credibilidade do trabalho educativo do profissional, além de não produzir significado para o usuário.

A valorização dada pela população ao modelo de saúde assistencialista, é referida pelos entrevistados quando dizem que o usuário *não está interessado em aprender, ele quer que você resolva o problema na hora e não vai fazer mais a prevenção* (M1), encontrando *resistência a mudança* (E1) do modelo de saúde e reforçando o modelo educativo focado na transmissão de informações, verticalizado e de controle das ações em saúde.

O mesmo desinteresse da comunidade, encontrado na presente pesquisa, foi descrito em outro estudo, no qual dentre as diversas dificuldades enfrentadas pelos profissionais na prática educativa, está a resistência da comunidade às mudanças e o baixo nível de escolaridade da mesma (MELO; SANTOS; TREZZA, 2005).

Devido ao modelo de saúde curativista normativo estar introjetado na prática educativa e também a forte influência do modelo de educação como transmissão, os profissionais disseram que educar é *você colocar na cabeça de uma pessoa que aquilo tem que ser daquele jeito, e demonstram que isso é difícil* (AE3), *não é todos que aceitam a opinião da gente, você tem que convencer os pacientes do que ele deve fazer* (E1).

Nesta conduta demonstrada, os profissionais encontraram fragilidades devido ao seu autoritarismo e à sua concepção bancária de educação, que vê o processo educativo como depósito de informações, transferência de valores e conhecimento. Nesta concepção “o saber é doação dos que julgam sábios aos que julgam nada saber” (FREIRE, 2005, p. 67).

Sales (2008) indica que ainda existe a dificuldade por parte de alguns profissionais em aceitar que a população seja capaz de elaborar pensamentos sobre problemas complexos e executá-los. Para Freire (2005) a absorção de informações pelo educando sem uma crítica ou contextualização, não condiz com uma postura de sujeito que produz história e transforma a sua realidade.

Os trabalhadores sentem a falta de investimento para EPS, e relataram a não realização da mesma no serviço: *eu entrei no PSF na realidade sem saber direito o que é o PSF, nunca fiz curso de PSF (AE3). Nunca saímos um dia para curso, como você vai se reciclar, você tem que aprender na escola da vida mesmo (AE4)*. Outra dificuldade que a equipe mostrou enfrentar é o despreparo de alguns trabalhadores de nível Técnico para a prática educativa: *como eles são a primeira linha de frente, os ACS e os técnicos de enfermagem teoricamente teriam que ter amplo conhecimento para estarem difundindo, e às vezes eles não tem (M1)*.

Verifica-se a inexistência de um processo educativo permanente para os trabalhadores de nível Médio, bem como sua atualização, no qual o trabalhador fica absorvido e é cobrado para o atendimento da demanda, não sendo possível parar de trabalhar para atualizar-se, mostrando não haver uma política de valorização educacional deste profissional. Entretanto, os profissionais de nível Superior, como as enfermeiras e os médicos, participam de eventos realizados pela regional de saúde, que auxiliam suas atualizações, porém devido à sobrecarga de trabalho, não priorizam realizar a EPS com a equipe.

A não realização de *capacitação (AE3)* e da *educação do próprio trabalhador (M1)* desestimula o trabalho destes profissionais, que por sua vez, não encontram incentivos em praticar a educação em saúde no seu cotidiano de trabalho: *como que eu vou estar falando para as pessoas se eu não estou atualizada (AE4)*. Em conjunto com este pensamento, revelaram que o trabalho na SF é muito amplo e envolve o conhecimento em várias áreas. Assim, a formação profissional tanto na graduação quanto na área técnica, não abrange a diversidade encontrada na realidade de trabalho: *acabam confiando que a formação profissional já é suficiente. Mas quando você vai atuar numa área como o PSF que é muito abrangente algumas áreas vão ficar deficitárias (M1)*.

Os mesmos resultados foram encontrados no estudo de Torres e Enders (1999), no qual a falta de preparo das enfermeiras para trabalhar no programa de prevenção da AIDS, havendo a necessidade urgente de treinamentos e atualizações, visando desenvolver com maior segurança o seu trabalho educativo.

No que se refere à preparação dos profissionais de acordo com o trabalho do PSF, Silva, Silva e Lonsing (2006) revelam que o atual processo de especialização das profissões da área da saúde tem contribuído para distorções no âmbito da assistência. Essas distorções têm sido combatidas com a realização de

cursos preparatórios que visam à adaptação dos profissionais ao trabalho do PSF, na perspectiva de superar a formação super especializada.

De acordo com o observado na presente pesquisa e em vários outros estudos, a questão da formação dos profissionais da saúde, tanto na graduação, quanto a nível técnico, e a realização da EPS destes trabalhadores, são de fundamental importância para o desenvolvimento da educação em saúde na AB, assim faz-se necessário maiores investimentos neste campo.

Os profissionais de nível Superior relatam a necessidade de estarem realizando a EPS dizendo que: *às vezes os usuários trazem algum questionamento que a gente não sabe, então a gente é forçado a ir estudar e levar uma resposta para aquela questão (E1)*. Reconheceram que a prática educativa requer habilidades pessoais para a sua realização, revelando que *não é todo mundo que vai conseguir fazer uma palestra, conversar, de repente tem gente que sabe muito, mas não consegue passar, é a própria incapacidade pessoal de estar conseguindo realizar a educação em saúde, e a pessoa às vezes não tem culpa (M1)*.

Mesmo com as dificuldades educativas relacionadas à falta de atualização e ao despreparo de alguns trabalhadores, os ACS referiram que conseguem transmitir informações: *mas acima de tudo dentro do pouco que a gente tem a gente transforma isso em muito, porque é o pouco que a gente sabe, mas tem pessoas que não sabe nem esse pouco, então pelo menos a gente passa e para eles é muito, isso que é bom (A5)*. Desta forma, os ACS reconheceram que o seu trabalho educativo é significativo para a população e para eles. Mesmo que seja uma atividade informativa, consideram que possuem um potencial de produzir realidades educativas, por menores que sejam.

O estudo mostrado por Melo, Santos e Trezza (2005) aborda que, por maior que sejam as dificuldades quanto aos recursos materiais, audiovisuais, local adequado e lanche, deve-se sobrepor como mais importante, a metodologia que será utilizada nas ações educativas e as destrezas individuais de cada profissional no seu educar em saúde. Assim, faz-se necessário analisar as aptidões manifestadas pelos sujeitos, devendo ser estimuladas como pontos positivos e reforçados os pontos que merecem treinamentos, para que a motivação do trabalhador seja ressaltada. Este mesmo estudo mostrou que as ações educativas em que os profissionais se sentiam aptos a realizar foram as palestras, as orientações durante as consultas e as visitas domiciliares.

Para os profissionais, sujeitos desta pesquisa, na prática educativa é necessário dar exemplo para a população, e este exemplo é dificultado pela falta de gerenciamento e pelas precárias condições de trabalho que a equipe enfrenta: *como você pode explicar de saúde com o posto numa sujeira destas, e ainda nós estamos sem aparelho de pressão, a gente age de acordo com o que a gente tem para trabalhar (AE4)*. Os trabalhadores apontaram também a *falta de incentivo dos gestores, tanto municipais quanto estaduais (AE1) em estimular (A3) as práticas educativas, demonstrando a necessidade de apoio e interesse (AE1) dos mesmos para a continuidade e aperfeiçoamento dessas ações na SF*. As mesmas dificuldades apresentadas com a gestão da AB foram encontradas no estudo de Melo, Santos e Trezza (2005), em que os trabalhadores acreditaram que os gestores não estão dando a devida importância para a parte educativa no trabalho do PSF.

Outro fator pontuado pelos trabalhadores é a influência política nas atividades educativas, principalmente nas atividades em grupos. Os profissionais reconhecem que o interesse político prejudica e atrapalha o andamento das ações educativas no município: *por isso que a maioria das coisas não vai pra frente, porque tem a divisão política, é onde que não dá certo e a gente acaba saindo prejudicado (AE2)*. Esta dimensão política partidária exerce fortes influências nas atividades educativas deste pequeno município, desde a EPS dos profissionais que não é incentivada nem valorizada, bem como ao pouco investimento nas atividades educativas realizadas pelas equipes. Esta postura identificada revela que não há interesse em manter os profissionais e a população mais informados e autônomos pelas suas decisões.

Igualmente ao encontrado na presente pesquisa, Silva, Silva e Lonsing (2006) em estudo citado anteriormente, salientam que foi identificada a interferência da dimensão político-partidária no processo de trabalho das equipes do PSF e seu papel determinante nas ações e reações dos profissionais durante sua prática educativa. Com vista ao encontrado nestes estudos, reconhece-se que o interesse político influencia nas práticas educativas, devendo este fenômeno ser objeto de estudo de futuras investigações.

Para que seja realizada uma prática educativa integral, o profissional sente a necessidade da ajuda de outros setores, visando um trabalho completo no campo da saúde. A equipe de saúde mostrou que *não pode fazer tudo sozinha (A2)*, apresentando a necessidade da realização de um trabalho em conjunto, envolvendo *outros órgãos como a vigilância sanitária e epidemiológica, e a assistência social*. Porém,

revela a pouca articulação intersetorial existente neste município deparando-se muitas vezes com a falta de *apoio e parceria* (AE4) para a resolução de seus problemas.

Como foi possível verificar, existem solicitações básicas, contudo importantíssimas para que os profissionais possam desempenhar suas ações educativas. Os gestores e os outros setores precisam olhar para a SF com mais atenção, porque como disseram os trabalhadores; *a educação é tudo* (AE4) e *é o trabalho educativo que vai fazer as coisas mudarem* (M1).

4.4 EXPECTATIVAS QUANTO ÀS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

4.4.1 Contribuições Percebidas com as Práticas Educativas

Segundo os trabalhadores entrevistados, a prática educativa promove ganhos tanto para a *população*, quanto para o *profissional e para o serviço* (E2): *Para o usuário, a prática educativa faz ele tratar melhor a sua doença, ele vai entender melhor do seu corpo, o mecanismo de ação dos remédios, ele só tem a ganhar em saúde. Para nós profissionais, a gente tem grande satisfação de estar tratando bem da nossa população. E para o serviço de saúde, você diminui o nível de complicações para o hospital terciário* (M2).

Referindo-se às contribuições sinalizadas por parte do profissional e da UBS, algumas mudanças foram notadas. Dentre elas pode-se citar a desmedicalização da população, pois *o povo nem mais pede diclofenaco, demorou, custou, mas hoje ninguém mais faz isso* (E1); *a redução das taxas de mortalidade das crianças* (A3); e *diminuição do fluxo de atendimento da UBS* (A5).

Estes ganhos percebidos com o trabalho das equipes estudadas, segundo os entrevistados, ocorreram de forma gradual e lenta, e mesmo ocorrendo desta forma, trouxeram significados para a prática destes trabalhadores. Igualmente ao encontrado no presente estudo, Santos e Backes (2009) verificaram como resultado da prática educativa em grupo, a diminuição do fluxo de atendimento na UBS.

A maioria dos profissionais reconheceu que, quando realizam uma prática educativa e esta apresenta um bom resultado, sentem *enriquecer* o seu trabalho, *motivando-o* (E2) para a sua continuidade, além de serem incentivados a *continuarem se educando* (AE3). Também identificaram que as atividades em grupo ajudaram alguns participantes a se *socializarem* e a terem *mais amizades e confiança na equipe de saúde* (AE1).

A motivação e o incentivo em realizar a educação em saúde são vistos como argumentos necessários e imprescindíveis, pois são a fonte de estímulo e força para que o profissional saia de sua rotina de trabalho assistencial, tirando o foco de uma atenção centrada na realização de atendimentos e procedimentos fragmentados, para dedicar-se a uma ação educativa que inspire cuidado ao paciente, bem como tenha a intenção de estimular o autocuidado do mesmo.

Na prática educativa, o trabalhador relatou que *vê as coisas funcionarem* (E2), *you relaxa até para desenvolver as outras obrigações que você tem, porque o andamento do posto vai fluindo melhor* (E1). Sentem que o trabalho torna-se gratificante pelo fato da pessoa ouvir o que você explicou e você poder ajudar as pessoas a entenderem como funcionam as coisas, além de verem os usuários satisfeitos (E2). O trabalhador ao ser valorizado, estimula sua auto-imagem produzindo um orgulho pelo trabalho feito, que o leva à realização profissional ao sentir-se útil e produtivo (MENDES; TAMAYO, 2001). À medida que o profissional é incentivado para a prática educativa, verifica-se que este busca sua atualização, e preparo pessoal para assim prosseguir com a sua atividade.

Os profissionais referem que o maior ganho ocorre por parte do usuário, pois este fica *mais esclarecido* (AE2), e demonstra uma preocupação na *prevenção* (AE1) dos agravos à sua saúde, além das atividades em grupo levarem os pacientes a *não pensarem somente na doença, mas em ter uma vida saudável* (A2): *contribui para conscientizar a população, para ter uma nova visão, uma melhor qualidade de vida, de fazer as coisas que sejam melhores para eles e para a família* (A3).

Outra contribuição apontada está associada ao aprendizado mútuo que ocorre na prática educativa: *a gente aprende com eles e eles aprendem com a gente* (A4); *a gente muda a vida deles e a nossa, e muda para melhor, é mudar em todos os sentidos* (E1). Diante da percepção de que a prática educativa em saúde é potencializadora de mudanças, Scherer, Pires e Schwartz (2009) referem que os trabalhadores de saúde são sujeitos de processos de trabalho que tanto distanciam quanto

aproximam da crença de uma nova atenção em saúde voltada para a integralidade da atenção. E para a concretização desse novo modelo de atenção é preciso que o trabalhador torne-se um agente de mudanças (SCHERER; PIRES; SCWARTZ, 2009). Na presente pesquisa, os profissionais reconhecem em seus discursos que as mudanças dependem de vários fatores, e principalmente, deles próprios. Porém, na sua prática, demonstram como principais dificuldades as questões estruturais do serviço, recursos materiais e de pessoal, escolaridade dos usuários, como barreiras para seu enfrentamento, e não se colocam como um dos sujeitos de mudança.

Com base no contexto da realidade educativa da equipe de SF e nos resultados sentidos por esta prática, o profissional dispõe-se a fazer uma avaliação desta, e segundo a sua percepção, a avaliam como boa (M2), percebendo que vale a pena (E1) realizar a educação em saúde em seu cotidiano: *é muito bom, tudo o que a gente faz é válido, você tem que bater sempre na mesma tecla, não pode cansar, às vezes a pessoa não consegue absorver cem por cento, mas se absorver trinta, dez por cento é válido (AE1).*

Nesta fala, o profissional valoriza o seu trabalho educativo, por menor que seja o resultado obtido, e reconhece que este deve ser persistente, pois qualquer ganho trazido pela prática educativa é válido. Referem o trabalho educativo realizado pela equipe como *bom* devido à *união* (A6) por parte dos trabalhadores: *a minha equipe é muito boa, acho ótima, todos trabalham juntos, é uma equipe unida, um procura ajudar o outro, é uma cooperação (A5).*

Apresenta-se no discurso citado, uma satisfação quanto ao trabalho em equipe, porém este é visto, na maioria das vezes, somente como um ato de cooperação entre os indivíduos, não sendo contemplado a dimensão do trabalho coletivo. Segundo Scherer, Pires e Schwartz (2009) o conceito de equipe é visto na maioria das vezes como uma atividade em que os indivíduos cooperam e trabalham no mesmo ambiente, mas o resultado final será sempre singular, não se mostrando como um efetivo trabalho coletivo. Já o trabalho coletivo consiste no trabalho multiprofissional, sem a fragmentação das ações, com uma comunicação efetiva que promova a responsabilização de todos no resultado obtido.

Embora as práticas educativas sejam avaliadas positivamente pela maioria dos profissionais, existe a percepção de alguns trabalhadores, que ainda é *falho* (A4), ou *médio* (AE4), necessitando de aperfeiçoamento de sua própria atuação: *a educação no âmbito do PSF é regular não chega a ser boa, a gente atua menos do que*

poderia apesar de no dia-a-dia a gente se esforçar, mas poderia estar melhorando (M1). De acordo com esta visão do trabalhador, a educação em saúde na AB pode ser melhorada, devendo o profissional empenhar-se em seu trabalho educativo, considerando-o instrumento de mudança.

Para o trabalhador, a interação educativa desperta bons sentimentos, pois os profissionais *gostam do que fazem (AE2)* e sentem-se atraídos pela prática educativa por ser uma atividade considerada *legal e bacana (A1)*, dando sinais de que *vale a pena (A6)* faz o profissional *sair da rotina (E1)*, além de proporcionar mudanças na vida tanto do paciente quanto do profissional: *mas quando você vê uma ação tão pequena que faz uma diferença tão grande na vida de uma pessoa, vale a pena, é muito legal, e os outros funcionários do posto também sentem isso, a gente sai daquela rotina de ficar fazendo aquelas mesmas coisas (E1)*.

Para Dejours (1992), o trabalho muitas vezes é operador de saúde e prazer, tendo assim um papel importante na vida do indivíduo, possibilitando a construção de sua identidade, de sua subjetividade, na relação entre trabalho e o trabalhador. No presente estudo, os bons sentimentos trazidos pela prática educativa é um fator motivador da continuidade destas atividades.

O profissional aponta que *é fundamental ter paciência (E2)* no processo educativo, para assim conquistar a *liberdade (A5)* no relacionamento com o usuário e estimular a participação deste, buscando seu *interesse (M2)* pelo próprio cuidado.

Traesel e Merlo (2009) afirmam que as relações de trabalho são permeadas pela exigência de muita dedicação e comprometimento. Na presente pesquisa pôde-se verificar o mesmo, no qual a dedicação, a paciência e a atenção são indispensáveis neste processo.

O trabalhador relatou que a prática educativa em grupo despertou sentimentos de *união e de amizade (AE1)* entre a equipe, além de proporcionar um *crescimento pessoal e profissional (E1)* na tarefa de educar em saúde: *a gente cresce porque tem que procurar coisas novas para eles, pois eles vão cobrar, então isso te motiva e te obriga a estudar mais (E1)*. O sentimento de *gratificação (A3)* e *satisfação pessoal (E2)* por parte do trabalhador, em ver que o *seu trabalho está sendo reconhecido e está surtindo efeito (E1)*, faz com que este se *sinta mais humano e confiante (AE2)*, além de diminuir seu *estresse e nervosismo (A6)* trazido pela rotina de trabalho.

Para Scherer, Pires e Schwartz (2009), os bons sentimentos advindos do trabalho, fazem com que o trabalhador permaneça na profissão, contribuindo para sua realização profissional e pessoal. Alguns trabalhadores demonstraram *transmitir carinho, amor e confiança (A6)* ao usuário no processo educativo, que inspira *respeito* e se torna um *cuidado prazeroso e maravilhoso (A2)* segundo sua percepção.

O grupo educativo é reconhecido pelo trabalhador como um espaço onde se pode externalizar sentimentos bons, como o de amor, amizade, solidariedade e esperança, tendo um efeito terapêutico na vida do usuário e do profissional que participa (TEIXEIRA; DAHER, 1999).

O trabalho prazeroso é aquele que faz com que o trabalhador se sinta importante na sua construção (DEJOURS, 1992). Nas práticas educativas em saúde, uma das situações citada pelos profissionais como geradora de prazer no trabalho foi o reconhecimento do seu trabalho pelo usuário, juntamente com as repercussões que a prática educativa pode trazer na vida deste paciente.

Dentre as várias percepções acerca do trabalho educativo, o trabalhador também referiu as percepções negativas em meio às dificuldades enfrentadas em sua prática cotidiana. Devido à sobrecarga de trabalho e ao envolvimento do trabalhador com atividades focadas na cura de doenças, ele se acomoda com sua rotina de trabalho e não prioriza a educação em saúde em suas atividades: *a gente acaba se acomodando no sentido de que é tantas outras coisas para a gente fazer e isso vai ficando meio de lado. É uma pena (E1)*. O profissional relata a difícil tarefa de ser um educador em saúde, transparecendo um *desânimo* em desenvolver estas atividades e também *vontade de desistir (A1)* devido à demora em perceber algum resultado: *é trabalho de formiguinha mesmo, muito devagarzinho, tem dia que a gente tem vontade de desistir, de meter o pé em tudo e ir embora, mas você vai minando até que tem uma hora que tem algum resultado, é difícil, demorado, mas tem (E1)*.

O sofrimento dos trabalhadores de enfermagem em função do aumento da jornada de trabalho e condições de trabalho em um hospital público de Natal/RN, foi provocado por uma frustração pela falta de materiais, o que exige uma maior capacidade de improvisação desses trabalhadores para a realização de procedimentos, deixando-os insatisfeitos em relação à assistência prestada, podendo desencadear o sofrimento em seu cotidiano (MEDEIROS et al., 2006)

Na presente pesquisa, nota-se que o modelo de atenção assistencialista, predominante nestas UBS, somado às dificuldades enfrentadas com

a falta de recursos tanto materiais quanto pessoal, é motivo para a sobrecarga de trabalho destes profissionais, levando-os à desmotivação no desenvolvimento de tais atividades.

O trabalhador enfrenta o sofrimento psíquico, uma vez que lida frequentemente com a dor e o sofrimento do outro, além do conteúdo do trabalho, algumas vezes, não ser favorável, o que pode levar o risco de agravos a sua saúde (SENTONE; GONÇALVES, 2002). A insatisfação no trabalho pode levar o sofrimento ao profissional, este vai perdendo a esperança de que as condições de trabalho possam futuramente melhorar (DEJOURS, 2001).

O despreparo, a *desmotivação* foram referidos como sentimentos de insegurança por parte de alguns ACS, além de muitas vezes, *não* se mostrarem *estimulados* pelo trabalho educativo devido a *não valorização* (A5) por parte da comunidade: *porque se você não for enfermeira então você não entende nada, não é todo mundo que te aceita. Se você fosse ver a pressão podia, se não, não resolvia nada, se você fosse explicar alguma coisa nem sempre eles queriam ouvir, eles acham que você não estudou para isso então você não sabe e até hoje acabam não entendendo* (A1).

A desmotivação destes profissionais está ligada ao não reconhecimento de sua função, de seu potencial para desenvolver as ações em saúde. O sentido de sofrimento no trabalho atribuído pelo profissional depende do reconhecimento de suas atividades, ou seja, a partir do momento em que a qualidade do trabalho é reconhecida, o trabalhador constata que suas dúvidas, decepções e desânimos têm sentido, o que faz dele um sujeito diferente daquele que era antes do reconhecimento (DEJOURS, 2001). Relacionando os dizeres de Dejours com a realidade encontrada pelos ACS, percebeu-se a necessidade do reconhecimento do trabalho destes profissionais por parte da população, assim como a conscientização desta para a importância do cuidado com sua saúde, tirando o foco do cuidado assistencial como soberano ao cuidado preventivo e promocional.

No entanto, no discurso, mesmo o profissional médico, que atua mais informalmente no trabalho educativo, considera esta atividade importante para a atenção à saúde: *deveria investir mais na educação em saúde do que no atendimento, mas acaba que o sistema e na correria do dia a dia, a gente vai deixando um pouquinho de lado essa parte da educação e a gente vê no decorrer que isso está fazendo falta* (M1).

Na presente pesquisa, o trabalhador percebeu a importância da educação em saúde na repercussão, tanto para próprio usuário quanto para o serviço, como para ele mesmo, reconhecendo a necessidade de maior empenho e investimento nesta área para levá-los à uma mudança no modelo de atenção praticado por estas UBS.

4.4.2 Como Avançar nas Ações de Educação em Saúde na Atenção Básica?

Em meio às percepções da realidade do processo educativo na AB, os trabalhadores apontaram sugestões e/ou aspirações para a futura conjuntura da educação em saúde na SF.

Os profissionais verificaram a necessidade de *esclarecer* a rotina do trabalho da UBS aos usuários, para que estes *fiquem por dentro do que se passa no posto* (AE1), almejando o *apoio da comunidade* para conseguir *lutar a favor de melhorias* (E2) no setor saúde, como acesso a bens e serviços que ainda não são ofertados nas UBS estudadas. Acioli e Carvalho (1998), afirmam que a função do trabalho educativo em saúde é mobilizar e motivar a população para sua participação consciente e efetiva neste setor. Estes autores ainda dizem que o conceito de participação está relacionado à idéia de cidadania, quando enfatizam a reivindicação política, a democratização e a socialização do saber, das decisões e do planejamento de metas.

A participação das comunidades nos processos de educação em saúde pode apresentar-se de diversos modos, representando mudanças quando a população reivindica e assume processos que vão do diagnóstico, passam pelo planejamento, e chegam até a execução e avaliação das ações desenvolvidas. No entanto, na maioria das vezes, esta participação ocorre nas situações em que a comunidade toma parte num conjunto de atividades não planejadas, nem programadas, como no caso de mutirões e mobilizações (ACIOLI; CARVALHO, 1998).

No discurso dos trabalhadores entrevistados, verificou-se que alguns profissionais apontaram que as atividades educativas desenvolvidas nos serviços devem ser voltadas para o fortalecimento da participação popular, pois deram sinais

de que a ocorrência de mudanças deve partir da conscientização e do apoio da população. Porém, de acordo com o observado, esta conscientização ocorre de forma incipiente, não se mostrando como uma prática consistente, que almeje a conscientização e autonomia da população, pois os atores, usuários e profissionais, em muitos momentos, sentem-se como assujeitados dos processos decisórios e/ou educativos, e não como sujeitos de mudança.

Os trabalhadores revelaram que *tinha que melhorar a cultura da população (E2)*, as pessoas *deveriam saber mais, ter mais estudo (A1)*. Atrelado às necessidades de uma maior participação da comunidade e de uma evolução no grau de escolaridade desta população, referem-se às melhorias necessárias quanto às condições de trabalho e aos recursos dispensados ao andamento da UBS: *facilitaria se o nosso quadro de funcionários fosse maior, porque a gente conseguiria se organizar melhor para sair da rotina e desenvolver mais ações ligadas à educação e com melhor qualidade (E1)*; *deveria ter mais material para a gente trabalhar e carro para o PSF (A2)*.

As expectativas demonstradas na fala anterior revelam que o trabalhador demonstrou a vontade de melhorar o seu trabalho educativo, porém percebeu que este deve ocorrer em conjunto com a melhoria no grau de instrução da população e de suas condições de trabalho.

Observou-se que possuem a visão de que as práticas educativas realizadas nestas unidades precisam ser ampliadas. Para isto, vêem a necessidade de abordarem mais temas que estejam de acordo com a realidade e a *necessidade da população (M1)*, explorar com maior intensidade a prevenção (E2), fortalecer os *grupos educativos existentes (AE1)* e *criar novos grupos como o de gestantes e hipertensos (A3)*. Para que isso ocorra, demonstraram a necessidade de *saber administrar o tempo, ter uma programação (E1)* e metas a cumprirem, não se esquecendo de que *o profissional deve se dedicar no desempenho das atividades educativas (M1)*, tanto individuais quanto coletivas: *deveria ter mais palestras, ter os grupos, a gente ter tempo para fazer estas coisas (A4)*.

Conforme o discurso apresentado por estes trabalhadores verificou-se que suas expectativas quanto ao futuro da educação em saúde nas UBS estudadas, dependem de vários fatores, partindo das necessidades primordiais como melhoria nas condições de trabalho e do empenho, vontade, planejamento deste trabalhador.

De acordo com Helmam (2003), cada trabalhador tem idéias, valores e concepções sobre a saúde, o trabalho em saúde, e de como este trabalho deveria ser realizado, pois em seu espaço, este profissional tem a autonomia de agir conforme seus valores e/ou interesses. O trabalhador da saúde é chamado por Cecílio (2007) de “Trabalhador Moral”, designando o profissional que estaria “moralmente” comprometido com determinados projetos, disputando seus sentidos, desejos e espaços.

Para que estas expectativas tornem-se realidade, aponta-se a necessidade de que o profissional em saúde seja uma pessoa moralmente comprometida com o seu trabalho, e se proponha a ser sujeito da transformação de sua realidade, caminhando em direção à mudança do modelo de atenção à saúde vigente.

Os trabalhadores solicitaram o apoio de outros profissionais na realização de palestras, como psicólogos, assistentes sociais, bombeiros, além da participação dos demais profissionais que fazem parte da equipe de SF como *o médico e o dentista* (A2), mas que não ajudam ou realizam muito pouco as ações educativas coletivas: *a gente precisaria de mais profissionais ajudando a gente, como uma palestra com um psicólogo, ajuda do conselho tutelar, falar sobre primeiros socorros com uma palestra com material certo, trazendo os bombeiros pra falar* (AE1).

A principal dificuldade de gestão do trabalho em saúde está na relação entre os sujeitos. A história das profissões em saúde, o seu exercício no cenário do trabalho coletivo e o jogo político e econômico delimitam o cenário das situações de trabalho (SCHERER; PIRES; SCWARTZ, 2009). Os trabalhadores sentem a necessidade de ampliar e diversificar os temas discutidos nas práticas educativas, de acordo com a necessidade e realidade da população, assim como a necessidade de abranger o trabalho de outros setores que se relacionam com o setor saúde, estimulando o trabalho multiprofissional e intersetorial. De acordo com Machado et al. (2007), a sustentabilidade do PSF requer o estabelecimento contínuo de parcerias intersetoriais, articulando ações interdisciplinares de assistência, prevenção e promoção da saúde.

Os profissionais também apontaram que a participação dos outros profissionais que compõem a equipe de SF, como o médico e dentista, precisa ser revista para a estimulação ou até mesmo a certificação de sua participação nas atividades educativas coletivas, haja vista, a educação em saúde ser uma atribuição

de todos os profissionais da SF e estes não colaborarem nas atividades educativas realizadas pela equipe.

Diante da realidade vivenciada pela equipe de SF, os trabalhadores perceberam a necessidade da sua atualização como profissional, assim como a existência de cursos e palestras que orientem suas atividades educativas, pois relataram que *tem que estar melhorando a formação, poderia ter mais cursos, alguma coisa que pudesse ajudar na atuação do PSF (M1); mais treinamento para nós agentes, para o enfermeiro, para o médico, porque isso é um pouco defasado, não tem treinamento pra gente, palestras, cursos para estar aprimorando o nosso conhecimento, para estar passando mais conhecimento para a população (A6).*

O processo de implantação do SUS, apesar de representar uma proposta de ação renovadora em saúde, enfrentou e continua enfrentando dificuldades na formação de profissionais em consonância com este modelo de saúde, como também os gestores com o desafio de adequar a estruturação das ações básicas de saúde, sem dispor de recursos para esta finalidade (MACHADO et al., 2007).

Na atual conjuntura da SF, ainda persiste as necessidades de mudanças na formação dos profissionais de saúde, assim como o desafio de educar permanentemente seus trabalhadores, de acordo com os preceitos do SUS. Sempre há algo de desconhecido no trabalho em saúde. Os saberes adquiridos ao longo do processo de formação são necessários para atuar nesse cenário, mas não o suficiente para dar conta da diversidade do mundo real das práticas em saúde (SCHERER; PIRES; SCWARTZ, 2009).

Os profissionais entrevistados expressaram a preocupação de se manterem atualizados, realizando cursos e se educando para seguir seu papel de educador. Porém não se pode esquecer que esta educação também é feita no seu ambiente de trabalho, partindo das situações reais vivenciadas por estes profissionais. Para isto, faz-se necessário que os profissionais reconheçam a sua realidade de trabalho como uma realidade potencializadora de sua educação, e produtora de conhecimento, ou seja, que a prática da EPS esteja constantemente presente na rotina de trabalho destes profissionais, para que assim torne-se instrumento produtor de educação na AB.

Os pesquisados reconheceram a SF como uma estratégia potencializadora de mudanças no estado de saúde da população. Sentiram que

precisam da *ajuda daqueles que estão acima (A3)*, ou seja, dos gestores, porque acreditam que estes deveriam *investir mais no PSF, pra incentivar a equipe a ter melhores condições de serviço (AE3)*, *ter plano de carreira no PSF para as pessoas sentirem vontade de crescer, de saber mais, ter treinamento, ter cursos (AE4)*, além de darem sinais de que a coordenação das equipes deveriam se fazer mais presentes, auxiliando, estimulando ou até cobrando o trabalho da equipe: *fica muita responsabilidade em cima da enfermeira, e onde está esse coordenador que não cobra, nem aparece para conversar com a gente (AE4)*. Segundo Cordeiro (2000), para que os profissionais sejam estimulados a serem agentes propulsores de mudanças na saúde serão necessárias ações de valorização pela atualização profissional, e que as formas e valores de remuneração do trabalho em saúde, exigem neste novo modelo, uma remuneração digna pela produção da saúde mais do que pela produtividade de procedimentos destinados à doença.

Conforme a visão destes trabalhadores, a SF é tida como estratégia de mudança. Contudo, para que isto ocorra faz-se necessário que os gestores reconheçam esta condição, ajudem e participem mais da gestão do cuidado nas UBS estudadas, pois as equipes de SF demonstraram a necessidade da participação mais próxima dos gestores, assim como a maior valorização do trabalho desenvolvido por estes profissionais.

Na prática educativa apresentada pela presente pesquisa, identificou-se que para alcançar mudanças no modelo assistencial faz-se necessário considerar as dimensões da construção de um processo de co-responsabilização entre profissionais, usuários e gestores na definição e realização da atenção à saúde, em que se incluam a gestão e o controle social.



5 Tecendo Algumas Considerações

*Querer bem aos outros como eles são.
E poderíamos perguntar: como é que eles são?
São simplesmente diferentes.
É preciso amar não apenas o que nos une,
Mas também o que nos diferencia. [...]*

RAFAEL LLANO CIFUENTES

A concepção de educação em saúde presente no discurso e nas práticas dos profissionais da equipe de SF encontra-se fortemente embasada no modelo de transmissão do conhecimento e no modelo curativo de assistência à saúde. Tal concepção encontra-se vinculada à noção de prevenção de doenças e passagem de informação para a população, na qual na tarefa de ensinar e orientar valoriza-se o saber profissional sobre o conhecimento popular, na tentativa da mudança de comportamento e hábitos de vida da população.

Identificou-se que há movimentos de mudança, por parte de alguns profissionais, que apresentaram uma concepção que vai em direção ao aprendizado mútuo e preza o respeito aos conhecimentos prévios da população.

A educação em saúde é produzida a partir do agir cotidiano, que reflete a produção de sentidos trazida pelas relações das práticas de cuidado. A prática educativa pode se dar de variadas formas em diferentes cenários, e o profissional pode desenvolvê-la de diferentes maneiras, ocorrendo em sua maioria na informalidade da relação profissional-usuário, durante o atendimento. Nesta, as conversas são tidas como linguagem em ação, e são tão produtoras de realidade quanto qualquer práticas concreta, entretanto, ocorre em sua maioria como transmissão de conhecimento. As práticas educativas coletivas foram denominadas formais devido ao seu planejamento e organização, representando uma pequena parcela destas atividades, no qual verificou-se um avanço no modo de educar. No entanto, acontece de forma incipiente, tendo que caminhar em direção à uma prática educativa voltada para a aprendizagem significativa e libertadora, a favor da autonomia dos usuários.

No processo de trabalho da AB, para que a educação em saúde seja concretizada, a equipe de SF desenvolve estratégias ou formas de abordagem educativas intuitivamente, realizando-as conforme a realidade vivenciada em seu cotidiano.

Os profissionais das equipes de SF depararam-se com vários desafios que dificultam a consolidação de uma prática educativa, como: a alta demanda espontânea, o insuficiente número de profissionais, a escassez de recursos materiais e didáticos aliados a uma prática curativista hegemônica. Outro ponto relevante é que muitas das ações formais são decididas diretamente pela SESA ou MS, o que desmobiliza para um trabalho educativo que considere a

realidade local, e que seja planejado e organizado pelos sujeitos que executam esta tarefa.

Quanto aos temas discutidos, nas práticas informais, os assuntos permearam a realidade e demandas da população. Nas atividades formais, os temas eram designados de forma vertical pela regional de saúde/SESA, e abordavam na sua maioria as doenças crônicas e agravos que muitas vezes, não condiziam com as expectativas da população.

Os trabalhadores estudados entenderam a importância do papel de serem educadores em saúde, porém mostraram acreditar que os gestores não apoiam e não valorizam este trabalho. Faz-se necessário enfatizar que a construção de práticas educativas integrais, não é exclusividade da equipe de SF, mas de todos os sujeitos envolvidos em sua produção, sejam eles profissionais de saúde, usuários, gestores, trabalhadores de outros setores, instituições de ensino, entre outros.

É necessário valorizar o papel do trabalhador enquanto sujeito propulsor do processo educativo e suas conquistas no âmbito de suas práticas cotidianas, para que este identifique em si mesmo sua potencialidade e seja incentivado para esse trabalho em busca de um modelo de saúde mais integral e igualitário.

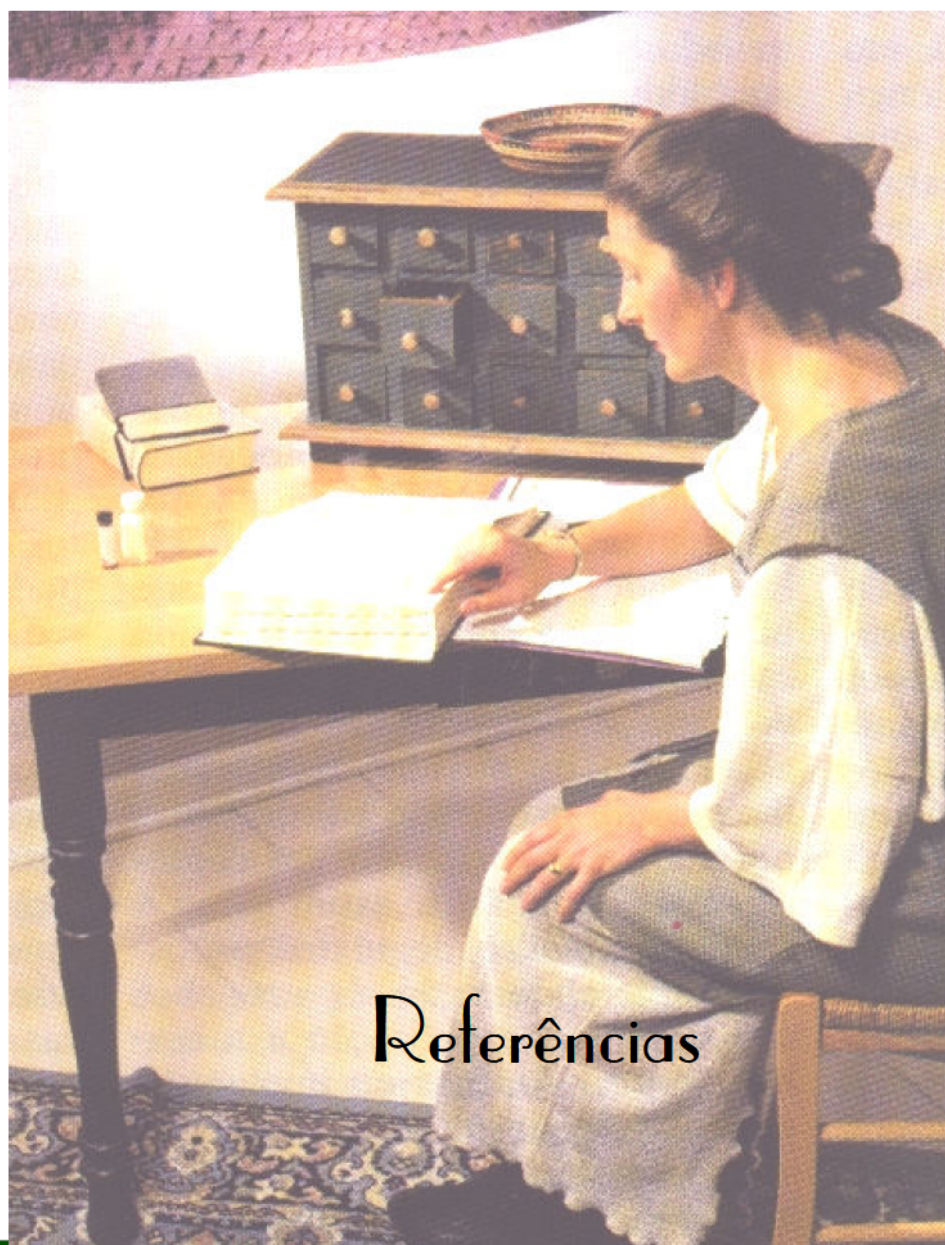
A formação dos profissionais de saúde é uma problemática constatada, pois em sua prática, demonstraram não estarem preparados para o trabalho educativo conforme a lógica do SUS. Por essa razão, existe a necessidade de readequações nas graduações dos cursos da área da saúde, principalmente incluindo de forma mais articulada a reflexão e o debate sobre o trabalho educativo destes profissionais. Para isto, é necessária também uma reflexão por parte dos profissionais formadores em saúde. Outro fator relevante diz respeito à EPS, para os profissionais inseridos nos serviços, visando aproximar a prática da educação em saúde com a realidade e necessidade da população. Desta forma, a formação, a atualização e a EPS devem ser tomadas como suporte para a sustentação das práticas educativas, garantindo assim o conhecimento necessário para a concretização da mesma.

Os profissionais possuem o reconhecimento da importância das ações educativas para a comunidade e encontram expectativas para a sua concretização. No entanto, a prática da educação em saúde na AB não deve estar

limitada a uma prática transmissora de conhecimentos no campo da saúde, mas este trabalho deve extrapolar o campo da informação, integrar o conhecimento e os valores populares, as práticas intersetoriais e multidisciplinares.

Faz-se necessário ampliar as práticas educativas buscando fortalecer a participação social, a autonomia dos usuários e com isso favorecer o processo de constituição de sujeitos competentes e responsáveis por transformações sociais e políticas voltadas para o interesse da população e para a melhoria do modelo de atenção em saúde proposto pelo SUS.

Torna-se necessário ser repensada e valorizada a educação em saúde como uma tecnologia de trabalho que revela diferentes processos de agir em saúde, reorientando esta prática, tomando como princípios os preceitos do SUS e uma aprendizagem significativa, para que promova mudança na vida dos usuários e dos trabalhadores, assim como a realidade do modelo de atenção à saúde vigente.



Referências

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, M. D.; CARVALHO, E. F. Discursos e práticas referentes ao processo de participação comunitária nas ações de educação em saúde: as ações de mobilização comunitária do PCDEN/PE. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 14, supl. 2, p. 59-68, 1998.
- ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da estratégia saúde da família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 25, supl. 5, p. 1103-1112, maio 2009.
- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 259-274, mar./ago. 2004.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set.2004/fev. 2005.
- ALVES, V. S.; NUNES, M. O. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, n. 19, p.131-47, jan/jun. 2006.
- AROUCA, A. S. S. **O Dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. 261 f. Tese (Doutorado) –Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BESSEN, C. B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 57-68, jan./abr. 2007.
- BORDENAVE, J. E. D. La Transferencia de tecnologia apropiada ao pequeno agricultor. **Revista Interamericana de Educação de Adultos**, Brasília, v. 3, n.1-2, p. 19-26, 1983. Texto traduzido e adaptado por Maria Thereza Grandi.
- BRANDÃO, C. R. A educação popular na área da saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 127-131, fev. 2001.
- BRASIL. Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm >. Acesso em: 27 fev. 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde**: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos –Cadernos de Atenção Básica; 21).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2007b. (Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático**: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 19-42.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2001, p. 113-126.

CECÍLIO, L. C. O. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 345-63, maio/ago. 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 1996. Disponível em: <<http://vsites.unb.br/fs/clm/labcor/etic196.htm>>. Acesso em: 27 fev. 2010.

CORDEIRO, H. Os desafios do ensino das profissões da saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos pólos de capacitação em saúde da família. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 20, p. 36-43, dez. 2000.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez/Oboré, 1992.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 4. ed. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2001.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 21. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

FREIRE, P. Sobre educação popular: entrevista com Paulo Freire. In: TORRES, M. (Org.). **Educação popular**: um encontro com Paulo Freire. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 47. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 30. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

FROTA, M. A.; ALBUQUERQUE, C. M.; LINARA, A. G. Educação popular em saúde no cuidado à criança desnutrida. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 246-53, abr/jun. 2007.

GADOTTI, M. **Educação e poder**: introdução à pedagogia do conflito. São Paulo: Cortez, 1983.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 64-89.

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

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-53, out./dez. 2006.

GIL, R. Análise de discurso. In: BAUER, M.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 244-270.

GIOVANELLA, L. Fundamentos da proposta de Mário Testa para o planejamento em saúde. In: GIOVANELLA, L. **Ideologia e poder no planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa**. 1989. 285 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1989. p. 48-125.

GOMES, K. O. et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 744-755, 2009.

GONÇALVES, A.; MANTELLINI, G. G. Educação em saúde em hanseníase: conceitos e aplicações. RBM: **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 64, n. 8, p. 384-389, ago. 2007.

GONÇALVES, J. R. et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. RBM: **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 393-403, 2009.

GUTIERREZ, M. L. et al. La promoción di salud. In: ARROYO, H. V.; CERQUEIRA, M. T. (Org.). **La promoción de la salud y la educación para la salud em América Latina**. Puerto Rico: Editora de La Universidad di Puerto Rico, 1997.

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

IBGE. **Cidades**: PR/Santa Mariana. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 27 fev. 2010.

L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 481-490, out./dez. 1994.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LEITE, B. F. R.; VELOSO, T. M. G. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 374-389, 2008.

LEVY, S. N. et al. **Educação em saúde**: histórico, conceitos e propostas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 241-247, abr/jun. 2008.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da educação**. São Paulo: Cortez, 1994.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MAIA, T. F.; SILVA, L. F. O pé diabético de clientes e seu autocuidado: a enfermagem na Educação em Saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 95-102, abr. 2005.

MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001.

MEDEIROS, S. M. et al. Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 2, p. 233-40, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a08.htm>. Acesso em: 14 fev. 2009:

MELO, J. A. C. Educação sanitária: uma visão crítica. **Cadernos da Cedes**, Campinas, n. 4, p. 28-64, 1987.

MELO, G.; SANTOS, M. R.; TREZZA, M. C. S. F. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 290-295, maio/jun. 2005.

MENDES, A. M.; TAMAYO, A. Valores organizacionais e prazer-sofrimento no trabalho. **Psico-USF**, Braganca Paulista, v. 6, n. 1, p. 39-46, jan./jun. 2001.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 233-300.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Mapas analíticos**: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-07.pdf>>. Acesso em: 21 jan.10.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MISHIMA, S. M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. 1995. 355 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação de vínculo na implantação do Programa Saúde da Família em uma unidade básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 358-364, 2009.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

MORIN, E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

MOURA, E. R. F.; SOUSA, R. A. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1809-1811, nov./dez. 2002.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis**: o agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: Ipea, 2000. (Textos para discussão; 735).

NORONHA, A. B. José Ivo Pedrosa, “ é preciso repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social”. **Radis**: Comunicação em Saúde, Rio de Janeiro, n. 13, p. 24-25, set. 2003. Disponível em: <<http://www.grupogices.hpg.com.br/ZelvoEduSaudeRadis.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2005.

OLIVEIRA, M. M.; PINTO, I. C. Percepção das usuárias sobre as ações de prevenção do câncer do colo do útero na estratégia saúde da família em uma distrital de saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 1, p. 31-38, jan./mar. 2007.

OLIVEIRA, V. L. B. et al. Modelo explicativo popular e profissional das mensagens de cartazes utilizados nas campanhas de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 287-93, abr./jun. 2007.

PARANÁ. Prefeitura Municipal de Santa Mariana. Departamento de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**, 2010.

PENNA, C. M. M.; PINHO, L. M. O. A contramão dos programas de educação em saúde: estratégias de diabéticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 1, p. 7-12, jan./fev. 2002.

PEREIRA, A. P. C. M.; SERVO, M. L. S. A enfermeira e a educação em saúde: estudo de uma realidade local. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 30, n.1, p. 7-18, jan./jun. 2006.

PINAFO, E.; LIMA, J. V. C.; BADUY, R. S. Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de Saúde da Família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 9, n.2, p.17-25, jun., 2008. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v9n2/Artigo%2053-2007%20_Editado_.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2010.

RÊGO, M. A. B.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION, M. M. Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem às pessoas portadoras de diabetes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 60-70, mar. 2006.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como espaço para a educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477-486, mar./abr. 2007.

SALES, F. M. S. Ações de educação em saúde para prevenção e controle da dengue: um estudo em Icarai, Caucaia, Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 175-184, jan./fev. 2008.

SANTOS, E. R. D.; BACKES, M. T.S. Hipertensão arterial sistêmica: avaliando usuários de um grupo de educação de uma unidade básica de saúde. **Nursing (São Paulo)**, São Paulo, v. 12, n. 134, p. 326-332, jul. 2009.

SARAIVA, K. R. et al. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 263-70, abr./jun. 2007.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-25, ago. 2009.

SCHIMIDT, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004.

SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e da produção de narrativas em estudo sobre profissão médica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n.1, p. 63-74, fev. 1995.

SENTONE, A. D. D.; GONÇALVES, A. A. F. Sofrimento no trabalho: significado para o auxiliar de enfermagem com dois vínculos empregatícios. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 23, n. 1, p. 33-38, 2002.

SILVA JÚNIOR, A. G. Lógicas de programar ações de saúde. In: BARBOSA, P. R. (Coord.). **Curso de especialização autogestão em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. p. 81-107.

SILVA, J.; ROTENBERG, S.; VIANNA, E. C. Concepção de educação em saúde na ótica dos profissionais de saúde que atuam em grupos educativos. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 119-136, 2004.

SILVA, I. Z. Q. J. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-38, fev. 2005.

SILVA, C. C.; SILVA, A. T. M. C.; LONSING, A. A integração e articulação entre as ações de saúde e de educação no programa de Saúde da Família – PSF. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 70-74, 2006.

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. 115-136.

SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Edusp, 1998.

TAVARES, D. M. S.; RODRIGUES, R. A. P. Educação conscientizadora ao idoso diabético: uma proposta de intervenção do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 88-96, mar. 2002.

TEIXEIRA, E. R.; DAHER, D. V. Trabalhando com as representações dos sujeitos na Educação em Saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 312-325, jan./abr.1999.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. . **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.

TORRES, G. V.; ENDERS, B. C. Atividades educativas na prevenção da AIDS em uma rede básica municipal de saúde: participação do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 71-77, abr. 1999.

TORRES, H. C. et al. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 291-298, abr. 2009.

TRAESEL, E. S.; MERLO, A. R. C. A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho em enfermagem. **PSICO**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p.102-109, jan./mar. 2009.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005.

VAITSMAN, J. Saúde, cultura e necessidades. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde Coletiva?: questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p. 157-173.

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

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

VAZ, M. R. C. et al. Educação e produção de saúde: um estudo da enfermagem de saúde coletiva no extremo sul do Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 59-67, jan./mar. 2003.

WENDHAUSEN, A.; SAUPE, R. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 17-25, jan./mar. 2003.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Apêndices



APÊNDICE A

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO / DIÁRIO DE CAMPO

UBS: _____ Data: _____ Período: _____

OBSERVAR E ANOTAR COMO ACONTECE NAS SEGUINTE QUESTÕES:

1. PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE REALIZADAS PELOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

a. Práticas desenvolvidas / Tipos de práticas:

- ✓ Informais: consulta médica e de enfermagem, procedimentos (Curativo, vacinação, triagem...), exame ginecológico, visitas domiciliares.
- ✓ Formais: palestras, atividades em grupo, mobilizações, etc.

- ▶ Profissionais que realizam;
- ▶ Como são realizadas;
- ▶ Tipos de problemas de saúde que são abordados utilizando a educação em saúde;
- ▶ Com quem são realizadas;
- ▶ Condições existentes para realizar ações educativas: infra-estrutura e recursos materiais.

2. PROCESSO DE COMUNICAÇÃO/RELAÇÃO INTER-PESSOAL (PROFISSIONAL/USUÁRIO)

- ✓ receptivo/acolhedor, aberto ou fechado/rejeição em relação ao paciente e familiar,
- ✓ postura: empático, olhar direto, vínculo;
- ✓ linguagem utilizada, clareza, uso de termos técnicos;
- ✓ Conteúdo (explicação de uma doença, cuidados necessários, medicamentos, auto-cuidado);
- ✓ Conhece / domina o assunto;
- ✓ Registra as atividades educativas realizadas, como?
- ✓ O profissional dá espaço para que a outra pessoa verbalize o que ela pensa e sente?
- ✓ Certifica se a pessoa entendeu (ex. pede para a pessoa repetir o que foi dito).

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

FONTE: Profissionais da equipe de saúde da família de Santa Mariana.

IDENTIFICAÇÃO:

Data: ____ / ____ / 2008

Nome (iniciais): _____

Idade: _____ Profissão: _____

Cargo/Função: _____

Local de Trabalho: _____

Graduação: _____

Pós-graduação: _____

Tempo de formado: _____

Tempo de atuação no PSF: _____

Experiência anterior com o campo da Educação em Saúde:

QUESTÕES NORTEADORAS:

1. Como você faz a educação em saúde no seu cotidiano de trabalho?
2. No contexto do seu trabalho, para você o que é a Educação em Saúde?
3. Que ações de educação em saúde são realizadas na sua unidade?
4. Quais os temas abordados nas práticas educativas?
5. Quais as facilidades para o desenvolvimento dessas práticas de educação em saúde, no seu cotidiano?
6. Quais as dificuldades para desenvolver as práticas de educação em saúde, no seu cotidiano?
7. Como você avalia essas práticas de educação em saúde desenvolvidas por você e pela equipe de saúde da família. Qual a contribuição dessas práticas?
8. O que você acha que deve/poderia ser feito pela Educação em Saúde no PSF?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu sou Elisângela Pinafo, enfermeira e aluna do mestrado em Saúde Coletiva da UEL.

Venho por meio desta convidá-lo(a) a participar de uma pesquisa científica que será realizada para a dissertação do meu trabalho de conclusão de curso, com o título " *A educação em saúde no cotidiano da equipe de saúde da família*". Nesta pesquisa tenho como objetivo compreender a prática da educação em saúde na equipe de saúde da família, identificando como os profissionais praticam a educação em saúde, suas concepções, facilidades/dificuldades encontradas, e os tipos de problemas de saúde que são abordados.

Gostaria de contar com sua participação, mas como esta participação é voluntária, se você não quiser participar isso não implicará em prejuízos financeiros ou assistenciais para você, nem para sua família. Para participar desta pesquisa não haverá nenhum custo para você ou para o serviço de saúde. Uma vez participante do presente estudo você tem todo o direito de desistir em qualquer momento.

É importante estar ciente de que a pesquisa será feita por meio de entrevistas gravadas e observação, mas todos os dados que forem prestados por você serão anônimos e confidenciais, ninguém saberá que as informações foram fornecidas por você, em momento algum seu nome aparecerá na redação do trabalho. Os dados serão gravados e transcritos e após sua utilização serão destruídos.

Em caso de dúvidas, estas poderão ser esclarecidas com o pesquisador abaixo identificado ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da UEL, pelo telefone 3371-2490, às quintas-feiras durante o período da manhã.

PESQUISADORA: ELISÂNGELA PINAFO
 e-mail: elisangelapinafo@yahoo.com.br
 Telefone: (43) 35331135 ou (43) 99385120.

ORIENTADORA: ELISABETE DE FÁTIMA P. A. NUNES
 e-mail: alnunes@uel.br
 Telefone: (43) 33712398

ACEITE:

Eu, _____, RG _____, aceito participar da presente pesquisa e afirmo que fui esclarecido sobre os motivos da realização deste trabalho, os riscos aos quais estou submetido e tenho ciência de que minha participação é voluntária.

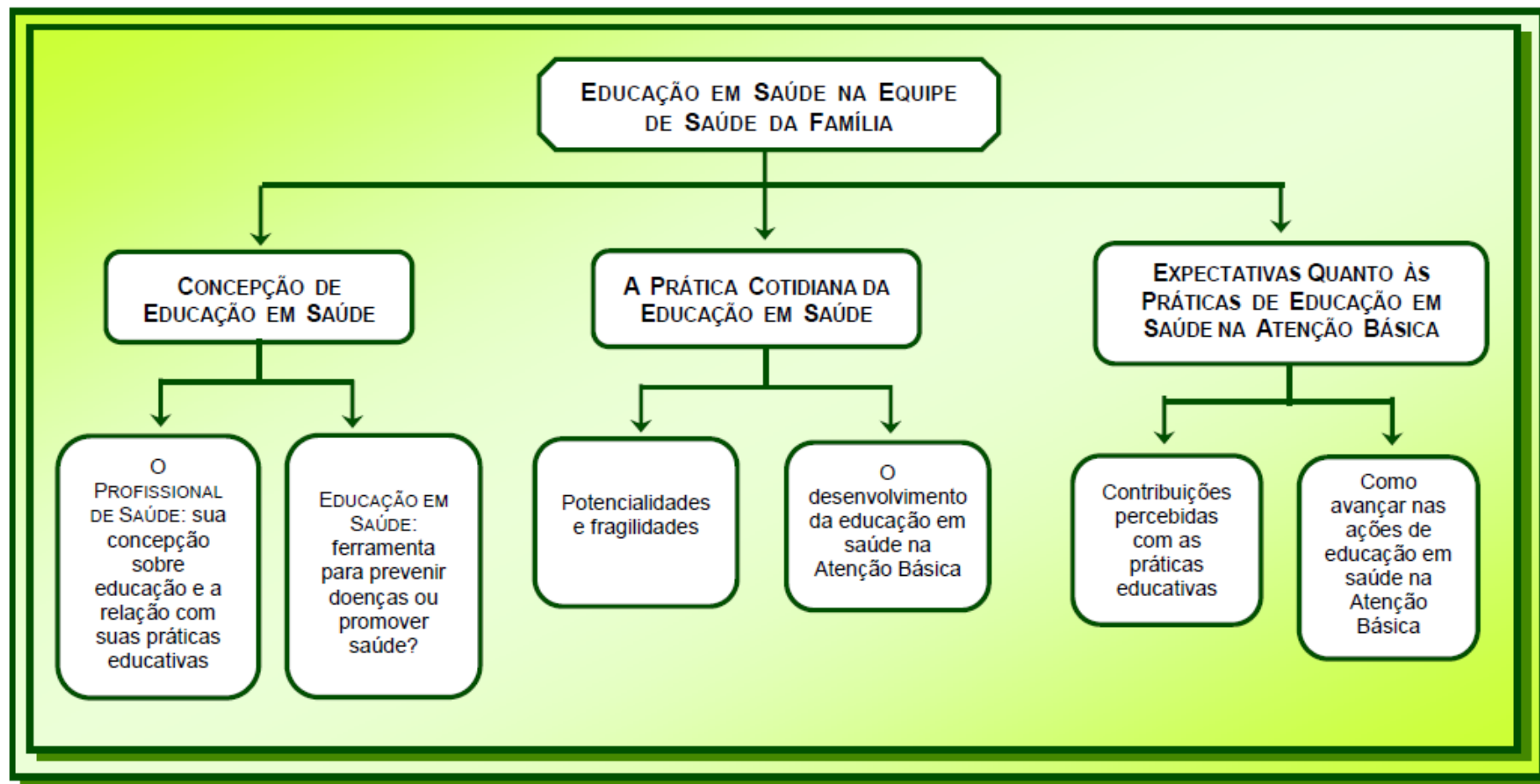
 Assinatura do participante

Data: ____/____/____

APÊNDICE D

CONCEPÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE		
	PRESENTE NO DISCURSO DO PROFISSIONAL	PRESENTE NAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS
E	Enf. 1: Acho que é toda a ação que a gente acaba desenvolvendo com os pacientes, com usuários, com a equipe de saúde, toda a troca de experiência e repasse de informação.	A enfermeira em conversa com o usuário busca perguntar sobre o conhecimento do usuário sobre a situação apontada, responde o que o paciente perguntou, complementa com mais algumas informações, esforça para buscar a compreensão do paciente.
N	Enf. 1: Eu acho que toda a ação que a gente faz aqui dentro acaba envolvendo a educação em saúde, tudo, desde os nossos atos, da nossa postura.	
F	Enf. 1: A gente acaba aprendendo com eles coisas da própria realidade deles que acaba influenciando a nossa forma de agir, na nossa conduta aqui dentro.	Enfermeira procura explicar o assunto ao paciente com calma, certifica se este entendeu, dá explicações diretas e conversa somente o necessário.
E	Enf. 1: Aproveitar o grupo para estar passando algumas informações sobre o problema que esta na moda entre aspas e o que eles trazem de problema também e eu quero aproveitar esse grupo para isso.	Durante um atendimento no qual a enfermeira verificou a PA do paciente e estava alta, esta se alterou e ficou brava com o paciente, dizendo que ele não estava tomando o remédio e por isso que a PA estava alta, assim se referiu que não adianta olhar a pressão todos os dias se ele não faz o tratamento para a hipertensão.
R	Enf. 2: você acaba fazendo no dia-a-dia automaticamente. Sabe, eu acredito que tudo isso, a partir do momento que você está conversando com alguém, mesmo um diálogo informal, acho que de uma forma ou de outra você está fazendo educação em saúde, tudo que você faz é válido.	Durante a realização de palestras, a enfermeira faz perguntas para primeiramente saber o conhecimento prévio dos participantes, fala de forma simples, objetiva, dá explicações e exemplos do cotidiano. Estimula a participação dos usuários, dispõe as cadeiras em circular, prepara material explicativo simples e de fácil compreensão. Porém, mesmo apresentando esta postura a profissional se esforça para transmitir o conteúdo necessário que o paciente precisa saber sobre o assunto. Os usuários participam timidamente.
M	Enf. 2: Educação em saúde pra mim eu acho que parte exatamente de orientações que são realizadas. Tudo tem que ser devidamente esclarecido, então eu acho que educação em saúde, é você estar, além de cuidar da saúde é você estar educando as pessoas para aquilo que você está aplicando, de tudo aquilo que eu falei, eu acho que é educação em saúde.	
E	Enf. 2: Educação em saúde pra mim eu acho que parte exatamente de orientações que são realizadas. Tudo tem que ser devidamente esclarecido, então eu acho que educação em saúde, é você estar, além de cuidar da saúde é você estar educando as pessoas para aquilo que você está aplicando, de tudo aquilo que eu falei, eu acho que é educação em saúde.	
I	Enf. 2: Educação em saúde pra mim eu acho que parte exatamente de orientações que são realizadas. Tudo tem que ser devidamente esclarecido, então eu acho que educação em saúde, é você estar, além de cuidar da saúde é você estar educando as pessoas para aquilo que você está aplicando, de tudo aquilo que eu falei, eu acho que é educação em saúde.	
R	Enf. 2: eu sempre fui uma pessoa que sempre gostei muito de trabalhar a humanização, sabe, eu valorizo muito a humanização, o atendimento, o bom atendimento das pessoas, saber valorizar as pessoas, respeitá-las, isso é uma coisa que eu acredito assim, que a pessoa fazer educação em saúde, necessita tudo isso.	No atendimento da demanda, enfermeira pratica a educação em saúde de forma de acordo com a sua disponibilidade de tempo. Se a demanda é espontânea, a enfermeira realiza na forma de passagem de info agora se a demanda é programada como a realização de ui preventivo, a enfermeira tem mais tempo e dedica-se mais nesta educativa tendo uma abordagem mais progressista.
A	Enf. 2: eu sempre fui uma pessoa que sempre gostei muito de trabalhar a humanização, sabe, eu valorizo muito a humanização, o atendimento, o bom atendimento das pessoas, saber valorizar as pessoas, respeitá-las, isso é uma coisa que eu acredito assim, que a pessoa fazer educação em saúde, necessita tudo isso.	
S	Enf. 2: eu sempre fui uma pessoa que sempre gostei muito de trabalhar a humanização, sabe, eu valorizo muito a humanização, o atendimento, o bom atendimento das pessoas, saber valorizar as pessoas, respeitá-las, isso é uma coisa que eu acredito assim, que a pessoa fazer educação em saúde, necessita tudo isso.	

APÊNDICE E



Anexos

ANEXO A

**AUTORIZAÇÃO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA
MARIANA PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

MUNICÍPIO DE SANTA MARIANA
CNPJ nº 75.392.019/0001-20

O Departamento de Saúde de Santa Mariana tem a informar que, fica autorizada a realização da pesquisa **“Educação em saúde: no cotidiano da equipe de Saúde da Família”** pela Enfermeira Elisângela Pinafo, mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina.

Santa Mariana, 29 de Agosto de 2008.

Rozana Traguetta Favaro
Diretora do Departamento de Saúde

Rua Antônio Manoel dos Santos nº151 - Caixa Postal 03 - CEP 86.350-000 - PR
Fone (043) 531-1144 - Fax 533-1151

ANEXO B

AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná
 Registro CONEP 268

PARECER CEP Nº 181/08 CAAE Nº 0175.0.268.000- 08	Londrina, 04 de março de 2009.
PESQUISADOR(A): ELISÂNGELA PINAFO	
Ilmo(a) Sr(a)	
<p>O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, APROVA a execução do projeto:</p> <p>"EDUCAÇÃO EM SAÚDE: NO COTIDIANO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA"</p> <p>Informamos que a Sr(a) deverá comunicar, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UUEL relatório final da pesquisa.</p>	
Situação do Projeto: APROVADO	
Atenciosamente,	
<p><i>Ester M. O. Dalla Costa</i> Prof. Dra. Ester M. O. Dalla Costa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UUEL Coordenadora</p>	