



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

PAULO HENRIQUE MENDES TEIXEIRA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: CONCEPÇÕES, PRÁTICAS E ABORDAGENS**

Salvador
2016

PAULO HENRIQUE MENDES TEIXEIRA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: CONCEPÇÕES, PRÁTICAS E ABORDAGENS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

ORIENTADORA: Prof^a. Dra. Liliana Santos

Salvador
2016

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

T266e Teixeira, Paulo Henrique Mendes.

Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: concepções, práticas e abordagens / Paulo Henrique Mendes Teixeira. -- Salvador: P.H.M.Teixeira, 2016.

59 f.

Orientadora: Profa. Dra. Liliana Santos.

Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Educação em Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Promoção da Saúde. 4. Modelo Preventivista. I. Título.

CDU 37:614.2

PAULO HENRIQUE MENDES TEIXEIRA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: CONCEPÇÕES, PRÁTICAS E ABORDAGENS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovada em 24 de Maio de 2016.

Liliana Santos – Orientadora _____

Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia, UFBA, Brasil.
Universidade Federal da Bahia/ Instituto de Saúde Coletiva/ISC

Isabela Cardoso de Matos Pinto _____

Doutora em Administração pela Universidade Federal da Bahia, UFBA, Brasil.
Universidade Federal da Bahia/Instituto de Saúde Coletiva/ISC

Mônica Lima de Jesus _____

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia, UFBA, Brasil.
Universidade Federal da Bahia/Instituto de Psicologia Social/IPS

A todos os usuários do Sistema Único de Saúde/SUS que tiveram seu direito à saúde cerceado pelo descumprimento dos princípios doutrinários da Universalidade, Igualdade e Integralidade.

AGRADECIMENTOS

À Deus, Ser onipotente e Guia em todos os momentos da minha vida.

A minha amada mãezinha, pelas orações e afeto dispensados ao longo dessa jornada.

A minha companheira Viviane e aos meus filhos Gustavo e Sarah, pela paciência e compreensão.

À dileta Professora Liliana Santos, orientadora e maetrina dessa dissertação.

Aos colegas de turma, pelas sugestões, críticas e colaborações.

Pelo trabalho de transcrição das entrevistas, à querida Maria Lúcia.

Aos servidores da Escola Técnica do SUS, em especial à Raimunda Fortaleza.

À Secretaria de Estado da Saúde, por ter possibilitado o financiamento desse mestrado.

Pela autorização e disponibilidade, à Diretora da Atenção Básica, à Chefe do NEP e ao Secretário Municipal de Saúde de Colinas do Tocantins.

Aos participantes desta pesquisa, pela presteza e colaboração.

Pelos ensinamentos, paciência e dedicação, aos professores, nossos mestres e mediadores da aprendizagem.

À Coordenação do mestrado, Professora Leny Trad, Professora Ana Angélica e à Sônia Malheiros, nosso anjo da guarda.

Ao meu amigo e Secretário de Saúde de Brasilândia do Tocantins, Clésio Alves, pelo apoio, compreensão e confiança.

Às queridas Professoras Isabela Cardoso e Mônica de Jesus, pela contribuição e participação na minha banca examinadora.

Onde quer que haja mulheres e homens,
há sempre o que fazer, há sempre o que
ensinar, há sempre o que aprender.

Paulo Freire (2011)

Teixeira, Paulo Henrique Mendes. Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: concepções, práticas e abordagens. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

RESUMO

A educação em saúde é uma importante ferramenta de promoção da saúde quando vista sob a perspectiva de valorização dos contextos sociais, econômicos e culturais da comunidade. A base de seu conhecimento é a melhoria das condições de vida e saúde da população. Este estudo objetivou analisar o desenvolvimento das ações de Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) em um município da região de saúde Cerrado Tocantins Araguaia. O estudo foi do tipo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, realizado através de entrevistas semiestruturadas individuais com doze profissionais da ESF escolhidos por sorteio. Os dados foram produzidos e analisados a partir das seguintes categorias: A percepção sobre educação em saúde: dualidade saúde-doença x saúde e qualidade de vida; Da percepção à ação: descrição e características; e, Abordagem predominante: Modelo Preventivista ou de Promoção da saúde. Os resultados apontam que a maioria dos profissionais entende e desenvolve educação em saúde na perspectiva tradicional, isto é, focada na prevenção de doenças e na tentativa de mudança de comportamento individual. A abordagem dessas ações revela uma postura vertical, impositiva e institucionalizada, com um sentido único profissional-usuário corroborando para a manutenção do modelo preventivista com foco na cura. Acredita-se que este estudo contribuirá para uma reflexão a respeito do tema na prática e possibilitará a construção de um novo olhar sobre a educação em saúde pautado em relações dialógicas e na valorização do saber popular.

Palavras-chave: Educação em saúde; Estratégia Saúde da Família; Promoção da Saúde; Modelo Preventivista.

Teixeira, Paulo Henrique Mendes. Health Education in the Family Health Strategy: concepts, practices and approaches. Dissertation (Master of Public Health) - Institute of Public Health Federal University of Bahia, Salvador, 2016.

ABSTRACT

Health education is an important health promotion tool when viewed from the perspective of enhanced of social, economic and cultural community. The basis is the improvement of living conditions and health. This study aimed to analyze the development of actions for Health Education in the Family Health Strategy (FHS) in a county health region Cerrado Tocantins Araguaia. The study was exploratory-descriptive, qualitative approach, accomplished through individual semi-structured interviews with twelve professionals from FHS, chosen by lot. The data were produced and analyzed from the following categories: The perception of health education: duality health-disease x health and quality of life; Perception to action: description and characteristics; and predominant approach: Model the preventive or health promotion. The results show that most professionals understand and develop health education in the traditional perspective, focused on disease prevention and trying to individual behaviour change. The approach of these actions reveals a vertical, authoritative and institutionalized approach with a professional-user one way corroborating for maintaining the preventive model focused on healing. It is believed that this study will contribute to a reflection on the theme in practice and will can enable the construction of a new look at health education, based on dialogical relations and appreciation of popular knowledge.

Keywords: Health education; Family Health Strategy; Health promotion; Preventive Model.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	ASPECTOS CONCEITUAIS.....	14
	2.1 O MODELO PREVENTIVISTA.....	14
	2.1.1 O surgimento da Medicina Preventiva.....	14
	2.1.2 O enfoque preventivista da educação em saúde.....	15
	2.2 A EDUCAÇÃO POR PAULO FREIRE.....	16
	2.3 A PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	19
	2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA...	22
3	METODOLOGIA.....	26
	3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS.....	26
	3.2 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE.....	28
4	RESULTADOS/DISCUSSÃO.....	31
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
	APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista.....	55
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	56
	APÊNDICE C – Declaração de Aceite.....	59

1 INTRODUÇÃO

A educação possui em si a tarefa social emancipatória, pois é capaz de transformar as pessoas e por consequência o mundo. No dizer de Freire (2011), a educação transforma os homens na perspectiva da emancipação social e os contextualiza em suas dimensões histórica e política, o que abre caminho para a transformação das condições objetivas de vida de indivíduos e comunidades. Ela chega a todos objetivando formar seres humanos que caminhem em busca de seus sonhos, da felicidade individual e social, lutando por mais qualidade de vida.

A educação em saúde é uma das ferramentas para a transformação social no campo da saúde. O objetivo dela é garantir a dignidade da pessoa humana através da promoção da saúde e da objetivação dos direitos humanos fundamentais, que se fazem presentes na autodeterminação e responsabilidade pela própria vida, tendo uma visão de sua existência e das necessidades humanas (SHIRATORI et al., 2004). Educar para saúde é ir além da assistência curativa, priorizando ações preventivas e promocionais, reconhecendo os usuários dos serviços de saúde como sujeitos portadores de saberes e condições de vida, estimulando-os a lutarem por mais qualidade de vida e dignidade (ALVES, 2005).

As intervenções necessárias para a promoção da saúde estão centradas num trabalho coletivo e garantidas através de políticas sociais que possibilitem uma assistência humanizada e resolutiva. Para promover saúde deve-se refletir sobre o objeto saúde. O objeto saúde é um conceito em construção que depende de valores sociais, culturais e históricos, mas visto sob uma ótica ampla, é que permita ao ser humano viver com qualidade.

As ações de promoção da saúde propõem reorientar os serviços de saúde, indo em busca da atenção integral às pessoas em suas necessidades, visando construir saúde em seu sentido mais amplo, e lutando contra as desigualdades através da construção de cidadania (BRASIL, 2006a). Essas ações estão contempladas na Política Nacional de Promoção da Saúde aprovada pela portaria nº 687, de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006b).

No intuito de fortalecer os vínculos com a população e integrar profissionais e comunidade na busca de maior atuação e atenção aos usuários, foi criada pelo Ministério da Saúde, em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF tem como finalidade

estruturar os sistemas municipais de saúde e reordenar o modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004). Dentre as ações da ESF, emergem educativas como ferramentas essenciais para incentivar a autoestima e o autocuidado dos membros das famílias, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e comportamentos.

A atribuição dos profissionais de saúde como agentes de mudança no contexto de atenção à família passa a ser de facilitadores no processo da educação em saúde (MACHADO et al., 2007). A ESF é operacionalizada por uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal e agentes comunitários de saúde, todos com atribuições específicas e gerais bem definidas.

A ação educativa é uma das atribuições dos profissionais de saúde na ESF e se concretiza nos vários espaços de realização das práticas em geral (ACIOLI, 2008). No ato de cuidar, os profissionais educam e buscam criar a corresponsabilização com o outro, aumentando a autonomia do sujeito sobre sua saúde. Sendo assim, a educação pode ser considerada uma forma de cuidar e o cuidado, uma maneira de educar (FERRAZ et al., 2005). Tendo em vista que as ações desenvolvidas na ESF se referem à Atenção Básica em Saúde, na qual a prática de promoção da saúde destaca-se frente às práticas curativas, as ações da equipe de saúde estão ou deveriam estar articuladas a processos educativos.

O perfil de saúde de indivíduos ou populações está diretamente relacionado com o ambiente social no qual estão inseridos, com as condições de vida, dentre elas a distribuição de renda, com o nível de escolaridade, a moradia, o trabalho, o lazer e o meio ambiente. Nesse sentido, a promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seu entorno. Ela aponta para a necessidade de articulação entre os saberes técnicos e populares e para a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, na busca de uma construção de propostas viáveis para os problemas de saúde. Ressalta-se que a educação em saúde representa um importante instrumento facilitador para a capacitação da comunidade, contribuindo para a promoção da saúde. Assim, trabalhadores de saúde e usuários precisam estabelecer uma relação dialógica pautada na escuta, no respeito e na valorização das experiências, das histórias de vida e da visão de mundo.

Somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala com ele. Escutar é obviamente algo que vai mais além da possibilidade auditiva de cada um.

Escutar, no sentido aqui discutido, significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro. Isto não quer dizer, evidentemente, que escutar exija de quem realmente escuta sua redução ao outro que fala. Isto não seria escuta, mas autoanulação. A verdadeira escuta não diminui em mim, em nada, a capacidade de exercer o direito de discordar, de me opor, de me posicionar. Pelo contrário, é escutando bem que me preparo para melhor me colocar ou melhor me situar do ponto de vista das ideias. Como sujeito que se dá ao discurso do outro, sem preconceitos, o bom escutador fala e diz de sua posição com desenvoltura. Precisamente porque escuta, sua fala discordante, em sendo afirmativa, jamais é autoritária. (FREIRE, 2011, p.14).

Dessa forma, para o desenvolvimento das ações educativas, faz-se necessário que os profissionais tenham conhecimento. É essencial que conheçam o olhar do outro, interajam com ele e reconstruam coletivamente saberes e práticas cotidianas. A disseminação do conhecimento e o ato de educar podem ter um papel importante no cotidiano das práticas em saúde, pois atuam como facilitadores das ações de atenção e de promoção da saúde e como norteadores da prevenção e da redução dos danos. Eles podem interferir positivamente na realidade local e fortalecer o vínculo entre o profissional e a comunidade que ele assiste.

Entretanto, considerando nossa experiência adquirida em quinze anos de atuação na ESF, percebemos que a prática educativa nesse âmbito ainda é pautada na visão biologicista, com foco na doença e nos agravos e na intervenção para a cura. São ações que privilegiam a dimensão clínica, contrariando os princípios da integralidade e da participação social contemplados no Modelo de Promoção da Saúde. Desta forma, suspeitamos que esses princípios do Sistema Único de Saúde/SUS não se tornaram elementos importantes para a organização dos processos de trabalho dos trabalhadores da saúde no cotidiano da ESF.

Diante dessas constatações, o presente estudo propôs como questão central: a “Educação em Saúde (ES)” no contexto da Estratégia Saúde da Família, considerando as concepções, a prática e a abordagem das ações desenvolvidas em um município da região de saúde Cerrado Tocantins Araguaia. O objetivo geral delineado foi analisar o desenvolvimento das ações de Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família em um município da região de saúde Cerrado Tocantins Araguaia. Os objetivos específicos foram: identificar a percepção de profissionais da ESF sobre educação e promoção da saúde; descrever as ações de educação em saúde desenvolvidas pelas ESF; e apontar a abordagem predominante no desenvolvimento das ações de educação em saúde.

A lacuna na produção científica acerca das ações educativas e suas relações com a promoção da saúde caracteriza o ineditismo e caráter desafiador deste estudo, considerando as especificidades e peculiaridades do Tocantins que envolvem a cultura local, acesso à informação, características/organização da gestão municipal, formação dos entrevistados, entre outras. Destarte, espera-se que os resultados desta pesquisa tornem visível a realidade da prática educativa, com seus avanços e retrocessos, e seja substrato para a reflexão dos gestores dos serviços de saúde e dos profissionais da equipe de saúde da família dos cenários desta investigação.

2 ASPECTOS CONCEITUAIS

Definem-se a seguir os conceitos centrais da pesquisa. Eles são condições para o desenvolvimento das categorias de análise elaboradas na investigação, apresentando-se a partir dos primeiros contatos teóricos com o objeto. O próprio processo de categorização e o contato com as entrevistas analisadas, assim como a continuidade da pesquisa teórica, impuseram modificações sobre as concepções iniciais.

2.1 O MODELO PREVENTIVISTA

2.1.1 O surgimento da Medicina Preventiva

As discussões sobre a prevenção das doenças surgiram no Séc. XIX a partir da concepção Higienista. Esse foi o campo da medicina responsável pelas ações voltadas para a prevenção de doenças. Não era considerada uma ciência, mas a aplicação de todo o conjunto das ciências para a manutenção do bem-estar no dizer de Arouca (1975). A Higiene guardava íntima relação com o desenvolvimento do capitalismo e com a ideologia liberal, quando o Estado tinha pouca participação no cuidado dos cidadãos, sendo o setor privado o maior responsável pela atenção à saúde dos indivíduos. Segundo Hobbes (*apud* AROUCA, 1975, p. 154), com o aumento do custo da atenção médica, o Estado passa a ser o responsável pelo cuidado dos cidadãos. No período chamado de absolutismo, o Estado controlava as relações comerciais, dando aos comerciantes as garantias e a estabilidade necessárias para seus negócios. Fazia o mesmo com a atenção médica.

Nesse período, na Inglaterra, surgem duas estratégias voltadas à redução dos custos médicos e à reorientação das práticas médicas, que foi a proposta de criação de um instituto que agregava vários hospitais e estruturado para o atendimento aos pobres doentes e para a prática da Política Médica, que representava um conjunto de normas e regras a serem cumpridas para evitar o adoecimento dos indivíduos. Em oposição às ideias absolutistas, surge o Contrato Social de Jean Jacques Rousseau (*apud* AROUCA, 1975, p.67), que defendia a educação como impulsionadora do exercício da liberdade. Ensinar medidas higiênicas ao povo ocupava papel central na obra deste pensador.

O modelo preventivista focava as ações e os meios de prevenção no âmbito individual e coletivo. Era um espaço que privilegiava a dimensão clínica. Havia o

reconhecimento de que a medicina sozinha não daria conta de solucionar os problemas do ser humano dado seus limites e que o estado de saúde dos indivíduos seria definido pela participação dele no processo produtivo, ou seja, há uma relação estabelecida.

Deste modo, de acordo com Peixoto (*apud* AROUCA, 1975, p. 68), a Higiene foi esmaecendo no século passado até chegar ao seu desaparecimento determinado pelo avanço do conhecimento da “velha medicina”, pelo aprofundamento da divisão técnica do trabalho em uma sociedade de classes, pela compartimentalização do conhecimento científico e pelo seu isolamento dentro das escolas médicas.

A medicina preventiva define um objeto de estudo e uma prática que engloba “atividades voltadas para a responsabilização do indivíduo na prevenção de doenças e na proteção da sua saúde e de sua família”, segundo Smillie (*apud* AROUCA, 1975, p. 10). Existe, portanto, duas naturezas nesse objeto. De um lado, as condições de ocorrência das doenças e de outro, a atitude preventiva incorporada ao estudante que deverá desabrochar plenamente em sua prática cotidiana. O enfoque sobre as responsabilidades individuais e da família sobre a saúde delimita o objeto e simultaneamente as condições determinantes das doenças que devem ser estudadas e também o espaço das atribuições médicas.

O conceito de saúde é considerado dinâmico uma vez que a Organização Mundial de Saúde (OMS) entende saúde como o estado de relativo equilíbrio do corpo em sua forma e função, que resulta de seus ajustes dinâmicos de sucesso sobre as forças que tendem perturbá-la. Não é interação passiva entre as forças do corpo trabalhando para reajuste. Neste caso, a doença depende das características do agente, do homem e da resposta deste homem aos estímulos produzidos pela doença no seu ambiente externo ou interno. Para Arouca (1975), a saúde é um estado relativo e dinâmico de equilíbrio, e doença é um processo de interação do homem frente aos estímulos patogênicos. Já o conceito ecológico da saúde e da doença, que aparece nos primeiros documentos da Medicina Preventiva, marca todo seu discurso e incorpora-se sempre aos objetivos educacionais.

2.1.2 O enfoque preventivista da educação em saúde

O enfoque educativo predominante nos serviços de saúde, durante décadas praticamente exclusivo, é o *preventivo*. Os pressupostos básicos desse enfoque são o de que o comportamento dos indivíduos está implicado na etiologia das doenças modernas

(crônico-degenerativas). Os comportamentos vistos como fatores de risco são dieta, falta de exercício, fumo etc. E também o de que os gastos com assistência médica têm alta relação em termos de custo-benefício (STOTZ, 1993).

Nesse enfoque, não obstante a crítica de que a medicina curativa teria fracassado em lidar com os problemas de saúde comunitários, a educação orienta-se segundo o "modelo médico". Dada a associação entre padrões comportamentais e padrões de doença, cabe, nessa perspectiva, estimular ou persuadir as pessoas a modificar esses padrões, substituindo-os por estilos de vida mais saudáveis. Elabora-se uma série de programas cujo conteúdo é extraído da clínica médica e/ou da epidemiologia.

A educação sanitária preventiva lida com fatores de risco comportamentais, ou seja, com a etiologia das doenças modernas. A eficácia da educação expressa-se em comportamentos específicos como: deixar de fumar, aceitar vacinação, desenvolver práticas higiênicas, usar os serviços para prevenção do câncer, realizar exames de vista periódicos. O repasse de informação, normalmente por meio da consulta ou em grupos, de palestras seguidas ou não de perguntas e respostas, é o procedimento típico do preventivismo (VUORI, 1987).

O enfoque preventivista baseia-se na assunção da responsabilidade individual sobre a ação e no aperfeiçoamento do homem através da educação. Vuori (1987) afirma que enfoques desse tipo têm características individualizantes, parciais e corretivas frente a problemas que requerem predominantemente soluções sociais e holísticas.

As necessidades de saúde são, portanto, necessidades de milhões de indivíduos sendo assim, necessidades coletivas. Ademais, estas necessidades somente podem ser satisfeitas como necessidades sociais. A questão está em saber, então, como organizar as práticas de saúde de modo a contemplar a dialética do individual e do coletivo.

2.2 A EDUCAÇÃO POR PAULO FREIRE

Paulo Freire, em seus livros *Pedagogia da Autonomia* e *Pedagogia do Oprimido*, apresenta uma série de noções, dentre as quais foi eleita para fundamentar o presente estudo a ideia de que ensinar exige reconhecimento do outro, dialogicidade e escuta, visto que a partir destes princípios é possível o estabelecimento de ações educativas em coerência com a promoção da saúde.

Trataremos agora de definir nossa aproximação com a proposta de Paulo Freire que situa a educação como uma prática antagônica ao modelo de educação reproduzida que oprime, desumaniza e prende o educando.

Freire (2011, p. 21), reforça que

...ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos, nem formar, de fato, é ação pela qual um sujeito criador dá forma, alma a um corpo indeciso e acomodado. Não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos, apesar das diferenças, não se reduzem à condição de objeto, um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender.

Nessa perspectiva, só existirá ensino quando este resultar num aprendizado em que o aprendiz se tornou capaz de recriar ou refazer o ensinado, ou seja, em que o que foi ensinado se constituiu em substrato para a transformação objetiva da realidade. O processo de aprender pode despertar no aprendiz uma curiosidade progressiva que pode torná-lo cada vez mais criador, ou seja, quanto mais criticamente se exerça a capacidade de aprender, mais se constrói e desenvolve a “curiosidade epistemológica” sem a qual não alcançamos o conhecimento pleno do objeto nem tampouco a transformação da realidade.

Tomando como base a compreensão sobre educação abordada por Freire e considerando suas dimensões, observa-se que o profissional de saúde, nesse contexto, assume o papel de estimulador da capacidade crítica do indivíduo e da população no que tange à sua responsabilização no processo saúde-doença-cuidado, buscando desenvolver características que potencializem essa busca como: curiosidade, criatividade, inquietação, humildade e persistência (CARVALHO, 2004). Assim sendo, enquanto se ensina, se apreende o conhecimento já existente e se produz conhecimento nas relações estabelecidas com as comunidades e suas necessidades.

Outra dimensão importante é a busca pela informação. Essa procura possibilita a produção de novos conhecimentos e promove o diálogo necessário e indispensável entre profissional-usuário. O diálogo efetiva o protagonismo do indivíduo que busca o cuidado, envolve o indivíduo cuidador, considerando experiências e vivências anteriores, alia saberes técnicos e populares e utiliza esses acúmulos em favor do planejamento adequado das ações que comporão o processo saúde-doença-cuidado.

Os seres humanos são histórico-sociais capazes de comparar, valorizar, intervir, escolher, decidir, romper e por isso, seres éticos. Só somos, porque estamos sendo. Transformar a experiência de educar em saúde em puro treinamento técnico é depreciar o

que há de fundamentalmente humano no exercício educativo: o seu caráter formador. Para contribuir com a melhoria das condições de vida e saúde dos indivíduos, de fato, as equipes de saúde precisam refletir criticamente sobre suas práticas. Isso envolve o movimento dinâmico, dialético entre o fazer e o pensar sobre o fazer. É fundamental que o “aprendiz” da prática de educação em saúde saiba que deve superar o pensar ingênuo, assumindo o pensar crítico produzido nas relações entre comunidade e profissionais de saúde. Por outro lado, ele deve reconhecer o valor das emoções, da sensibilidade, da afetividade, da intuição (FREIRE, 2011).

Através da reflexão crítica sobre a prática de hoje ou de ontem é que se pode melhorar a próxima prática. Uma das tarefas mais importantes da prática educativo-crítica, segundo Freire (2011), é propiciar condições para que os indivíduos em suas relações sejam levados a experiências de assumir-se como ser social e histórico, ser pensante, transformador, criador, capaz de ter raiva, porque é capaz de amar.

A questão da identidade cultural não pode ser desprezada. Ela está relacionada com a assunção do indivíduo por ele mesmo e se dá através do conflito entre forças que atrapalham essa busca de si e as que favorecem essa assunção. Isto é incompatível com o atendimento pragmático e com os que se julgam detentores do conhecimento pleno e que se preocupam exclusivamente com os problemas biológicos apresentados pelos indivíduos.

Um simples gesto do profissional pode impulsionar o indivíduo a participar mais ativamente de seu processo saúde-doença. Experiências vividas nas ruas, praças, trabalho, grupos sociais são cheias de significação. A autonomia vai se constituindo na experiência de várias e inúmeras decisões que vão sendo tomadas. A autonomia, enquanto amadurecimento do ser por si, é processo, é vir a ser.

Outra ferramenta importante para a prática educativa transformadora na saúde é a escuta. Aprendemos a escutar escutando. Somente quem escuta paciente e criticamente, o outro fala com ele sem precisar se impor. No processo da fala e escuta, a disciplina do silêncio a ser assumido a seu tempo pelos sujeitos que falam e escutam é indispensável para a comunicação dialógica. Sem escutar o que outro que escuta tem a dizer, quem fala termina por esgotar sua capacidade de dizer. Quem tem o que dizer deve desafiar quem escuta no sentido de que ele diga, fale, responda. O grande desafio para nós, enquanto profissionais de saúde, é saber utilizar bem o poder e as possibilidades da escuta qualificada frente às necessidades de nossa população.

De acordo com Freire (2011, p. 09), não há inteligência da realidade sem a possibilidade de ser comunicada. “O professor autoritário que recusa escutar os alunos impede a afirmação do educando como sujeito de conhecimento. Como arquiteto de sua própria prática cognoscitiva”. Assim sendo, torna-se importante que profissionais de saúde aceitem e se coloquem à disposição da escuta dos usuários. Essa prática contribuirá para a autonomia e transformação do indivíduo em sujeito, facilitando a tomada de decisão e consequente intervenção deste indivíduo-sujeito-ator social.

2.3 A PROMOÇÃO DA SAÚDE

A saúde reconhecidamente não é uma conquista nem uma responsabilidade exclusiva do setor saúde. Ela é o resultado da interação de um conjunto de fatores e/ou circunstâncias entre os campos econômico, social, biológico, político, cultural. Essas áreas assumem características peculiares em cada sociedade e conjunturas específicas, que resultam em sociedades mais ou menos saudáveis. Nesta perspectiva, a situação de saúde está estreitamente relacionada com a vida cotidiana de indivíduos e populações. É na vida cotidiana que acontecem as articulações entre os processos biológicos e sociais que determinam a situação de saúde, que, para Castellanos (1998), torna-se espaço privilegiado para intervenção na saúde coletiva.

Desta forma, a saúde coletiva deve procurar identificar esses processos e organizar estratégias mais eficazes e eficientes de agir sobre os determinantes de saúde e voltadas para a melhoria da saúde e qualidade de vida dos indivíduos e população como um todo. Estas estratégias compreendem instrumentos como a epidemiologia e a organização de sistemas e serviços de saúde articulados com ações de promoção da saúde, entre outras, que envolvem a prevenção e tratamento de enfermidades e agravos à saúde.

A partir dessa compreensão, a promoção da saúde passou a ser uma alternativa importante para o enfrentamento dos problemas que afetam a saúde das populações humanas, apresentando múltiplos conceitos e maneiras de implementação, com intervenção mais ou menos abrangente. As diversas conceituações disponíveis, assim como a prática da promoção da saúde serão discutidas nos parágrafos a seguir.

O conceito de Promoção da Saúde tem evoluído consideravelmente, principalmente nas últimas três décadas e a partir das Conferências Internacionais realizadas em Otawa no Canadá (OMS, 1986), em Adelaide na Austrália (OMS, 1988), em

Sundsvall na Suécia (OMS, 1991) e em Jacarta na Indonésia (OMS, 1997), onde foram desenvolvidas as bases conceituais e políticas da promoção da saúde (BRASIL, 2001).

Vários estudiosos buscaram estabelecer conceitos para promoção da saúde, considerando aspectos como entendimentos, definições, posições teórico-políticas múltiplas que permitem a construção de práticas e ações em saúde distintas e com maior amplitude. Na busca por uma definição completa e ampla, capaz de abarcar a complexidade da ação de promover saúde, esses estudiosos propõem como elementos centrais da discussão o indivíduo, a coletividade, os determinantes de saúde, com destaque para o modo de vida. Com efeito, percebemos que esses conceitos são móveis e apresentam sucessivos deslocamentos na possibilidade sempre presente de se atualizarem nas práticas concretas de saúde.

Nessa perspectiva, construíram-se diversas linhas ou eixos de promoção da saúde, que podem ser divididos em dois grandes grupos de acordo com Sutherland & Fulton (*apud* BUSS, 2000, p. 51), um grupo que tem como figura central o indivíduo, que consiste no desenvolvimento de atividades voltadas à transformação dos comportamentos e modos de vida dos indivíduos, com foco em ações educativas relacionadas com riscos comportamentais que podem ser modificados e que, em parte, estariam sob o controle dos próprios indivíduos como: cuidados de higiene pessoal, alimentação, hábitos de beber, fumar, atividades físicas, a direção perigosa no trânsito, o comportamento sexual etc.

O outro grupo está focado nos determinantes gerais sobre as condições de saúde, que, segundo Buss (2000), exercem forte e indiscutível influência sobre a saúde. A saúde é um produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, condições adequadas de trabalho e renda, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde. Neste caso, as ações de promoção de saúde estariam voltadas mais aos coletivos e ao ambiente, compreendendo os ambientes físico, social, político, econômico e cultural, viáveis somente através de políticas públicas intersetoriais e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde, assim como do reforço da capacidade de ação dos indivíduos e das comunidades em favor de sua saúde.

Neste estudo, adotaremos como base conceitual a concepção de Promoção da Saúde proposta pela Carta de Otawa que a define como “o processo de capacitação da

comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2001, p.19). Este documento esclarece que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como importante dimensão da qualidade de vida. Portanto, a saúde é compreendida como um recurso essencial para a vida cotidiana (BUSS, 2000). Nele são descritas as condições e requisitos necessários à saúde: “paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade”, conforme Buss (2002, p.158), assim como a defesa da saúde, a capacitação e a mediação política como indispensáveis para alcançá-la.

Na Carta de Ottawa, são identificados cinco campos de ações para a promoção da saúde: “construção de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; desenvolvimento de habilidades; reforço da ação comunitária; reorientação dos serviços de saúde” (BRASIL, 2001, p.25).

Para Buss (2000, p. 35),

A criação de ambientes favoráveis à saúde se dá a partir da inserção, na agenda de prioridades da saúde, de ações como a proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais, o acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente causam sobre a saúde, a conquista de ambientes que facilitem e favoreçam a saúde, como o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a cidade.

O desenvolvimento de habilidades favoráveis à saúde pode acontecer a partir da divulgação de informações e da educação para a saúde, em todos os espaços coletivos, contribuindo para a preparação do indivíduo para as diversas fases da existência e o enfrentamento das enfermidades. Neste campo, também está presente a ideia de *empowerment*, ou seja, a aquisição de poder técnico (capacitação) e político pelos indivíduos e pela comunidade, conceituado por Carvalho (2004) como algo complexo que toma emprestado noções de distintos campos de conhecimento. É uma ideia que tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da “ação social” presentes nas sociedades dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX. Nos anos 70, este conceito é influenciado pelos movimentos de autoajuda, e, nos 80, pela psicologia comunitária. Na década de 90 recebe o influxo de movimentos que buscam afirmar o direito da cidadania sobre distintas esferas da vida social entre as quais a prática médica, a educação em saúde e o ambiente físico (CARVALHO, 2004).

O incremento do poder das comunidades, por meio da posse e controle dos seus próprios esforços e destino produz ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação com vistas à melhoria das condições de saúde.

A proposta de reorientação dos serviços de saúde se direciona no sentido da promoção da saúde, além de prover serviços clínicos e de urgência, evidenciando a intenção de superar o modelo biomédico centrado na doença e na assistência médica curativa desenvolvido em instituições médico-assistenciais. Esta reorientação requer maior investimento na pesquisa em saúde, bem como mudanças na educação e ensino dos profissionais da área de saúde. Isto implica uma mudança na organização dos serviços de saúde e nas práticas dos profissionais.

Vale salientar a estreita relação da promoção da saúde com indivíduos e coletividades e o seu conhecimento acerca do processo saúde-doença-cuidado, como também a sua capacidade de intervenção sobre este, possibilitando-lhes o pleno exercício da cidadania através da autonomia e responsabilidade que lhes são conferidos, sendo necessário, portanto, que todas as intervenções voltadas para a promoção da saúde estejam centradas num trabalho coletivo e garantidas através de políticas sociais que possibilitem uma assistência humanizada e resolutiva. Essas intervenções devem permitir o planejamento e o desenvolvimento de ações educativas nas quais as famílias e as comunidades sejam o foco central da atenção à saúde (COSTA et al., 2009; SERAPIONE, 2005).

De fato, a promoção da saúde, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença-cuidado e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O perfil de saúde de indivíduos e populações está diretamente relacionado com as condições de vida e o ambiente social nos quais estão inseridos, considerando dessa forma a distribuição de renda, o nível de escolaridade, o trabalho, a moradia, o lazer e o

meio ambiente. Nessa lógica, a promoção da saúde vem sendo utilizada como importante estratégia para o enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que ora afetam as populações humanas, apontando para a articulação dos saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, na busca da construção de um painel de proposições viáveis para a solução dos problemas de saúde (SAMPAIO et al, 2014).

Nessa proposta, os processos de educação em saúde ocupam um lugar privilegiado na tentativa de encontrar estratégias efetivas para o enfrentamento dos problemas de saúde no âmbito individual e coletivo. Essa ideia é reforçada por Assis (*apud* CERVERA et al, 2008) ao defender que a educação em saúde possibilita que as pessoas se informem e possam desenvolver habilidades para fazer escolhas saudáveis sobre sua vida. Nesse sentido, contribui para aumentar a consciência de mudanças políticas e ambientais que favoreçam a melhoria da saúde.

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientado para a prevenção de doenças e promoção da saúde (COSTA & LÓPEZ, 1996). É um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas uma vez que a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença-cuidado oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

Dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, Vasconcelos (1999) destaca os de atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde. Essa assertiva dá-se pela particularidade destes serviços caracterizados pela maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais. Para Mendes (1996), os serviços de atenção básica precisam apropriar-se de uma tecnologia de alta complexidade que envolve conhecimentos, habilidades e técnicas, dentre as quais é possível reconhecer a educação em saúde. Relacionando as funções dos profissionais que atuam na atenção básica, o autor destaca a prestação de atenção preventiva, curativa e reabilitadora, ser comunicador e educador em saúde.

Nessa perspectiva, entendemos que educar para saúde é ir além da assistência curativa, priorizando ações de prevenção de doenças e, especialmente, de promoção da saúde, reconhecendo os usuários dos serviços de saúde como sujeitos portadores de saberes e condições de vida, estimulando-os a lutarem por mais qualidade de vida e dignidade (ALVES, 2005).

As intervenções necessárias para a promoção da saúde devem estar centradas num trabalho coletivo e garantidas através de políticas sociais que possibilitem uma assistência humanizada e resolutiva. Assim sendo, para promover saúde recomenda-se refletir sobre o objeto saúde, considerando-a um conceito em construção que depende de valores sociais, culturais e históricos. As ações de promoção à saúde propõem reorientar os serviços de saúde, buscando a garantia de atenção integral às pessoas de acordo com suas necessidades, visando construir saúde em seu sentido mais amplo e lutando contra as desigualdades através da construção de cidadania (BRASIL, 2006a). Essas ações estão contempladas na Política Nacional de Promoção da Saúde aprovada pela portaria nº 687, de 30 de março de 2006 e redefinida pela Portaria nº 2.446 de 11 de Novembro de 2014.

No intuito de fortalecer os vínculos com a população e visando integrar profissionais e comunidade na busca de maior atuação e atenção aos usuários, foi criado pelo Ministério da Saúde, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), que logo foi renomeado para Estratégia Saúde da Família (ESF) visto que o termo “programa” aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização, o que não é pretensão do Ministério da Saúde, considerando sua expansão e consolidação como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil. Esta estratégia propõe a estruturação dos sistemas municipais de saúde pública e tem a finalidade de reordenar o modelo de atenção no Sistema Único de Saúde e possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2004).

No âmbito da ESF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família (BRASIL, 2011). Espera-se que esta seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adstrita, identificando situações de risco à saúde e vulnerabilidade na comunidade assistida, enfrentando, em parceria com a comunidade, os determinantes do processo saúde-doença-cuidado, desenvolvendo processos educativos para a saúde voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos (BRASIL, 2003a).

Dentre as inúmeras atribuições dos profissionais da ESF estão as ações educativas, que fazem destes agentes de mudanças individuais e coletivas no contexto biopsicossocial de atenção à família. Fica assim atribuído aos profissionais da atenção à família o papel de facilitador do processo de educação em saúde (MACHADO et al.,

2007). A ESF é operacionalizada por uma equipe multiprofissional composta minimamente por enfermeiro, médico, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, todos com atribuições bem definidas pela Política Nacional da Atenção Básica/PNAB (BRASIL, 2011).

A ação educativa é um dos princípios norteadores das ações da Equipe de Saúde da Família e se concretiza nos vários espaços de realização das práticas em geral. A imagem dos membros da equipe de saúde da família inevitavelmente está associada ao papel de cuidadores e, ao cuidar, eles educam e buscam criar a corresponsabilização com o outro, aumentando a autonomia do sujeito sobre sua saúde. Sendo assim, a educação pode ser considerada uma forma de cuidar e o cuidado uma maneira de educar (FERRAZ et al., 2005).

3 METODOLOGIA

Para responder à questão central do estudo, foi realizada uma pesquisa de campo de caráter qualitativo, do tipo exploratório-descritiva, no município de Colinas do Tocantins, componente da região de saúde Cerrado Tocantins Araguaia, no Estado do Tocantins, com população de 33.981 habitantes (IBGE, 2015), situada na Mesorregião Ocidental do Tocantins, distante 274 quilômetros da capital, Palmas, mediante autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde. Após a autorização, os profissionais das Equipes de Saúde da Família (enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas e Agentes Comunitários de Saúde/ACS) foram contatados para agendamento das entrevistas, através da Diretoria de Atenção Básica, buscando respeitar a disponibilidade do grupo e a não interferência na rotina de trabalho.

Foram entrevistados 12 profissionais, dos 20 previstos inicialmente, que atuam em 05 (cinco) das 10 (dez) Equipes de Saúde da Família do município. Abaixo, quadro com as características desses profissionais.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS INFORMANTES DO ESTUDO

Profissionais entrevistados	
Enfermeiro	03
Médico	03
Cirurgião-dentista	03
ACS	03
Sexo	
Masculino	03
Feminino	09
Faixa etária	
23 a 32 anos	07
33 a 42 anos	03
43 a 52 anos	02
Formados em IES	
Privada	09
Pública	03
Tempo de formação	
1 a 5 anos	04
6 a 10 anos	04

11 a 15 anos	01
16 a 20 anos	02
25 anos	01
Escolaridade	
Técnico em ACS	03
Graduação	04
Especialização em outras áreas	04
Especialização em Saúde Pública	01
Tempo de atuação na ESF	
0 a 3 anos	05
4 a 7 anos	03
8 a 11 anos	00
12 a 15 anos	02
16 a 19 anos	02

O quantitativo de entrevistados foi definido pelo critério de saturação que, segundo Thiry-Cherques (2009), “designa o momento em que o acréscimo de dados e informações em uma pesquisa não altera a compreensão do fenômeno estudado”. A escolha dos sujeitos da pesquisa foi feita através de sorteio das equipes e dos respectivos ACS que as compõem. Os ACS foram incluídos na pesquisa, porque acredita-se que estes sejam articuladores do processo de trabalho da equipe por morarem nas suas áreas de atuação, conhecerem bem a comunidade em que vivem e terem maior facilidade de acesso aos domicílios. Por definição, o ACS “trabalha fora do posto, fazendo a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde” (OLIVEIRA & BERGER, 1996, p.71). Esse elo acontece de várias maneiras, mas principalmente na visita domiciliar, quando o ACS tem a oportunidade de conhecer os agravos que acometem a população sob sua responsabilidade, percebidos ou explicitados pelas pessoas, comunicando à equipe da ESF a sua percepção e retornando à comunidade com orientações, encaminhamentos ou outras atividades que possam evitar, diminuir ou solucionar os problemas encontrados, juntamente com os profissionais de saúde e a própria população.

Foram incluídos na amostra os profissionais que atuavam exclusivamente na ESF do município, que estavam presentes nos dias da coleta de dados e que concordaram em participar voluntariamente assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O termo foi elaborado em duas vias de igual teor, sendo que, uma via foi entregue ao profissional após assinatura, e a outra, ficou de posse do pesquisador.

As entrevistas foram norteadas por um roteiro semiestruturado elaborado pelo pesquisador e constituído de duas partes: a primeira com questões objetivas concernentes à

caracterização dos participantes; e a segunda com questões abertas que abordaram aspectos relacionados à concepção sobre educação em saúde, aos principais tipos de ação educativa adotados em sua prática, considerando facilidades e dificuldades na sua operacionalização, ao planejamento da prática educativa, aos fatores envolvidos no desenvolvimento da educação em saúde, à concepção sobre promoção da saúde, aos resultados desejados com a prática educativa e às características intersetoriais das ações educativas.

Os profissionais foram entrevistados nas respectivas Unidades de Saúde de lotação, no período de um mês. Os dados foram coletados por gravação de áudio e tratados segundo a técnica da análise do discurso. Dessa forma, as entrevistas gravadas em áudio foram transcritas e em seguida lidas de modo profundo e exaustivo a fim de eliminar a possibilidade de ilusão da transparência, ultrapassando a interpretação óbvia que o texto apresenta. Os resultados obtidos foram analisados e comparados com a literatura pesquisada para sua discussão.

3.2 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE

Para análise e interpretação dos dados, procedeu-se a pré-análise e exploração dos dados, com sucessivas leituras seguidas da categorização, que consistiu em isolar os elementos do discurso por núcleos de sentido, que foram agrupados posteriormente considerando sua aproximação com as categorias de análise. Foi realizada a apreciação temática das entrevistas conforme processo de ordenação dos dados, categorização inicial, reordenação dos dados empíricos e análise final (MINAYO, 1994). Após a categorização das falas, procedeu-se, então, a análise dos dados obtidos, utilizando como base teórica o material disponível em publicações científicas acerca do trabalho educativo na ESF.

O estudo foi realizado em conformidade com as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Saúde Coletiva/ISC da Universidade Federal da Bahia/UFBA sob parecer nº 1.446.061/2015.

Para a diferenciação dos sujeitos e preservação de sua identidade, os informantes foram identificados com a inicial de sua respectiva profissão, acompanhada de numeral arábico, o qual indica a ordem em que foram realizadas as entrevistas. Os sujeitos da pesquisa foram tratados e respeitados em sua dignidade e autonomia, sendo garantido o direito ao anonimato.

A construção das categorias de análise considerou o objeto do estudo em tela e seus objetivos. Buscou-se contemplar o entendimento dos profissionais da ESF acerca da ES. A ES inicialmente tem características normativas e prescritivas e práticas educativas surgidas no início do séc. XX impostas pelas autoridades sanitárias e voltadas à incorporação de hábitos higiênicos pela população. Seguindo a evolução sociocultural nacional, ela assume novo paradigma e é redirecionada para um paradigma pautado no diálogo voltado para o fortalecimento social. A meta desse modelo é diminuir os condicionamentos e determinantes do processo saúde-doença. São ações que enfocam o controle do processo saúde-doença através da transferência de “conhecimentos em saúde” para a população. Essa abordagem adota como marco inicial o indivíduo inserido em seu contexto social e não a sua doença e objetiva não somente a remissão dos sintomas, mas principalmente a promoção dos cuidados em saúde, além de outras dimensões da vida. É uma abordagem da Educação em Saúde cuja emancipação social ocorre inerente ao processo de melhoria da qualidade de vida através da promoção da saúde individual e coletiva.

Essas categorias previamente selecionadas foram modificadas no decorrer do processo da pesquisa e após a fase exploratória para melhor se adequarem à descrição dos processos de intervenção das equipes da ESF no campo da educação em saúde. O interesse na construção dessas categorias foi conceitual e analítico. As categorias analíticas (re)construídas no decorrer da investigação procuraram dar conta de aspectos percebidos no estudo e não contemplados na literatura.

O quadro analítico que segue apresenta as categorizações temáticas predefinidas a partir da leitura do material teórico (Sérgio Arouca, Paulo Freire, Carta de Ottawa) e modificadas a partir da análise do conteúdo. São elas:

- **CONCEPÇÕES:** dualidade saúde-doença x qualidade de vida e saúde, que versa sobre o entendimento que os profissionais têm sobre educação em saúde e de qual concepção de saúde e doença esse se aproxima.
- **PRÁTICAS:** ações e características que tratam dos principais tipos de ações educativas incorporadas no cotidiano desses profissionais, bem como quais as suas características.
- **ABORDAGEM:** modelo preventivista ou promoção da saúde? Descreve de qual modelo de atenção à saúde essas ações se aproximam.

Apresentamos as categorias organizadas no quadro que segue:

EDUCAÇÃO EM SAÚDE	CATEGORIAS DE ANÁLISE	
	CONCEPÇÕES	Dualidade saúde-doença ou qualidade de vida e saúde
	PRÁTICAS	Ações e características
	ABORDAGEM	Modelo Preventivista x Promoção da Saúde

4 RESULTADOS/DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados em três categorias identificadas *a priori* a partir da aproximação com o referencial teórico e modificadas a partir da análise do conteúdo. As categorias são: a concepção sobre educação em saúde: saúde e qualidade de vida x dualidade saúde-doença; da concepção à prática: ações e características; e abordagem predominante: modelo preventivista ou promoção da saúde?

4.1 A concepção sobre educação em saúde: dualidade saúde-doença x saúde e qualidade de vida

De acordo com Buss (2000), a saúde contribui para a qualidade de vida de indivíduos ou populações. É sabido que muitos componentes da vida social que contribuem para uma vida com qualidade são também fundamentais para que indivíduos e populações alcancem um perfil elevado de saúde. É necessário mais do que o acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população (BUSS, 2009).

A promoção da saúde como vem sendo entendida nos últimos 30 anos representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste início de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

Esta categoria versa sobre as concepções dos profissionais que atuam na ESF acerca das ações educativas desenvolvidas, evidenciando a aproximação destas com a percepção de saúde como qualidade de vida ou saúde como oposto da doença.

Nota-se o predomínio da visão voltada para a prevenção de doenças/agravos, com foco no indivíduo, pautada em ações educativas mais tradicionais, como observado na fala de um médico apresentada abaixo.

Educação em saúde é a maneira de tratar, educar a população, ou seja, a população tem que estar entendendo como fazer para evitar que nessa comunidade tenham muitas doenças, e, às vezes aquele paciente que tem algo

como hipertensão arterial, diabetes, alguma doença crônica transmissível e não transmissível, que seja possível educar essa população como fazer para realizar um maior controle de suas doenças, ter conhecimento da doença (M 11).

Observa-se que o profissional destaca a importância de a população adotar um comportamento voltado para o não adoecimento, garantindo, desse modo, a manutenção de um estado de saúde equilibrado e livre de doenças. Essa visão centraliza-se na doença e na sua cura, considerando apenas a dimensão biológica e comportamental.

Essa visão é descrita por Chiesa & Veríssimo (*apud* ALVES, 2005). Os autores explicam que o modelo tradicional, historicamente hegemônico, focado na doença e na intervenção curativa e fundamentado no referencial biologicista do processo saúde-doença, preconiza a prevenção das doenças e prima pela mudança de atitudes e comportamentos individuais. As estratégias desta prática educativa em saúde incluem informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde.

Desta forma, a percepção dos profissionais nas ações educativas preconiza, verticalmente, a adoção de novos comportamentos, como por exemplo: “parar de fumar, vacinar-se, ter melhor higiene, entre outros, e de estratégias geralmente ditas coletivas, como a comunicação de massa” (STOTZ, 1993).

Seguindo essa concepção, percebe-se que as falas juntam numa mesma frase a ideia de educação e promoção da saúde como sinônimo de prevenção de doenças:

Educação em saúde é educar, trabalhar com a prevenção [...] Então assim, eles não vêm pra informação, não vêm pra uma prevenção, eles já vêm pra um diagnóstico. A nossa educação em saúde hoje em dia se baseia mais mesmo para que eles se conscientizem de que eles têm que vim na prevenção, que eles têm que vir mesmo antes que o problema tenha se formado, tenha se concretizado. (E 04)

Evidencia-se a busca pela “conscientização” dos indivíduos no intuito de eles atuarem melhor e de forma mais efetiva no autocuidado e na melhoria de sua qualidade de vida e saúde. Os profissionais de saúde ensinam que a “culpa” do adoecimento é sempre de um fator externo. Esse modo de pensar a educação em saúde tem sempre um agente externo causador da doença que deve ser combatido como o “inimigo”. É o caso do cigarro, que causa câncer e doenças coronarianas; do açúcar e do sal, que causam a diabetes e a hipertensão arterial; das gorduras, que causam o aumento do colesterol e o infarto, a obesidade e assim por diante (LAPLANTINE, 1991).

Para Buss (2003), a prevenção difere-se da promoção. A prevenção direciona-se para as ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou causais de grupo de enfermidades ou de uma enfermidade específica. Seu foco é a doença e os mecanismos para atacá-la mediante o impacto sobre os fatores mais íntimos que a geram ou a precipitam. Nota-se que além de centrar-se na doença, a educação, nessa categoria, segue um modelo tradicional de imposição de conhecimentos ao paciente. Quando a relação linear entre o saber instituído e o comportamento acontece, via de regra a educação se torna normativa (GAZZINELLI et al., 2005).

Em relação à conceituação, observou-se que existem outras concepções de educação em saúde e da promoção da saúde uma vez que os entrevistados as identificam como estratégia, orientação, intervenção e cuidado, além de ser um meio de comunicação com a comunidade, de resolução de problemas e mudança de hábitos. Constatou-se, ainda, que relacionam a educação em saúde ao processo de promoção e prevenção:

Mas promoção de saúde eu acredito que é você prevenir, entendeu? Você montar estratégias de forma que você consiga amenizar determinado problema que exista naquela área. Eu acho que é isso (E 01).

Quando a gente fala de promoção e educação em saúde é para que a pessoa busque a saúde até pra futuramente, uma coisa que você... A gente busca trabalhar com aquilo ali, com os hábitos saudáveis (E 04).

A menor parte dos entrevistados aponta para uma perspectiva de educação em saúde ampla, que considere o saber popular, as experiências, as vivências, a identidade cultural e perceba os sujeitos como atores do processo saúde-doença, mantendo uma relação mais próxima dos profissionais com esta prática, sendo inserida como cuidado essencial, ou seja, fundamental à saúde. Nessa mesma direção, Reis (2006) ressalta que educação em saúde é um processo teórico-prático que visa integrar os vários saberes - científico, popular e do senso comum, possibilitando uma visão crítica, uma maior participação e autonomia frente à saúde.

Entretanto, destaca-se a forma como os profissionais ainda contemplam a educação em saúde como uma prática institucionalizada com um sentido único profissional-usuário, algo padronizado e estabelecido pela equipe de saúde da família, desconsiderando o contexto sociocultural e as reais necessidades da população:

Agora a gente já conseguiu colocar alguns dias no nosso cronograma para puericultura com a médica. Aí eu já expliquei pros meninos (ACS) para que eles enfatizem isso bastante pra as pacientes (E 12).

Para Rosso et al. (*apud* ALVES, 2005), as ações educativas ocorrem de forma acrítica, fazendo com que o trabalhador se torne um repassador de informações sem fazer reflexões aprofundadas a respeito das políticas oficiais de saúde. Isso pode ser evidenciado na fala:

Assim, a pessoa tem aquela cabeça fechada, pensa que saúde é só ausência de doença e a gente tenta colocar na cabeça das pessoas que não é (E 04).

Isso nos faz pensar que as ações educativas realizadas por estes profissionais têm como foco a inferência no comportamento da comunidade. As soluções que os trabalhadores adotam para a desejada “cura da doença” estão focadas num combate ao “inimigo”, que é representado pelo “sal”, pelo “açúcar”, pelo “sedentarismo”, ou seja, as orientações são pautadas, por exemplo, na mudança de dieta:

Então eles não acreditam muito que se eles deixarem de fumar, se eles deixarem de beber bebidas alcoólicas eles vão estar prevenindo... lavar as mãos com mais cuidado, ajeitar a casa (M 11).

É importante ressaltar que a educação em saúde aponta para a necessidade de amadurecimento, distanciando-se das ações características do discurso higienista, saindo da concepção biologicista, rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário para a valorização da inter-relação causal entre fatores sociais, econômicos e culturais. As ações de saúde amplas e que respondam às necessidades de saúde da sociedade a partir da atenção aos determinantes gerais da saúde devem ser priorizadas

Neste contexto, as práticas convincentes, a transmissão verticalizada de conhecimento, refletindo no autoritarismo entre o educador e o educando, e a negação da subjetividade nos processos educativos são questionáveis (FREIRE, 2011). Tornam-se relevantes atitudes de trocas entre os saberes técnico e popular, resultando na reconstrução do olhar sobre saúde, possibilitando uma prática educativa inclusiva e dialógica, que não foi percebida nas entrevistas. Foi possível identificar a educação em saúde numa perspectiva verticalizada, referindo-se à uma prática de reeducação, de transmissão de conhecimento e de controle de doenças:

Eu acredito assim que seja estar repassando para as pessoas como elas obterem uma vida saudável, aprendendo a lidar com as condições de higiene, como cuidar da higiene pessoal, cuidar da... Também como ter um cuidado para não vir adoecer (ACS 09).

Chama atenção que apenas um dos entrevistados, uma médica, associou educação em saúde à possibilidade de crescimento profissional, atualização e ampliação de estudos, ao processo de capacitação e preparação, como também ao treinamento da equipe e à educação permanente:

...é você estar sempre reciclando os profissionais, seja ele enfermeiro, médico, odontólogo e mesmo os agentes de saúde, mesmo os técnicos de enfermagem. Todos precisam passar por uma educação em saúde pra você obter novos conhecimentos, pra você aprender a fazer... Traçar novas estratégias (M 02).

De acordo com Araújo et al. (2007), ao se tratar do processo de formação e qualificação de recursos humanos, é importante considerar o perfil do trabalhador a ser capacitado e as suas necessidades. Percebe-se empenho por parte dos responsáveis pela educação permanente, já que esta prática pode gerar repercussões satisfatórias no crescimento profissional da equipe, melhorando o atendimento aos usuários. Além de contribuir para o crescimento profissional, é um dever das instituições.

Alguns profissionais ainda confundem educação em saúde. Ela produz ação, é um processo de trabalho dirigido para atuar sobre o conhecimento das pessoas para que ocorra desenvolvimento de juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas próprias vidas. É a apropriação da existência como ser humano (RODRIGUES & SANTOS, 2010), com educação permanente, que se caracteriza como um contínuo de ações de trabalho-aprendizagem que ocorre em um espaço de trabalho/produção/educação em saúde, que parte de uma situação existente, geralmente uma situação-problema, e se dirige a superá-la, a mudá-la, a transformá-la em uma situação diferente e desejada, conforme HADDAD & ROSCHKE (*apud* RICALDONI & SENA, 2006).

Destaca-se que, nos diferentes momentos históricos, os saberes e as práticas na educação em saúde foram pautadas por discursos sanitários e higienistas (AROUCA, 1975). No entanto, a trajetória das práticas e das concepções de educação em saúde tem amadurecido profundamente, evidenciando a necessidade de distanciamento das ações impositivas características destes discursos, visando o cuidado integral.

Apesar dos avanços teóricos e da larga produção de conhecimento acerca da temática ora discutida, constata-se ainda, nos serviços de saúde, neste caso na ESF, profissionais reproduzindo um modelo biomédico, que situa o usuário à margem do projeto

terapêutico, tratando-o como mero receptor de cuidado e ser desprovido de opiniões, vontades, visões, vazios de experiências, vivências, acúmulos, responsabilidades e atitudes.

4.2 Da concepção à prática: ações e características

O ideário do SUS (Sistema Único de Saúde) é a construção de um sistema de saúde universal, igualitário e integral. Nesse prisma, a ESF surgiu como uma das estratégias para consolidação desse sistema. Para garantir o princípio da integralidade, é necessário que a atuação do profissional de saúde não se restrinja à assistência curativa, buscando dimensionar fatores de risco à saúde e, por conseguinte, a execução de ações preventivas, a exemplo da educação para a saúde (ALVES, 2005).

Dessa forma, para prover a intenção de manutenção do princípio da integralidade em acordo com a Constituição Federal, a assistência em saúde deve abranger tanto as ações assistenciais (curativas) quanto, e primordialmente, as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças. Nesse sentido, as ações de educação em saúde estão inerentes às atividades de todos os profissionais cujos objetivos prezam pelo princípio da assistência integral.

No âmbito da ESF, a educação em saúde figura como prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe, configurando-se como intrínseca às práticas dos profissionais na conjuntura da ESF (ALVES, 2005).

Nesta categoria, realizamos uma análise das principais ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, considerando suas características.

Os principais meios adotados para desenvolver ações educativas, de acordo com a opinião da maioria dos profissionais, foram as reuniões e palestras sobre temas e assuntos diversos, quase sempre demandados pelos profissionais da gestão ou atenção à saúde, corroborando com o descrito anteriormente quando classificamos as ações educativas como uma prática institucionalizada e padronizada.

Também trabalho em forma de palestras, né? Sempre é bom... Quando eu posso pegar um material para ir mostrar pra eles figuras, demonstrações e tudo eu pego um datashow, coloco eles num lugar mais fechado pra poder mostrar as figuras, tudo, passo pra eles (E 04).

De acordo com Acioli (2008), torna-se necessário uma reorientação das ações educativas através de um processo de planejamento dinâmico, quando os profissionais

devem avaliar as ações a serem desenvolvidas, observando a realidade e o interesse da população assistida para definir o melhor método educativo. Sendo assim, as ações de educação em saúde devem ser abordadas como expressão do cuidado, numa proposta de construção compartilhada de saberes que busque interdisciplinaridade, autonomia e cidadania.

A prática dos entrevistados aponta para ações de educação em saúde pautadas na perspectiva normativa e prescritiva. À frente deste processo estão a Diretoria da Atenção Básica do município, do estado e o próprio Ministério da Saúde encarregados da prescrição de normas com implementação de programas centralizados e intervencionistas com um olhar reducionista e fiscalizador, fazendo uso do poder para garantir “práticas saudáveis” com ênfase na orientação de um modelo biomédico. Identificamos o exposto acima quando analisamos a participação abaixo:

A Secretaria e Diretorias sempre estão apontando temas para a gente estar discutindo. E quando eles começam a propor esses temas a gente vai incluindo eles ao longo do tempo. Eles são os maiores... né? (E 04)

Chor (1999) critica esse modelo de educação em saúde devido à desconsideração dos determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos de saúde. Ao tomar os usuários como objeto das práticas educativas e carentes de um saber sobre a saúde, perde-se de vista que os comportamentos são orientados por crenças, valores, representações sobre o processo saúde-doença, todos estes representantes de outras formas de saber. Neste sentido, tem-se discutido sobre a consideração dos determinantes psicossociais e culturais nas práticas de educação em saúde (BUSS, 2000).

Observamos que a maioria associou ação de educação e promoção da saúde à realização de palestras e grupos, reforçando a ideia de que os trabalhadores vinculam a educação em saúde à realização de grupos de saúde:

Educação em saúde aqui a gente faz através de palestras educativas. Através de grupos (E 12).

São muitas as dificuldades das equipes para efetuar práticas cotidianas de promoção que agreguem ações educativas. Assim, são realizados basicamente trabalhos em grupos com gestantes, hipertensos ou diabéticos, as atividades de educação em saúde são dirigidas de acordo com o programa ou a epidemia do momento, como podemos atestar na fala a seguir.

Falamos sobre o nosso problema de Dengue, Zica e Chikungunya, no caso Dengue e Zica é que estão mais em alta e Zica é que está assustando mais do que nunca, né? ... a gente sempre escolhe um tema que está em alta (E 12).

Segundo Pedrosa (2003), essa concepção científica, que poderíamos chamar de clássica, impregna as ações ditas pedagógicas nos serviços de saúde, com o agravante de serem pontuais e focalizadas nas especificidades de cada programa, intervenção ou situação. Dessa forma, são desenvolvidas ações educativas, por exemplo, para diabéticos, hipertensos, cardiopatas, gestantes, nutrízes, adolescentes e outros, tipificando cada ser humano com o grau de risco que determinado modo de viver o enquadra. Esse pensamento fica claro quando perguntamos sobre os tipos de atividades de educação em saúde que são desenvolvidas na rotina da ESF, exposto a seguir:

A gente utiliza educação em saúde muito dentro dos programas, programa com a gestante, com o hipertenso, diabético, hanseníase, datas comemorativas como: Outubro Rosa, Novembro Azul, entre outros. A gente percebe que a população vem bastante para essas campanhas educativas (M 07).

Reforça-se nesse depoimento o modelo biológico ou “exógeno” do adoecimento discutido por (LAPLANTINE, 1991).

Está tendo muito sobre a questão do fumo, então vamos fazer uma palestra sobre isso. Ah, tem o dia mundial de combate ao tabagismo, então vamos organizar. A gente organiza o evento, fala sobre isso. Nas escolas já é bem mais frequente, né? Essa questão aí já é pra ser discutida mensalmente nas escolas, distribuir, fazer escovação, fazer palestras (CD 05).

É muito comum encontrar atividades educativas que fazem uma transposição para o grupo da prática clínica individual e prescritiva, tratando a população usuária de forma passiva, transmitindo conhecimentos técnicos sobre as patologias e como cuidar da saúde, desconsiderando o saber popular e as condições de vida dessas populações. Muitas vezes, a culpabilização do próprio paciente por sua doença predomina na fala do profissional de saúde, mesmo que ele saiba sobre os determinantes sociais da doença e da saúde (VASCONCELOS *apud* VALLA, 2000).

Alguns entrevistados declararam que a oferta de recursos e a infraestrutura para a realização das ações educativas no município são insuficientes para a real necessidade.

As dificuldades que nós encontramos seria [...] a falta de material, a falta de condições básicas pra estar proporcionando isso para a população, né? Falta de escova, falta de flúor, falta de creme dental. Condições físicas também às vezes a gente chega numa escola não tem escovódromo, não tem condições de fazer essa promoção (CD 06).

Outros destacam que com a mudança recente da gestão, há melhoria e que o serviço já oferece materiais e condições para a realização de ações educativas.

Agora, estamos obtendo uma facilidade maior para as práticas, as ações (M 11).

Os estudos de Souza et al. (2005) apontam desafios que os profissionais de saúde enfrentam no dia a dia dos serviços de saúde no Brasil, dentre esses destacam-se a distribuição desigual de recursos material, financeiro, físico e humano. Para os autores, diante desses desafios, torna-se necessário que a equipe da ESF busque estratégias para superar os obstáculos e atingir um objetivo real para desenvolver uma assistência diferenciada, que proporcione o crescimento da comunidade e melhorias na qualidade de vida da população, garantindo cidadania e dignidade às famílias assistidas.

Dificuldades na realização de ações intersetoriais também foram apontadas pelos respondentes. Dentre elas, destacam-se a dificuldade de conciliar os tempos institucionais dos vários setores, o comprometimento e envolvimento setorial, a sustentabilidade das ações, além da inexistência de protocolos que norteiem o desenvolvimento de ações intersetoriais.

Uma política nacional de promoção de saúde deve estar comprometida com serviços e ações de saúde que coloquem usuários e profissionais de saúde como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde, entendendo que ali se produz saúde (CAMPOS et al, 2004).

Nem sempre temos o apoio das instituições parceiras. Às vezes até participam, mas apenas como ouvintes e muitas ações nem seguem à frente, começam bem e vai perdendo força (ACS 09).

A literatura atual sobre promoção de saúde é contundente ao mostrar que ações que não levem em conta o conceito ampliado de saúde e os determinantes socioambientais estão fadadas a práticas repetitivas e de impacto limitado. A nova política de atenção básica brasileira sugere a reorientação do processo de trabalho das equipes de saúde da família e/ou atenção básica para assumir uma postura que se responsabilize pelos

problemas da população e sugere para isso o rompimento de velhas práticas. Processos avaliativos são também uma clara necessidade para que o desenvolvimento de ações intersetoriais se estabeleça como rotina, e a construção de indicadores e protocolos que levem em conta a promoção de saúde como diretriz, seja em atividades coletivas ou no atendimento clínico individualizado, deve fazer parte de nova maneira de pensar.

Os profissionais citaram diversas ações que consideram como promotoras de saúde e intersetoriais. A maior parte se referia a ações de educação em saúde do tipo: palestras educativas, visitas domiciliares, levantamentos epidemiológicos, escovação supervisionada, aplicação tópica com flúor e atividades com grupos operativos, realizadas em outros espaços, geralmente em escolas, centros de educação infantil e outras instituições de ensino. Outros locais foram mencionados para a realização destas atividades como empresas, entidades comunitárias, serviços que compõem outras secretarias municipais como: CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, inclusive a própria unidade de saúde na interação com os programas desenvolvidos pela equipe multiprofissional (hipertensos, gestantes, prevenção do câncer, entre outros).

Fazemos várias ações de promoção de saúde tipo: palestras, visitas domiciliares. Os dentistas aplicam flúor. Temos os grupos operativos. Enfim..., realizamos essas ações em muitos espaços diferentes, por exemplo: CRAS, escolas, empresas, creches (E 12).

Em relação aos parceiros referidos pelas equipes, os mais destacados e citados com maior frequência foram os setores de educação e assistência social, coincidindo com a descrição de Whestphal & Mendes (2000), que relatam que os setores da saúde, educação e ação social parecem ser os parceiros mais comuns quando se avaliam experiências intersetoriais, mas que muitas dessas iniciativas são informais e não envolvem um trabalho prévio de planejamento, sendo ações definidas por apenas um setor.

4.3 Abordagem predominante: modelo preventivista ou promoção da saúde?

Os resultados verificados neste estudo indicam que a Estratégia Saúde da Família se configura como um recurso facilitador de ações intersetoriais pelas equipes quando utilizado dentro de seus princípios norteadores. A descentralização proposta no SUS facilita, mas impõe uma necessidade de gestores locais informados e conscientes. Esses gestores precisam entender a gestão baseada no conhecimento territorial e na

integração com a comunidade, reconhecer os problemas dela e buscar soluções e iniciativas com os recursos e parcerias dentro de suas áreas de abrangência. A boa gestão local é um recurso importante e necessário para o desenvolvimento de ações intersetoriais.

Esta categoria trata da abordagem predominante no desenvolvimento das ações de educação em saúde citadas pelos profissionais. São o que compõem o escopo das práticas deles e foram diferenciadas de acordo com a aproximação com os modelos preventivo ou de promoção da saúde.

Um grupo de profissionais, a minoria, apresenta a comunidade com suas necessidades e problemas como principais demandadores de temas e assuntos a serem incluídos no planejamento das ações de educação em saúde e executados ao longo do ano pelas equipes. Relatam que o ACS faz a interlocução serviço-comunidade, o que garante que as equipes estejam informadas sobre os problemas e necessidades, conforme realidade local.

A gente senta, faz a reunião, participa para os demais para ver se realmente concordam que a ação seja feita daquela maneira, porque a gente precisa muito dos agentes, né? Porque os agentes são nossos tentáculos, eles é que vão na comunidade convidar, falar: “Olha, tal ação vai ser feita na unidade, vocês estão convidados”. Entendeu? E a gente pergunta demais para os agentes também, porque eles conhecem a comunidade mais a fundo do que a gente, então muitas vezes eles falam pra mim: “Doutora eu acho que isso não vai dar certo. A senhora está com uma ideia excelente, mas a comunidade não está preparada para receber esse tipo de ação. Vamos mudar?” Então a gente faz assim, a nossa estratégia é sentar e fazer reuniões. E nas reuniões a gente ouve opinião de todos (M 02).

Observou-se que esse grupo de profissionais adota uma conduta inclusiva, participativa e democrática, sensível às necessidades subjetivas e culturais dos usuários e comunidade. Assim, reconhecemos a necessidade de substituir estratégias comunicacionais impositivas por uma comunicação dialógica. A proposição de práticas educativas sensíveis às necessidades dos usuários insere-se no discurso emergente de educação em saúde tratado como modelo dialógico (AYRES, 2001).

Deve-se reconhecer ainda que as abordagens metodológicas em promoção da saúde, por este ser um campo de conhecimento e prática mais recente, estão menos desenvolvidas do que os métodos epidemiológicos de planejamento, implementação e avaliação dos programas de prevenção de doenças.

Neste contexto, a expressão processamento não normatizador da informação é a que melhor reflete, a nosso ver, uma visão adequada das coisas. A postura implícita na ideia de processamento não normatizador é radicalmente não autoritária já que em nenhum

momento trata-se, para a Promoção de Saúde, de "educar", mas informar e dialogar com vistas à tomada ou não de uma decisão por aqueles que deveriam ser, em última instância, os tomadores de decisão, isto é, a sociedade, os grupos e até mesmo os indivíduos, no espírito das propostas de "consentimento esclarecido" (FORTES, 1998).

Essa discussão nos conduz a uma noção básica na promoção de saúde que é a de *empowerment*, ou seja, fortalecimento das populações. Ora, quando se trata da dimensão socializadora da promoção, este *empowerment* implica em municiar as populações de informações significativas para elas e que possam ser vistas, sentidas e utilizadas como insumos para a tomada autônoma de decisões (LABONTE, 1998).

Parece claro então, que se, em conformidade com os princípios da promoção da saúde, o objetivo é o fortalecimento das populações para que as coletividades e os indivíduos possam fazer face de maneira mais adequada aos determinantes do processo saúde-doença, é preciso lançar mão de uma pedagogia não normativa e dialogal, do tipo da proposta por Freire (2011), que possa propiciar oportunidades de encontro e de troca entre o campo sanitário e o campo do senso comum e de fortalecimento do campo do senso comum (associações de pacientes, conselhos comunitários de saúde etc.).

Percebe-se que o protagonismo na execução das ações de educação em saúde é dos profissionais de saúde, que tomam a iniciativa de conduzir esse processo a partir da adoção de estratégias e metodologias definidas pelos departamentos e órgãos gestores e pelas próprias equipes, relegando a participação dos usuários, colocando-os na condição de meros expectadores e receptores de informação. Podemos observar essa postura nas falas a seguir:

Porque você traz mais a população para perto de você na sua unidade, você consegue fazer a educação deles, e, no meu olhar, eu penso que só vai modificar o Brasil o dia em que a gente tiver pelo menos 80% de população educada. Né? Educada de um sentido geral e amplo, não só de sentar na escola e aprender a ler e escrever, que isso aí é muito fácil, né? [...]. Porque a população cobra muito pouco, porque ela não sabe o que é de direito dela, porque se ela soubesse tinha uma arma na mão (M 02).

Em oposição a este modelo de educação da transmissão, impositiva e tradicional, Freire (2011, p. 15) reforça que os saberes socialmente construídos pelos indivíduos na prática comunitária devem ser respeitados. Devemos discutir com eles a razão de ser de alguns saberes em relação ao ensino dos conteúdos, contextualizando os problemas por eles vividos. Deve ser estabelecida uma intimidade entre os saberes

populares fundamentais aos indivíduos e a experiência social que eles têm, considerando as implicações políticas e ideológicas e a ética de classe relacionada a descasos.

Tomando como base a compreensão sobre educação abordada por Freire e considerando suas dimensões, observa-se que o profissional de saúde, nesse contexto, deverá assumir o papel de estimulador da capacidade crítica do indivíduo e da população no que tange à sua responsabilização no processo saúde-doença-cuidado, buscando desenvolver características que potencializem essa busca, como: curiosidade, criatividade, inquietação, humildade e persistência. Assim sendo, enquanto se ensina, se apreende o conhecimento já existente e se produz conhecimento nas relações estabelecidas com as comunidades e suas necessidades.

Outra dimensão importante é a busca pela informação, que possibilita a produção de novos conhecimentos e que promove o diálogo necessário e indispensável entre profissional-usuário, efetivando o protagonismo do indivíduo que busca o cuidado, envolvendo o indivíduo cuidador, considerando experiências e vivências anteriores, aliando saberes técnicos e populares e utilizando esses acúmulos em favor do planejamento adequado das ações que comporão o processo saúde-doença-cuidado.

Podemos dizer que atuar em Promoção de Saúde não é só informar, mas *também* informar, e que informar parece ser um processo eticamente mais justificável que educar (no sentido de "conduzir"), sobretudo quando se trata de adultos. Informar indivíduos com baixa ou nenhuma escolarização e em situação econômica, social e cultural desfavorável constitui, porém, tarefa técnica e politicamente das mais complexas, apesar de necessária para que as ações de Promoção de Saúde tenham sua eficácia aumentada.

A prática da intersetorialidade, por ser um processo difícil e complexo, configura-se um desafio. Foi possível perceber o surgimento de ações potencialmente intersetoriais, mas a maioria delas ainda é centrada na interdisciplinaridade, em uma relação mais próxima dos atores sociais e entre os diversos profissionais dos diferentes níveis de atenção em saúde, mas sem um envolvimento de planejamento que permita o reconhecimento dos diversos saberes e da interlocução de outros setores envolvidos, gerando ações fragmentadas e de pouco impacto.

Então a gente trabalha diretamente com os presos, palestras, fazendo os testes rápidos, vacinação e também temos o CREAS e o CRAS... e o Conselho Tutelar. A gente sempre trabalha junto. Tem algum problema, a gente aciona. Tem o CAPS também (E 01).

As ações qualificadas neste estudo como intersetoriais referiam-se a ações com evidências de vínculos de corresponsabilidade entre os setores envolvidos. Nesta perspectiva, foram citadas ações de incentivo à alimentação saudável, ao aleitamento materno, combate a doenças e agravos, prevenção ao uso e abuso de substâncias como álcool ou outras drogas, prevenção do câncer de colo de útero, entre outras da mesma categoria.

A última palestra que a gente fez foi sobre aleitamento materno e alimentação saudável (E 04).

Entretanto, na maioria das vezes, estas ações são desenvolvidas de forma isolada, provocando efeitos positivos temporários, mas pouco impactantes em melhorias das condições de saúde da população. Ações de promoção de saúde ampliadas com o envolvimento de toda a comunidade no processo de fazer deste um espaço favorável à saúde são mais efetivas (MORETTI et al, 2010).

Os entrevistados fizeram menção aos resultados e conquistas conseguidos com a educação em saúde desenvolvida em suas rotinas, destacando que:

A partir de uma avaliação [nutricional] você consegue evitar excesso de peso, você consegue pegar um paciente e reeducar a alimentação. Se é um paciente que apresenta uma alteração na acuidade visual, você pode às vezes com mudança de local onde o aluno senta, você consegue mudar isso aí (ACS 09).

Neste caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de serem mudados, que se encontrariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. Por exemplo, a higiene pessoal, a alimentação, os hábitos fumar e beber, as atividades físicas, a direção perigosa no trânsito, o comportamento sexual etc. Nesta abordagem, seriam excluídos do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora da possibilidade do controle e da ação imediata dos indivíduos.

Assim, as atividades de promoção da saúde dirigidas aos indivíduos e famílias pretendem exercer influência sobre os componentes comportamentais e culturais e os hábitos presentes no estilo de vida que sejam sabidamente nocivos, assim como estimular aqueles que reconhecidamente contribuem para a manutenção da saúde.

Entretanto, por mais abrangentes que sejam tais ações, os focos sobre os indivíduos e as famílias, embora muito necessários, são insuficientes para que de fato se

promova saúde. Para que isto ocorra, é preciso que se identifique e atue sobre os determinantes socioeconômicos e culturais mais amplos que influenciam o processo saúde-doença (BUSS, 2000).

Constatou-se que o foco das ações de educação em saúde desenvolvidas pelos entrevistados prioriza a visão higienista, pautado na prevenção de doenças e na mudança de comportamento e hábitos de vida do indivíduo, como vemos abaixo:

As ações de educação em saúde esclarecem as dúvidas dos pacientes fazendo com que eles mudem seu modo de vida, assim não contraindo certos tipos de problemas, doenças (E 01).

Esta prática é orientada por um discurso biologicista, que reduz a determinação do processo saúde-doença à dimensão individual, não assimilando as implicações das políticas sociais e das condições de vida e de trabalho para a saúde. Essa corrente de pensamento propagava que os problemas de saúde eram decorrentes da não observância das normas de higiene pelos indivíduos e que a mudança de atitudes e comportamentos individuais garantiriam a resolutividade dos problemas de saúde. Este discurso predominou no campo da educação em saúde durante as décadas seguintes, podendo ser encontrado ainda hoje como orientador de práticas educativas (AROUCA, 1975).

Ressalta-se que as atividades de educação em saúde voltadas para o âmbito coletivo referem-se de fato a ações desenvolvidas na perspectiva de grupo, conforme descreve o parágrafo anterior, com foco na mudança comportamental dos indivíduos e não compreendendo um sentido mais amplo, com abrangência do ambiente físico, social, político, econômico e cultural, o que só seria possível através de políticas públicas intersetoriais e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde, assim como do reforço da capacidade de ações dos indivíduos e das comunidades (*empowerment*) em prol da sua saúde.

Eu indo de porta em porta não é tão importante quanto eu falando com muitas pessoas que trocam experiências. (E 04)

Buss (2000) ratifica essa prerrogativa quando diz que o incremento do poder das comunidades, por meio da posse e controle dos seus próprios esforços e destino, produz ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na

tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, com vistas à melhoria das condições de saúde.

Identificou-se a preocupação dos entrevistados com a participação dos usuários do serviço de saúde no processo de saúde-doença-cuidado, valorizando aspectos culturais, suas vivências e experiências de vida, tornando-os protagonistas e sujeitos partícipes da tomada de decisão numa perspectiva dialógica, inclusiva e democrática.

Os grupos de trabalho com a nutricionista funcionam mais que o atendimento individual, entendeu? Porque no grupo, as pessoas vão contando seus problemas, suas experiências de vida, vão se soltando (M 02).

A proposição de práticas educativas sensíveis às necessidades dos usuários insere-se no discurso emergente de educação em saúde, o modelo dialógico. Em oposição ao modelo tradicional, trabalha-se com a perspectiva de sujeitos das práticas de saúde (AYRES, 2001). Neste sentido, Briceño-Léon (1996) apresenta dois princípios básicos na orientação das ações de saúde. Primeiramente, é necessário conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações de saúde, incluindo suas crenças, hábitos e papéis, e as condições objetivas em que vivem. O segundo princípio parte da premissa de que é preciso envolver os indivíduos nas ações, o que se contrapõe a sua imposição. O autor pondera que apenas com a participação comunitária é possível assegurar sustentabilidade e efetividade das ações de saúde.

O modelo emergente de educação em saúde pode ser referido como modelo dialógico por ser o diálogo seu instrumento essencial. O usuário dos serviços é reconhecido como sujeito portador de um saber, que embora diverso do saber técnico-científico não é deslegitimado pelos serviços. De acordo com Briceño-Léon (1996), em um modelo dialógico e participativo, todos, profissionais e usuários, atuam como iguais, ainda que com papéis diferenciados.

O objetivo da educação dialógica não é o de informar para saúde, mas de transformar saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. Objetiva-se, ainda, que essas práticas educativas sejam emancipatórias. A estratégia valorizada por este modelo é a comunicação dialógica, que visa à construção de um saber

sobre o processo saúde-doença-cuidado que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde (CHIESA & VERÍSSIMO, 2003).

Stachtchenko e Jenicek (*apud* Czeresnia, 2009) insistem na tese de que as duas abordagens (promoção e prevenção) são complementares e não excludentes no planejamento dos programas de saúde, e a população beneficia-se das medidas adequada e equilibradamente propostas em ambos os campos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu analisar como profissionais da ESF do município selecionado desenvolvem ações de educação em saúde e de qual modelo estas se aproximam, do modelo preventivista ou de promoção da saúde. Também foi possível investigar a percepção desses profissionais sobre promoção da saúde, descrever as ações educativas desenvolvidas pelas equipes e apontar a abordagem predominante.

Observou-se que a maioria dos entrevistados tem uma proximidade com a educação em saúde entendendo-a como prática norteadora do processo saúde-doença-cuidado, configurando-se como uma importante ferramenta para a prevenção da doença e promoção da saúde.

Pôde-se observar que os profissionais apresentam, no discurso teórico, conceitos do tema que se aproximam do modelo preventivista, com visão tradicional, historicamente hegemônico, focado na doença e na intervenção curativa e fundamentado no referencial biologicista do processo saúde-doença-cuidado. Essa visão preconiza a prevenção das doenças e prima pela mudança de atitudes e comportamentos individuais. Ao falarem da sua prática, reproduzem uma forma de assistência fundamentada no repasse de informações e ênfase no saber técnico e não popular, não contribuindo para a troca de conhecimentos. Desta forma, pode-se dizer que, mesmo que estes profissionais apontem a educação em saúde como um elemento essencial no cuidado, observa-se ainda que vem sendo realizada verticalmente, com um sentido único profissional-usuário e como responsabilidade individual, com funções delimitadas de quem é o educador e quem é o educando, ou seja, quem tem o poder de ensinar e quem deve aprender.

Observou-se que uma minoria de profissionais adota uma conduta inclusiva, participativa e democrática, sensível às necessidades subjetivas e culturais dos usuários e comunidade, reconhecendo a necessidade de abandonar estratégias comunicacionais informativas e impositivas e adotar uma comunicação dialógica, sensível às necessidades dos usuários, contemplando o discurso emergente de educação em saúde tratado como modelo dialógico. Essa discussão nos conduz a uma noção básica na promoção de saúde que é a de *empowerment*, ou seja, fortalecimento das populações.

Constatou-se que existe uma prática constante da educação em saúde, mas de uma forma restrita, intervencionista, com ênfase na mudança de hábitos e principalmente abordada nos grupos de saúde, que, no nosso entendimento, assemelham-se mais a grupos

de doença. A prática educativa é desenvolvida pelos profissionais do estudo principalmente através de reuniões e palestras. Ao falarem sobre o desenvolvimento de ações educativas pela equipe, percebe-se que há um comprometimento satisfatório por parte de todos os profissionais, bem como entrosamento e colaboração dos integrantes no momento de execução das atividades e no compartilhamento coletivo de novos conhecimentos.

Os profissionais apontam os fatores que facilitam e contribuem no planejamento e execução das ações educativas, assim como os que dificultam e atrapalham esse processo. Destacam como principais fatores facilitadores o apoio, a participação e a integração da comunidade assistida, como também o conhecimento da realidade da população. Citam que há dois principais dificultadores: condições de trabalho inadequadas, considerando insuficiência dos recursos (materiais, financeiros e físicos) para o desenvolvimento das ações educativas, e a realização de ações intersetoriais pela dificuldade de conciliar os tempos institucionais dos vários setores, o comprometimento e envolvimento setorial, a sustentabilidade das ações, além da inexistência de protocolos que norteiem o desenvolvimento de ações intersetoriais.

Diante dos resultados encontrados e dos fatores dificultadores apontados, torna-se necessário ressaltar que as práticas educativas em saúde no município estudado devem ser planejadas pelas equipes e gestores, devem estar inseridas junto às ações de assistência integral e culminar na produção de saberes coletivos, propiciando ao indivíduo autonomia e capacidade de cuidar-se e cuidar de sua família e dos que estão ao seu redor. E ainda, que a capacitação e educação permanente dos profissionais constitui uma opção viável para tornar as ações educativas mais adequadas às necessidades da população.

A educação em saúde classifica-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na promoção da saúde, pois se faz a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe e comunidade, que se constitui como sujeito do processo. Acredita-se que este estudo poderá contribuir para uma reflexão a respeito do tema na prática, podendo assim possibilitar a construção de um novo olhar sobre a educação em saúde pautada em relações dialógicas e na valorização do saber popular.

Cabe ressaltar que não bastam teorias, medicamentos e informações que possam curar os usuários, é preciso entendê-los na sua singularidade cada um com seus problemas e suas diferenças, com seus valores e suas crenças, inseridos numa comunidade, no coletivo e no ambiente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 01, p. 117-121, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000100019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2015.

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*, Botucatu, v. 09, n. 16, p. 39-52, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-2832005000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 set. 2015.

ARAÚJO M. B. S., VILAS BOAS, L. M. F. M., TIMÓTEO, R. P. S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 03;13(4).2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/33.pdf>. Acessado em: 08 de jan. de 2016.

AROUCA, A. S. S. *O Dilema Preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 1975, 197p.

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

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=170550&search=tocantins|colinas-do-tocantins>. Acesso em: 15 de jan. de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. Brasília, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. *Atenção Básica e a Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencobasica.php>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 466. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> . Acesso em: 11 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Atenção Básica e a Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses, Declaração do México. Brasília (DF): 2001. 54p.

BRICEÑO-LÉON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cad. Saúde Pública*, v.12, n.1, Rio de Janeiro, 1996. p.7-30.

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

BUSS, P. M. Promoção da Saúde da Família. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília (DF) 2002; p. 50-63.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In: Czeresnia D. *Promoção da saúde: conceito, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.15-38.

BUSS, P. M. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência & Saúde Coletiva* [on line], Rio de Janeiro, 2009; 14(6):2305-2316.

CAMPOS, G. W., BARROS, R. B., CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciencia & Saude Coletiva*, Rio de Janeiro, 2004; 9(3):745-749.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de Promoção à Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2004; 20(4), p. 1088-1095.

CASTELLANOS, P.L. (1998). Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: Los determinantes sociales. In: Martínez Schaefer, M. (1994). *Salud, media ambiente y desa"allo*. Navarro, F. e outros. *Salud Pública*. Madrid: McGraw-Hill -Washington: OPS, WHO/EHE/93.1, 49 pp. Interamericana, capo 5, pp. 81-10.

CERVERA, et al. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciência & Saúde Coletiva* [on line], Rio de Janeiro, 2011, vol. 16, sup. 1, p. 1547-1554.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. O. R. A educação em saúde na prática do PSF. Manual de enfermagem, Brasília, 2001. Disponível em: <www.ids-saude.org.br/enfermagem>. Acesso em: 17 fev. 2016.

CHOR, D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 1999, v.15, n.2, p.423-5.

COSTA, G. D. da et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 01, p. 113-118, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000100017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 nov. 2015.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. Educación para la salud. Madrid: Pirámide, 1996. p.25-58.
FERRAZ *et al.* Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn) set-out; 58(5):607-10.* 2005.

CZERESNIA, D., e FREITAS, C.M., orgs. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. 229p. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 14 jun. 2016.

FERRAZ, F. et al. Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 58, n. 05, p. 607-610, out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672005000500020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2015.

FORTES, P. A. C. Autonomia e direitos do paciente. São Paulo: EPU, 1998.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.* 43. ed., São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*, 17^a ed, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GAZZINELLI, M. F., GAZZINELLI A., REIS D. C., PENNA C. M. M. Educação em saúde: conhecimentos sociais e experiências da doença. *Cad Saude Publica* 2005; 21(1):200-206.

LABONTE, R. Estrategias para la promoción de la salud en la comunidad. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Promoción de la salud: una antología.* Washington: OPAS, 1996, p.153-65.

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

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. 02, p.335-342, abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/sci>

elo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2015.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

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.

MORETTI, A. C. et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p.1827-1834, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700095>. Acesso em: 27 jul. 2015.

OLIVEIRA, F. J. A, BERGER, C. B. Visitas Domiciliares em Atenção Primária à Saúde: Equidade e Qualificação dos Serviços. *Revista Mom. & Perspec. Saúde*, Porto Alegre (RS) 1996 jul/dez; 9(2):69-74.

PEDROSA, I. I. É preciso repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social. Disponível em: <www.gices-sc.org>. Acesso em: 20 out. 2015. Entrevista cedida a Radis, 2003.

PEREIRA, I. M. T. B.; PENTEADO, R. Z.; MARCELO, V. C. Promoção da saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. In: *O mundo da saúde*. n. 24 (1), 2000, p. 39-44.

REIS, D. C. Educação em saúde aspectos históricos e conceituais. In: Grazinelli MF, Marques RC, organizadores. *Educação em saúde: teoria, métodos e imaginação*. Belo Horizonte: UFMG; 2006. p. 19-24.

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. Educação Permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho da enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.14 no.6 Ribeirão Preto Nov./Dec. 2006.

RODRIGUES, D., SANTOS, V. E. A educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil. *Revista Nursing*, São Paulo (SP), nov/2010; 23-33.

SAMPAIO, J; SANTOS, G; COSTA; A., Marcia e SALVADOR, A. S. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. *Interface (Botucatu)* [online]. 2014, vol.18, suppl.2, pp. 1299-1311. ISSN 1414-3283

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 243-253, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000500025&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2015.

SHIRATORI, K. et al. Educação em saúde como estratégia para garantir a dignidade da pessoa humana. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 57, n. 05, p.617- 619, out. 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672004000500021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2015.

SOUZA, A. C. et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 26, n. 02. p.147-153, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4547/2478>>. Acesso em: 28 fev. 2016.

STOTZ, Eduardo Navarro. Enfoques sobre educação e saúde. In: Valla, V. V. e Stotz, E. N. (org). *Participação popular, Educação e Saúde: Teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993, 11-22.

THIRY-CHERQUES, H. R. Saturação Em Pesquisa Qualitativa: Estimativa Empírica de Dimensionamento. *Revista PMKT*, Rio de Janeiro, v.03, p. 20-27, set. 2009. Disponível em: http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista_PMKT_003_02.pdf. Acesso em 28 set. 2015.

VALLA, V. V. *Saúde e educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

VASCONCELOS, E. M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: HUCITEC, 1999.

VUORI, H. “O modelo médico e os objetivos da educação para a saúde”. In: *Tendências atuais na educação sanitária*. Caderno: CAPS, mar/1987.

WESTPHAL, M. F., MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Rev. Adm. Pública* 2000; 34(6):47-61.

APÊNDICE A– Roteiro de entrevista aplicado aos profissionais da ESF (médicos, enfermeiros, dentistas e ACS)

1- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Profissão: _____

Instituição formadora: _____

Tempo de graduada: _____ Pós-graduação: _____

Tempo de atuação na ESF: _____ Lotação: _____

Idade: _____

2- QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

- 01- Baseado na sua experiência, qual sua concepção sobre educação em saúde?
- 02- Quais os tipos de ações de educação em saúde você utiliza em sua prática?
- 03- Quais resultados a prática educativa é capaz de proporcionar na sua visão?
- 04- Quais dificuldades e facilidades você dispõe para realização das ações educativas em sua prática?
- 05- Como são planejadas as ações de educação em saúde na equipe?
- 06- Na sua opinião, quais fatores podem interferir no desenvolvimento de ações de educação em saúde?
- 07- O que você entende por Promoção da Saúde?
- 08- Os temas, educação na saúde e promoção da saúde, foram discutidos em sua formação acadêmico-profissional? De que forma?
- 09- O que você busca através de práticas educativas em saúde?
- 10- Sua equipe desenvolve ações intersetoriais? Quais?

APÊNDICE B– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), de uma pesquisa que faz parte de dissertação de mestrado inserida no Curso de Mestrado Profissional com concentração em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, desenvolvido pelo Instituto de Saúde Coletiva – ISC, da Universidade Federal da Bahia – UFBA. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento. Se houver dúvida sobre questões éticas estamos à disposição para os devidos esclarecimentos.

Informações sobre a pesquisa:

Título do Projeto: Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: Concepções, Práticas e Abordagens.

Pesquisador Responsável: Paulo Henrique Mendes Teixeira

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Liliana Santos

A pesquisa tem por objetivo analisar o desenvolvimento das ações de Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família em um município da região de saúde Cerrado Tocantins Araguaia.

A pesquisa será desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde do município de Colinas do Tocantins-TO, com 20 profissionais de saúde (Médicos, Enfermeiros, Cirurgiões-dentistas e ACS), integrantes da Secretaria Municipal de Saúde de Colinas do Tocantins-TO e lotados na Estratégia Saúde da Família. Serão realizadas entrevistas. Todos os encontros serão gravados para posterior análise dos dados e elaboração do relatório final da pesquisa.

Salientamos que as atividades serão conduzidas por um aluno do Instituto de Saúde Coletiva/ISC da Universidade Federal da Bahia/UFBA. Sendo que as eventuais mobilizações emocionais previstas aos participantes da pesquisa, terão o suporte dos serviços da rede de atenção do município de Colinas do Tocantins-TO. A utilização dos dados coletados terá fins, **exclusivamente** científicos e, sua identidade e o que for discutido durante a realização dos encontros serão mantidos em sigilo.

Destacamos que o estudo proposto contempla todos os requisitos éticos previstos na legislação atual (anonimato, confiabilidade, participação voluntária). Ressaltamos que sua participação é voluntária, que não conferirá risco de nenhuma espécie, não implicará em despesas pessoais, retribuição monetária e ou privilegio institucional e que você é livre para interromper a sua participação a qualquer momento, sem que haja necessidade de justificar sua decisão.

O resultado da pesquisa será apresentado em formato de artigo e estará disponível no site do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA, devendo ser encaminhado por e-mail a todos os sujeitos da pesquisa.

Contatos do pesquisador responsável: Av. Brasil, 761, Setor Rodoviário, CEP: 77.760-000.: e-mail: phmendesteixeira@ibest.com.br; contatos telefônicos: (63) 8408-5666.

Contatos da orientadora da pesquisa: ISC –UFBA. Email: lilianapsico@gmail.com.br

Colinas do Tocantins - Tocantins, ____ de _____ de 2016.

() Concordo em participar do estudo **“Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: Concepções, Práticas e Abordagens”**.

() Fui devidamente informado(a) e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como me foi garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.

() Não concordo em participar da pesquisa.

Nome do participante da pesquisa _____

Assinatura do participante da pesquisa _____

Email: phmendesteixeira@ibest.com.br

Telefone: (63) 8408-5666

OBS: Deverão ser assinadas duas vias (01 ficará com o pesquisador e 01 com o (a) participante).

ANEXO C– Declaração de Aceite da Secretaria Municipal de Saúde/SEMUSA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

DECLARAÇÃO

Eu, **Marcos Augusto Jusselino Tavares**, Secretário de Saúde do Município de Colinas do Tocantins -TO, estou de acordo que o aluno **Paulo Henrique Mendes Teixeira** utilize nosso serviço como campo de investigação para sua pesquisa intitulada “**Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: Concepções, Práticas e Abordagens**”, sob a orientação da professora, doutora, Liliana Santos, com o objetivo de analisar o desenvolvimento das ações de Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família em um município da região de saúde Cerrado Tocantins Araguaia. Trata-se de uma atividade do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com Concentração em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva Mestrado da Universidade Federal da Bahia. A participação dessa instituição é voluntária, a identidade dos participantes e o que for discutido durante os encontros serão mantidos em sigilo, de forma a garantir o anonimato do serviço e dos participantes.

A utilização dos dados coletados terá fins, exclusivamente científicos e ao final dessa investigação, o resultado da pesquisa será apresentado em formato de artigo e estará disponível no site do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA, devendo ser encaminhado por e-mail para essa organização e a todos os sujeitos da pesquisa.

A pesquisa será desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família do município de Colinas do Tocantins-TO, com 20 (vinte) profissionais de saúde, integrantes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Serão realizadas entrevistas. Todos os encontros serão gravados para posterior análise dos dados e elaboração do relatório final da pesquisa.

Destacamos que o estudo proposto contempla todos os requisitos éticos previstos na legislação atual (anonimato, confiabilidade, participação voluntária). Ressaltamos que sua participação é voluntária, que não conferirá risco de nenhuma espécie, não implicará em despesas pessoais, retribuição monetária e ou privilégio institucional e que você é livre para interromper a sua autorização a qualquer momento, sem que haja necessidade de justificar sua decisão.

Diante destes dados, sinto-me suficientemente esclarecido a respeito da pesquisa, e assino essa declaração indicando minha concordância e autorização.

Colinas do Tocantins, 25 de Janeiro de 2016.

Assinatura / carimbo_____

Obs: Deverão ser assinadas duas vias (01 ficará com o pesquisador e 01 com o participante).