

**ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL**

MARTA ALVES SANTOS

**EDUCAR PARA TRANSFORMAR? UM ESTUDO SOBRE AS CONCEPÇÕES QUE
ORIENTAM AS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DOS PROFISSIONAIS
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE NITERÓI (RJ)**

**UNIVERSIDADE
FEDERAL
FLUMINENSE**

Niterói, setembro de 2015.

**ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL**

MARTA ALVES SANTOS

**EDUCAR PARA TRANSFORMAR? UM ESTUDO SOBRE AS CONCEPÇÕES QUE
ORIENTAM AS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DOS PROFISSIONAIS
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE NITERÓI (RJ)**

**Tese apresentada ao Programa de Estudos Pós-
Graduados em Política Social da Escola de
Serviço Social da Universidade Federal
Fluminense, como requisito parcial para a
obtenção do grau de Doutora em Política Social.**

Orientadora: Prof. Dra. Mônica de Castro Maia Senna

**NITERÓI – RJ
Setembro de 2015**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

S237 Santos, Marta Alves.

Educar para transformar? Um estudo sobre as concepções que orientam as práticas de educação em saúde dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Niterói / Marta Alves Santos. – 2015.

208 f. ; il.

Orientadora: Mônica de Castro Maia Senna.

Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, 2015.

Bibliografia: f. 191-201.

1. Política de saúde – Niterói (RJ). 2. Pessoal da saúde pública – Educação – Niterói (RJ). 3. Cuidados primários de saúde – Niterói (RJ). 4. Serviço Social. I. Senna, Mônica de Castro Maia. II. Universidade Federal Fluminense. Escola de Serviço Social. III. Título.

CDD 362.1098153

MARTA ALVES SANTOS

**EDUCAR PARA TRANSFORMAR? UM ESTUDO SOBRE AS CONCEPÇÕES QUE
ORIENTAM AS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DOS PROFISSIONAIS
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE NITERÓI (RJ)**

Tese apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em Política Social.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Mônica de Castro Maia Senna (Orientadora)
Universidade Federal Fluminense - UFF

Profa. Dra. Maria de Fátima Costa Lobato
Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ

Prof. Dr. Márcio Eduardo Brotto
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - PUC-Rio

Prof. Dr. Julio Alberto Wong Un
Universidade Federal Fluminense - UFF

Profa. Dra. Lenaura Vasconcellos da Costa Lobato
Universidade Federal Fluminense - UFF

Niterói
Setembro de 2015

“Só existirá democracia no Brasil no dia em que se montar no país a máquina que prepara as democracias. Essa máquina é a da escola pública. ”

Anísio Teixeira

AGRADECIMENTOS

A Deus pela renovação de forças em todos os momentos difíceis que surgiram nessa trajetória.

Aos meus pais e demais familiares pela força e apoio de sempre.

Aos professores do curso de doutorado que acrescentou muito em troca de conhecimento durante todo percurso acadêmico.

À minha orientadora Professora Mônica Senna pela contribuição valiosa para a construção do presente estudo. Muito obrigada!!!

Aos funcionários do departamento do Curso de Pós-graduação em Política Social da Universidade Federal Fluminense.

Ao Núcleo de Educação Permanente do município de Niterói, pelo aceite e acolhida na trajetória da pesquisa.

Aos profissionais da Equipe Saúde da Família que contribuíram para realização do estudo.

Aos meus amigos que sempre me apoiaram nessa escolha, em especial, a Rita Pereira que sempre acompanhou meus avanços e impasses no caminhar acadêmico.

Enfim, a todos que acreditam no potencial transformador da educação em saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I: Caminhos da pesquisa: delimitando o objeto de estudo e considerações sobre o percursometodológico	18
1.1) Considerações sobre o objeto de estudo.....	18
1.2) O desenho metodológico do estudo	22
1.2.1) A abordagem qualitativa para o estudo da Educação em Saúde.....	22
1.2.2) Cenário do estudo: Niterói e a Estratégia Saúde da Família.....	24
1.2.3) O foco do estudo: a educação em saúde na atenção primária de Niterói.....	34
1.2.4) Procedimentos metodológicos para coleta e análise dos dados.....	38
CAPÍTULO II: Educação em saúde na trajetória histórica da saúde pública	41
2.1) A constituição da saúde pública e as protoformas de educação em saúde no mundo capitalista moderno.....	41
2.2) A Instituição/Constituição da Política de Saúde Pública no Brasil e seus desdobramentos para a Educação em Saúde.....	53
2.3) A política de saúde brasileira na atual conjuntura e os rumos para a educação em saúde.....	68
CAPÍTULO III:A centralidade da atenção básica na agenda sanitária nacional e a educação em saúde	76
3.1) O debate conceitual sobre Atenção Primária à Saúde no âmbito internacional.....	77
3.2) A trajetória da Atenção Primária no Brasil: algumas considerações.....	88
3.3) Atenção Primária ou Atenção Básica em Saúde no Brasil: tendências atuais e desdobramentos para a Educação em Saúde.....	98
CAPÍTULO IV: Concepções e abordagens da educação em saúde no Brasil	105

4.1) Paradigmas predominantes de educação em saúde: tradicional e dialógico.....	106
4.2) Educação Popular em Saúde: inovação no processo educativo no Brasil.....	112
4.3) PNEPS: a institucionalização da Educação Popular no SUS.....	119

CAPÍTULO V: As práticas educativas na Atenção Primária em Saúde de Niterói: a perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.....136

5.1) Os sujeitos da pesquisa: breve caracterização dos profissionais que realizam ações educativas na ESF de Niterói.....	137
5.2) Concepções de educação em saúde: avanços e retrocessos.....	142
5.3) Formas de conduzir o processo educativo: conservadorismo ou renovação na educação em saúde.....	153
5.4) Atenção Primária: qual o lugar da educação em saúde?.....	161

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....180

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....187

APÊNDICES.....198

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIS– Ações Integradas de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

ABS – Atenção Básica à Saúde

CAP'S – Caixa de Aposentadoria e Pensões

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CONASP – Conselho Nacional de Segurança Pública

COSAC – Conferência de Organizações em Assuntos Comunitários

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

EPS – Educação Popular em Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAMINIT – Federação da Associação de Moradores de Niterói

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

FMS – Fundação Municipal de Saúde

IAP – Instituto de Assistência e Previdência

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MPA – Ministério da Previdência e Assistência Social

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NEP – Núcleo de Educação Permanente

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Normas Operacionais Básicas

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan- americana de Saúde

PAB – Piso Assistencial Básico

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAM – Posto de Assistência Médica

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PIB – Produto Interno Bruto

PIASS – Programa de Interiorizações das Ações de Saúde e Saneamento

PMF – Programa Médico de Família

PMQAB- Programa de Melhoria e Acesso e Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PNEPS – Política Nacional de Educação Popular em Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SESP – Secretaria Especial de Saúde Pública

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFF – Universidade Federal Fluminense

RESUMO

O presente estudo objetiva analisar as concepções que orientam as práticas educativas realizadas pelos profissionais que atuam nas unidades básicas do município de Niterói. O estudo teve como eixos de análise as concepções de saúde; o processo de educação em saúde e a sua relação com a atenção primária. A educação em saúde é vista como atividade prioritária no nível primário de atenção e comporta diferentes abordagens na sua trajetória histórica. Nos anos 1990, quando a atenção primária ganha certa centralidade na agenda pública nacional, a educação em saúde apresenta destaque nos espaços primários de saúde. Em 2012, a abordagem dialógica e participativa da educação em saúde adquire certa legitimidade com a institucionalização da Política de Educação Popular em Saúde, e direciona as atividades educativas numa lógica mais ampla e crítica da leitura da realidade. Nesse prisma, para compreender o dinamismo das práticas educativas efetuadas nas unidades básicas do município de Niterói, se faz necessário identificar as concepções que os profissionais de saúde possuem, tanto da saúde e da educação em saúde quanto da atenção primária. Para tanto, a pesquisa foi realizada com base em análise documental, revisão bibliográfica da temática e entrevista semiestruturada com oito profissionais que atuam nas unidades básicas e operacionalizam práticas educativas nesse espaço institucional. Os resultados da pesquisa apontaram uma prática ainda hegemonicamente centrada na doença e nas lacunas na capacitação profissional dos enfermeiros e médicos em relação a uma abordagem de educação em saúde que compreenda uma visão ampla da saúde, referindo-se à busca da participação, da autonomia e da transformação da realidade dos usuários.

Palavras-chaves: Política de Saúde. Educação em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This study aims to analyze the concepts that guide educational practices carried out by professionals working in basic units in the city of Niterói. The study was analysis shafts health concepts; the health education process and its relationship with primary care. Health education is seen as a priority activity in the primary care level and includes different approaches in his career historical trajectory. Nos 1990s when primary care gains a certain centrality in the national public agenda, health education features prominently in primary health spaces . In 2012, the dialogic and participatory approach to health education acquires some legitimacy with the institutionalization of Popular Education in Health Policy, and directs the educational activities in a broader logic and critical reading of reality. In this perspective, to understand the dynamics of educational practices carried out in the basic units of the city of Niterói, it is necessary to identify the conceptions that health professionals have both health and health education as primary care. Therefore, the research was based on document analysis, bibliographic the thematic review and semi-structured interviews with eight professionals working in basic units and operationalize educational practices that institutional space. The survey results indicated a practice still hegemonic centered on the disease and the gaps in professional training of nurses and doctors in relation to a health education approach comprising a broad view of health, referring to the pursuit of participation, autonomy and the transformation of the reality of users.

Keywords:Health Policy. Health Education.Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Esta tese de doutorado tem como interesse de estudo a Educação em Saúde, entendida tanto como um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde (COSTA e LOPEZ, 1996) quanto como

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 condicionantes do processo saúde doença oferece subsídios para adoção de novos hábitos e condutas de saúde” (ALVES, 2005, p. 43).

O objetivo central da pesquisa é examinar as concepções que orientam as ações dos profissionais que desenvolvem ações educativas no âmbito da chamada Atenção Primária à Saúde no município de Niterói. Concorde-se com Vasconcelos (1999), quando o autor destaca que a APS configura um contexto privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde, uma vez que a proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais configuram duas características fundamentais destes serviços.

A Educação em Saúde acompanha as práticas sanitárias no Brasil há pelo menos um século. Há registros de ações educativas já no início do século XIX, com as ações das visitadoras sanitárias.¹ Essas ações eram fortemente marcadas por um discurso higienista, em que principalmente a população pobre era doutrinada a adotar regras de conduta e práticas de higiene pessoal e asseio corporal. Esse tipo de intervenção predominou até por volta dos anos 1960, quando a Educação em Saúde passou a ser influenciada pela abordagem freireana. Ao mesmo tempo, a educação em saúde ganha destaque no interior da atenção primária a partir da conferência de Alma-Ata de 1978. Considerada um marco nos rumos da atenção primária no mundo, o evento registrou a educação em saúde como um atributo privilegiado nesse nível de atenção à saúde.

Com a institucionalização da Política Nacional de Atenção Básica no ano de 2006, a APS é caracterizada por “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção

¹A educação sanitária era vista como mecanismo para combater as epidemias e as visitadoras tinham essa responsabilidade no campo sanitário no início do século XX. As políticas sanitárias começaram a se alicerçar nas condições de higiene moderna. Para aprofundamento da temática, ver AYRES, Lílian Fernandes (2012).

de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006, p. 10). A realização de práticas educativas é proposta pela política, pois a promoção da saúde, o cuidado e a continuidade desse cuidado possuem papel central nesse nível de atenção à saúde. A atenção básica apresenta como uma das características do seu processo de trabalho “o desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida” (BRASIL, 2006, p. 18).

Nos anos recentes, com a centralidade adquirida pela chamada Atenção Básica em Saúde, observa-se uma revalorização das práticas de educação em saúde no Brasil. No entanto, questiona-se, nesse estudo, como essas ações vêm sendo construídas. Que concepções de educação em saúde atravessam essas práticas? Que profissionais desenvolvem as atividades educacionais na atenção primária? Quais são as dimensões teóricas metodológicas que subsidiam as práticas de educação em saúde na atenção básica?

O interesse pela referida temática surgiu a partir de uma inquietação gestada ao longo de anos de atuação no cotidiano do trabalho profissional no setor saúde do município de Niterói. A atuação como assistente social do programa de diabetes no ambulatório do antigo CPN (atual Hospital Municipal Carlos Tortelly) no período de 2002 a 2010 possibilitou levantar vários questionamentos sobre a importância das práticas educativas no processo saúde-doença.

O programa de diabetes do referido hospital privilegiava a educação em saúde como instrumento de fortalecimento da autonomia do usuário para que o mesmo fosse sujeito do próprio tratamento e, assim, obter não apenas o controle da doença, mas também intervir na realidade social, visando a transformação no que diz respeito aos determinantes sociais da saúde. E a intervenção do Serviço Social no programa – assim como os demais profissionais da equipe multiprofissional – efetiva-se nas relações entre os sujeitos na sua cotidianidade, através de uma ação socioeducativa.

A experiência como assistente social no programa permitiu desenvolver ações no processo de educação em saúde, a fim de socializar informações. Para tanto, estudava a realidade dos usuários diabéticos e propunha ações que ressaltavam seus interesses. Debatia os fatores sociais que interferiam no

tratamento e, por fim, democratizava informações e o acesso ao serviço, prestando orientação individual e em grupos, no sentido de identificar recursos e fazer uso dos mesmos na perspectiva dos direitos.

Seguindo esse prisma, eram realizadas, no programa de diabetes, reuniões quinzenais com os usuários, com o objetivo de estimular a participação dos mesmos no tratamento e no espaço público coletivo, buscando fortalecer sua autonomia. A reunião possuía a proposta educativa de propiciar espaço de ação coletiva, em que os sujeitos da saúde (profissionais e usuários) pudessem socializar informações, politizar e estimular o senso crítico na perspectiva da construção da cidadania e melhorar a qualidade de vida. Era composta por uma equipe interdisciplinar de médico, nutricionista, assistente social e enfermeira.

A percepção da equipe era que as práticas de educação em saúde realizadas através de reuniões continuadas com os usuários contribuíam para o desenvolvimento de correlações de forças favoráveis à ampliação dos direitos sociais, interferindo na rotina institucional. Parte-se do pressuposto de que a educação torna-se relevante nesse processo, pois é por meio desta que os usuários do programa de diabetes assumiam uma nova posição frente às situações do cotidiano, desenvolvendo potencialidades, novas habilidades, além de estimular a capacidade de crítica, e, conseqüentemente, de organização e luta pela garantia dos direitos na saúde.²

Com a transformação da unidade de saúde para a condição de unidade hospitalar, o programa de diabetes foi desmontado e os participantes orientados a procurar as unidades básicas de saúde mais próximas de suas residências.

A partir dessa experiência profissional é que surgiu a necessidade de realizar um estudo sobre as ações de educação em saúde. Optou-se por investigar as concepções que orientam as práticas educativas dos profissionais atuantes na Atenção Básica em Saúde do município de Niterói.

A ênfase nas concepções que orientam os profissionais se justifica pelo entendimento de que a construção de intervenções públicas no campo da Educação

² O referido programa foi extinto em 2008, pois a unidade tornou-se um hospital referenciado para emergência e urgências, o que designou a necessidade de aumentar os números de leitos na instituição.

em Saúde são processos complexos e resultam da interação entre diferentes sujeitos sociais, com ideias, valores e interesses diversos. Assim, mais do que a execução de normativas e protocolos previamente definidos, as ações educativas em saúde são entendidas nesta tese a partir da dinâmica de sua implementação, que tende, inclusive, a estabelecer novos percursos para além daqueles originariamente traçados pelos formuladores/gestores. Acrescente-se a isso o fato de que as concepções sobre Educação em Saúde são bastante disputadas, como será abordado no decorrer da tese. Assim, o estudo proposto não está preocupado com os resultados ou alcance das ações empreendidas, mas com o processo de construção e as concepções que norteiam as ações educativas desenvolvidas pelos profissionais.

O lócus de investigação no município de Niterói tem por referência as ações desenvolvidas na Atenção Primária ou Atenção Básica em Saúde, como é conhecida no Brasil.³ Com capacidade instalada na Atenção Básica em Saúde composta, em julho de 2015, por 34 unidades de Estratégia de Saúde da Família, Niterói é pioneira no país em termos de experiência de Atenção Primária à Saúde – enfatizada desde os anos 1980 – e na implantação do Programa Médico de Família nos anos 1990.

A hipótese que orienta o estudo é de que o desenho do PMF contribui para o desenvolvimento de ações educativas alicerçadas no pensamento freireano que inscreve o diálogo como eixo fundante e busca a valorização e a troca de saberes como fundamental para a produção de novos conhecimentos e horizontes que possibilitem efetivar a transformação da realidade. Nesse prisma, as práticas educativas são mecanismos de fomento da participação social, da leitura crítica à realidade e da autonomia dos sujeitos envolvidos no processo educativo (profissional e usuários).

A educação em saúde baseada numa linha dialógica não transfere apenas informações centradas na doença, pois a dimensão ampliada de saúde permite o

3 No Brasil, é mais frequente o uso da terminologia Atenção Básica em Saúde, no lugar da Atenção Primária à Saúde. Segundo Giovanella e Mendonça (2012), a opção por este termo se deu na perspectiva de superar abordagens simplificadoras da Atenção Primária, muitas vezes associadas a ações pontuais e seletivas voltadas para a população mais empobrecida. No âmbito do presente trabalho, utilizaremos os dois termos indistintamente.

redesenho do cuidado e das práticas de saúde baseada na proximidade dos diversos saberes, nos novos formatos de relação entre equipe técnica e usuários e na viabilização da participação dos sujeitos.

Para o desenvolvimento do estudo proposto, optou-se por identificar a estrutura organizacional e a dinâmica das ações em educação em saúde desenvolvidas na atenção básica do município de Niterói, considerando os profissionais envolvidos, a carga horária e o público-alvo inserido; traçar um breve perfil dos profissionais que desenvolvem ações de educação em saúde no município; identificar as normatizações, os protocolos e as orientações para a prática de educação em saúde desenvolvida na APS do município de Niterói e conhecer as concepções dos profissionais da APS do município de Niterói sobre a educação em saúde, como também a metodologia empregada pelos profissionais de saúde da APS no município de Niterói.

Para fins de exposição e sistematização dos achados e análises da pesquisa, essa tese encontra-se estruturada em cinco capítulos. O primeiro capítulo busca apresentar e justificar as escolhas metodológicas do estudo, enfocando o caminho trilhado durante o processo de investigação. Aponta considerações sobre o objeto de estudo, sobre as práticas educativas no âmbito sanitário e o desenho metodológico que trilhou a pesquisa a partir de uma abordagem qualitativa. Descreve, ainda, o cenário do estudo e a Estratégia Saúde da Família na cidade de Niterói, como também, o foco de estudo: a educação em saúde na atenção primária do município. E, por fim, o procedimento metodológico para análise e coleta de dados.

O segundo capítulo discorre, inicialmente, sobre a emergência dessa educação na saúde coletiva na produção e reprodução das relações sociais de uma emergente sociedade urbano-industrial. Em seguida, o capítulo apresenta o desenvolvimento da política de saúde no Brasil e como a educação em saúde é adotada no país.

O terceiro capítulo apresenta o momento que a atenção primária em saúde (APS) ganha destaque e certa centralidade na agenda pública nacional e discorre sobre o lugar ocupado pela educação em saúde nesse âmbito. E para tanto aponta

o debate da APS no contexto internacional e brasileiro, pois é nessa revisão que a educação em saúde compreende esse lugar na atual conjuntura.

O quarto capítulo aborda as concepções predominantes de educação em saúde no Brasil, o conceito adotado pelo estudo baseado na Educação Popular em Saúde. Para tanto, aponta a trajetória histórica desse modelo até chegar o processo de institucionalização da Educação Popular em Saúde através de uma política própria no ano de 2012.

E, por fim, apresenta-se o quinto e último capítulo que traz o resultado da pesquisa com uma análise do conteúdo das entrevistas a partir de três dimensões principais: I) concepção de saúde, II) educação em saúde e III) as dinâmicas que constituem as práticas educativas na atenção básica do município de Niterói.

As dimensões supracitadas forneceram subsídios para uma aproximação do conteúdo que os profissionais de saúde que operacionalizam as atividades educativas na rede básica de saúde possuem no que tange à construção do processo de intervenção das práticas de educação em saúde na rede básica de atenção e como essa dinamiza-se no contexto institucional.

Nesse sentido, os resultados apresentados podem contribuir para a produção de conhecimento da temática sobre as práticas educativas de saúde na rede de atenção básica do município de Niterói, pois nota-se que a atenção básica na saúde é um dos espaços profissionais que viabiliza o atendimento direto aos usuários, favorecendo o desenvolvimento de práticas educativas que incentivam a sensibilização dos usuários no fomento da autonomia e da participação.

CAPÍTULO I

CAMINHOS DA PESQUISA: DELIMITANDO O OBJETO DE ESTUDO E CONSIDERAÇÕES SOBRE O PERCURSO METODOLÓGICO

O presente capítulo apresenta uma breve consideração sobre as práticas educativas no âmbito da saúde. Aponta o desenho do estudo a partir de uma abordagem qualitativa, como também, descreve o cenário e foco da pesquisa. E, por fim, trilha os caminhos da análise e da coleta de dados que resultou na concretização do trabalho.

1.1) Considerações sobre o objeto de estudo

Práticas de educação em saúde não se configuram exatamente como uma novidade no campo sanitário. Ao contrário, no Brasil, as práticas educativas na área da saúde remontam, pelo menos, às primeiras décadas do século XX, quando as intervenções públicas voltadas ao saneamento das cidades e dos portos se fizeram acompanhar da disseminação de ações fortemente pautadas no discurso médico de caráter higienista.⁴ Dentro desse contexto, a educação em saúde assumia um caráter estratégico e, ao mesmo tempo, predominantemente centralizador e autoritário, legitimando uma prática de controle e de intervenção do Estado sobre os pobres, em nome do combate às epidemias.

Mudanças nesse modelo ganham impulso a partir dos anos 1960, quando as práticas de educação em saúde recebem grande influência do movimento de Educação Popular inspirado na sistematização de Paulo Freire. Valorizando as experiências de vida e o saber popular, aqui as ações de educação em saúde remetem não apenas à troca de saberes e experiências, mas também à reflexão

⁴ Os discursos médicos-sanitários hegemônicos no início do século XX podem ser compreendidos tanto como modelos de conhecimento sobre a estrutura das doenças e das suas causas quanto propostas práticas de intervenção saneadora e reorganizadora do espaço público das cidades brasileiras. Esse aspecto será abordado no capítulo II desta tese. Para aprofundamento desse período da história da política pública brasileira, consultar COSTA (1986 – lutas urbanas e controle sanitário) e HOCHMAN (1998 – a era do saneamento).

sobre a saúde enquanto processo resultante das condições de vida, ou seja, um fenômeno socialmente determinado.

A disseminação dessas experiências de educação em saúde se deu de forma articulada a dois importantes processos em curso ao longo dos anos 1970 e 1980. O primeiro diz respeito ao fortalecimento dos Cuidados Primários à Saúde enquanto estratégia para alcance da meta Saúde para Todos no ano 2000 definida na Conferência Internacional de Alma-Ata, no ano de 1978.⁵ Nesse contexto, a educação em saúde foi enfatizada como um dos oito elementos essenciais da Atenção Primária à Saúde (ao lado da imunização, saneamento básico e alimentação adequada, entre outros). Pode-se dizer que Alma-Ata representou um importante ponto de partida para outras iniciativas, notável no campo da Promoção da Saúde, com destaque para a Carta de Ottawa, de 1986.⁶

O segundo processo relaciona-se ao desenvolvimento de iniciativas locais de reorganização dos serviços de saúde no país, na busca de um projeto alternativo ao modelo médico hegemônico.⁷ Articuladas aos Departamentos de Medicina Preventiva das universidades brasileiras, essas iniciativas locais combinavam projetos de extensão de cobertura através dos serviços básicos de saúde (Atenção Primária) ao fomento e estímulo à participação popular. Desse modo, contribuíram na luta pela redemocratização do país e pela reforma sanitária brasileira.⁸

⁵ A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde foi realizada em Alma-Ata, na antiga União Soviética (atual Cazaquistão) no ano de 1978. Enfatizava a saúde como direito humano universal e buscava alcançar a saúde para todos os povos até o ano 2000, pois assim seria possível reduzir a desigualdade entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento. O assunto será mais detalhado no decorrer desse estudo.

⁶ O Informe Lalonde, elaborado pelo governo canadense em 1974, é considerado um marco na área da Promoção da Saúde. Esse documento estabelece quatro grandes eixos do campo da saúde, a saber: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde. Em 1986, é realizada no Canadá a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, cujo documento final – a Carta de Ottawa – define o conceito de Promoção da Saúde como "*o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.*" (OMS, 1986 apud Buss, 2000, p. 170). Ao longo dos anos 1990 e 2000, foram realizadas diversas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde. E o 22º evento será sediado na cidade de Curitiba no mês de maio de 2016.

⁷ O modelo médico hegemônico caracteriza-se, em linhas gerais, como foco na cura da doença, não privilegiando a prevenção. O modelo é curativista e não preventivo. Ver Bravo (2004).

⁸ Essa tese buscará trazer alguns elementos dessa trajetória histórica, mas para maior aprofundamento, consultar GIOVANELLA, Ligia; LOBATO, Lenaura; ESCOREL, Sarah; NORONHA, José e CARVALHO, Antonio Ivo (2012).

Nas últimas décadas, o processo de consolidação do SUS, particularmente no que tange aos investimentos na Atenção Primária à Saúde e à institucionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde,⁹ abre espaço para uma (re)valorização da Educação em Saúde. No entanto, essa associação não é automática e coloca a necessidade de desenvolvimento de estudos que possam examinar como as ações educativas vêm sendo construídas nas experiências concretas. É no interior dessa preocupação que se insere a proposta de estudo que dá origem à presente tese de doutorado.

A pesquisa tem como objetivo central examinar as concepções que orientam as práticas de Educação em Saúde dos profissionais da Atenção Primária. Parte-se do reconhecimento de que a construção de ações educativas na APS reveste-se de enorme complexidade, dada pela diversidade de atores sociais envolvidos e suas diferentes percepções, crenças, interesses e capacidades de mobilizar recursos na dinâmica da intervenção social.

No caso do presente estudo, o foco nos profissionais de saúde que atuam diretamente na construção das ações educativas no âmbito da APS parte da premissa de que os mesmos não se restringem a meros cumpridores de tarefas ordenadas pelos níveis hierarquicamente superiores da administração pública. Ao contrário, há um considerável alto grau de discricionariedade e autonomia desses profissionais, o que confere certa dose de variabilidade e imprevisibilidade à sua intervenção (LOTTA, 2010). Entende-se, desse modo, que a implementação de políticas, programas e intervenções públicas está envolta em uma rede de interações entre usuários e implementadores, os quais, por meio de valores, crenças e ideias, tendem a modificar as políticas e os programas em relação ao seu desenho original.

⁹ A Política Nacional de Promoção da Saúde foi instituída através da Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Para maior aprofundamento, consultar Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 85-334-1198-7 1. Promoção da 2. Qualidade de vida. 3. SUS (BR). I. Título. II. Série. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 15 de jun.2015

Tal perspectiva analítica coloca a necessidade de um recorte empírico, sendo o município de Niterói escolhido como lócus da pesquisa. A escolha desse município não foi aleatória, na medida em que Niterói caracteriza-se como um dos pioneiros na implantação do modelo de medicina familiar no SUS, através do Programa Médico de Família, de 1992. O desenho original do PMF previa equipes básicas compostas por médicos generalistas e técnicos de enfermagem, com carga horária dividida paritariamente entre atividades clínicas e o denominado trabalho de campo, dentro do qual estão incluídas as atividades de educação em saúde (SENN, 1995). Nos anos recentes, o Programa vem passando por importantes reformulações, de forma a adequar-se ao modelo preconizado pela Estratégia Saúde da Família, com implicações na composição das equipes e no processo de trabalho (SOUSA, 2015).

Nesse contexto de mudanças, algumas indagações se fazem necessárias. Como as ações educativas vêm sendo desenvolvidas? Quais as concepções que orientam tais ações? Que instrumentos têm sido utilizados nas abordagens educativas dos profissionais da APS no município? Como tais ações têm sido planejadas?

Desse modo, o objetivo central do estudo é examinar as concepções que orientam as ações coletivas de educação em saúde das equipes da Estratégia Saúde da Família no município de Niterói, na região metropolitana do Rio de Janeiro. Os objetivos específicos podem ser assim sintetizados:

- Mapear as unidades de saúde que desenvolvem ações coletivas de educação em saúde no município;
- Caracterizar as atividades de educação em saúde em relação aos profissionais atuantes, instrumentos empregados, temas discutidos, dinâmica dos grupos, planejamento das ações;
- Identificar os protocolos e normas para o desenvolvimento das ações de educação em saúde no município;
- Investigar as concepções de saúde, de educação em saúde e os referenciais teórico-metodológicos que subsidiam as ações educativas na APS de Niterói.

A hipótese que orienta o presente estudo é que as ações de educação em saúde no município de Niterói são favorecidas pelo modelo do Programa Médico de Família e que os profissionais que as desenvolvem tendem a adotar um modelo dialógico pautado na perspectiva de Educação Popular de Paulo Freire.

1.2) O desenho metodológico do estudo

1.2.1. A abordagem qualitativa para o estudo da Educação em Saúde

Minayo (1996) afirma que o campo da metodologia da pesquisa social é polêmico, pois o debate e os resultados não são exatos e conclusivos. Apresenta uma aproximação e não respostas definitivas, pois o objeto das ciências sociais é histórico, isto é, os grupos sociais, as instituições, as legislações e a concepção sobre um determinado tema são mutáveis e passageiros. Dinamizam-se e estão em constante transformação.

Nesses termos, o objeto de estudo em questão também possui uma consciência histórica, pois, de acordo com o dinamismo da sociedade e o desenvolvimento das políticas e forças produtivas, são desenvolvidas determinadas visões de mundo em determinados grupos sociais. E o que desencadeia tais visões e pensamentos é o processo histórico que apresenta tempo e espaço específico (MINAYO, 1996, p. 20).

Há ainda uma identidade entre o pesquisador e o estudo em investigação, pois embora estes tenham diferenças relacionadas a diversidades como raça, cultura e classe social, entre outros, são seres humanos que investigam seres humanos. Pesquisador e pesquisado são sujeitos e estão profundamente imbricados.

Sob essa luz, o presente estudo é essencialmente qualitativo, uma vez que analisa as práticas educativas em saúde na atenção primária do município de Niterói a partir das concepções que os profissionais que atuam na área apresentam em

relação à educação em saúde, as dinâmicas das práticas educativas e como essas articulam-se com o nível primário de atenção.

O estudo parte do entendimento de que a construção de ações educativas em saúde está envolta em uma dinâmica de interações entre diferentes atores sociais, com concepções, ideias e interesses diversos. Nesse sentido, mais do que a busca dos resultados e/ou eficácia dessas ações, o estudo se volta para o exame do processo de construção das mesmas no âmbito da Atenção Primária à Saúde do município de Niterói, enfatizando as concepções que orientam as práticas dos profissionais que atuam nas ações educativas coletivas na Estratégia Saúde da Família do município.

Nesse sentido, a pesquisa qualitativa, como afirma Minayo (1996), torna-se essencial no referido estudo, pois permite compreender os valores e as opiniões de determinado grupo em torno de um tema específico, como também sua relação com as instituições e seu ponto de vista com a política de saúde local.

Segundo Minayo (1996), as práticas e programas de saúde exibem as diferenças e contradições que existem na área. Nesse sentido, a visão de mundo dos profissionais e dos usuários dos serviços está vinculada às situações e aos conflitos que vivenciam. Nesses termos, são analisadas as percepções, visão de mundo, as possibilidades de mudanças e das formas de organização das práticas dos profissionais em foco.

Segundo Bosi (2012), a pesquisa qualitativa traz resultados não traduzíveis em números e trabalha na interface com a subjetividade. A linguagem é considerada em suas várias formas de expressão e as dimensões subjetivas que são inseridas nas práticas de saúde são apreendidas no estudo.

O cenário do estudo é a Atenção Primária em Saúde do município de Niterói, cujas características centrais serão apresentadas no próximo tópico.

1.2.2. Cenário do estudo: Niterói e a Estratégia Saúde da Família

O município de Niterói ganhou visibilidade na arena setorial da saúde como um dos pioneiros em tecer novas formas de organização da saúde a partir da

atenção primária enfatizada desde os anos 1970, passando pela experiência do Projeto Niterói¹⁰ e a implantação do Programa Médico de Família nos anos 1990.

A cidade de Niterói foi fundada em 22 de novembro de 1573 e recebeu seu nome definitivo em 1835. Em tupi-guarani, Niterói significa “águas-escondidas” e faz limite com os municípios de São Gonçalo e Maricá. É também banhada pelo Oceano Atlântico e pela Baía da Guanabara, que a separa da cidade do Rio de Janeiro.

Desde a primeira metade do século XIX até 1975, foi capital da província do Rio de Janeiro e sede do antigo estado do Rio . Em 1975 ocorreu a fusão dos Estados da Guanabara e do Rio de Janeiro (na época) e a cidade de Niterói deixou de ser capital do estado, mas herdou a infraestrutura correspondente ao título de capital.

No final da década de 1960, tem início a obra de construção da Ponte Presidente Costa e Silva (conhecida como Ponte Rio-Niterói), inaugurada no ano de 1974, o que favoreceu um grande crescimento econômico para a cidade fluminense, principalmente com a intensificação da produção imobiliária.

No momento de realização desse estudo, Niterói é considerada uma cidade de médio porte, com população estimada para o ano de 2014 em 495.470 habitantes e área territorial de 133,916 km². Possui um dos índices de desenvolvimento humano municipal mais altos do país (0,837) e o primeiro do estado do Rio de Janeiro (IBGE, 2010).¹¹

Niterói é uma das cidades principais em relação a recursos e centros financeiros, comerciais e industriais do estado do Rio. Registra também um alto índice de investimentos imobiliários. Segundo o IBGE (2010), o PIB (Produto Interno Bruto) nominal do município no ano de 2010 era de 11,2 bilhões de reais, sendo um dos maiores do estado. É considerado o 45º município mais rico do país (em um total de mais de 4.500 municípios).

¹⁰ O projeto Niterói tecia nos anos 1980 propostas inovadoras para a política de saúde local e será mais aprofundado ainda nesse capítulo.

¹¹ <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=330330&idtema=16&search=rio-de-janeiro|niteroi|sintese-das-informacoes>>. Acesso em: 09 de ago. 2015.

A cidade é polo de atração turística, principalmente devido às suas praias e ao grande centro arquitetônico de arte e cultura. O Museu de Arte Contemporânea e o Caminho Niemeyer são locais famosos e muito procurados para visita, pois foi projetado pelo famoso arquiteto Oscar Niemeyer.

Segundo dados do IBGE (2010), no que se refere aos serviços de saúde, Niterói conta com uma rede considerável de unidades de saúde com 4 unidades federais, 5 estaduais, 61 municipais e 280 da rede privada. No total, são 350 instituições que oferecem serviços de saúde na cidade. No entanto, é importante ressaltar que a cidade já foi capital do estado e muitos desses estabelecimentos foram herdados da infraestrutura da época (1835-1975).

A gestão da saúde no município fica a cargo da Fundação Municipal de Saúde, órgão de direito público criado no ano de 1991 com o argumento de dar maior agilidade ao processo de gestão do SUS, em especial ao que tange à sua gestão financeira. A rede pública de saúde da cidade totaliza 74 unidades de saúde, sendo 34 unidades de Saúde da Família (duas dessas foram inauguradas recentemente), 2 clínicas comunitárias, 4 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), 11 policlínicas de especialidades e cinco hospitais, incluindo uma maternidade.¹² Mesmo com todos esses serviços de saúde, a cidade enfrenta desafios no que tange ao atendimento de demanda, pois há um crescimento populacional desordenado que dificulta o acesso aos serviços não apenas da saúde, mas também de habitação, transporte, entre outros. Além disso, a própria conjuntura econômica atual propicia a vivência de desafios constantes no que tange a efetivação de políticas públicas de qualidade.

Como mencionado anteriormente, a cidade é uma das pioneiras no Brasil no que diz respeito à implementação da estratégia de APS conforme aponta a Organização Mundial de Saúde em relação aos cuidados primários. Cidade também

¹²Dados referentes a julho de 2015, conforme informações obtidas junto à Fundação Municipal de Saúde. Disponível em: <www.saude.niteroi.rj.gov.br/>. Acesso em: 09 de ago. 2015.

referência em movimentos sociais em relação à busca de transformação da política de saúde local¹³

Niterói tem sido, historicamente, palco de experiências pioneiras em política de saúde como os Projetos de Atenção Primária à Saúde, Integração Docente Assistencial, Ações Integradas de Saúde e atualmente a municipalização dos sistemas e a institucionalização de participação social através de Conselho Municipal de Saúde. Niterói junto com os municípios de Campinas-SP, Londrina-PR, Montes Claros-MG e outros constituem ricos acervos de realizações, análises e críticas sobre a Política de Saúde no Brasil (SILVA JUNIOR E OLIVEIRA, 1992).

Ainda nos anos 1970, o país foi palco do surgimento de várias propostas de medicina comunitária. Os primeiros meses da gestão do então secretário de saúde, Dr. Hugo Tomassini, professor da Universidade Federal Fluminense, foi marcado pela elaboração de um Plano de Ação que apresenta e registra a medicina comunitária. Essa proposta buscava dar ao município prioridade à atenção básica em saúde como modelo de atenção na rede municipal de saúde (SENNA, 1995).

O então secretário de saúde do município de Niterói cria um grupo de trabalho com o apoio da Universidade Federal Fluminense e da Escola Nacional de Saúde Pública, dando início ao primeiro plano de ação setorial na cidade. O planejamento e as ações em saúde apontavam perfil participativo e tinham por base a medicina comunitária. A rede municipal de atenção primária aumentou e buscava articulação com os demais serviços da rede (centros de saúde, policlínicas, hospitais e PAM previdenciários.). De acordo com Marques (2006), o objetivo do referido plano de ação era potencializar os movimentos sociais e a sua dimensão com os determinantes sociais de saúde, além de propor uma forma alternativa aos modelos de assistência à saúde do período: campanhista ou previdenciário.

Senna (1995) afirma que tal proposta de reorganização do sistema de saúde local enfrentou oposição por parte dos setores conservadores inscritos na esfera federal, estatal e municipal que legitimavam o modelo hegemônico da época. Diante

¹³ Segundo Silva Junior e Oliveira (1992), um exemplo dos movimentos sociais que surgiram na década de 1970 e tiveram grande impacto para a universidade e a para a população foi uma mobilização organizada pelos moradores da comunidade Vila Ipiranga no Fonseca (bairro da zona norte da cidade). A referida população lutava por melhores condições urbanas no local, como também pela sua posse de terra. No que tange à saúde, foi estabelecido um convênio entre a universidade (através da Faculdade de Medicina e da Escola de Serviço Social) e a Fundação Leão XIII para identificar as demandas da comunidade. Esse movimento inspirou outros similares em toda a cidade, redesenhando a política de saúde local.

das dificuldades impostas pela oposição, o então secretário de saúde decidiu por sua exoneração e foi substituído por um grupo técnico oriundo da burocracia previdenciária, o que levou certo retrocesso à proposta participativa que estava em andamento.

No entanto, surgiram movimentos que questionavam o modelo conservador e contestavam o perfil tradicional de assistência à saúde. E a partir de reuniões com outros setores (representantes da UFF, INAMPS e Secretaria Municipal de Saúde) continuaram a apostar numa proposta mais participativa. Nesse contexto, ocorreram mobilizações nas unidades de saúde em Santa Bárbara, Largo da Batalha, Pendotiba e Itaipu. Várias denúncias contra o modelo conservador de práticas em saúde foram levadas por esses movimentos, que resistiram e forneceram à base material e política para a construção de uma política de saúde mais democrática e participativa.

Em 1982, Niterói sedia a experiência pioneira no país de Ações Integradas à Saúde. Surge, portanto, o projeto Niterói.

O Projeto Niterói era uma estrutura colegiada onde tinham assento representantes das quatro instituições públicas prestadoras de serviços em Niterói (Secretaria Municipal, Estadual, INAMPS, UFF) para que pudessem compatibilizar em planos comuns suas atuações e financiamentos. Essas propostas aglutinam os segmentos de resistência das várias instituições, que através de Grupos de Trabalhos Temáticos teciam propostas de políticas de saúde. Nesta fase a principal preocupação é a articulação intra e interinstitucional no setor saúde (SILVA JUNIOR e OLIVEIRA, 1992).

O Projeto Niterói encontrou muitas resistências, mas também apoios, principalmente no âmbito do movimento comunitário, com destaque para a atuação da Federação da Associação dos Moradores de Niterói (FAMNIT).¹⁴ O referido projeto incorporou, portanto, espaços de debate entre direções das unidades de saúde e associações de moradores que viabilizaram várias propostas para gerir e implementar alternativas em relação à saúde local (MARQUES, 2006).

¹⁴ Criada no ano de 1983, a FAMNIT congregava o conjunto de associações de moradores do município que buscavam efetivar políticas mais equitativas na cidade local através do fomento da participação e dos interesses dos seus munícipes.

A implementação do projeto mencionado enfrentou varias dificuldades para atingir seus objetivos, pois foram vários os interesses divergentes e conflitos, mesmo no interior da Administração Pública municipal. Os conflitos, contradições e interesses dos sujeitos envolvidos trilhavam os fluxos e contra-fluxos do processo das Ações Integradas de Saúde na referida cidade (JUNIOR E OLIVEIRA, 1992). Apesar das dificuldades, alguns passos importantes foram sucedidos como informações epidemiológicas e administrativas que já visualizava uma municipalização do sistema de saúde, como também o reconhecimento da proposta de Ações Integradas na Saúde que ganha visibilidade nacional, especialmente em 1985.

Em 1986 ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, considerado um marco na trajetória da política de saúde no país, pois, segundo Bravo (2004, p. 33), esse evento

Reuniu cerca de 4.500 pessoas, sendo 1000 delegados, para discutir os rumos da saúde no país. O temário teve como eixos: Saúde como direito de cidadania, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial. Foi aprovada nessa Conferência a bandeira da reforma sanitária, bandeira esta configurada em propostas, legitimadas pelos segmentos sociais representativos presentes no evento.

Nesse mesmo ano houve eleições para governos estaduais e assumiram a secretaria estadual de saúde membros do movimento sanitário que favoreceram e viabilizaram as propostas da reforma sanitária e do SUS. Foi implementado em 1987, o SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde) que aposta na municipalização do âmbito sanitário.

A implantação do SUS na cidade se dá em 1989, com o apoio do movimento sanitário em nível nacional, do governo municipal do período da Federação de Associação dos Moradores de Niterói (FAMNIT). O então secretário municipal de saúde, oriundo do Projeto Niterói, realizou várias reuniões continuadas para discutir ideias e propostas voltadas à resolutividade das demandas locais.¹⁵Os conselhos

¹⁵ Surgiram conselhos comunitários como propostas de fomentação de mobilização e espaço de participação da população no que tange a melhorias da política de saúde do município. No mesmo ano foi realizado o I Fórum Popular de Saúde de Niterói. Ver Silva Junior e Oliveira, 1992.

comunitários são formados nessa trajetória e, junto à equipe das unidades de saúde, redesenham as ações em saúde e definiam as áreas de abrangência para atuação na área.

No entanto, nesse período o país vivenciava grave crise econômica, política e social decorrente, em parte, do governo Collor (1989-1992), que introduziu vários cortes em gastos sociais, entre eles a política de saúde. Tal fato contribuiu para certa instabilidade no setor e a cidade de Niterói não se isentou desse processo de queda dos repasses financeiros da esfera federal a municipal.

Ainda em 1991, em meio às epidemias de dengue e de meningite, o então prefeito da cidade Jorge Roberto Silveira e seu secretário de saúde visitaram Cuba a fim de buscar experiências inovadoras nessa área e implementá-las no município. Nesse mesmo ano foi instalada uma comissão técnica coordenada pela gestão de Niterói e com assessoria de unidade de saúde em Havana para a efetivação e a adaptação do modelo cubano em saúde da família à realidade do município (SENNA, 1995).

Sob esse prisma, iniciou-se o Programa Médico de Família de Niterói ainda no ano de 1991 e no ano seguinte o primeiro módulo foi inaugurado, passando a fazer parte da rede de saúde da cidade como principal porta de entrada no sistema de saúde local. O objetivo inicial do programa era estender a cobertura de serviços de saúde no âmbito da APS às áreas mais empobrecidas da cidade e desprovidas de serviços de saúde. Houve, portanto, uma adaptação do modelo cubano à realidade do município e algumas características fundamentais foram ressaltadas no redesenho do sistema local de saúde, tais como: definição da abrangência, integralidade da rede e participação da comunidade nos serviços, estabelecendo vínculos dos usuários tanto com os profissionais quanto com os serviços de saúde oferecidos.

Tal perspectiva pressupõe conhecer detalhadamente o território, não apenas como área de abrangência, mas enquanto território-processo, pois só assim há a oportunidade de definir problemas, um conjunto de prioridades e os recursos para atender às necessidades de saúde da comunidade, considerando cada situação específica. O território é compreendido como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, trabalho, renda, habitação, acesso à educação (e o seu saber preexistente), como parte integrante do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de

concepções sobre saúde e doença, família, sociedade. A equipe precisa se inserir nesse território, estimulando a organização comunitária e junto com esta população buscar parcerias intersetoriais na perspectiva de melhores condições de vida e saúde. Estimular a participação popular como prática política, buscando permanentemente parcerias intersetoriais, faz parte da rotina do PMF de Niterói, sem desconsiderar a importância das dimensões de prevenção e assistência à saúde (HUBNER e FRANCO, 2007).

Segundo Hubner e Franco (2007), a escolha das localidades para a implantação do PMF na cidade de Niterói considerou alguns critérios essenciais. São eles: bairros empobrecidos não cobertos pelo poder público local; estrutura fechada no sentido geográfico com base na adscrição dos usuários; presença de alguma forma da participação comunitária que contribua na cogestão no programa; contratos da equipe do programa via CLT em regime de 40 horas semanais; módulos subdivididos em microáreas que contemple 1.200 pessoas; cadastro de todas as famílias das áreas abrangentes.

A partir de 1992 a Associação de Moradores do local dividia a gestão e responsabilidade do programa junto ao aparato municipal, pois cabia a eles a contratação de recursos humanos, como também o repasse de verbas do município para o andamento do programa. À prefeitura cabia a seleção dos profissionais, isto é, a responsabilidade da equipe técnica e seu próprio financiamento.

No início, o programa era composto por um médico generalista e um técnico de enfermagem que trabalhavam 40 horas semanais, sendo esse tempo subdividido em 20 horas de consultório, 16 em atividades como visitas domiciliares e em outras instituições quando necessário, ações de educação em saúde e 4 para ações continuadas de capacitação, realizadas semanalmente na secretaria municipal do setor.

Sendo assim, o médico generalista buscava propiciar ação integral e continuada em saúde tanto aos usuários individualmente, quanto à sua família, no sentido de promover saúde, prevenir doenças e diagnosticar precocemente qualquer enfermidade que necessite de tratamento. A tarefa de realizar reuniões sistematizadas que identificassem as demandas da população também fazia parte das funções da equipe do programa. Logo, esse trabalho era acompanhado

tecnicamente por uma equipe de supervisão formada por ginecologista, clínico geral, pediatra, assistente social, enfermeiro e sanitaria.

Uma característica que se destacava no início da implementação do programa médico de família na cidade era a reunião com as pessoas da comunidade. Era chamada reunião de setor que propunha alternativas de intervenção propositivas e participativas na apreensão do processo saúde-doença. As reuniões serviam como espaço de socialização de informações, tais como: as demandas dos usuários, da rotina da rede de saúde e as dificuldades e fluxos truncados que poderiam ocorrer na rede primária e nos outros níveis de atenção (SOUSA, 2015).

Os profissionais do PMF tinham um público-alvo prioritário para desenvolvimento das práticas educativas como as crianças e adolescentes, mulheres gestantes e idosos. Eram desenvolvidas atividades de educação em saúde com a temática puericultura, cobertura vacinal, acompanhamento em nutrição, planejamento familiar, hipertensão e diabetes. Percebe-se que, nesse sentido, não houve muitas alterações nas ações de educação em saúde já desenvolvidas nas chamadas unidades primárias tradicionais,¹⁶ como veremos nos resultados da pesquisa registrados mais adiante.

O PMF de Niterói teve grande expansão até a metade dos anos 2000. Como já mencionado, o programa em Niterói iniciou com três módulos. Em 2000 eram 27 módulos e 74 equipes, que cobriam 53% da população prioritária e cerca de 14% da população niteroiense. Ao de 2005, a cobertura do PMF era de 24,1% da população total de Niterói. E em 2014, a extensão do programa cobria 27,2% dos municípios da cidade (SOUSA, 2015)

¹⁶ Cabe salientar que à época de implantação do PMF em Niterói, no ano de 1992, o município já contava com uma considerável rede de unidades básicas de saúde (UBS), compostas por médicos nas clínicas básicas (pediatria, clínica médica e gineco-obstetrícia), enfermeiros, assistentes sociais, odontólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem. Algumas dessas UBS contavam ainda com farmacêuticos, psicólogos e nutricionistas. As UBS eram consideradas a porta de entrada para uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde e prestavam principalmente ações de imunização, consultas nas especialidades básicas e grupos de educação em saúde. A implantação dos módulos do PMF se deu de forma desarticulada e mesmo paralela em relação às UBS. Todavia, ao longo do tempo foram desenvolvidas estratégias de integração desses modelos, inclusive com reestruturação de algumas unidades, que foram transformadas em policlínicas. Para um conhecimento dessa trajetória, consultar Sousa (2015).

Ao final da década de 2000 e início de 2010, é possível observar uma transição do Programa Médico de Família em direção à Estratégia Saúde da Família desenhada nacionalmente pelo Ministério da Saúde. Alguns processos parecem ter contribuído para tal. Um deles relaciona-se às próprias dificuldades financeiras enfrentadas pelo município para arcar com o custeio do PMF.¹⁷ Vale também destacar a estrutura de incentivos do Ministério da Saúde para expansão da Estratégia de Saúde da Família, tais como o PROESF, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a PMAQ, dentre outros.

O PMF de Niterói havia se consolidado e apresentava grande expansão com a inauguração de novas unidades. Havia contratação de enfermeiros, médicos e agentes comunitários a fim de aumentar a cobertura da população. Nesse sentido, houve também a necessidade de reorientar algumas funções desempenhadas, tais como: o trabalho no território passou a ser de responsabilidade do agente comunitário de saúde; os técnicos passaram a desenvolver pré-consulta em enfermagem, como também, possível acompanhamento em visitas domiciliares e os agentes, além das visitas, deveriam registrar os dados de saúde nos setores.

Segundo Sousa (2015), tanto a inserção dos agentes comunitários quanto as do enfermeiro se deu de forma rápida, e este último, muitas vezes, geria a unidade básica que trabalhava, além da função de assistência ou de supervisão dos trabalhos dos agentes comunitários.

Em 2008 é lançado pelo Ministério da Saúde o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), constituído por diversos profissionais da saúde para atuação em conjunto com as estratégias na lógica de apoio e supervisão. No entanto, os módulos de Niterói já tinham esse apoio de especialistas. Contudo, o grande desafio é transformar essa equipe em NASF na atualidade. Os supervisores do PMF buscavam efetivar as diretrizes do médico de família e, para tanto, utilizavam as informações registradas no Sistema de Informação da Atenção Básica. Nota-se,

¹⁷ O PMF contou desde seu início com os recursos do Tesouro Municipal. A implantação da Estratégia Saúde da Família (originariamente Programa Saúde da Família) não alterou, do ponto de vista do financiamento, essa condição, na medida em que o programa de Niterói não atendia aos requisitos necessários para qualificar as equipes como PSF. Apenas ao final dos anos 1990, com o reconhecimento de modelo similares ao PSF e a implantação do Piso de Atenção Básica é que o município passou a receber recursos financeiros para o PMF. Para maior detalhamento, ver Sousa (2015), Cohen (2000)

portanto, algumas mudanças na rotina da equipe de supervisão. Segundo Sousa (2015), o supervisor intitula-se, atualmente, apoiador e o número de equipe para supervisionar aumentou o que vem resultando em espaço menor para discussão de casos, como também para a educação continuada da equipe.

Segundo Sousa (2015) a PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) de 2011 manteve sua essência e consolidou algumas alterações como a inserção do NASF, o Programa Saúde nas Escolas, o consultório de rua e levou mais flexibilidade à carga horária da equipe da Saúde da Família. Considera, ainda, a atenção primária como eixo ordenador do sistema de saúde e do cuidado.

O estudo de Sousa (2015) relata que mesmo com as mudanças em nível de política nacional, o PMF de Niterói ainda esbarra na dificuldade de encaminhamentos para os demais níveis de atenção e não consegue abarcar todas as demandas que surgem na unidade. A autora destaca que as dificuldades em conseguir vagas esbarram numa necessidade de mais encontros com os supervisores para discutir os entraves e tentar resolvê-los.

No entanto, a atenção básica do município vem expandindo-se e recebe apoio do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) lançado em 2011, que incentiva os trabalhadores da equipe ao participarem da avaliação da unidade. No ano de 2013 a prefeitura lançou o Programa Mais Saúde, que objetiva estender à rede básica do município e conta com o apoio do aparato federal no custeio dos serviços e reformas das unidades básicas, como também a ampliação do programa de saúde bucal do município.

Sousa (2015) registra que em janeiro de 2015 o prefeito reuniu-se com o ministro da saúde a fim de afirmar parceria no custeio na manutenção e qualificação dos serviços de saúde fornecidos pela atenção primária. A educação e saúde foram setores apontados como grandes impasses para o desenvolvimento da cidade, pois registram piores indicadores do município.

Em julho de 2015, a APS no município de Niterói era constituída por Região Norte I e II, Região da Baía, Praias Oceânicas e Pendotiba e conta com 34 unidades com a presença de médicos, enfermeiros técnicos de enfermagem e agentes

comunitários. Ainda não possui a implementação do NASF, mas conta com os apoiadores que fornecem supervisão as Equipes Saúde da Família..

No entanto, para que a equipe tenha suporte no sentido de concretizar tais ações, há a capacitação permanente dos profissionais que encontram-se sob responsabilidade do NEP–Núcleo de Educação Permanente

Nesse sentido, a educação em saúde na atenção básica do município pode fortalecer o controle social e contribuir para um planejamento participativo presente nas diretrizes do SUS que podem ter um dos mecanismos de apoio às práticas educativas em saúde.

1.2.3) O foco do estudo: a educação em saúde na atenção primária de Niterói

Segundo Marques (2006), os documentos normativos do Programa Médico de Família de Niterói definem que a educação em saúde deve se fazer presente em toda prática profissional. Deve preencher tanto as ações curativas quanto as de prevenção. Nas práticas de cunho curativo, essas ações podem se fazer presentes nas queixas dos usuários, na explicação do diagnóstico e na orientação do tratamento. Nas atividades preventivas podem ser percebidas no acolhimento, na pré e na pós consulta, no trabalho de campo e nos grupos educativos.

De acordo com a autora, a atenção básica do município deve manter algumas ações que fazem parte de sua dinâmica e proposta de metodologia. São elas:

- Ações no interior do módulo que inscreve o atendimento ambulatorial e a execução de tarefas burocráticas como preenchimento de fichas, relatórios, planejamento das ações, entre outras;
- Visitas domiciliares que são realizadas quando necessárias. A ausência de consultas agendadas por usuários considerados de risco é um pressuposto para a realização das visitas que podem ter perfil de consulta, como também pode ser acompanhamento para reatualização de cadastro familiar;

- Interconsulta como parte da supervisão que pode ser realizada no próprio módulo ou no domicílio do mesmo. Nessa perspectiva ocorre uma ação intersetorial que muitas vezes referencia o usuário para outra instituição;
- Reunião do setor que estimula a participação da associação de moradores da área e possibilita ministrar ações intersetoriais, como também a participação popular numa parceria por melhor qualidade na política pública de saúde local;
Grupos educativos que são ações essenciais, pois a educação em saúde deve ser pensada, elaborada, estudada com objetivos claros e metodologia que contribuam para a promoção à saúde no sentido ampliado.

Segundo documento do Programa (PMF,2007), as práticas educativas viabilizam certo potencial de transformação no cotidiano das ações que são operacionalizadas nesse espaço. O documento menciona que as práticas educativas podem construir estratégias que direcionem ações concretas que trilhem a transformação da realidade.

Cabe ao educador buscar criar a metodologia (caminho) e critérios pedagógicos específicos para cada grupo, tipo de pessoas, organização e circunstâncias com quem e nas quais será desafiado a trabalhar. Ele deverá ter clareza, também, quanto às implicações da metodologia escolhida, bem como de que o saber na dinâmica ensino-aprendizagem não se dará apenas pelo desenvolvimento do intelecto, mas igualmente pela interação da emoção, afeto, do prazer, do espírito, enfim do indivíduo pleno (PMF, 2007, p.21).

Nesse sentido, o estudo buscou identificar se as práticas educativas no município seguem essa diretriz: uma educação em saúde que potencialize o usuário como sujeito de sua própria história e abarque a concepção ampliada em saúde, entendendo-a como direito de cidadania e viabilizando ações que busquem caminhar no fomento da participação ativa dos usuários no processo saúde-doença.

Segundo Marques (2006), o trabalho com grupos educativos insere toda equipe da unidade através de práticas educativas junto à população na busca de respostas para as demandas oriundas.

O PMF (2007, p. 22) pressupõe a existência de grupo para exercer uma atividade educativa em sentido amplo, tais como: reuniões, assembleias, cursos etc. Registra que o grupo é espaço de interação social e âmbito favorável para o desenvolvimento de experiências educativas. Aponta ainda que as dinâmicas utilizadas nas dimensões grupais podem ser utilizadas para facilitar a ampliação do conhecimento das pessoas na busca de solução dos conflitos e da vivência da troca. O processo da troca necessita estar presente na rotina do cotidiano profissional e deve fazer parte de um todo de forma natural.

Trabalhar nesse rumo torna-se, muitas das vezes, um desafio no cotidiano do trabalho, pois a maioria dos profissionais da saúde não teve, durante sua formação acadêmica, conteúdos relacionados à educação em saúde de cunho político, participativo e político. Nesse contexto, uma série de limitações pode travar o desempenho de atividades educativas no sentido amplo da educação em saúde.

Marques (2006) ressalta que a proposta de educação em saúde na atenção primária de Niterói destaca a importância do trabalho com grupos educativos, pois são instrumentos de debate e reflexão que fluem na troca de saberes entre profissionais e usuários sobre os determinantes da saúde, como também sobre os indicadores presentes na realidade local.

A autora supracitada destaca que o PMF de Niterói sugere temas a serem desenvolvidos nos grupos específicos, tais como: diabetes, hipertensão, puericultura, gestante e cada um desses possuem objetivos definidos.

O planejamento das atividades é essencial, tanto na educação continuada quanto nas práticas educativas em si. Nesse contexto, a atenção primária de Niterói apresenta propostas básicas de organização dos grupos educativos e sugerem definição dos objetivos, metodologias e planejamento de custos. Os temas sugeridos não pretendem abarcar todas as necessidades da população local, pois as demandas são diversas e as prioridades dependem de cada grupo, cada comunidade e dinamizam-se a todo tempo (PMF, 2007).

A atenção básica de Niterói propõe uma metodologia às práticas educativas que possibilite operacionalizar estratégias que abarquem a população como um todo, isto é, que integrem as ações no âmbito da saúde pública. O método de

efetuar as práticas de educação em saúde está fundamentado nas diretrizes da atenção básica em saúde que são contextualizadas ao cotidiano dos espaços profissionais com a finalidade de promover a saúde.

A percepção crítica de necessidades específicas da população-alvo, gestadas historicamente num quadro de diversidades de carências com reflexo na saúde, fortalece as perspectivas de ações preventivas e promocionais, viabilizadas e compatibilizadas no processo de educação em saúde (PMF, 2007, p. 22).

A atenção primária do município compreende a prática educativa como processo de estímulo a participação dos usuários na busca de respostas a conflitos e às problemáticas da realidade local. Soluções estas que fluem mediante reflexões, debates e ideias gestadas coletivamente (PMF, 2007, p.23).

O debate sobre as situações vivenciadas na dinâmica do cotidiano da população facilita a produção de novas respostas e conhecimento que, internalizados, contribuem para o enfrentamento de desafios do dia a dia dos usuários assistidos. Por esse motivo a Atenção Básica em Saúde de Niterói procura estimular a dimensão grupal nas atividades educativas, visando à participação coletiva e ativa que viabilize o crescimento e autonomia das pessoas. Nesses termos, a atenção primária do referido município aponta como propostas de intervenção:

- As reuniões do setor que incentivam à participação popular, debatendo indicadores de saúde local;
- Os grupos de Educação em Saúde que devem ser planejados, elaborados com objetivos claros e precisos, como também, registrada em documento próprio;
- As visitas domiciliares que podem apresentar perfil de consulta, acompanhamento ou outro tipo de captação, mas sempre otimizadas no sentido de atualização do cadastro familiar;
- A construção de uma rede intersetorial que deve ser tecida junto às famílias de risco social¹⁸

¹⁸ As famílias consideradas de risco são as que vivem até meio salário mínimo per capita, chefes de família com escolaridade até o quarto ano do ensino fundamental e que encontram-se desempregados ou em condições precárias de trabalho, uniparentais com crianças até seis anos em casa ou com terceiros, pessoas com 60 anos ou mais, portadores de deficiência com renda mínima, crianças até 12anos que trabalham e não frequentam

Sob esse prisma, o PMF de Niterói (2007) apresenta a proposta de grupos educativos como atividade realizada no coletivo que sincronizam esforços para atingir novos horizontes no processo saúde-doença. Afirma que as ações educativas compõem a metodologia de trabalho do espaço primário em saúde. E para tanto, busca desenvolver ações integralizadas com troca de saberes e construção mútua da consciência reflexiva-crítica.

Segundo Marques (2006), existe um protocolo de atividades em grupos que insere-se no PMF como instrumento disponível para os profissionais da atenção básica a fim de que as atividades estejam registradas no setor.

A partir do exposto, a referente pesquisa pretende apresentar como as práticas de educação em saúde vêm sendo construídas no espaço da atenção básica do município, a partir das concepções dos profissionais de saúde, da identificação das dinâmicas das práticas educativas e, por fim, de sua relação com a atenção primária na percepção dos profissionais.

1.2.4) Procedimentos metodológicos para coleta e análise dos dados

Considerando os objetivos propostos nesse estudo, a pesquisa buscou conjugar alguns procedimentos para a coleta de dados, de modo a diversificar as fontes de informações e possibilitar uma visão mais abrangente sobre a educação em saúde no município.

O primeiro procedimento foi a análise documental, realizada a partir do arrolamento de normativas, documentos orientadores e relatórios sobre atividades de educação em saúde tanto no nível federal quanto no município de Niterói. Nesse sentido, foram analisados os documentos que instituem a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006; 2012), a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006; 2014) e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2013), no plano federal e os documentos de criação e protocolos do PMF de Niterói (PMN, 1997). Estudos anteriores realizados por diferentes pesquisadores

escolas, residentes em domicílio precários, pessoas sujeitas à violência doméstica e à negligência e pessoas em estado de dependência química (PMF, 2007).

sobre a saúde no município, também foram analisados, com destaque para os trabalhos de Silva Júnior e Oliveira (1989), Senna (1995), Sousa (2015) Coehn(2000)

Sobre a análise documental, é preciso ressaltar, como nos ensina Flick (2009), que os documentos não contêm apenas dados simplórios, mas se constituem enquanto importante recurso para a pesquisa na medida em que fornecem dados sobre uma determinada realidade e informações significativas para entender o contexto pelo qual foi produzido.

Outro procedimento adotado foi o levantamento de dados secundários sobre o município de Niterói, em especial no que tange à oferta de serviços de saúde. Foram consultados os bancos de dados do IBGE e do DATASUS, além da página virtual da Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

Esses procedimentos foram complementados com a realização de entrevistas de caráter semiestruturado com os profissionais que desenvolvem atividades educativas em grupo na Atenção Primária à Saúde do município de Niterói. Com o objetivo de mapear os profissionais e as unidades de saúde que desenvolvem ações de Educação em Saúde, foram realizados contatos com o Núcleo de Educação Permanente (NEP) do município, setor responsável não só pelo processo de educação permanente dos profissionais vinculados à Atenção Básica em Saúde do município como também pelas autorizações e apoio às atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas na Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

Nesse contato com o NEP, foi solicitada a relação das equipes de Saúde da Família/PMF que desenvolvem ações educativas em forma de grupo para o desenvolvimento do trabalho de campo. A perspectiva era identificar as chamadas “melhores práticas” de educação em saúde, assim definidas pela longevidade dessas intervenções, por sua regularidade e pelo número de participantes frequentes. Buscou-se também contemplar as diferentes áreas/ regiões do município, tendo em vista a possibilidade de contemplar diversidades territoriais. Desse modo, foram definidas oito unidades básicas de saúde do município de Niterói, nas quais são desenvolvidas atividades em grupo de educação em saúde pelos profissionais da área.

O passo seguinte ao levantamento junto ao NEP foi contatar os profissionais responsáveis pelas atividades educativas desenvolvidas nas unidades básicas. Esses contatos foram intermediados pelo próprio NEP, que viabilizou os encontros entre a pesquisadora e os profissionais de saúde por telefone com data e hora específicas para realização das entrevistas. Nesse contato inicial foi ainda brevemente informado aos profissionais os objetivos da pesquisa e fornecidos os esclarecimentos solicitados em relação a entrevista a ser realizada.

Na data e hora marcada, foi realizado o encontro entre pesquisador e os profissionais de saúde envolvidos nas atividades educativas das unidades básicas referenciadas. Antes de cada entrevista, foram explicitados os objetivos da pesquisa e, após esclarecimentos, autorização e assinatura do termo de consentimento (apêndice 1), as entrevistas tiveram início. As entrevistas foram individuais e seguiram um roteiro predefinido (apêndice 2), com a finalidade de conduzir a conversa e melhor orientação da pesquisa.

O roteiro de entrevistas estava subdividido em quatro eixos centrais e cada um deles era explicado no ato da entrevista. Os eixos eram: identificação do profissional (para efeitos de controle interno e perfil dos profissionais, com garantia do anonimato dos entrevistados), idade, sexo, formação, tempo de formação, pós-graduação, vínculo e carga horária atrelada a unidade. Nos demais eixos, o roteiro envolvia questões mais abrangentes quanto a concepção de saúde, educação em saúde a relação dessas com a atenção primária à saúde.

As entrevistas foram realizadas na própria unidade básica de saúde em que os entrevistados trabalham, em sala reservada e com duração média de 30 a 40 minutos. Das oito entrevistas realizadas, apenas uma não autorizou a gravação da entrevista, o que foi respeitado, sendo o registro realizado a partir das anotações do pesquisador.

As entrevistas foram transcritas, sistematizadas e analisadas com base na metodologia da análise de conteúdo, compreendida como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca dos sentidos atribuídos nos documentos e/ou nos discursos dos sujeitos envolvidos. Inicialmente foi feita uma leitura flutuante do material coletado, com o intuito de apreender as ideias principais e seus significados

gerais. Após essa leitura, procedeu-se à seleção das unidades de análise. Optou-se pela análise do tipo temático. Em seguida, foi estabelecido o processo de categorização, de forma a extrair, na dinâmica de idas e vindas entre o material empírico coletado e os referenciais teóricos, os significados e elaborações que respondam aos objetivos propostos pelo estudo. A análise empreendida teve, desse modo, como eixos centrais as concepções de saúde e de educação em saúde dos profissionais; a dinâmica e os instrumentos de educação em saúde e a relação entre educação em saúde e atenção primária.

CAPÍTULO II

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA SAÚDE PÚBLICA

Examinar as concepções e práticas da educação em saúde nos coloca diante da tarefa de compreender como esse campo de intervenção se constituiu ao longo do tempo, de forma a demarcar tanto os processos de emergência e desenvolvimento da educação em saúde quanto as inflexões produzidas nesta trajetória histórica. A perspectiva que orienta o presente enfoque pretendido é a de que tais processos estão profundamente articulados à própria trajetória da saúde pública, a qual, por sua vez, só pode ser compreendida como parte integrante dos processos sociais, políticos e econômicos mais amplos em cada contexto histórico.

Nesse âmbito, o presente capítulo discorre, inicialmente, sobre como a temática da educação em saúde surge e ganha espaço na saúde coletiva. O ponto de partida é a gênese das estruturas do processo de acumulação capitalista, mais especificamente quanto à produção e à reprodução das relações sociais de uma sociedade urbano-industrial. Em seguida, o capítulo enfoca a formação da política de saúde no cenário brasileiro e as formas assumidas pela educação em saúde adotada no país. Nesse prisma, ressaltam-se os principais marcos que viabilizaram a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), entendido como um novo modo de intervenção pública no campo sanitário. Destaca-se, ainda, de que forma a educação em saúde tem sido incorporada no âmbito do SUS na atual conjuntura.

2.1) A constituição da saúde pública e as protoformas de educação em saúde no mundo capitalista moderno

A formação e a organização mais institucionalizadas da saúde pública estão associadas ao desenvolvimento do capitalismo, principalmente à ascensão da economia industrial¹⁹ a partir das primeiras décadas do século XIX. O processo de industrialização vivenciado inicialmente na Inglaterra e posteriormente seguido na França, na Bélgica e nos Estados Unidos viabilizou inovações tecnológicas e expansão dos meios de transporte e de comunicação, o que acarretou mudanças econômicas, políticas e sociais nos referidos países.

O modo de produção capitalista trouxe, conseqüentemente, a ascensão e o desenvolvimento do proletariado urbano no cenário político, principalmente entre as décadas de 1830 e 1840, na medida em que o processo de industrialização introduziu novas formas de planejamento territorial, principalmente nas áreas urbanas. É nesse contexto que a saúde passa a ser reconhecida como uma expressão da questão social²⁰ e, portanto, um fenômeno não apenas de ordem natural ou puramente biológico, mas parte de um processo mais amplo, articulado ao sistema de acumulação de capital. É exatamente neste cenário que emergem as protoformas da saúde pública, sendo a Inglaterra o primeiro país industrial a constituir e organizar políticas sanitárias (ROSEN, 1994, p. 158).

No início do século XIX, a organização da saúde pública na Inglaterra esteve primordialmente vinculada à assistência à população mais empobrecida, através das chamadas Leis dos Pobres.²¹ Manter a assistência aos pobres consistia no principal desafio do país, na medida em que era necessário manter a

¹⁹ A Revolução Industrial que se originou na Inglaterra no século XVIII acarretou transformações no sistema de produção a partir da introdução das máquinas e locomotivas a vapor. Essas metamorfoses alteraram profundamente as relações sociais e econômicas do mundo moderno. Segundo Polanyi (1980), a busca pelo progresso e a complexa transformação social e econômica ocorridas no século XVIII na Inglaterra provocaram uma verdadeira desarticulação na vida social inglesa e levou à submissão da sociedade ao mercado.

²⁰ Questão Social entendida como expressão das contradições que fazem parte de um sistema de acumulação capitalista. Para abordagem mais profunda do conceito, ver Behring (2009).

²¹ A Lei dos Pobres foi outorgada na Inglaterra em 1601 e, em linhas gerais, estabelecia que os industrialistas da época deviam dar assistência aos pobres para manter a força de trabalho disponível a uma economia industrial em pleno desenvolvimento. Ver Polanyi (1980).

disponibilidade da força de trabalho para os locais com maior necessidade. Proteger a saúde pública se tornava, assim, um eixo fundador para a emergente civilização industrial (ROSEN, 1994, p. 158).

Segundo Rosen (1994), com o crescimento e desenvolvimento da classe operária industrial nas cidades, surgem problemas relacionados à saúde que despertam a atenção pública. Uma série de epidemias atingia os trabalhadores ingleses que viviam nas cidades e trabalhavam nas fábricas. A expansão rápida da população urbana superava a oferta de moradia nas grandes cidades e, conseqüentemente, acentuava as aglomerações de pessoas em péssimas condições de vida nos locais mais pauperizados.

Os surtos epidêmicos ocorriam com maior intensidade nos centros urbanos, devido ao alto grau de concentração humana. Tal processo desencadeou um conjunto de intervenções públicas na parte da saúde pelo Estado. A epidemia de cólera de 1831 a 1832 fortaleceu ainda mais o interesse pela situação das cidades. Evidenciou-se que as doenças acometiam principalmente os distritos mais pobres, os locais que mais negligenciavam as medidas sanitárias, as áreas mais poluídas por excrementos e outras imundícies acumuladas. Assim, a nova Lei dos Pobres (*Poor Law Amendment Act*, de 1834) concentrou a atenção nos problemas de saúde das comunidades urbanas (ROSEN, 1994, p. 168).

Na década de 1840, a Inglaterra instituiu uma Comissão de Saúde²² nas grandes cidades, com o objetivo de divulgar o conhecimento sobre as condições urbanas de saúde e apoiar as regras de saúde pública. A atuação dessa Comissão designava as primeiras formas de educação em saúde nos primórdios do movimento pela reforma sanitária inglesa no percurso do século XIX. A educação em saúde consistia em disseminar conhecimento sobre ações para obter melhores condições urbanas, como exemplo: criação de legislação para impor regras sanitárias, legislação reguladora das larguras de ruas, como também, para drenagem,

²⁰ Segundo Rosen (1994), surge em 1843 uma Comissão Real para a Investigação da Situação de Saúde das cidades grandes e dos distritos populosos. Esse Comitê era composto por membros de saúde que objetivavam impor o cumprimento das normas sanitárias.

pavimentação e limpeza. A primeira medida sanitária também foi aprovada na Inglaterra em 1846 com o Ato Sanitário de Liverpool.²³

Várias medidas legislativas surgiram para o enfrentamento de problemas relacionados à saúde pública, porém, não obtiveram muito êxito, pois segundo Rosen (1994, p.182) os mesmos aspectos degradantes das comunidades urbanas nos anos de 1830 a 1840 continuaram sendo foco de preocupação trinta anos mais tarde. Pode-se dizer que as medidas de planejamento da saúde pública não acarretaram mudanças significativas para as condições sanitárias, mas semearam ideias que frutificaram no final do século XIX.

Como mencionado, a constituição de um campo de intervenção estatal denominado de saúde pública está vinculada à emergência de uma sociedade urbano-industrial. Os primeiros países industrializados introduziram o debate sobre a temática, na medida em que não somente a Inglaterra enfrentou problemas de epidemias, mas também a França e a Alemanha.

A França contribuiu muito para o saber do tratamento e controle de doenças transmissíveis, pois durante a primeira metade do século XIX era referência no debate de teoria política e social,²⁴ configurando um tipo de intervenção sanitária articulada à reforma urbana, denominada Medicina Social.²⁵ Já o vizinho germânico decretou um projeto de lei na década de 1840 que ressaltava avanços no debate da saúde pública, pois inscrevia a importância do desenvolvimento sadio mental dos cidadãos, a prevenção dos riscos à saúde, como também o controle das doenças. Sob essa luz, a saúde pública deveria zelar pela sociedade como um todo,

²¹ A primeira medida sanitária deu ao Conselho da cidade o poder de nomear um médico de Saúde Pública e um engenheiro municipal que seriam responsáveis pela melhoria das condições sanitárias urbanas. Para melhor compreensão, ver Rosen (1994, p. 176).

²⁴ Durante a primeira metade do século XIX, a França detinha uma teoria política e social muito avançada para a época. O movimento francês de saúde pública escrevia sobre problemas de saúde comunitária e a maior contribuição do país no que diz respeito à saúde pública foi a aplicação da ciência ao diagnóstico e controle das doenças. Para maior aprofundamento, ver Rosen (1994)

²⁵ A terminologia “Medicina Social” surge na França em 1848 e reaparece com destaque na OMS em 1948, pois possibilita um novo ciclo no âmbito da atenção à saúde, considerando as influências das condições sociais econômicas e culturais no processo saúde-doença. A medicina social é entendida como “o campo de práticas e conhecimentos relacionados com a saúde com preocupação principal de estudar a sociedade, analisar as formas correntes de interpretação dos problemas de saúde e da prática médica”. Para aprofundamento da temática, ver Nunes (1994).

considerando aspectos físicos e sociais.²⁶ As ações de saúde pública na Alemanha assumiam um forte caráter controlador, conhecido como Polícia Médica.²⁷

O processo de industrialização desencadeado nos países supracitados trazia para o debate da saúde pública o clamor por melhores condições de trabalho, pois havia uma jornada laboral muito prolongada, falta de ventilação nas fábricas, e pouco tempo para realizar as principais refeições.

As condições de trabalho nas minas também contribuíram para a preocupação com a saúde dos trabalhadores. Nesse período, apresentava-se, de forma gradativa, o conhecimento sobre a saúde ocupacional, principalmente dos trabalhadores que atuavam nas fábricas e nas minas. Iniciava-se, portanto, uma reforma social que unificava pesquisa médica e ações administrativas para avançar no campo da saúde do trabalhador. A educação em saúde na área do trabalhador também dava seus primeiros passos. Com a preocupação de manter a higiene nas minas, médicos e engenheiros produziram as primeiras literaturas sobre aspectos de saúde industrial que se tornou mais visível durante a década de 1890 (ROSEN, 1994, p. 213).

Apesar de pequenos avanços no debate da saúde pública, principalmente nas décadas de 1830 a 1850, pandemias de cólera se espalharam pela Europa e pelas Américas. O controle da doença se tornou questão de política de saúde pública e a Inglaterra criou o Departamento Geral de Saúde em 1848 para controlar os surtos epidêmicos do período.

A criação de medidas de controle sanitário acarretou mudanças políticas não apenas para a Europa, mas também, para as Américas, principalmente para os Estados Unidos. As intensas transformações vivenciadas nos campos econômico e social das cidades europeias possibilitaram o crescimento da imigração para os Estados Unidos, o que alertou para questões da saúde pública no país.

²⁶ A saúde pública deveria cuidar da sociedade como um todo, considerando as condições do solo, da indústria, dos alimentos, da água e da habitação. Deve proteger o indivíduo em relação à pobreza e à enfermidade. Nesses termos, ela deveria oferecer profissionais de saúde capacitados e em número suficiente para promover a saúde à sociedade. Ver Rosen (1994).

²⁷ Segundo Barata (1987, p. 11), Polícia Médica significa um conjunto de ações estatais sobre a saúde pública que ampliava a fiscalização dos locais de trabalho, da obrigatoriedade de sepultamento dos cadáveres, controle sobre a comercialização de alimentos, entre outras providências que visavam a melhoria das condições urbanas.

A habitação inadequada, a situação insalubre e o aumento da pobreza prejudicavam os americanos, nesse período, com epidemias de várias doenças como a febre amarela, varíola, febre tifoide, entre outras. Surge, assim, o planejamento sanitário, de caráter público, com claro propósito moral para reeducar o povo quanto a medidas de higiene pública e privada. Médicos, funcionários públicos e leigos formavam um grupo responsável de enquadrar a população nos moldes sanitários impostos pelas autoridades.

Apesar da adoção de tais medidas, o problema de saúde continuava a chamar a atenção das autoridades sanitárias, na medida em que as altas taxas de enfermidades e mortes ressaltavam a necessidade de enfrentamento da questão. Segundo Rosen (1994, p. 192), houve quatro Convenções Nacionais de Quarentena e Saúde em cidades americanas que contaram com a presença de profissionais reconhecidos no terreno da saúde pública.

A expansão da economia industrial contribuiu enormemente para que os países iniciassem as descobertas bacteriológicas para o enfrentamento das crescentes epidemias que assolavam a população urbana. Os Estados Unidos e os países industrializados da Europa confiavam à intervenção estatal o controle da pobreza, relacionando-a às más condições de saúde e à necessidade de prevenção das doenças. Torna-se explícito que há uma culpabilização dos indivíduos em relação ao controle das epidemias, principalmente focadas nas pessoas mais pobres. Enfatiza-se, portanto, a necessidade de mudanças de comportamentos e hábitos individuais para melhores condições da saúde pública.

Nesses termos, havia o esforço pelo bem-estar das mães e das crianças recém-nascidas em idade escolar. Emerge assim, nas primeiras décadas do século XX, a educação como instrumento fundamental para superar os desafios²⁸ de saúde vivenciados por mães e crianças, na medida em que se acreditava que por meio da educação sanitária seria possível ensinar as mães (pobres) a cuidar de seus filhos. Evidencia-se, portanto, o caráter controlador de mudanças de comportamento, hábitos e valores em relação aos pobres.

²⁸ Os desafios desse período correspondem prioritariamente a evitar a mortalidade infantil. Havia um decréscimo de jovens para o serviço militar, despertando a preocupação da Inglaterra e de outros países quanto à manutenção de recursos humanos para servir às forças armadas e manter o alistamento dos jovens. Ver Rosen (1994).

Para se atingirem os objetivos desejados, era necessário difundir o conhecimento e estimular a ação, a fim de, em última análise, promover mudanças de comportamento de indivíduos e grupos. Partindo dessa consciência, desenvolveram-se organizações técnicas e recursos humanos para alcançar a comunidade como um todo, e grupos e indivíduos em particular. No entanto, com indivíduos ou pequenos grupos... era essencial formar um sanitarista capaz de ensinar, e de trabalhar com o povo, de maneira adaptada às necessidades particulares da população (ROSEN, 1994, p.287).

No início do século XX, surgem as visitadoras sanitárias como uma ramificação da enfermagem de saúde pública que cuidava e oferecia assistência às crianças e jovens nos lares. Assim, a promoção e a prevenção²⁹ da saúde se encontravam sob a responsabilidade governamental. Porém, existia a ação voluntária formada por grupos e associações que estimulavam a saúde na comunidade por meio de educação e como forma de melhorar os serviços de saúde existentes.

A Associação Nacional de Tuberculose³⁰ surgida nos Estados Unidos em 1904 é considerada a agência mais antiga com o propósito de educar o povo em relação à prevenção de doenças. De acordo com Rosen (1994), a estratégia interventiva da Associação consistia na exposição de imagens de pulmões tuberculosos, fotografias de habitações inadequadas e insalubres, entre outras cenas que despertassem no público reações constrangedoras que o convencesse a mudar seu comportamento insalubre. Essas atividades eram itinerantes e apresentadas em feiras e lojas vazias das cidades. Inspiradas nesta experiência estadunidense, ideias afins se desenvolveram em outros países como a França e a Alemanha, e ainda serviu de exemplo para associações com foco em outras doenças, como, por exemplo, a paralisia infantil (poliomielite).

²⁹ Promoção e prevenção de saúde são conceitos diferentes. A primeira é mais ampla e procura modificar condições de vida para torná-las adequadas e dignas ao indivíduo e à sociedade. Indica a transformação dos processos individuais e orienta-se pelo conjunto de ações coletivas que favoreçam a saúde e a melhoria das condições de bem-estar. Já a prevenção é mais restrita à detecção e ao controle de um conjunto ou de uma enfermidade específica. Seu foco é a doença e busca mecanismos para combatê-la. Para maiores esclarecimentos da temática, ver Czeresnia e Freitas (2009).

³⁰ O movimento antituberculose surgiu em 1904. Seu fundador John S. Fulton montou a primeira mostra de tuberculose, em Baltimore, e, no ano seguinte, uma exposição similar foi apresentada no Museu Americano de História Natural em Nova York. (Rosen, 1994).

Rosen (1994, p. 299) afirma que a ideia de sistematizar agências e associações para obter o controle de alguma enfermidade ou controle de algum grupo de doenças se espalhou como forma de campanha de educação em saúde pública. O governo se tornou mais ativo em relação ao financiamento dessas agências que efetivavam pesquisas e educação em saúde.

Sob essa luz, surgiram as primeiras formas de operacionalizar a educação em saúde. As agências e associações mencionadas se envolveram em atividades de educação sanitária, na medida em que acreditavam que para prevenir as doenças era necessário ensinar saúde — leia-se hábito saudável — ao povo. Nota-se, assim, ao final do século XIX, a importância da Educação em Saúde, que ganha terreno no século posterior, oriunda do movimento antituberculose.

Ainda nas primeiras décadas do século XX, os países mais industrializados intensificaram as atividades educacionais, publicando folhetos, boletins, panfletos e palestras sobre a temática. A primeira Guerra Mundial, ocorrida nesse período, intensificou as atividades de educação em saúde, pois o cenário da época era propício para efetivar o controle de doenças, principalmente das venéreas nas Forças Armadas.

O termo Educação em Saúde foi empregado pela primeira vez em 1919, em uma conferência realizada pela Organização de Saúde da Criança nos Estados Unidos. Nessa conferência, a Organização reconheceu a necessidade de um programa de Educação em Saúde coordenado e capaz de atingir seu público-alvo: as famílias, em especial as mães pobres. No ano seguinte, a Organização de Saúde da Criança forneceu bolsa de estudos para especialistas na área visando incrementar as ações de educação sanitária. Nos demais países industrializados, a Educação em Saúde se desenvolveu de forma diferenciada, porém com o mesmo propósito, qual seja, o de reeducar o povo (ou melhor, a população empobrecida) sobre prevenção de doenças, utilizando os mesmos mecanismos de divulgar informações da experiência americana, como palestras, folhetos, boletins, jornais, entre outros (ROSEN, 1994).

Segundo Alves e Aerts (2011), a educação em saúde nasceu no mundo moderno com alguns pressupostos definidos, os quais correspondem às seguintes

orientações: a questão de saúde com foco individual, que pode ser modificada a partir das mudanças de hábitos e condutas higiênicas; a educação em saúde limitada somente à transmissão de conteúdos sobre prevenção de doenças; e, por fim, a problemática do processo saúde doença se resume à falta de informação por parte da população.

Verifica-se, assim, que a educação em saúde se fundamentava na perspectiva de responsabilizar os indivíduos pelos seus problemas de saúde, estando sua atenção voltada para a transmissão do conhecimento e a domesticação da população, de modo a seguir as regras impostas pelos trabalhadores da saúde e pelos grupos dominantes (ALVES e AERTS, 2011. p. 320).

Essas ações educativas se destinavam, portanto, apenas à transmissão de conteúdo para a população numa relação em que o sujeito (um profissional da saúde) é o educador em saúde e o educando é meramente objeto passivo que absorve o conteúdo fornecido pelo agente educador. Nesse sentido, a educação em saúde se torna um meio de erradicar a falta de informação da população — em especial pobre — sobre aspectos biológicos das doenças e se restringem a atributos exclusivamente individuais, assumindo um caráter autoritário, desconsiderando o saber da população. Eram práticas de dominação que consistiam em doutrinar os educandos e enquadrá-los às normas e regras impostas pela ordem social vigente.

Sob esses moldes, a educação em saúde se encontrava restrita ao repasse de informações sobre os agravos e danos das doenças. O foco central das práticas sanitárias consistia em implementar mudanças sobre o comportamento individual dos indivíduos pobres. As orientações sobre as formas e hábitos “certos” de higiene eram relacionadas à prevenção de doenças. Nesse prisma, o povo considerado como ignorante necessitava ser moldado e informado devidamente. Figueiredo, Neto e Leite (2009) indicam que esse modelo de educar em saúde se caracteriza apenas pela atitude informativa, e apreende a educação em saúde por um viés paternalista e doutrinário que dita conceitos de comportamento saudável à população.

Para além da prevenção de doenças, as ações de educação de saúde também se associam a um projeto mais amplo de disciplinar o trabalhador. A saúde

ocupacional ganha lugar de destaque nos anos de 1910 a 1920, com regulação de várias leis trabalhistas e acontecimentos de eventos que correspondiam à saúde do trabalhador.³¹

O avanço na área da saúde ocupacional foi decorrente dos avanços profissionais e educacionais, principalmente com o incentivo de alargar o número de enfermeiras que tinham o papel de educar os trabalhadores na indústria.³² Os cuidados com a saúde dos trabalhadores da indústria eram coordenados pelo serviço de enfermagem, que visitava as fábricas e reeducava o trabalhador quanto à prevenção de doenças ocupacionais através da higiene industrial (ROSEN, 1994). Seguindo essa linha, a educação em saúde modelava os trabalhadores para ajustá-los às normas do capital.

O sistema capitalista necessitava do rendimento da força de trabalho e procurava investir em estudos sobre as doenças, a fim de evitar as grandes epidemias, não somente nos países industrializados, mas também em outros territórios como a África, a Ásia e a América Latina. A Fundação Rockefeller³³ teve papel fundamental na saúde pública no plano internacional, pois foi responsável em efetuar o papel de reestruturar e reorganizar campanhas com ações legitimadas e conduzidas pelo grande capital, isto é, pelos agentes que favoreciam a expansão da industrialização (ROSEN, 1994, p. 299).

As primeiras décadas do século XX constituíram um período marcado pela formulação de uma política relacionada à saúde pública nos países considerados industrializados. Desenvolveram-se os centros de saúde³⁴ em vários países, principalmente na década de 1930. Esses forneciam serviços de saúde em clínicas,

³¹ O período de 1910 a 1920 evidenciou o crescimento de interesse na área de saúde do trabalhador. Ocorreu em Chicago a I Conferência Nacional sobre Doenças Industriais. Instalou-se em Nova York a primeira clínica para doenças ocupacionais. Criou-se o Conselho Consultivo dos Clínicos da Indústria. Ver Rosen (1994).

³² O interesse pela Saúde Ocupacional viabilizou o aparecimento da especialidade da Enfermagem Industrial que era uma ramo da Enfermagem em Saúde Pública. A Inglaterra e os Estados Unidos foram os pioneiros na implementação desse profissional nas indústrias. Ver Rosen (1994).

³³ A referida Fundação surge nos Estados Unidos na cidade de Nova York em 1913 com o objetivo de promover o bem estar da humanidade no mundo. Ver Rosen (1994).

³⁴ Os centros de Saúde ofereciam serviços de educação em saúde, visita de enfermagem, clínica de doenças venéreas, laboratórios e até banco de leite à comunidade local. Seu conceito se desenvolveu como um serviço de vizinhança e de ação comunitária. Ver Rosen (1994).

visitas de enfermagem, assistência a crianças, serviços odontológicos e atividades educacionais relacionadas à tuberculose.

Os primeiros centros de saúde tinham um papel primordial na educação em saúde, pois ofereciam às famílias um local onde a saúde tinha uma assessoria médica e as oportunidades de educação aumentavam a vitalidade da população. Com ações preventivas e curativas em saúde, tais instituições buscavam o aprimoramento da saúde do povo e da consciência sanitária.

Diante do exposto, verifica-se que as primeiras ações de saúde pública no mundo capitalista moderno se desenvolveram a partir do binômio pobreza e doença. E a esse fato foram associadas condições desfavoráveis de habitação, nutrição, salários baixos e falta de informação ou educação em saúde. Rosen (1994) destaca que se acreditava, à época, que no mundo industrializado os objetivos sanitários seriam alcançados somente com a mudança no nível educacional da população.

Nesse período há, portanto, destaque para a questão sanitária no âmbito internacional, com a criação da Organização de Saúde da Liga das Nações,³⁵ em 1923, que realizava estudos relevantes em diversos campos como: higiene, habitação, educação em saúde etc. Tinha como eixo central difundir o conceito sobre promoção da saúde entendida como um projeto mais amplo de atividades que permitissem que a sociedade tivesse mais controle sobre sua condição de saúde, tanto no âmbito individual quanto no coletivo. Em 1946, no bojo de reconstrução pós-guerra, surgia a Organização Mundial de Saúde, que assumia as responsabilidades da referida Liga e apresentava a saúde como direito fundamental do homem, independente de cor, raça, crença religiosa, política e condição social a qual se insere.

Esse cenário obriga o Estado capitalista a interferir na saúde pública e buscar parcerias com fundações e organizações que objetivavam realizar campanhas de prevenção de doenças. Segundo Alves e Aerts (2011), nessa conjuntura, as ações de educação em saúde permaneciam como antes, isto é, focada em mudanças de comportamentos da população, desconsiderando as condições de vida e de trabalho

³⁵ A Organização de Saúde da Liga das Nações era uma unidade que buscava efetuar serviços de epidemiologia e controlar quarenta doenças comunicáveis no âmbito internacional. Ver Rosen (1994).

do cotidiano. As práticas educacionais na saúde continuavam situadas na relação de “domesticação” dos trabalhadores em relação às condutas postas pela economia industrial.

Essa prática educativa caracteriza-se por manter relações de caráter puramente narrativo, cujo conteúdo tendia a se petrificar e a se tornar algo morto. Essa narração implicava um sujeito, o narrador e o objeto paciente, o educando. Freire chama essa educação de bancária, pois se refere aos métodos tradicionais de ensino, centrados na transmissão de informações, em que o educando é um depositário passivo de conhecimentos e não existe uma relação dialógica entre educador e educando, nem entre conteúdo e realidade (ALVES e AERTS, 2011, p. 321).

Propagava-se a ideia de que o processo saúde-doença estava alicerçado em hábitos inadequados praticados pela população. Cabia, portanto, ao profissional de saúde transmitir conhecimento, isto é, informações científicas que garantiriam mudanças de comportamento considerado equivocado. Nesse período, o discurso de educação em saúde trazia embutida a concepção de higiene como fundamento para melhores condições sanitárias. Para Junior e Carvalho (2012) isso significava incluir práticas higienistas nas ações de educação. E a responsabilidade de efetuar ações voltadas para mudanças de hábitos de higiene era do profissional de saúde, visto como detentor do conhecimento e capaz de corrigir e implantar alterações no comportamento pelo discurso científico que apropria.

A forma de educar em saúde concentrava as decisões na classe dominante e adotava um modelo autoritário, repressivo e disciplinador de intervenção no comportamento individual da população. As sequelas sanitárias oriundas do crescimento urbano acelerado nas principais cidades eram justificadas pelo controle coercivo como mecanismo de garantir os interesses da economia industrial em expansão.

Sobrinho (2013) ressalta que os centros urbanos demandavam uma intervenção de ordem e disciplina pelas autoridades em relação a atitudes e hábitos do povo. Como supracitado o binômio pobreza/doença perpassa a preocupação da elite e das autoridades dos países industrializados, pois os locais que aglomeravam

os trabalhadores eram considerados como ameaça ao processo civilizatório com a proliferação de doenças e epidemia.

Em nome do progresso, a saúde pública ganhou legitimidade e os primórdios da educação em saúde se manifestaram com moldes conservadores e autoritários. Seguindo essa lógica, surgiu a educação em saúde no Brasil no início do século XX nos mesmos moldes vistos até então.

2.2) A Instituição/Constituição da Política de Saúde Pública no Brasil e seus desdobramentos para a Educação em Saúde

No Brasil, a emergência de uma política pública de saúde também esteve vinculada ao processo de industrialização vivenciado no país nas primeiras décadas do século XX. Nesse período, a saúde pública era estritamente marcada pelo controle das doenças e epidemias que assolavam o país. A intervenção estatal estava voltada para a higienização das cidades, principalmente nas áreas mais empobrecidas, e a educação em saúde aparecia como estratégia repressora e autoritária que buscava mudar o comportamento da população vulnerável.

Segundo Silva et al (2010, p. 2540) o Estado se viu obrigado a sistematizar as primeiras ações de educação em saúde dirigidas às classes populares ainda no início do século XX. Nesse período, vivenciava-se também, um conjunto de epidemias, tais como as de febre amarela, varíola e peste bubônica, que prejudicavam a exportação de café, principal atividade econômica do país à época. Assim, as primeiras ações de educação em saúde foram centradas nas estradas e portos da cidade do Rio de Janeiro e São Paulo. Vale destacar que essas ações estavam inseridas no interior de um dado padrão de intervenção estatal em que a repressão e o uso da força física constituíam elementos centrais,³⁶ caracterizando o tratamento conferido à questão social como “caso de polícia” .

Ainda nas primeiras décadas do século XX, e articulada às lutas operárias, sobretudo de inspiração anarquista, a intervenção do Estado também se voltou para

³⁶ Existe uma rica e fértil literatura a respeito das formas de intervenção do Estado na questão da saúde no início do século XX, da qual podem ser destacadas as obras de Costa (1985) e Hochmann (2012). Conferir também o trabalho de Sevchenko (2010).

a classe operária, em reconhecimento e legitimação de algumas demandas oriundas desse grupo por melhores condições de trabalho. Surge, portanto, o embrião da Previdência Social no Brasil com a Lei Eloy Chaves, que introduziu a Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923.³⁷

As primeiras CAPs estavam associadas aos trabalhadores ferroviários. Depois englobaram os marítimos e os portuários. Eram organizadas por empresas e seu financiamento advinha da contribuição dos empregados e empregadores. Algumas das Caps existentes prestavam também assistência médica a seus contribuintes, mas essa assumia um caráter de intervenção residual e pontual se comparada com as ações estritamente previdenciárias (em especial às aposentadorias e pensões). Do ponto de vista da intervenção estatal no período, a forma predominante se limitava à vacinação e à higienização dos espaços urbanos, configurando um modelo de intervenção do Estado brasileiro na saúde que ficou conhecido como sanitarismo-campanhista (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012).

Como mencionado acima, os moldes de atuação das instituições de saúde seguiam o paradigma campanhista de atuação a fim de combater as epidemias da época. Esse modelo se baseava em experiências dos serviços militares de saúde com uma estrutura repressiva de intervenção médica junto às camadas populares.

Silva et al. (2010) afirmam que as práticas educativas no período eram extremamente autoritárias, com influência do modelo alemão de polícia médica. Foi criada no Brasil, nas primeiras décadas do século XX, a polícia sanitária, e a sua atuação estava focada no discurso da higiene com imposição de normas e regras. De acordo com os autores, até a década de 1920, a estrutura sanitária no país era pontual para fazer frente a questões específicas e o êxito dessas ações era considerado parcial, pois não havia um programa maior de caráter coletivo.

A partir de 1930, as CAPs foram absorvidas pelos recém-criados Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que tinham uma intervenção direta do Estado e eram destinados a determinadas categorias de trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho. A gestão dos IAPS era centralizada no Executivo Federal,

³⁷ As Caixas de Aposentadoria e Pensões eram sistematizadas por empresas e financiadas pelos recursos dos empregados e empregadores de três categorias profissionais: ferroviários, marítimos e portuários.

assessorado por um colegiado tripartite (composto por representantes dos trabalhadores, empregadores e do governo federal), porém sem caráter deliberativo. O financiamento dos IAPs era oriundo das contribuições de empregados, empregadores e do Estado. Segundo Bravo (2004, p. 26) é no percurso do processo histórico-econômico e político dos anos 1930 que ocorre a formulação da política de saúde organizada em dois vetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária, dando forma à tendência dual³⁸ que marcaria a trajetória da política de saúde brasileira ao menos até a Constituição de 1988.

Segundo Giovanella e Mendonça (2012), os IAPs corresponderam a um modelo contencionista, que indica a diminuição de despesas públicas para superar a crise econômica que se instalou no período de 1930 a 1934. De acordo com as autoras citadas, a Previdência Social brasileira começou a funcionar como estratégia de acumulação de capital gerida pelo Estado e uma parte dos recursos acarretados patrocinou o processo de industrialização no país.

Simionatto (1997) ressalta que os direitos sociais brasileiros surgiram de forma particularista, atrelada a uma ocupação profissional reconhecida e exercida no âmbito do mercado de trabalho, sendo a carteira de trabalho instrumento de cidadania. A autora destaca, portanto, que a política de saúde associada à previdência social tornou a carteira de trabalho o certificado legal de uma cidadania regulada.³⁹

No que tange à educação em saúde, a década de 1930 é marcada pelo desenvolvimento da educação sanitária, com influência norte-americana. A educação sanitária trazia críticas ao modelo extremamente autoritário anterior, que apresentava baixa eficácia diante de novas demandas relacionadas à saúde da criança e do trabalhador, e propunha ações persuasivas e de conscientização dos métodos educativos. Tal perspectiva estava assentada na crença de que boas

³⁸O modelo dual da política de saúde é apontado por diversos autores, dentre eles Fleury (1994) e caracteriza-se, em linhas gerais, pela conjugação de ações de saúde pública, de caráter preventivo e voltado às coletividades e às ações de assistência médica com enfoque individual e predominantemente curativa.

³⁹O termo cidadania regulada foi cunhado por Santos (1987) para designar um padrão de cidadania que se instituiu no Brasil baseado na estratificação ocupacional. Eram considerados cidadãos aqueles inseridos no mercado formal de trabalho em ocupações definidas na lei. Assim, a carteira de trabalho era o certificado legal da cidadania.

condições de saúde passavam pela consciência sanitária dos indivíduos. Segundo Silva et al. (2010, p. 2542).

Neste período, as ações de saúde passaram a se concentrar em campanhas sanitárias e programas especiais, como materno infantil e pronto-socorro, além de serviços especiais de saúde mental, entre outros, para onde recorriam as camadas da população que não podiam pagar ou que não estavam incluídas na assistência previdenciária.

Destaque nessa direção deve ser dado à organização do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), na década de 1940. Em 1942, as unidades do SESP⁴⁰ estruturadas na região da Amazônia e no Vale do Rio Doce inserem novas tecnologias de medicina preventiva dirigidas aos trabalhadores dessas regiões. Foram criados centros de saúde permanentes, com a contratação de sanitaristas, médicos e visitantes. Suas atividades baseavam-se em programas relacionadas a doenças contagiosas, educação sanitária, diagnóstico precoce e tratamento preventivo (SILVA et al. , 2010, p. 2543).

As ações do SESP se destacavam no campo da saúde pública, pois buscavam associar ações curativas e preventivas. Em seu âmbito, a educação em saúde era vista como essencial para o desenvolvimento sócio-sanitário da população. Entendia-se que era por meio da educação sanitária que os aspectos de moral e bons comportamentos possibilitariam o ajuste dos indivíduos a uma vida considerada “normal” perante a sociedade, como bem destacam Silva et al. (2010: 2543):

A Fundação SESP influenciou de forma importante na introdução da ideologia do desenvolvimento e participação comunitária, educação de grupos e, ainda, na reforma do currículo da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, introduzindo os fatores sociais, econômicos e culturais na maneira de perceber o processo saúde-doença no currículo de educação sanitária. Esse movimento introduziu nas escolas a educação sanitária, ainda com forte influência eugenista, onde se buscou a criação de técnicas de regulação e normatização, visando criar um sistema fundamental de hábitos higiênicos, capaz de dominar, inconscientemente, toda a existência das crianças.

⁴⁰ O SESP foi criado em 1942 com acordo dos Estados Unidos e incentivo da fundação Rockefeller. Inicialmente focava na assistência aos trabalhadores de produção de borracha na Amazônia que estavam propícios ao contágio da Malária. Aos poucos, essas ações foram se espalhando para outras regiões do Brasil. (Marques, 2006)

Ao final da Segunda Guerra Mundial, principalmente na década de 1950, a política desenvolvimentista⁴¹ ganha centralidade no país, com forte influência de organismos internacionais, especialmente a ONU (Organizações das Nações Unidas). Esse período foi marcado pelo crescimento da participação do capital estrangeiro na economia brasileira, ao mesmo tempo em que ganhava corpo o processo de modernização industrial coordenada pelo Estado.

Assim, ampliaram-se as ações de saúde pública que passaram a ter uma estrutura administrativa própria com a criação do Ministério da Saúde⁴² em 1953. Cresce, portanto, no campo da saúde, a ideia de sanitarismo-desenvolvimentista⁴³ alicerçado na ideologia de que as condições de saúde do povo elevam-se de acordo com o desenvolvimento econômico.

Os objetivos da política de saúde do segundo governo Vargas (1951-1954) foram — como as demais políticas sociais — subordinados ao esforço do progresso e enriquecimento da nação. Referiram-se às endemias rurais, à tuberculose e à extensão dos serviços médicos hospitalares até as comunidades rurais (já que nos centros urbanos a perspectiva era de expandir os serviços de assistência previdenciários) e, sem muitos detalhes, mencionavam também saneamento, alimentação, assistência materno-infantil e educação sanitária. Porém, as transformações ocorridas durante o segundo governo Vargas ficaram limitadas aos rearranjos institucionais (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012, p. 311).

A política desenvolvimentista apostava na produção rural e viabilizou novas metodologias e técnicas utilizadas nas áreas rurais do país, consideradas atrasadas. Introduziu, portanto, o Desenvolvimento de Comunidade (DC) e a educação em grupo. Segundo Ammann (1992, p. 32), o DC se originou com supostos acrílicos e

⁴¹ O presidente Juscelino Kubitschek inicia em 1956 uma política de cunho desenvolvimentista que incentivava o crescimento econômico acelerado no país, pois acreditava que a única forma de superar a pobreza era pelo progresso e expansão da economia industrial. A política desenvolvimentista enfatizava a necessidade da ampliação do mercado de consumo com a implantação da modernização, inclusive nas zonas rurais. A pobreza era percebida com um estágio que seria superado via desenvolvimento da economia e progresso do país. Para maior aprofundamento, ver Ammann (1992).

⁴² O novo Ministério tinha a função de priorizar a assistência à saúde nas zonas rurais, porém tal fato não se concretizou de fato, pois o momento político limitou tais ações e, além disso, o Ministério da Saúde vivenciou transitoriedade de seus titulares. Ver Giovanella e Mendonça (2012).

⁴³ O eixo central dessa ideologia é que o nível de saúde da sociedade está atrelado ao grau de desenvolvimento do país. Essa linha de pensamento teceu seu próprio arcabouço teórico e foram apresentados em 1962 na Sociedade Brasileira de Higiene. Sobre o assunto, consultar Giovanella e Mendonça (2012).

aclassistas, na medida em que centravam suas bases na harmonia e no equilíbrio da sociedade e foi definido como:

processo através do qual os esforços do povo se unem aos das autoridades governamentais, com o fim de melhorar as condições econômicas, sociais e culturais das comunidades, integrar essas comunidades na vida nacional e capacitá-las a contribuir para o progresso do país (AMMANN, 1992, p. 32).

É dentro desse contexto que surge o Serviço Nacional de Educação Sanitária que, associado à ideologia desenvolvimentista, ancorava suas ações no plano disciplinador, individual e cultural. O presidente Juscelino Kubitschek criou o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) em 1956, que coordenava quinze instituições de combate a doenças específicas. Em 1958, a febre amarela e a varíola foram consideradas erradicadas no país. Nesse mesmo ano foi declarado o combate para erradicação da malária, além de ser oficializada uma campanha nacional contra a lepra. Nesse contexto, a educação em saúde começa a sofrer um tímido impacto com novas formas de abordagens com trabalhos em grupos e comunidades que sugerem estratégia de cunho mais democrático. (AMMANN, 1998)

Seguindo este prisma, é publicado, em 1957, o estudo de José Arthur Rios⁴⁴ que enfatizava a relevância de grupos e da educação em comunidade como viés para melhorar as condições socioeconômicas da população. De perfil democrático, a referida obra destacava o binômio educação-saúde dentro de uma concepção ampliada, considerando a questão do planejamento democrático, da engenharia social e da organização do território.

A política desenvolvimentista enfatizada por JK consolidou uma estrutura industrial complexa no Brasil, expandiu a economia no âmbito internacional e elevou o nível salarial da maioria dos trabalhadores urbanos. Porém, nos anos de 1960, tendências de crise econômica já se anunciavam, com aumento da dívida externa, altas taxas de inflação e, conseqüentemente, diminuição do poder aquisitivo da população.

⁴⁴ Rios era especialista em Educação Sanitária e compunha o quadro de membros do SESP. O pensador foi um dos primeiros intelectuais brasileiros da disciplina de Desenvolvimento de Comunidade, ao lado de Balbina Ottoni Vieira. (Ammann, 1992).

Em 1960, Jânio Quadros foi eleito presidente e tomou medidas econômicas de impacto para a população, com congelamento dos salários e desvalorização da moeda (no período, o cruzeiro). Além disso, o governo mantinha uma ação repressora em relação aos protestos camponeses e prendia os estudantes que se manifestavam no período. Seu mandato durou apenas oito meses, pois renunciou em agosto de 1961.

Do período de 1961 a 1964, o país vivenciou um período histórico confuso e tumultuado,⁴⁵ com consequências para a política de saúde. O Ministério da Saúde presenciou a sucessão de seis ministros que não conseguiram, devido a circunstâncias políticas, gerir as atribuições do referido ministério sequer por um ano. Em 1963, ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Saúde que apresentou como eixos temáticos: a situação sanitária da população brasileira; distribuição das atividades sanitárias nas diversas esferas de governo: federal, estadual e municipal; municipalização dos serviços de saúde; e, por fim, a implementação de um plano fixo de saúde (GIONANELLA e MENDONÇA, 2012, p. 317).

Em 31 de março de 1964, um Golpe Militar interrompe o curto período democrático do país e implementa um regime autoritário militar que perduraria 21 anos. A Ditadura Militar deu continuidade à política desenvolvimentista implantada na década anterior, porém, centrada em um regime autoritário concentrado na dominação burguesa que configurou um Estado de repressão que prestava assistência social a fim de regular as relações sociais, atenuar os conflitos, como também, favorecer o acúmulo do capital (Bravo, 2007).

O General Castelo Branco assumiu a Presidência da República em 1964, dando início a um processo de modernização autoritária que visava responder às demandas do capital. Seguindo a mesma lógica política, sucederam-se, no Executivo Federal, o presidente Costa e Silva, em 1967, seguido, em agosto de 1969, pelo General Médici.

⁴⁵ Esse processo turbulento explica-se a partir da tentativa de evitar que, com a renúncia de Jango, seu vice, João Goulart, assumisse a Presidência da República. Após intensa mobilização e disputas judiciais, João Goulart assume a Presidência, mas tem seus poderes limitados com a implantação do regime parlamentarista. Ver Giovanella e Mendonça(2012).

Esse período do regime militar foi marcado pelo binômio repressão-assistencialismo, pois as decisões estavam concentradas no Executivo federal, com acentuada fragmentação institucional, forte repressão aos movimentos populares, intensa burocratização e ênfase ao setor privado.

O processo de modernização autoritária levado a cabo durante a primeira década do regime militar, subordinado aos interesses do grande capital multinacional e nacional, promoveu uma grande reestruturação do aparelho de Estado por meio das reformas financeira e fiscal de 1964 e 1965, previdenciária em 1966 e tributária e administrativa em 1967. (...) Todas essas reformas, feitas sob a égide de modernizar os aparelhos de Estado, tinham como principal objetivo favorecer a acumulação capitalista, não apenas facilitando esse processo como também submetendo o Estado às regras do capital privado. (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012, p. 325).

Nesse período, foram unificados todos os IAP's e criado o Instituto Nacional de Previdência Social, em 1966. A partir dessa unificação, o Estado aumentou seu poder de regulação e assumiu uma postura mais interventiva na sociedade.

A criação do INPS, em 1966, ao unificar os antigos IAPs, constitui-se na modernização estatal, aumentando o seu poder regulatório sobre a sociedade, além de representar um esforço de desmobilização das forças políticas estimuladas no período populista; trata-se, portanto, de uma reorientação das relações entre Estado e classes trabalhadoras. Os programas de saúde e educação se desenvolveram com base no privilegiamento do setor privado, reproduzindo na política social as tendências da nova política econômica implantada (BRAVO, 2007, p. 42).

Do ponto de vista da atenção à saúde, é possível afirmar que a forma de prestação de serviços atrelada à Previdência Social favoreceu a expansão da medicina de grupo, na medida em que empresas de serviços médicos e de equipamentos hospitalares foram financiadas. Tal fato ocorreu a fundo perdido, com recursos públicos para construção e/ou reforma de suas instalações, além de terem garantido, através de convênio com a Previdência Social, a clientela para seus serviços.

A saúde pública era, por sua vez, percebida como ineficaz, e sua atribuição se limitava a campanhas sanitárias de baixa eficácia. Segundo Giovanella e

Mendonça (2012), os recursos para o setor não chegavam a 2% do PIB (Produto Interno Bruto), o que configurava um quadro preocupante em face das condições sanitárias da população.

Mesmo neste cenário adverso e de graves consequências para a saúde pública, ocorreu, em 1967, a 4ª Conferência Nacional de Saúde, que debateu os seguintes temas: recursos humanos em saúde; responsabilidade do Ministério da Saúde na formação dos profissionais de saúde; responsabilidades das instituições de ensino na política de saúde brasileira.

Do ponto de vista da educação em saúde, apresenta-se uma reformulação geral no debate a partir de 1967. Marques (2006, p. 45) aponta que as nomenclaturas para referir o campo sofrem alterações: o termo Educação Sanitária é substituído por Educação da Saúde Pública e, a seguir, por Educação em Saúde. Isso demonstra que apesar do momento de repressão em que passava a sociedade brasileira, buscava-se enfatizar um novo olhar para a educação em saúde no país.

Em suma, a década de 1960 foi marcada pela ênfase do setor privado, através de um dado padrão de intervenção estatal privatista que incentivava a extensão da cobertura previdenciária.⁴⁶ Em relação às práticas de saúde, era enfatizado o modelo curativo, individual e especializado, via articulação do Estado aos interesses das indústrias farmacêuticas e ao financiamento de hospitais privados.

Apesar desse modelo autoritário vivenciado nos anos 1960, é no final dessa década e início da seguinte que ganhou terreno uma abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde,⁴⁷ a partir da iniciativa dos departamentos de Medicina Preventiva das Faculdades de Medicina no bojo do processo de reforma curricular da época. Havia um grupo que resistia às ideias da ditadura militar e que ganhou força através de movimentos sociais no meados nos anos 1970 no país, com forte questionamento ao modelo vigente no período.

⁴⁶ Bravo (2007) ressalta que o aumento do complexo previdenciário iniciado nos anos 1960 alcançou boa parte da população urbana e, em 1973, incluíram os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos.

⁴⁷ Essa abordagem associa-se a uma teoria marxista de análise da realidade social que considera a estrutura econômica como elemento relevante no processo saúde-doença.

Essa análise mais crítica da realidade social também foi conferida, no início dos anos 1970, ao discurso desenvolvimentista no Brasil. Segundo Wanderley (1993, p. 24), o Desenvolvimento de Comunidade⁴⁸ — que tinha sido implementado nos anos 1950 com características acrílicas, conforme abordado anteriormente — passa a ser introduzido numa dimensão macrossocietária, em função das mudanças estruturais do país. Nesse contexto, surge a vertente que o inscreve como instrumento de um processo de transformação social associado à autonomia da classe subalterna. Nota-se, portanto, um terreno fértil para os movimentos sociais que emergem na década posterior como questionadores do processo econômico e das suas implicações para a população.

A década de 1970 foi atravessada pela crise do chamado milagre econômico brasileiro, caracterizada pelo aumento da dívida externa e por elevadas taxas de inflação que aprofundaram a pobreza da classe trabalhadora. Esse contexto permitiu o reaparecimento dos novos atores no cenário político que buscavam mudanças na relação Estado/sociedade. (SIMIONATTO, 1997)

Nessa conjuntura, os movimentos sociais ganharam terreno e, a partir de 1973, a classe operária reapareceu com certa visibilidade no campo político,⁴⁹ ganhando força e aliados no que diz respeito às críticas ao Estado autoritário e repressivo. Várias manifestações adquiriram grande expressão nesse período, tais como: o movimento negro, feminista, de defesa da ecologia e por melhores condições de saúde. Destaca-se, aqui, o movimento sanitário⁵⁰ que pressionou o Estado a realizar modificações no âmbito da política de saúde. O movimento sanitário envolvia lutas pela democratização e o fortalecimento da população nas decisões políticas do país. E a universidade se tornou uma importante arena política para debater a questão da saúde no país.

⁴⁸ Desenvolvimento de Comunidade (DC) baseado em pressupostos de harmonia e equilíbrio “definido como processo através do qual os esforços do povo se unem aos das autoridades governamentais, com o fim de melhorar as condições econômicas, sociais e culturais das comunidades, integrar essas comunidades na vida nacional e capacitá-las a contribuir plenamente para o progresso do país”. (Amann, 1992, p. 32)

⁴⁹ Nos anos 1970 surge um sindicalismo cujas principais bandeiras de luta são o direito à greve, a liberdade sindical e a defesa de organismos sindicais nos locais de trabalho. Buscava-se, portanto, consolidar um sindicalismo participativo e democrático.

⁵⁰ O movimento sanitário surge em meados dos anos 1970 com propostas inovadoras no campo da saúde pública e era composto por sanitaristas, pessoas vinculadas a partidos de esquerda, profissionais e usuários dos serviços de saúde que buscassem transformar a política pública de saúde no Brasil. Ver Simionatto, 1997.

Do ponto de vista financeiro, a Previdência Social mergulhava em uma forte crise, gerando respostas contencionistas por parte da administração previdenciária. Em 1975, foi instituído o SINPAS (Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social), integrando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS). No mesmo ano foi criado o Sistema Nacional de Saúde,⁵¹ e as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) — restritas à participação dos setores governamentais do Executivo Federal — aprofundaram seu debate no quinto e sexto encontros, realizados respectivamente em 1975 e 1977. Bravo (2007) ressalta que no período de 1974 a 1979 as definições da política de saúde enfrentaram resistências diante da tensão de interesses antagônicos advindos dos setores estatal, da iniciativa privada e do emergente movimento social pela saúde.

Nesse contexto, três grandes enfoques sobre a relação entre saúde e sociedade disputavam, segundo Paim (2008), o campo da saúde coletiva no país, a saber: o enfoque preventivo, o modelo racionalizador, e uma abordagem médico-social.

Já a teoria social da medicina adotou como referência básica a determinação social da doença, chamando atenção para aspectos chave como o processo histórico de constituição do binômio saúde-doença, sua articulação com o mundo do trabalho, a prática social da medicina e a tendência de medicalização da sociedade. Paim (2008) enfoca que, para essa abordagem, a consciência sanitária é adotada como conceito estratégico para a transformação social. O movimento sanitário se envolvia nas lutas mais gerais da época, buscando a democratização do país e o fortalecimento das organizações de luta formada pela sociedade civil.

Em relação à questão da Educação em Saúde, os anos 1970 presenciaram a emergência de novas diretrizes, com definições mais democráticas, em grande parte

⁵¹ O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é instância máxima de deliberação do SUS com caráter permanente e deliberativo. Objetiva deliberar, fiscalizar e acompanhar as políticas públicas de saúde. Está vinculado ao Ministério da Saúde, composto por representantes de entidades, de usuários, de trabalhadores da saúde e de representante do governo. Ao referido órgão cabe aprovar o orçamento da saúde e de quatro em quatro anos o Plano Nacional de Saúde. Ver site <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/apresentacao.htm>

impulsionada pelo emergente movimento sanitário. Porém, tais propostas encontraram impasses postos pelos interesses hegemônicos, principalmente das indústrias farmacêuticas e da Federação Brasileira de Hospitais que articulavam com o governo sobre a configuração da política de saúde. (Marques, 2006)

Na década de 1970, a Educação em Saúde recebeu influências da literatura de Paulo Freire.⁵² Este método se ancora na aliança entre técnicos e classes populares, valorizando o saber popular e considerando essa aliança uma troca de experiências de saberes diferenciados. Nesse período, através de iniciativas locais, muitas delas levadas a cabo pelos Departamentos de Medicina Preventiva e Medicina Comunitária das universidades, a população é chamada a participar da educação popular e dos movimentos sociais da época.

Ao mesmo tempo, a crise econômica iniciada nos anos 1970 aprofundou a crise sanitária. A saúde pública se mostrava inoperante para enfrentar os desafios do período: havia epidemia de meningite, aumento da mortalidade infantil e dos acidentes de trabalho, corte com os gastos em saúde pública, ao mesmo tempo em que as despesas com serviços hospitalares cresciam. Como respostas a essas questões, foram desenvolvidos vários programas pelo então presidente Geisel como: Programa Nacional Materno Infantil, Campanha de combate à meningite, Programa de Controle à Esquistossomose, entre outros.

Apesar dessas campanhas, a política de saúde se mostrava ineficaz e inoperante. Durante o Governo Geisel, muitos profissionais e estudantes de saúde se mostravam insatisfeitos com os rumos da política sanitária no país. O movimento sanitário ganha força e se torna peça fundamental para pressionar o governo a efetuar políticas mais igualitárias.

Durante os anos Geisel, o movimento sanitário começou a ocupar espaços como um pensamento contra-hegemônico, ainda com baixa capacidade de interferência nas decisões institucionais. Porém, a participação serviu para acumular experiências nas instituições federais gestoras dos serviços de saúde ou definidoras da política de saúde, em secretarias municipais de Saúde e em outros *loci* da máquina governamental setorial. Essa experiência acumulada iria traduzir-se nos projetos que o movimento sanitário desenvolveu,

⁵² Essa concepção de educação em saúde será abordada detalhadamente no capítulo IV do estudo.

durante os anos Figueiredo, desde o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsáude) até as Ações Integradas de Saúde (AIS) (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012, p. 347).

Em 1979, o General Figueiredo assumiu a Presidência da República e no seu governo (1979-1985) ocorreu o agravamento da crise econômica, com altas taxas de juros, crescimento da dívida externa e índices inflacionários alarmantes. As condições sociais da população se agravavam com o aumento do desemprego e da inflação que chegava a 200% ao ano. Em suma, seu mandato foi caracterizado pelo arrocho salarial, pelo desemprego e pelas consequentes disparidades no nível de desigualdade social decorrentes da situação econômica do período (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

A crise econômica da década de 1980 desencadeou várias manifestações populares no país, reivindicando eleições diretas para Presidente da República. A maior manifestação de massa ocorreu em 1984 com as chamadas “Diretas Já”. Mesmo frustrada com a derrota no Congresso Nacional, a campanha pelas “Diretas Já” deu fruto a uma série de pressões em torno da democratização do país. Tancredo Neves foi eleito presidente em 1985 de modo indireto, por Colégio Eleitoral, e encerrava o ciclo de governos militares no Brasil. A transição para a Nova República ocorreu de forma lenta, gradual e negociada, compatível com a tradição política do país.

No contexto de transição democrática da década de 1980, a luta pela saúde pública se ampliou, e as propostas advindas de várias manifestações sociais ganharam visibilidade. Nesse período, eventos importantes na área da saúde revelaram um campo de tensão constante entre os interesses de cunho capitalista e aqueles postos pelas mobilizações que buscavam implementar uma política sanitária mais igualitária. O movimento sanitário ganhava terreno e estabelecia alianças com outros movimentos que lutavam pela democratização no país.

O debate sobre saúde e democracia expandiu-se para além dos espaços acadêmicos e, em 1980, ocorreu a VII Conferência Nacional de Saúde, com a temática “extensão das ações de saúde através de serviços básicos”. Os eixos discutidos faziam referência à Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de

entrada de um sistema viabilizado por determinada hierarquia que conduziria as formas de atendimento aos diferentes níveis de complexidade.

A discussão sobre Atenção Primária em Saúde (APS) marca presença no movimento sanitário como forma alternativa de reorganização do sistema de saúde vigente. De fato, os princípios da Atenção Primária e da medicina comunitária se tornavam norteadores de ações no campo da saúde. Nesse cenário, o interesse sobre a política de saúde não se limitou apenas aos técnicos de saúde, mas assumiu uma dimensão política e social que abrangia outros segmentos da sociedade, estreitando o laço entre saúde e democracia.

Do ponto de vista governamental, apontava-se a necessidade de racionalizar os gastos com a saúde, frente à crise de financiamento da medicina previdenciária. É criado, em 1981, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) e, com ele, são institucionalizadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), que tinha o objetivo principal de integrar os serviços de saúde à população de uma determinada região.

Por outro lado, entre 1984 e 1985 o movimento sanitário realizou várias reuniões para discutir os rumos da saúde no país. Sob um viés democrático, enfatizava-se a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado. Além disso, ressaltava a importância de elaborar uma política de saúde que fosse implementada com a unificação das instituições, a democratização e a descentralização do sistema.

Em janeiro de 1985, houve o III Encontro Municipal do Setor Saúde em Montes Claros. Às vésperas da reunião do Colégio Eleitoral, no encontro setorial do PMDB para discutir seus projetos de governo, as ideias do movimento sanitário foram amplamente aceitas, e a unificação do sistema de saúde foi incorporada como proposta do partido de oposição. Poucos meses depois, o movimento conseguiu que suas ideias integrassem o Plano de Governo — Comissão do Plano de Ação Governamental (Copag), instituída ainda por Tancredo Neves. (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012, p. 354)

Em 1985, José Sarney assumiu a Presidência da República após a morte de Tancredo Neves no mesmo ano. Foram também eleitos os prefeitos das capitais,

deflagrando o processo de redemocratização no país, tendo como marco legal a elaboração de uma nova constituição Federal, promulgada em 1988. O slogan “Tudo pelo Social” utilizado no governo Sarney anunciava a tendência/perspectiva de um perfil mais democrático para as políticas sociais, entre essas, a política de saúde. Foram nomeados representantes do movimento sanitário para importantes cargos do governo.

Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde que representou um importante marco histórico na trajetória da política de saúde no Brasil. A referida conferência, realizada em Brasília, contou com a participação significativa de representantes dos trabalhadores e dos usuários, que participavam pela primeira vez do evento, além do governo e prestadores de serviços de saúde. Segundo Bravo (2004), o evento contou com a presença de aproximadamente 4.500 pessoas, sendo 1.000 delegados para debater os caminhos sanitários no país.⁵³ Foram registradas propostas para a reforma sanitária no país e defendidos os princípios da participação, da equidade, da integralidade e da universalização, que serviram de base para o capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988.

No bojo do processo de reformas setoriais, o governo brasileiro criou, em julho de 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que atribuía funções específicas dos níveis federal, estadual e municipal em relação à política de saúde. A defesa de uma saúde pública equitativa e universal representou a perspectiva de ruptura com modelo tradicional até então vigente. Assim, em 1988, a Constituição Federal promulgou uma nova forma de gerir e atuar na saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O campo da Educação em Saúde também sofre influências do clima democrático que se destacava no país. Propostas com ideais inovadores se confrontavam como o modelo tradicional de educar no âmbito da saúde. A abordagem pautada nas ideias de Paulo Freire — que valoriza a autonomia do educando e problematiza conteúdos com uma formação crítica da realidade — ganhava amplitude no lócus da educação em saúde.

⁵³ Saúde como direito de cidadania, reformulação e financiamento setorial constituíram os eixos temáticos discutidos na VIII conferência Nacional de Saúde (Ver Bravo, 2004).

Segundo Silva et al. (2010) a nova abordagem em educação em saúde busca promover o crescimento da capacidade crítica da realidade, como também, aperfeiçoar formas de lutas, resistência e enfrentamento. A partir de um olhar crítico e pedagógico, a educação em saúde adquire um perfil democrático que fomenta a participação e ações coletivas que possibilitam a transformação social.

Em 1989, houve várias negociações sobre as leis regulamentares que constituiriam o novo sistema de saúde brasileiro e, em 1990, desenhou-se o alicerce jurídico do SUS⁵⁴ situado em três pressupostos básicos: universalidade, cobertura integral e acesso igualitário no que diz respeito a ações e serviços oferecidos. Porém, o caráter incompleto da democratização no Brasil e a tendência hegemônica de políticas neoliberais acarretaram desafios para a implantação de um sistema de saúde com gestão nas diversas esferas de governo.

As tentativas de ordenação desse processo foram conduzidas, no início da década de 1990, pela emissão de Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS, instituídas por meio de portarias ministeriais. Essas normas buscavam definir as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir seus respectivos papéis no processo de implantação do SUS (MÉDICI, 2011, p. 27).

A conjuntura econômica do cenário contemporâneo traz ao país novas demandas e desafios no que tange a efetivação das alterações da política de saúde com viés universal, equitativo e participativo no Brasil, como também, para os rumos da educação em saúde.

2.3) A política de saúde brasileira na atual conjuntura e os rumos para a educação em saúde

A partir dos anos de 1990, configura-se, no Brasil, um contexto econômico marcado pelo avanço dos ideais neoliberais, o que traz mudanças intensas e

⁵⁴Segundo Médici, em setembro de 1990, é promulgada a Lei Orgânica da Saúde nº 8080 que operacionalizava os princípios estabelecidos na Constituição sobre o SUS. Em dezembro do mesmo ano, foi promulgada a Lei 8142, que regulamenta as formas de participação social do sistema de saúde, incluindo as definições relacionadas aos conselhos e conferência.

implicações para as políticas sociais. Logo, o SUS não esteve imune a esse processo de mudanças.

Com a contenção de gastos para o social, a política neoliberal implementada pelo Presidente Fernando Collor de Mello (1989-1992) propõe, no âmbito da saúde, uma política precária e simplificada para os pobres, com ações públicas de baixo custo. A Lei Orgânica da Saúde foi sancionada nesse terreno adverso.

Resistências ao processo de desmonte de um nascente SUS também tiveram espaço nos anos 1990. Paim (2008) ressalta que a 9ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1992, enfatizou o tema da municipalização como o caminho para o sistema de saúde. Esse movimento ocupou espaço na agenda pública. No período do governo Itamar, logo após o impeachment do Collor, foi decretado a NOB 93, que objetivava avanços na descentralização e na participação da comunidade. Porém, seus objetivos não obtiveram êxito efetivo, pois, com a municipalização, os serviços de saúde foram muito utilizados como barganha político-partidária, principalmente nos pequenos municípios.

A década de 1990 foi marcada pelo espraiamento dos planos de saúde para vários segmentos de consumidores, com o apoio significativo da indústria farmacêutica. Neste cenário político-econômico de autonomia do mercado e contenção nos gastos sociais, foi criado o Programa de Saúde da Família⁵⁵ (PSF) que será detalhado posteriormente.

Durante sua campanha eleitoral, o então candidato Fernando Henrique Cardoso (FHC) ressaltou que a prioridade de seu governo seria a educação e a saúde. Com sua chegada à presidência da república, porém, foi desenhando um caminho adverso às definições ressaltadas na Constituição de 1988. Já no primeiro mandato do referido presidente (1994-1998) identificaram-se projetos políticos adversos em permanente tensão no campo da saúde.

Segundo Paim (2008), o projeto privatista concebe a saúde como mercadoria destinada aos cidadãos que podem pagar por esse serviço, enquanto o projeto da

⁵⁵ O Programa de Saúde da Família foi materializado pela portaria 692 de dezembro de 1993 e buscava organizar serviços de saúde com base na integralidade das ações e da concepção ampliada de saúde. Ver Giovanella e Mendonça (2012).

reforma sanitária defende os princípios da universalidade, equidade, integralidade e o controle social como meio de participação da sociedade. Na perspectiva defendida pelo projeto de Reforma Sanitária brasileira, a saúde não é compreendida como bem e serviço, mas como direito social vinculado ao exercício da cidadania. Esses projetos adversos mesclam-se e convivem em permanente tensão na atual conjuntura, o que acarreta desafios para a implantação do SUS, com desrespeito aos avanços constitucionais de 1988 e prejuízo às condições sanitárias e de educação em saúde.

A 10ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1996 levantou a bandeira de luta e denúncia contra a precarização da política pública que configura um SUS para pobres, mediante extensão da cobertura para a população mais empobrecida. Tratava-se de reforçar os princípios do SUS do texto constitucional diante de uma conjuntura marcada por restrições orçamentárias para o setor saúde e pela revisão do papel do Estado.

Em 1997, FHC lançou “o ano da saúde” no Brasil, com prioridade para a Saúde da Família, entendida agora como estratégia para promover mudanças no modelo assistencial em saúde. O documento norteador destacou aspectos relacionados à gestão das políticas e do controle público, à informação e à educação em saúde e à capacitação para recursos humanos em saúde. A promessa era triplicar a equipe de saúde da família em um ano (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Como incentivo à política de atenção básica à saúde, foi implementado o PAB (Piso de Atenção Básica),⁵⁶ que consistia em uma transferência per capita de recurso da esfera federal para as atividades e ações referentes ao nível da Atenção Básica em Saúde implementadas pela esfera municipal.

Em síntese, as inovações do SUS no período de 1994 a 2002 foram identificadas a partir da edição da Norma de Operação Básica de 1996, com o incentivo de uma política de atenção básica e criação de um piso exclusivo para o desenvolvimento da referida política. Houve também o fortalecimento dos programas de agentes comunitários, a transferência dos hospitais federais vinculados ao antigo

⁵⁶ O PAB foi definido na NOB 1996 e regulamentado pela Portaria 2.121 do Ministério da Saúde.

INAMPS para as esferas municipal e estadual e a definição de autonomia para a gestão dos hospitais públicos e a implementação dos primeiros programas de transferência de renda mínima⁵⁷ atrelados à política de saúde.

Segundo Paim (2008), no período de 1998 a 2002, referente ao segundo mandato de FHC, foi priorizada a meta de implantação de 20.000 equipes de saúde da família. No período, também foi realizada a 11ª Conferência Nacional de Saúde, tendo como eixo central a efetivação do SUS em relação ao acesso, à qualidade, ao controle social e à humanização na atenção à saúde, pois buscava retornar o debate do SUS alicerçado na reforma sanitária. Tais proposições ancoravam-se no reconhecimento de que a proposta reformista que deu origem ao SUS se encontrava ameaçada pelos mecanismos de ajustes macroeconômicos e pelo processo de reforma do Estado em curso na segunda metade dos anos 1990.

No governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2002-2006), principalmente no primeiro ano, as medidas políticas referentes à saúde eram coerentes com a proposta do SUS, mesmo com as limitações orçamentárias indicadas pela continuidade das políticas de ajuste macroeconômico. A 12ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2003 reforçou e reafirmou compromisso com a reforma sanitária e teve como eixo central: *Saúde um direito de todos e dever do Estado; a Saúde que temos e o SUS que queremos*. Nesse mesmo ano foi instituída a Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde integrada à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.⁵⁸

No primeiro mandato do governo Lula, o movimento político e as forças sociais viabilizaram a retomada do discurso da reforma sanitária na agenda pública. Na passagem de 2005 para 2006, houve a criação do fórum da Reforma Sanitária Brasileira, que produziu textos teórico-técnicos no âmbito da saúde e contribuiu para resgatar a perspectiva reformista defendida pelo movimento sanitário. “No âmbito governamental, o processo de repolitização da saúde encontrou ressonância em

⁵⁷ As primeiras experiências de renda mínima no país surgiram com a prefeitura de Campinas em 1995. Depois, seguem-se as experiências do Programa de Bolsa Familiar para a Educação e a Poupança-Escola, instituída em Brasília em maio de 1995. Em janeiro de 1996, implementou-se o Programa de Garantia de Renda Mínima Familiar. Ver Silva e Silva (1997).

⁵⁸ A referida secretaria faz parte do Ministério da Saúde até os dias atuais. Maiores informações: site <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgtes>

pelo menos três iniciativas no último ano do governo Lula: aprovação do pacto pela saúde, pela vida, em defesa do SUS e o pacto de gestão.”(PAIM, 2008, p. 262).

Em setembro de 2005, o Ministério da Saúde assumiu compromisso pela saúde na perspectiva de superar os impasses que dificultavam a implantação dos princípios do SUS. O referido pacto inscreve três elementos: Pacto pela Vida, pela Defesa do SUS e Gestão do SUS.

O Pacto pela Vida institui um conjunto de ações sanitárias, expressos em metas de resultados de análise da situação de saúde no país. A saúde do idoso; a prevenção do câncer do colo de útero; a redução da mortalidade materna e infantil, o combate a doenças emergentes e endemias, a implantação da Política de Promoção da Saúde e qualificação da Atenção Primária como eixo de organização do SUS constituem prioridades do pacto.

As prioridades do pacto em Defesa do SUS implicam em efetuar um projeto permanente de mobilização social que afirme a saúde enquanto direito social e consolide o SUS como um sistema público e universal. Enfim, o pacto pela Gestão consiste em definir, de forma clara e objetiva, a responsabilidade sanitária das três esferas gestoras do SUS, estabelecendo as diretrizes para gestão que ressaltam a descentralização, a regionalização, o financiamento, o planejamento e a educação em saúde.

Também no governo Lula foi instituída a política de promoção da saúde⁵⁹ que objetiva “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes — modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (Brasil, 2006: 13). As prioridades das ações se destinavam a promover uma alimentação saudável, a atividade física, a prevenção e o controle do tabagismo, do álcool e de outras drogas, a redução dos acidentes de trabalho e a prevenção da violência.

Em março de 2006, é aprovada a Política Nacional de Atenção Básica que traz uma revisão das diretrizes e normas da Atenção Primária no país associada à

⁵⁹ A Política de Promoção da Saúde esta inscrita na portaria 687 de 2006.

conjuntura atual. Amplia-se a abordagem da Estratégia de Saúde da Família, agora com amplitude nacional e alinhada à Política Nacional de Promoção da Saúde e também ao Pacto pelo SUS.

Sob esse prisma, a atenção básica ganha centralidade no país e destaque como eixo regulador da organização do sistema público de saúde. Considera o sujeito como um todo,

em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (Brasil, 2006,p. 10).

O processo de trabalho da equipe que compõe a atenção básica implica em desenvolver ações educativas que articulem o processo saúde-doença como uma construção social. Tais atividades supõem trabalhar no rumo da concepção ampliada de saúde que não se restringe apenas ao aspecto biológico da doença, mas enfatiza os fatores sociais que compõem essa dinâmica. A educação em saúde ganha destaque nesse espaço e torna-se peça fundamental do trabalho no âmbito da Atenção Primária.

Em novembro de 2012 foi instituída a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) com o intuito de efetivar a educação popular em saúde no âmbito do SUS, contribuindo com a gestão democrática e participativa e com a formação de novas práticas educativas no campo sanitário. Esse tema será abordado e aprofundado no decorrer do estudo.

No âmbito da PNEPS-SUS, a abordagem de educação em saúde implica recuperar o alinhamento conceitual de educação em saúde associado ao pensamento de Paulo Freire. Porém, como chama atenção Vasconcelos, (2013. p. 16), torna-se essencial enfatizar que a Educação Popular não é “uma teoria pedagógica criada por um intelectual”. É um saber construído coletivamente numa conjuntura em que os movimentos sociais ganham amplitude (anos 1970) e lideranças engajadas em lutas populares reforçam compromisso com a transformação macroeconômica da sociedade, a fim de superar eixos estruturais fundantes da pobreza e da opressão. Para tanto, são reforçadas as dimensões de

solidariedade, de organização e de busca da autonomia dos segmentos da classe trabalhadora.

No Brasil, o saber de educação popular se difunde para outros países da América Latina, onde é enriquecida e transformada. Ele foi elemento central de inspiração e de orientação dos movimentos de resistência da sociedade civil latino-americana contra os regimes ditatoriais que foram implementados em quase todos os países na década de 1970, e passou a gerar práticas sociais solidárias extremamente criativas e mobilizadoras (VASCONCELOS, 2013, p. 17).

Há, portanto, um trajeto de educação que não se resume a transmitir conhecimento ou mudar comportamento, mas uma lógica educativa que enfoque a participação, o diálogo, a troca de saberes e a busca da emancipação e da autonomia dos sujeitos. Educar é formação. “É formação de pessoas mais sabidas e mais fortes para conseguirem melhor retribuição à sua contribuição econômica, política e cultural” (VASCONCELOS, 2013, p. 32).

Esse rumo significa focar a participação e o controle social na saúde como ferramentas para efetivar uma política de saúde mais democrática e equitativa. Tal perspectiva está presente também no texto da Política Nacional de Atenção Básica, que aponta a participação como mecanismo que reforça o vínculo entre profissionais e os usuários por meios das ações educativas que influenciam no processo saúde-doença a fim de melhorar a qualidade de vida.

O programa [Saúde da Família] precisa ter sua direção modificada na perspectiva de prover atenção básica em saúde para toda a população de acordo com o princípio da universalidade. Para garantir a integralidade, o programa precisa ter como meta a (re)organização do sistema como um todo, prevendo a articulação da atenção básica com os demais níveis de assistência (BRAVO, 2006, p. 104).

A referida autora destaca, ainda, que a contratação de recursos humanos para atuar na atenção básica também exemplifica a subalternização da política de saúde à lógica econômica, pois a precarização das condições de trabalho, via terceirização com ausência de concurso público, inviabiliza o compromisso com o

SUS, gerando certa rotatividade dos profissionais. Enfim, é nesse cenário de questionamentos a respeito da universalidade do SUS e de focalização das políticas sociais que são implementadas 3.200 novas equipes da ESF, além da contratação de novos agentes comunitários e aumento do repasse de recursos financeiros da atenção básica para as prefeituras.⁶⁰

No âmbito da saúde têm-se muitas inovações. Algumas retrocedem a proposta do SUS, outras possibilitam avanços. É nesse contexto de tensão e de contradições que a política de Atenção Primária no Brasil se destaca na agenda pública e acarreta novas formas de intervenção no campo sanitário através das variadas concepções de educação em saúde.

⁶⁰Bravo (2006) destaca que esses dados encontram-se registrados no documento editado pela Secretaria de Comunicação de Governo e Gestão Estratégica da Presidência da República em 6 de julho de 2004.

CAPÍTULO III

A CENTRALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA NA AGENDA SANITÁRIA NACIONAL E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Ao se falar em educação em saúde, é quase inevitável associá-la à Atenção Primária à Saúde (APS). De fato, desde que a expressão *cuidados primários à saúde* ou *atenção primária à saúde* foi cunhada,⁶¹ a educação em saúde tem sido destacada como uma das atividades constitutivas desse nível de atenção. Na trajetória histórica da APS, seja no âmbito nacional quanto no internacional, esse nível de atenção tem sido o lócus privilegiado de desenvolvimento de ações educativas em saúde.

Nas últimas décadas, com o reforço da Atenção Primária à Saúde na agenda sanitária brasileira, a educação em saúde tem sido novamente enfatizada nos documentos orientadores da Política Nacional de Atenção Básica — PNAB (BRASIL, 2012a) e na Política Nacional de Promoção da Saúde — PNPS (BRASIL, 2010). Em 2012, foi ainda publicada a Política Nacional de Educação Popular em Saúde — PNEPS (BRASIL, 2012) que, embora ultrapasse o campo da educação em saúde no sentido estrito, dialoga com ele na perspectiva de construir um referencial prático, político e metodológico para as ações e serviços de saúde.

Desse modo, esse capítulo busca discorrer sobre a Atenção Primária à Saúde, com a perspectiva de remontar, na trajetória desse nível de atenção, o lugar ocupado pela educação em saúde. Nessa direção, o capítulo se propõe a recompor os principais termos do debate conceitual sobre APS no âmbito internacional, para, em seguida, mapear essa discussão no Brasil, pois entende-se que essa incursão é fundamental para a compreensão do lugar e dos sentidos que a Educação em Saúde tem assumido no cenário contemporâneo.

⁶¹ O termo Atenção Primária à Saúde tem suas origens comumente associadas ao Relatório Dawson, de 1920, ainda que a efetiva discussão conceitual sobre o mesmo esteja intimamente relacionado à história da Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata, de 1978. Esse capítulo da tese abordará alguns elementos conceituais sobre APS. Para maior aprofundamento, consultar Fausto (2006); Mello et al. (2009); MELLO, G.A.; FONTANELLA, B.J.B.; DEMARZO, M.M.P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde — origens e diferenças conceituais. *Revista APS* 12 (2), 2009. p. 204-213.

3.1) O debate conceitual sobre Atenção Primária à Saúde no âmbito internacional

Como se pode definir o que é Atenção Primária à Saúde (APS)? Que lugar a educação em saúde ocupa em seu âmbito? Para responder a essas perguntas, esse capítulo se inicia com um breve passeio pela trajetória de constituição e desenvolvimento da APS no cenário internacional em diferentes momentos históricos.

A literatura que trata da temática é unânime ao identificar que o conceito de Atenção Primária surgiu no Reino Unido em 1920, tendo como referência principal o relatório Dawson.⁶² Elaborado por solicitação do Ministério da Saúde inglês, esse documento se contrapunha ao modelo flexneriano americano,⁶³ constituindo-se em uma referência para a organização do modelo de atenção à saúde na Inglaterra.

O relatório Dawson pode ser considerado um dos pioneiros em termos de proposições de montagem de sistemas nacionais de saúde, assentando-se em três referências principais: os centros primários de atenção à saúde; os centros secundários e os hospitais-escola, além dos serviços domiciliares. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde seria resolvida por médicos com formação generalista.

Assim, o Relatório Dawson introduziu a noção de APS como porta de entrada para um sistema de saúde organizado por níveis de complexidade, em que os serviços seriam localizados territorialmente “de acordo com a distribuição da população e dos meios públicos de transporte” e com “as correntes de fluxos comerciais e de tráfego”. Estavam, assim, lançadas duas características básicas da

⁶² Em 1920, o médico inglês Bertrand Dawson preconizou, na Inglaterra, as primeiras formas de regionalização dos serviços de saúde e o exercício médico como meio de integração de práticas curativas e preventivas. (MENDES, 2002)

⁶³ O modelo flexneriano foi assim denominado por referência ao Relatório Flexner, editado no ano de 1910. Esse documento sistematiza os resultados de um estudo sobre a educação médica nos Estados Unidos e no Canadá, por encomenda da *Carnegie Foundation* e é considerado o responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos EUA, com profundas implicações para a formação e a prática médica em nível mundial. Em linhas gerais, o modelo flexneriano assenta-se na fragmentação e especialização do conhecimento médico, na ênfase aos aspectos biológicos e curativos e na atenção de base individual e hospitalocêntrica. Sobre o modelo, consulte Giovanella e Mendonça (2012).

APS que influenciariam a organização dos sistemas de saúde em todo o mundo: a **regionalização**, ancorada na ideia de que os serviços sanitários devem estar organizados com base na população e nas necessidades de saúde; e a **integralidade**, pautada na perspectiva de indissociabilidade entre ações preventivas e curativas (FAUSTO e MATTA, 2007).

Não foi sem resistências que o sistema nacional de saúde inglês sistematizou o trabalho da APS a partir das definições preconizadas pelo Relatório Dawson. As ideias contidas no documento não foram imediatamente implementadas, principalmente por pressão da corporação médica. No entanto, elas fundamentaram iniciativas posteriores de organização dos sistemas de saúde em diferentes países (MENDES, 2002).

Na criação do National Health Service (NHS) inglês, em 1946, o primeiro nível de atenção foi constituído por médicos generalistas que atuavam em seus consultórios com dedicação exclusiva ao NHS. Os centros de saúde foram difundidos somente na década de 1960, quando muitas unidades foram construídas na Inglaterra. Os médicos generalistas, ainda que permanecendo como profissionais autônomos, passaram a dar consultas nesses centros de saúde, trabalhando ao lado de outros profissionais da área — esses na condição de funcionários do governo, tais como enfermeiras, visitadoras domiciliares e assistentes sociais (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008, pg. 507).

Os centros de saúde primários ingleses funcionavam como o primeiro contato e eixo central para admissão nos demais níveis de atenção: o secundário e os hospitais universitários, que se responsabilizavam pelos casos mais graves e complexos de saúde. Segundo Aguiar (2003), a formação de médicos generalistas vinha ampliando-se desde o século XVIII e o sistema de saúde inglês passou a favorecer a formação generalista dos médicos, o que não só consolidou as oportunidades de trabalho, como também o reconhecimento profissional.

Nesse prisma, os serviços de enfermagem domiciliar, de saúde coletiva, de promoção e de prevenção de saúde continuaram a ganhar visibilidade no sistema inglês e faziam-se presentes nos assuntos de moradia, vias públicas, higiene e de **educação em saúde** (AGUIAR, 2003, pg. 43). Desse modo, as ações de educação em saúde emergem como um dos eixos constitutivos da APS.

A difusão das bases da APS para outros países além da Inglaterra se deu em um contexto marcado pela expansão da noção de direitos sociais que caracterizou o segundo pós-guerra, *vis à vis* o crescimento dos já elevados custos dos sistemas de saúde, o uso indiscriminado da tecnologia médica e a baixa resolutividade das ações de saúde (FAUSTO e MATTA, 2007).

Vários países apresentaram iniciativas de cuidados primários nos anos 1960 e 1970: a Alemanha com a expressão medicina social que surgiu em 1867 e está presente até os dias atuais; a China que em 1965 propagou inúmeras atividades de organização de comunidade local para cuidar da saúde com ênfase em cuidados preventivos com ervas medicinais; o Canadá que publicou em 1974 o relatório Lalonde que enfatizava a relação da eficácia da medicina com as boas condições gerais da população (que abarca estilo de vida, condições biológicas, ambientais e sociais e a eficiência dos serviços de saúde oferecidos); e, por fim, os Estados Unidos que na década de 1960 apostavam na medicina familiar e comunitária como eixos relevantes no combate à pobreza, voltadas para programas assistenciais (AGUIAR, 2003).

Muitas dessas iniciativas tiveram como fundamentação as ideias formuladas pelo movimento da Medicina Preventiva, que ganhou expressão nos anos 1960. Como chamam atenção Fausto e Matta (2007), a Medicina Preventiva se baseava em uma abordagem integral da atenção à saúde, propondo que, em sua fase inicial, a atenção médica deveria se fazer mais próxima do ambiente sociocultural dos indivíduos e famílias, de forma a garantir as ações preventivas e de controle do adoecimento.

Em direção semelhante, a Medicina Comunitária, amplamente divulgada pelos departamentos das escolas de medicina, contribuiu para a disseminação de proposições baseadas na APS em diferentes países, sobretudo nos mais pobres, articulando a APS a projetos de desenvolvimento econômico e social. Sob a perspectiva da Medicina Preventiva e da Medicina Comunitária, a proximidade entre os serviços primários de saúde e o local de moradia dos indivíduos e das famílias é entendida como um aspecto que contribui para que a APS se constitua em lugar privilegiado para o desenvolvimento de ações educativas.

As diversas experiências surgidas em vários países sobre cuidados primários, aliadas à necessidade de conter os custos da atenção à saúde foram primordiais para fomentar o debate acerca dos cuidados sanitários, principalmente para os segmentos despossuídos de qualquer tipo de assistência. A Organização Mundial de Saúde (OMS) tomou a iniciativa de ascender a temática sobre atenção primária na década de 1970, o que desencadeou vários encontros que forneceram respaldos diretos através de documentos e debates para a realização do marco histórico sobre os rumos da atenção primária em âmbito internacional. Programas de extensão de cobertura foram os principais mecanismos de difusão da APS nesses países, sob a lógica de ações elementares que todos os serviços de saúde deveriam ser capazes de prover (FAUSTO e MATTA, 2007).

Nota-se, portanto, que esses acontecimentos resultaram, mais de 50 anos depois da publicação do Relatório Dawson, na retomada do debate sobre Atenção Primária na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, realizada entre os dias 6 e 12 de setembro de 1978 em Alma-Ata, Cazaquistão. Esse evento contou com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) e teve a participação de 134 delegações de vários países. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários é considerada até o momento o principal marco referencial para as direções da Atenção Primária no mundo, pois buscou:

...promover o conceito de Atenção Primária à Saúde em todos os países; intercambiar experiências e informações sobre a organização da APS em alguns sistemas e serviços nacionais de saúde; avaliar a situação da saúde e da assistência sanitária em todo o mundo, bem como sua relação com a APS e o potencial de melhora dos sistemas nacionais de saúde com o estabelecimento de uma política de APS; definir os princípios da APS e as formas operativas de superação dos problemas práticos que porventura surgiriam; definir a função dos governos e de organizações nacionais e internacionais na cooperação técnica e na ajuda para o desenvolvimento da APS de uma forma geral; formular recomendações para esse desenvolvimento (AGUIAR, 2003, p.43)

É possível afirmar que, em formulações gerais, essa Conferência propôs que a APS atuasse como uma estratégia para ampliar a cobertura dos sistemas

nacionais de saúde e, desse modo, alcançar a meta do movimento Saúde Para Todos no ano 2000 (SPT2000).

Ao mesmo tempo, foi a partir da Conferência de Alma-Ata que a discussão conceitual sobre APS ganhou expressão. Destaca-se nesse debate a existência de referenciais que orientam o próprio conceito de saúde: saúde como direito do ser humano, saúde definida como um estado completo físico, mental e social e o que poderia ser feito para as milhares de pessoas que não tinham nenhuma assistência à saúde. Esse pano de fundo desencadeou novos critérios para pensar sobre os problemas de acesso, visando uma distribuição mais equitativa no alcance da política de saúde.

No relatório final dessa conferência foram sugeridas intervenções em saúde a partir da prevenção, da promoção, do tratamento e da reabilitação. Também foram registrados oito elementos essenciais que compõem a APS, a saber: **a educação em saúde**, a promoção da alimentação saudável, o saneamento básico, o planejamento familiar, a imunização contra doenças infecciosas, a prevenção de endemias, a provisão de medicamentos e o tratamento adequado para as doenças mais comuns. Desse modo, a educação em saúde é reafirmada como parte constitutiva da APS. A Conferência de Alma-Ata definiu a APS

como um conjunto de cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação (MENDES, 2012, p. 56).

Os profissionais de saúde que estão registrados na APS são os médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes de comunidade. Haveria, ainda, os praticantes da medicina tradicional que, capacitados tecnicamente, dariam o suporte necessário para responder às demandas e às necessidades expressas locais. Enfim, o relatório final de Alma-Ata designa a cooperação de governo, profissionais e população para promover o desenvolvimento da APS como parte integral do sistema de saúde com a meta de atingir até o ano de 2000 o maior acesso possível à saúde.

Segundo Aguiar (2003, p 50) vale destacar o conteúdo dos capítulos V e X da declaração da Conferência, que indicam a compreensão de que todos os países

poderiam por em prática modelos de atenção à saúde para o alcance da meta mencionada.

Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social (CAPÍTULO V- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE CUIDADOS PRIMÁRIOS, 1978).

Poder-se-á atingir nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000 mediante o melhor e mais completo uso dos recursos mundiais (...). Uma política legítima de independência, paz, distensão e desarmamento pode e deve liberar recursos adicionais, que podem ser destinados a fins pacíficos e, em particular, à aceleração do desenvolvimento social e econômico, do qual os cuidados primários de saúde, como parte essencial, devem receber sua parcela apropriada (CAPÍTULO X- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE CUIDADOS PRIMÁRIOS, 1978).

A definição tanto do conceito de APS quanto da diretriz de saúde para todos apresenta certa flexibilidade, de acordo com a estrutura de cada país, na medida em que busca levar em consideração as características socioeconômicas e as condições de vida e de saúde dos diferentes segmentos populacionais. No entanto, as ideias difundidas em Alma-Ata encontraram fortes resistências de ordem política e econômica, na medida em que conflitavam com interesses poderosos, como, por exemplo, os das indústrias farmacêuticas e de alimentos (FAUSTO e MATTA, 2007).

A literatura sobre o tema aponta que a APS ganha interpretações e, conseqüentemente, implementações diversas, não só para atender as necessidades de saúde da população a que se destina, como também, conforme o contexto específico em que se desenvolve. A década posterior à Conferência de Alma-Ata consolida variadas formas de abordagem de atenção primária, pois é marcada por profundas transformações macrosociedade⁶⁴ que repercutiram de diferentes maneiras nos países em desenvolvimento.

⁶⁴ Segundo Mota (1998) a década de 1980 é marcada por transformações macrosociedade associadas a profundas mudanças no mundo do trabalho via reestruturação produtiva e a formas de intervenção do Estado vinculadas às emergências das políticas neoliberais.

A Organização Mundial de Saúde promoveu em 1988, 1993 e 1998 encontros internacionais para avaliação e troca de experiências em APS nos diversos países e, apesar das variadas interpretações, algumas diretrizes eram comuns, como: o foco na equidade, na meta de saúde para todos e na promoção da saúde. Foram discutidos também os desafios postos para atingir a saúde para todos diante de um quadro econômico regressivo que caracterizou o mundo capitalista desde o final dos anos 1970, o que acentuou a miséria e o crescimento populacional acima do crescimento econômico em diversos países.

A primeira prioridade enfatiza a criação de ambiente favorável à economia e à melhoria das condições de vida da população via escolarização. O aumento da renda per capita e dos índices de escolarização são vistos como pontos estratégicos para a redução da pobreza. Já a segunda prioridade sugerida foi a racionalização dos gastos em saúde, com diminuição ou abandono das despesas públicas em serviços sofisticados e aumento de volume e da eficácia do investimento em saúde pública.

Recomendou-se, para isso, o redirecionamento dos gastos governamentais com saúde para programas mais eficazes, com uma melhor relação custo-benefício e que atendessem melhor aos pobres. Tal manobra seria necessária devido a grandes gastos observados em vários países — privilegiadores de atendimentos especializados que proporcionam um retorno pequeno em relação ao investimento. Ainda que o Banco Mundial reconheça como provável uma diminuição dos gastos em saúde após a implantação de programas de ajuste em países em desenvolvimento, alega-se que nem todos os gastos em saúde merecem proteção, uma vez que alguns são ineficientes e regressivos. (AGUIAR, 2003. p. 61)

A implementação da APS não seguiu um único padrão em todos os países. Buscando sistematizar e categorizar diferentes abordagens da APS, Mendes (2012, p. 57) registrou três principais interpretações no que tange à Atenção Primária adotada em diferentes países:

a APS como Atenção Primária seletiva, a APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde e a APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde. Essas três decodificações dos cuidados primários são encontradas, em vários países e, até mesmo, convivem dentro de um mesmo país, no mesmo tempo.

Com base no autor, é possível afirmar que a concepção que inscreve a APS no caráter seletivo entende-a como um programa focalizado para a população mais empobrecida e oferece uma tecnologia simples com baixo custo. A interpretação de nível primário aponta a Atenção Primária como mecanismo de porta de entrada para o sistema de saúde, isto é, o primeiro contato com a população. E por fim, o terceiro enfoque compreende a APS como estratégia de organização do sistema de saúde capaz de apropriar, reordenar e reorganizar todos os recursos disponíveis para atender às demandas da população. Esta interpretação implica em conceber a Atenção Primária como principal eixo articulador de um sistema de saúde integrado.

A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam a APS como instrumento para fortalecer a sociedade e reduzir as desigualdades de saúde. Surge, portanto, uma quarta interpretação que aborda a APS como enfoque de saúde e dos direitos humanos. Isto significa englobar os cuidados primários para além das especificidades de doenças. Pressupõe que as políticas de saúde sejam dinâmicas e transparentes para alcançar melhoria nas condições sanitárias.

Segundo Giovanella e Mendonça (2012), os organismos internacionais de saúde supracitados trazem uma renovação para a Atenção Primária que estabelece a necessidade de alcançar a universalidade à saúde via abordagem integrada e horizontal com destaque para a promoção da saúde, para a prevenção, para a intersetorialidade, para a participação da comunidade e para a responsabilidade do governo.

Há, portanto, várias interpretações de Atenção Primária à Saúde. Uma das mais aceitas constitui a APS como primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde, pois os programas e serviços oferecidos devem se apresentar o mais próximo dos usuários a fim de propiciar a continuidade da atenção à saúde.

A interpretação que inscreve a APS apenas como um programa não abarca os preceitos apontados em Alma-Ata. A compreensão da atenção primária como um recurso para os pobres também se torna um equívoco, pois afasta o princípio da

equidade e mantém a desigualdade e reforça o fosso existente entre as classes sociais.

O Relatório Mundial de Saúde da OMS de 2008, *Atenção Primária à Saúde: agora mais do que nunca*, deu novo impulso à revitalização da APS. Comemorando os trinta anos da Declaração de Alma-Ata, o informe aponta a Atenção Primária à saúde como coordenadora de uma resposta integral em todos os níveis de atenção, não mais um programa “pobre para pobres”; integrando um conjunto de reformas para a garantia de cobertura universal e institucionalizando a participação social. Reconhece, portanto, que a Atenção Primária integral de qualidade requer mais investimentos e que deve ser priorizada, pois representa o modo mais eficiente de aplicação de recursos em saúde. (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012, p. 501).

Nesses termos, o conceito renovado de APS aponta como eixo central de organização do sistema de saúde e sua real efetivação depende da operacionalização dos principais elementos que inscrevem a Atenção Primária, isto é, depende dos atributos que a caracterizam enquanto nível de atenção primária à saúde já supracitados

Segundo Silveira, Machado e Mata (2015), a renovação no conceito da APS reforça a universalidade como instrumento de favorecimento da equidade. Enfatiza ações coletivas na prevenção e no monitoramento de riscos e agravos. Chama atenção para a intersectorialidade, principalmente relacionada à abordagem individual, familiar e de comunidade. E ressalta a relevância da democracia e da participação social. Isto é, a partir desses elementos, a APS poder ser abordada como base da organização do sistema de saúde.

No período de 2003 a 2010 surgiram uma série de movimentos institucionais para consolidar a reestruturação do sistema de saúde que incluía um conjunto de documentos orientados para a “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” (SILVEIRA MACHADO E MATTA, 2015). Esses documentos ressaltavam como principais eixos: a situação da iniquidade em saúde no mundo, a efetividade e a eficácia da APS, a emergência de resgatar os princípios postos em Alma-Ata. O principal propósito da APS renovada se destinaria a

Revitalizar a capacidade dos países de elaborar uma estratégia coordenada, eficaz e sustentável para combater os problemas de saúde existentes, prepará-los para novos desafios de saúde e melhorar a equidade. A meta de tal esforço é obter ganhos sustentáveis de saúde para todos (SILVEIRA, MACHADO E MATTA, 2015, p. 36).

A atenção primária renovada destaca que um sistema de saúde baseado na APS deve se disponibilizar de recursos humanos tecnicamente qualificados. Para tanto, aposta em renovação curricular, na educação permanente e na abordagem pedagógica de **educação em saúde**. Enfim, ressalta que a APS não designa somente como um nível de atenção, mas a base de estruturação de um sistema integrado de saúde. (SILVEIRA, MACHADO E MATTA, 2015)

Starfield (2002) estabelece quatro elementos fundantes que se aplicam à APS. São eles: acessibilidade, variedade de serviços, definição da população eletiva e continuidade. A acessibilidade implica na localização da instituição de saúde próxima à população; a variedade de serviços diz respeito aos recursos disponíveis aos usuários; a definição da comunidade inclui a identificação do perfil da população pelos serviços da APS; e a continuidade consiste na organização dos serviços de forma ininterrupta, podendo ser operacionalizada por meio de vários mecanismos. A educação em saúde possibilita uma forma de implementar essa continuidade.

A autora descreve, além dos quatros elementos estruturais, outros dois como processuais, que são: a longitudinalidade e atenção ao primeiro contato. Esse último atributo consiste na população adquirir acesso aos serviços para cada nova demanda que possa surgir. Já a longitudinalidade requer um aporte regular de atenção que garanta um ambiente de atenção mútua e humanizada entre a equipe de saúde, os indivíduos e as famílias.

Starfield (2002) destaca a integralidade e a coordenação como eixos relevantes na Atenção Primária. A integralidade consiste em arranjos dos serviços, em tecer uma rede que possa atender a demanda da população, como consultas, internação domiciliar, entre outros. A equipe da APS seria responsável em reconhecer a demanda e referenciá-la na rede. E, por fim, ressalta a coordenação da

atenção que implica no reconhecimento, na continuidade e na avaliação da demanda surgida.

Apesar da APS reinterpretada, a compreensão da atenção primária é multifacetada e não consensual. Há inúmeras tensões, conflitos dos modelos existentes que podem reforçar a universalização ou a focalização. Além disso, as influências políticas, econômicas e culturais de cada país atribuem características singulares à implementação da APS.

O papel da APS nas políticas de proteção social pode ser analisado com base em três elementos centrais: o escopo dos serviços ofertados, se abrangente ou restrito; a concepção universal ou focalizada da APS; e o caráter mais ou menos mercantil da APS, que considera o modelo de intervenção estatal e as relações entre setor público e privado. Esses elementos trazem implicações importantes para o direito à saúde e à constituição de políticas mais ou menos equitativas, relacionando-se, portanto, com os padrões de proteção social (SILVEIRA, MACHADO E MATTA, 2015, p 35).

Desse modo, pode-se ressaltar que a implantação da Atenção Primária se torna um desafio, pois, como já mencionado, o terreno que expande o interesse pela APS é adverso aos elementos característicos da mesma. Isso porque a política econômica estabelecida a partir dos anos 1990 fragmenta e focaliza as políticas sociais. E a saúde não está imune a esse processo.

Observam-se conflitos de concepções no que tange a APS, pois conceitos seletivos e abrangentes são antagônicos e compreendem arcabouços teóricos, ideológicos e metodológicos diferentes, o que traz implicações também distintas para o direito universal à saúde. De fato, após a Conferência de Alma-Ata e em contexto de reestruturação econômica do mundo capitalista, propostas introduzidas pelos organismos internacionais ganham força, como por exemplo o Banco Mundial. Este publicou um relatório em 1993 sobre o investimento na saúde, considerando a estagnação da economia vivenciada por muitos países. (AGUIAR, 2003)

Sob esse processo, Aguiar (2003) resalta que a racionalização dos gastos sociais, o aumento da pobreza e a autonomia do mercado trouxeram impactos para a implementação da APS. Além disso, cada país poderia personalizar a Atenção Primária de acordo com seu contexto socioeconômico e cultural. A Atenção Primária

no Brasil não está isenta dessas tendências e vivencia contradições no âmbito teórico-prático de sua efetivação. Isso porque simultaneamente ao que é registrada como uma estratégia para garantir o direito universal à saúde de forma integralizada, a APS pode assumir uma postura focalizada para a população mais vulnerável, direcionando um conjunto de ações de baixo custo com tecnologia simples. No Brasil, a retomada da APS no âmbito do SUS aparece, primeiramente, sob o formato de um programa: Programa Saúde da Família e, posteriormente, configura-se em Estratégia da Saúde da Família, como veremos no próximo item.

3.2) A trajetória da Atenção Primária no Brasil: algumas considerações

De acordo com Fausto (2006), os antecedentes da APS no Brasil remontam ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), na década de 1940. Implantado com o objetivo de propiciar apoio médico-sanitário às regiões do país consideradas estratégicas economicamente à época (região de produção de borracha e extração de minério, por exemplo), o SESP foi fortemente influenciado pelo modelo de medicina preventiva norte-americano, inclusive contando com recursos da Fundação Rockefeller. Conforme Fonseca (2001), seus programas tinham uma abordagem integrada e compreensiva, incorporando serviços preventivos e curativos (campanhas sanitárias, assistência domiciliar, assistência médica ambulatorial, serviços de urgência e de internação hospitalar), organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde.

Tal forma de organização da atenção à saúde representava uma inflexão no modelo dual que caracterizou a política de saúde brasileira por várias décadas (CASTRO E FAUSTO, 2012). Conforme abordado anteriormente, até o final da década de 1950 predominou o modelo voltado para as campanhas sanitárias, que tinha forte intervenção do Estado nas decisões sobre o corpo individual. Com o crescimento acelerado do processo industrial, principalmente a partir da década de 1960, hegemonizou-se o modelo assistencial-privatista com a necessidade de reprodução da força de trabalho. Esse modelo, consolidado através de uma medicina previdenciária, oferecia serviços de saúde para os indivíduos inseridos no mercado formal de trabalho (MENDES, 2002).

A partir dos anos 1960, os primeiros programas de integração docente assistencial voltado à implementação de práticas de medicina comunitária ganharam destaque, com forte participação das universidades, em especial dos então recém-criados departamentos de medicina preventiva das escolas médicas brasileiras, o que foi fundamental para o desenvolvimento e difusão dessas experiências.

O projeto postulava uma medicina integral, o que não significava subordinar as ações ao campo biológico, mas pensar a dimensão social em que se desencadeava o processo saúde-doença, além de focar os efeitos coletivos da atenção prestada nesse processo e não apenas o resultado (cura) sobre o indivíduo. Sua ação não poderia se limitar ao ato isolado de um agente — o médico — mas deveria buscar a cooperação entre as diversas agências e práticas ligadas à vida da comunidade, de modo a diminuir sua precária condição social: escolas, postos de saúde, centros de treinamento profissional, serviços sociais, creches etc (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012, p. 513).

Alves (2004) identifica que nos anos 1950/1960 há uma inflexão na forma como a educação em saúde era desenvolvida no país, profundamente marcada por concepções e práticas de cunho higienista. Sob influência da Medicina Comunitária, a educação em saúde busca romper com o paradigma higiênico, incorporando a participação da comunidade para a solução de problemas de saúde como um de seus principais eixos constitutivos.

No entanto, como destacado pela autora, as práticas de educação em saúde comunitárias partiam do pressuposto de que as comunidades seriam as responsáveis pela resolução de seus problemas de saúde, devendo, para isto, serem conscientizadas, mas não levavam em consideração a determinação social do processo saúde-doença. Desse modo, a autora considera que “por trás deste apelo de participação comunitária parece camuflar-se o mesmo discurso da culpabilidade dos sujeitos, com a ressalva da culpabilização passar da individualidade para a coletividade” (ALVES, 2004, p. 45).

Pode-se dizer que a Atenção Primária passa a ganhar destaque no país na década de 1970, processo que Mendes (2002) identifica como atravessado por dois ciclos. O primeiro foi a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o qual destinava recursos para as Unidades Básicas de Saúde e, assim, contribuía para implementar o nível primário de atenção a saúde, principalmente nas cidades menores. O segundo se relaciona à expansão da

medicina comunitária, na qual alguns municípios buscaram organizar seus sistemas locais de saúde, tendo como eixo norteador a extensão de cobertura, principalmente para as regiões periféricas. Um diferencial dessas experiências, como sinalizado por Fausto e Matta (2007), foi a tentativa de organização de um sistema de saúde integrado, que buscasse articular as ações da APS com um conjunto maior de ações em saúde.

Porém, segundo Aguiar (2003) e Mello (2009), esses modelos não correspondiam aos preceitos da APS discutida em Alma-Ata, na medida em que não possuíam como meta a universalização e não se integravam ao sistema de saúde existente no período. Esses programas resumiam-se a atividades simplificadas de saúde e destinavam-se às áreas rurais com cunho interventivo de baixa tecnologia. Nesse sentido, apesar de expandirem os serviços de saúde, esses programas não trouxeram transformações significativas. Mantinham um caráter conservador das ações mesmo com o espraiamento dos serviços de ambulatório público em território nacional.

Vale ainda dizer que o modelo hegemônico de organização da atenção à saúde no país ainda era o da medicina previdenciária, conforme abordado no capítulo anterior.

Na sequência do PIASS, o governo federal formulou, em 1981, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde). O programa previa a expansão da rede pública de saúde por intermédio dos municípios e estados, com integração da rede de serviços básicos de saúde e demais serviços ofertados em outros níveis de atenção, tanto do sistema previdenciário quanto das demais instituições públicas de saúde. No entanto, a implantação do Prev-Saúde não conseguiu avançar, devido a fatores de ordem econômica, mas também político-institucionais, em especial aquelas referidas à crise da Previdência Social, base de financiamento do setor. (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012)

Em face da crise financeira e institucional que marcou os anos 1980, algumas iniciativas ganharam espaço, dando início ao processo de reforma do sistema de saúde brasileiro. Destaca-se a implantação, em 1985, do programa de

Ações Integradas de Saúde (AIS), que propôs a organização dos serviços básicos de saúde nas três esferas governamentais: federal, estadual e municipal.

As AIS, tomadas como estratégia em 1985, estimularam a integração das instituições de atenção à saúde (MS, Inamps, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde) na definição de uma ação unificada em nível local. A organização de um primeiro nível de atenção, no qual as unidades básicas de nível local eram responsáveis por ações de caráter preventivo e assistência médica, deveria integrar o sistema de saúde pública e de assistência à saúde previdenciário, de forma a prestar atenção integral a toda à população independentemente de contribuição financeira à previdência social. A implementação das AIS propiciou, assim, uma importante ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde, com a criação de unidades municipais de saúde em grande parte dos municípios brasileiros, como primeiro nível de atenção, embora ainda pouco articulada aos demais níveis (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012, p. 515).

Segundo Aguiar (2003, p. 87) as Ações Integradas de Saúde reforçavam características relacionadas tanto ao conceito da APS de Alma-Ata quanto ao do movimento associado à medicina comunitária.

Dentre elas, há várias relacionadas tanto ao conceito de APS advindo da Conferência de Alma-Ata como do movimento de Medicina Comunitária: definição de programas a partir das necessidades locais, integralidade das ações de saúde, regionalização e hierarquização dos serviços, valorização das atividades básicas, utilização prioritária e plena da capacidade instalada da rede pública, desenvolvimento de recursos humanos, participação social, reorientação das atividades de ensino, pesquisa e extensão das universidades e, por fim, desenvolvimento técnico e gerencial dos serviços de forma a se alcançar a máxima resolutividade. O primeiro rompimento com as práticas autoritárias e tecnocráticas do regime militar foi possibilitado através da descentralização efetiva do processo de gerenciamento por meio da constituição de comissões deliberativas nos âmbitos nacional, estadual e federal.

As AIS passaram a ter um papel fundamental na construção da trajetória da APS no Brasil, pois marcam o processo de descentralização e de reorganização dos serviços de saúde. Essa forma de gerir a saúde, tecida desde a década de 1970, reorganizou os serviços básicos de saúde no processo democrático do país que,

mais adiante, seria defendida pelo Sistema Único de Saúde de caráter universal e equitativo promulgado na Constituição de 1988.

Os percursos trilhados pelas Ações Integradas de Saúde foram aliados de peso na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Bravo e Matos (2004) registraram que o referido evento foi o mais importante marco histórico na trajetória da política de saúde pública brasileira, pois seu relatório final alicerçou a reformulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Mello (2009) e Aguiar (2003), a concepção ampliada de saúde que fundamenta o SUS e a importância dos determinantes socioeconômicos e culturais no processo saúde/doença se tornam condição essencial para a prática da APS conforme preconizado em Alma-Ata.

O Sistema Único de Saúde, inscrito na Constituição Federal de 1988, aponta para uma rede integralizada e hierarquizada com base na descentralização e na integralidade, com prioridades para atividades preventivas. Essa diretriz reforça a **educação em saúde** no âmbito da Atenção Primária como um dos elementos que a compõe. Apesar disso, Fausto e Matta (2007) argumentam que a amplitude da agenda reformista trazida pelo movimento sanitário brasileiro secundarizou o debate sobre a APS, tendo em vista que outros temas (universalização, descentralização, integralidade, participação social e financiamento) assumiram posição de destaque naquele contexto.

Apesar dos avanços, os anos posteriores à emergência do SUS, como já mencionado anteriormente, não constituiu um terreno fértil para sua real implementação. Os reflexos da crise mundial no Brasil trouxeram retrocessos para a política de saúde, principalmente, com a instabilidade de fontes de financiamento na década de 1990.

Essas dificuldades conjunturais e estruturais fizeram com que o novo sistema de saúde mantivesse algumas características indesejáveis do antigo modelo, como a continuidade do pagamento por produção ambulatorial e hospitalar, alheia às necessidades mais abrangentes de saúde da população, e a falta de um modelo claro de cuidados à saúde. A Norma Operacional Básica 01/91 — a primeira a ser editada após a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde — acabou por descaracterizar alguns dos principais objetivos do SUS, Apesar de a Lei Orgânica da Saúde ter definido critérios para o repasse de recursos federais aos estados e municípios — baseado em

características populacionais, epidemiológicas, demográficas, logísticas e realizado de forma automática e regular —, essa norma acabou por redefinir toda a lógica de financiamento, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços semelhante à da antiga estrutura previdenciária. Por esse motivo, o período entre a NOB 01/91 e a NOB 01/93 é considerado como o período da *Descentralização Tutelada* (AGUIAR, 2003, p. 94).

No entanto, o Sistema Único de Saúde continuava a redesenhar seu modelo de atenção à descentralização, mesmo de forma lenta e tutelada iniciou a transferência da gestão da Atenção Primária para a responsabilidade municipal. Esse caminho possibilitou a criação de novas unidades básicas de saúde pelos municípios.

Mendes (2002) aponta que surgiram no país várias propostas que buscavam um modelo de Atenção Primária à saúde que abarcasse a integralidade das ações de saúde, contrapondo-se ao modelo tradicional vigente. As alternativas mais relevantes foram: 1) Medicina Geral e Comunitária; 2) Ação Programática em Saúde; 3) Médico de Família; 4) Defesa da Vida; e, por fim 5) Estratégia da Saúde da Família.

O autor relata que a Medicina Geral se desenvolveu em Porto Alegre no ano de 1983; a Ação Programática em Saúde surgiu nos anos 1970 com o movimento de programação saúde vinculado à Secretaria Estadual de São Paulo; o modelo de Defesa da Vida foi desenvolvido no final dos anos de 1980 pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) junto ao Departamento de Medicina Preventiva.

Todas essas propostas foram relevantes naquele momento e traziam novas possibilidades de gerir a Atenção Primária no país, concretizando os princípios do SUS. Contudo, elas se limitaram a experiências locais e não se legitimaram enquanto política pública de âmbito nacional. Ainda assim, é a partir dessas experiências inovadoras que a temática da Atenção Primária ganha posição de destaque na agenda e no debate nacional com experiências locais que já se desenvolviam isoladamente em diversos municípios do país.

Na década de 1990, a Atenção Primária ganha centralidade na agenda pública nacional, com o fortalecimento de ações de caráter preventivo e investimento na atenção básica à saúde. Em 1991, o governo federal cria o Programa de Agentes

Comunitários em Saúde (PACS) e, posteriormente, o Ministério da Saúde formula o Programa Saúde da Família (PSF) em dezembro de 1993 (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012).

O PACS se baseou nos trabalhos dos agentes comunitários recrutados entre as pessoas da própria comunidade que seria o público-alvo. Foi o ponto inicial que enfocava a família como chave das ações programáticas de saúde e constituiu-se como elemento de auxílio para a efetivação do SUS, principalmente, no que diz respeito à organização do sistema local de saúde. Os resultados positivos em relação à queda das taxas de morbimortalidade infantil e as experiências exitosas vivenciadas no município de Niterói (o Programa Médico de Família) motivaram a expansão da experiência do PACS.

Em dezembro de 1993, o Ministério da Saúde organizou um seminário sobre o tema *Saúde da Família* e esse evento, ocorrido em Brasília, contou com a participação de técnicos e profissionais daquela instituição vinculados ao PACS. Estiveram presentes também membros da OPAS e do UNICEF, profissionais de Porto Alegre — notadamente do Grupo Hospitalar Conceição — e profissionais e dirigentes da área de saúde dos estados de Ceará, Santa Catarina, Espírito Santo, Paraíba e dos municípios de São Paulo, Santos, Cotia e Niterói (VELOSO, 2003). Segundo Viana & Dal Poz (1998), esse encontro foi convocado em resposta a uma demanda de secretários municipais de saúde — que desejavam o apoio logístico e financeiro do Ministério da Saúde para efetuar mudanças nas formas de operação da rede básica de saúde — e nele discutiram-se as características do modelo que seria proposto a seguir pelo governo federal. (AGUIAR, 2003, p. 104).

Assim, em janeiro de 1994, o Programa Saúde da Família é oficializado, vinculando-se, do ponto de vista organizacional, à Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), da Fundação Nacional da Saúde (FUNASA). Desse modo, em seus anos iniciais, o PSF encontrava-se descolado das áreas programáticas e mesmo fora da estrutura do Ministério da Saúde. Tal fato, como apontado por Fausto e Matta (2007), contribuiu para que o PSF assumisse um perfil segmentado e ocupasse até mesmo um lugar marginal no âmbito do Ministério da Saúde. Estruturado a partir das unidades básicas de saúde, o PSF assumia a responsabilidade de atender a população local e desenvolver **ações educativas de saúde**, de prevenção, promoção e reabilitação, garantindo o acesso aos demais

níveis de atenção. As ações educativas previstas no PSF passavam por todos os profissionais aí inseridos.

A composição das equipes e suas atribuições podem ser assim identificadas:

(...) as equipes seriam compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um número variável de agentes comunitários, entre quatro e seis. A área de abrangência por equipe deveria conter entre 800 e 1000 famílias, e as tarefas básicas da equipe em relação à atenção em cada área deveria abranger o diagnóstico de saúde da comunidade, as visitas domiciliares, internação domiciliar, participação em grupos comunitários, atendimento nas unidades e estabelecimento de referência e contrarreferência (AGUIAR, 2003, p.104).

Os mecanismos de financiamento do PACS e do PSF eram feitos, inicialmente, por convênios estabelecidos entre o Ministério da Saúde, estados e municípios. Além disso, o PSF previa participação da comunidade, que se torna uma exigência via introdução dos conselhos municipais de saúde. Todavia, esse molde de financiamento e gestão mostrou-se inoperante e, em 1995, o PSF passa a ser subordinado diretamente ao Ministério da Saúde. A partir de então, o Saúde da Família assume gradativamente a conotação de uma estratégia de reorientação do modelo assistencial em saúde, perdendo seu caráter de programa e sendo intitulado Estratégia Saúde da Família (ESF). De acordo com Mendes (2002, p. 29), o objetivo geral da Saúde da Família passa, então, a se justificar por

...contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação das unidades básicas de saúde, com a definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

Considera-se a criação e implantação do PSF um marco na trajetória da APS no país. Segundo Castro e Fausto (2012), as transformações operacionalizadas a partir desse novo modelo de atenção repercutiram na reorganização dos sistemas a nível local e no próprio financiamento da política.

A nova concepção que passou a orientar a Estratégia Saúde da Família impulsionou também um novo panorama para a questão do financiamento da política de atenção básica. Em 1996, foi editada a NOB-SUS 1996, que dividia a

responsabilidade do financiamento pelas três esferas do governo a partir de um valor per capita nacional. Tem-se, portanto, a criação do PAB (Piso Assistencial Básico), que passou a transferir, regularmente, o repasse de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais com base em um cálculo per capita.

Esse mecanismo de financiamento contribuiu para a ruptura, ao menos no âmbito da APS, com a forma então exclusiva de pagamento por procedimentos, o que tendia a favorecer as localidades com maior capacidade de ofertas de serviços de saúde. Ao mesmo tempo, simplificou as formas de habilitação dos estados e municípios ao sistema de saúde, instituindo a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal.

Com prioridade na agenda pública nacional e contando com a criação de um piso de financiamento próprio, assiste-se à expansão da equipe da saúde da família no país. O documento “Saúde da Família: uma Estratégia para Reorientação do Modelo Assistencial”, editado pelo Ministério da Saúde em 1997 reforçou a substituição da concepção de programa para estratégia de reorientação de todo sistema de saúde. Em 1998 foi criado o Departamento de Atenção Básica para gerir e consolidar a Estratégia de Saúde da Família e, a partir de 1999, tem-se uma nova forma de financiamento, agora alicerçado na parte variável do Piso de Atenção Básica.⁶⁵

Vale aqui destacar que o termo Atenção Básica foi cunhado na experiência brasileira a partir da edição da NOB 96. Como registram Fausto e Matta (2007), os atores envolvidos na condução da política em nível federal justificam a adoção dessa nomenclatura como forma de demarcar uma concepção abrangente da APS, integrada a um sistema de saúde universal, em oposição ao enfoque seletivo da APS difundido pelos organismos internacionais.

Aguiar (2003) ressalta que a atenção básica e a regionalização foram enfatizadas com a Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS/ 2001) que procurava fortalecer os princípios da descentralização e implementar novas ações financiadas pelo PAB, tais como: controle da hipertensão e diabetes, da tuberculose

⁶⁵ O Piso Assistencial Básico foi reformulado para o Piso da Atenção Básica (PAB) e dividido em dois componentes: um fixo com base per capita e outro variável, de acordo com a adesão a programas de saúde prioritários (entre eles a Estratégia Saúde da Família), conforme as normas do Ministério da Saúde.

e hanseníase e o cuidado à saúde-bucal. Tem-se, portanto, a atenção básica como local privilegiado para ações de educação em saúde.

Segundo Castro e Fausto (2012), as novas configurações de implementação do PAB para os municípios possibilitaram a expansão significativa do número de equipes de saúde da família. No final de 2002, a cobertura da ESF chegava a cerca de 30% da população brasileira, o que confirmava uma considerável expansão do programa.

A expansão do PSF de 1994 a 2002 foi significativa: enquanto a cobertura inicial do PSF, em 1994, atingia um milhão de pessoas, em 1997 essa marca passou dos cinco milhões e meio, chegando a quase trinta milhões em 1999 e atingindo cinquenta milhões de pessoas no ano de 2002. A despeito dessa expansão, o PSF ainda apresentava, ao final daquele ano, inúmeros desafios para se consolidar como um modelo reorganizador da assistência no país: por ter se iniciado predominantemente no meio rural — notadamente em comunidades expostas a altos riscos de doença e morte —, apenas recentemente essa estratégia foi transposta para o meio urbano, também aí se iniciando em áreas de alto risco (AGUIAR, 2003, p. 108).

Segundo Castro e Fausto (2012), a centralidade adquirida pela Atenção Primária na agenda governamental brasileira continuou sendo destacada no governo Lula (2003-2006, 2007-2010). Isso se deu devido a uma importante expansão da estratégia saúde da família, a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006 e o crescimento do orçamento destinado à referida política.

São indicativos da prioridade conferida à Estratégia Saúde da Família, os seguintes grupos de iniciativas que se destacaram no âmbito da política de saúde durante o período do governo Lula: 1) incentivos à expansão das equipes nos grandes centros urbanos; 2) medidas de qualificação da estratégia mediante a crescente incorporação de outros profissionais; 3) iniciativas de mudanças na formação dos profissionais voltadas para a Atenção Primária; 4) medidas voltadas para o fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação desse nível de atenção (CASTRO E FAUSTO, 2012, p. 182).

A expansão da Estratégia Saúde da Família incorporou outros profissionais, especialmente com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família⁶⁶ (NASF), que se ancoraram na qualificação do trabalho das equipes da atenção básica. Nesse sentido, verifica-se a continuidade da centralidade no que diz respeito à política de atenção básica no país com fortalecimento das ações relacionadas à qualificação dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, como também nos incentivos de expansão da cobertura desse nível de atenção.

Tais aspectos indicam avanços no que diz respeito à expansão da estratégia. No entanto, registram-se também desafios ainda não superados, pois é nítido que a ampliação do acesso da ESF limitou-se à camada mais empobrecida da população. Os desafios mais evidentes consistem em: a acentuação da política do ESF nos centros urbanos, a gestão e formas de inserir mais recursos humanos na atenção básica e, por fim, a garantia de desenvolver ações de saúde considerando o princípio da integralidade (CASTRO E FAUSTO, 2012).

Os centros urbanos se tornaram desafios para a implementação da atenção básica, pois a urbanização em nosso país se acentuou de forma desordenada de acordo com o processo de industrialização. Segundo Aguiar (2003), além da aglomeração existente, tem-se a questão da formação generalista dos médicos, que se confronta com as tecnologias das grandes cidades, as quais enfatizam a formação de médicos especialistas mais requisitados pelo mercado.

Desse modo, verifica-se que a atenção básica vem recebendo novas formas e configurações, que tensionam com a perspectiva universal correspondente à proposta do SUS. A Atenção Primária vem sendo implementada em meio a tensões entre as proposições de atenção à saúde focalizada e seletiva, de baixo custo, destinada às regiões mais empobrecidas e a perspectiva de construção de uma atenção abrangente e integrada, em que a APS assuma o papel de primeiro contato preferencial com um sistema de saúde universal.

64 O NASF foi criado pelo Ministério da Saúde em 2008 através da Portaria GM 154 de 24 de janeiro. Objetiva apoiar as ações ESF no que diz respeito à abrangência, resolutividade e regionalização da política.

Mas qual a implicação desta conformação da APS para as ações de educação em saúde? Como mencionado, parte-se do pressuposto de que a educação em saúde é um dos elementos fundamentais que compõem as ações da Atenção Primária. Concorde-se com Vasconcelos (2004) quando este ressalta que entre os serviços de saúde inscritos no SUS, a atenção básica torna-se locus privilegiado para o desenvolvimento de ações educativas, pois é o primeiro contato do usuário com os profissionais de saúde responsável em fornecer uma assistência integral e contínua relacionada às práticas educativas. Tornam-se essenciais, portanto, as práticas de educação em saúde com eixo fundante nesse nível de atenção.

3.3) Atenção Primária ou Atenção Básica em Saúde no Brasil: tendências atuais e desdobramentos para a Educação em Saúde

Como visto anteriormente, a denominação Atenção Básica foi escolhida pelo Ministério da Saúde com a finalidade de abarcar todas as atividades inseridas no nível primário de atenção à saúde (AGUIAR, 2003). Atividades estas que inscrevem a promoção, a prevenção, a reabilitação, o tratamento de agravos e **a educação em saúde**. Sendo assim, a Atenção Básica está composta com os princípios do SUS: saúde enquanto direito universal, integralidade, equidade, intersetorialidade e participação social. Nesses termos a atenção básica corresponde aos mesmos preceitos da atenção primária de Alma-Ata.

Alguns desses princípios foram diretamente relacionados não somente ao conceito de Atenção Básica, mas também ao Programa de Saúde da Família, pelo Ministério da Saúde em 1997 – como o estímulo à ação intersetorial, a integralidade do cuidado, a hierarquização através da complementaridade entre o modelo e os demais níveis do sistema e o controle social. A consonância entre os princípios do SUS e de Alma-Ata encontra, portanto, reforço teórico na conversão do PSF de *programa* para *estratégia*, discutida naquele documento (AGUIAR, 2003, p. 120).

Segundo Gil (2006, p. 1177), muitos pesquisadores da temática utilizam a atenção primária e a atenção básica como sinônimos, concebendo-a especialmente como primeiro nível de acesso ao sistema de saúde, isto é, como porta de entrada. Sob esse prisma, seja a terminologia “atenção primária” ou “atenção básica”, a

educação em saúde é um dos elementos que compõe esse nível de atenção e torna-se fundamental no processo saúde-doença.

Atualmente, com forte indução do Ministério da Saúde, a quase totalidade dos mais de 5.500 municípios brasileiros assumiu a responsabilidade pela gestão dos serviços e ações de atenção básica à saúde em seu território. Dados obtidos junto ao Ministério da Saúde⁶⁷ indicam que em abril de 2015, a cobertura populacional estimada da ESF era de 61,32%, o que correspondia a quase 120 milhões de habitantes. O número de municípios com equipes de Saúde da Família totalizava 5.388 e o número de equipes implantadas era de 38.478. Na perspectiva do Ministério da Saúde, a organização da atenção básica tende a constituir importante estratégia para a reestruturação do sistema de saúde como um todo.

Como já mencionado, o caráter inovador desse tipo de programa consiste em adotá-lo como estratégia para reorganização dos serviços de saúde no Brasil, principalmente, no âmbito municipal. A Estratégia Saúde da Família mantém o foco na família e na comunidade, possibilitando uma nova dinâmica que busca superar o modelo tradicional de assistência à saúde. No entanto, notificam-se desafios postos pela atual conjuntura que dificultam uma prática de educação em saúde na atenção básica que efetive os reais princípios inscritos no Sistema Único de Saúde.

Segundo Miotto e Nogueira (2006), a educação em saúde — foco do presente estudo — e sua promoção estão vinculadas à eficácia da sociedade em efetivar, de fato, a implantação de políticas públicas voltadas para a qualidade de vida e ao desenvolvimento da capacidade de contextualizar criticamente a conjuntura atual, a fim de promover a transformação real dos fatores determinantes da condição de saúde.

Baseado na perspectiva apontada pelas autoras, entende-se que a educação em saúde não se operacionaliza pela mera transferência de informação, pois possui como alicerce a construção de um novo olhar que não reforce a subalternização dos usuários. Uma proposta de ações educativas politiza demandas, enfatiza a participação social dos usuários, fomenta a produção do conhecimento

⁶⁷http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em 24 de junho de 2015.

crítico da realidade e busca autonomia do sujeito coletivo. Enfim, uma proposta de educação em saúde objetiva ressaltar a consciência sanitária crítica

Marques (2006) aponta que é necessário transformar as campanhas verticalizadas em ações construídas de forma horizontal, pois educar para saúde significar ir além do curativo. Significa priorizar intervenções preventivas e promocionais. Para a autora, a educação em saúde não se resume ao repasse de informações, mas pode promover a interlocução do saber técnico e popular, considerando a cultura local como eixo potencial de enriquecimento das ações da educação em saúde.

Desse modo, ressalta-se a importância da educação em saúde inscrita no SUS na diretriz que enfatiza a integralidade. No entanto, agir nesta direção significa entender a questão da saúde, não como ausência de doenças, mas como política social, como direito de cidadania. Como mencionado, faz-se necessário entender a proposta do SUS dentro dos princípios da concepção ampliada de saúde, ou seja, reconhecendo a influência das relações sociais, econômicas, das condições de vida no processo saúde-doença.

A concepção abrangente de saúde assumida na Constituição de 1988, através da determinação da implantação do SUS, foi um importante passo para uma mudança significativa no modelo assistencial e na tradução das necessidades de saúde da população brasileira. Ao suprimir, ainda que inicialmente em termos discursivos, a existência de um modelo centrado na doença, deu margem para a construção de um modelo de atenção integral à saúde, pautada em princípios doutrinários jurídico-legais asseguradores de práticas de saúde que respondam não às relações de mercado, mas a direitos humanos (MIOTO E NOGUEIRA, 2006,p . 230).

Nestes termos, o atendimento às necessidades de saúde significa o atendimento a necessidades essenciais do ser humano, como alimentação, habitação, cuidados primários, entre outros. Tal concepção viabiliza a articulação de um conjunto de fatores, dentre os quais, se destaca a educação em saúde associada à diretriz da integralidade registrada no SUS.

Os eixos transversais da integralidade, equidade, universalidade e do controle social indicam novos caminhos que encerram o potencial de superar o modelo de assistência centrado na doença. Identifica-se, portanto, a reorientação da

atenção básica como núcleo estratégico de mudança desse modelo tradicional e a educação em saúde se torna instrumento valioso nesse rumo.

Segundo Alves (2005), a reorientação das práticas de saúde na atenção básica passa pela oferta de uma assistência integral que abarque todas as dimensões inscritas no processo saúde-doença. Assim, o desenvolvimento das práticas de educação em saúde na atenção básica, seja através de grupos sistemáticos e/ou espaços informais, expressa a possibilidade de efetivar o princípio da integralidade pelos profissionais de saúde.

O espaço da atenção básica em saúde como campo de primeiro contato que favorece a aproximação dos profissionais e usuários contribui para a criação de vínculo e de estratégias de ações educativas que venham responder aos reais interesses dos usuários. Ações educativas que não estão dadas, mas são construídas de acordo com as demandas que surgem e são politizadas no cotidiano dos profissionais de saúde.

Nessa perspectiva, a atenção básica em saúde poderá viabilizar a construção de espaços coletivos de estímulo à participação dos usuários no espaço público. Este possibilitaria a viabilização da democratização de informações e a produção do conhecimento que estimule o senso crítico na perspectiva da construção da cidadania.

Torna-se fundamental, assim, que o profissional de saúde priorize ações coletivas que democratizem informações e conhecimentos necessários para a promoção da saúde e para a manutenção da mesma, a partir de uma prática educativa e crítica que busque fortalecer a autonomia e construída por dois sujeitos sociais: profissionais e usuários.

Mas a construção efetiva dessa perspectiva coloca como desafio o fato de que não há uma completa ruptura com o modelo de atenção tradicional e historicamente hegemônico no Brasil. Apesar dos avanços do SUS, ainda nos deparamos com um país centrado na doença e na assistência médico-hospitalar individual que configura um modelo predominantemente curativo e com níveis elevados de exclusão que inviabiliza a adoção de práticas interdisciplinares e intersetoriais, apesar dos avanços já identificados.

A persistência nesse modelo focado na doença torna-se equivocada, pois efetiva-se de forma diferenciada em relação à proposta do SUS que aposta na integralidade das ações, na regionalização e na hierarquização da rede e da participação social. Como resultado disso há um baixo nível de organização sistêmica da rede.

Têm-se ainda novas formas de gestão da saúde baseadas no projeto privatista que defende a lógica do mercado em detrimento da saúde pública, universal e de qualidade. A proposta do grande capital aposta em modelos de atenção básica destinados à população mais empobrecida com serviços de saúde precários e focalizados, como mencionado anteriormente.

As práticas educativas se tornam instrumento primordial para os profissionais que atuam na saúde, pois é por meio desta que os usuários dos serviços da atenção básica podem assumir uma nova posição frente às situações do cotidiano, desenvolvendo novos projetos, potencialidades e habilidades, estimulando a capacidade de crítica, e, conseqüentemente, novas formas de organização e luta pela garantia de seus direitos pela garantia SUS enquanto direito social

Alves e Aerts (2011) ressaltam que os profissionais da atenção básica podem reorganizar os serviços a partir da educação em saúde e promoção da mesma, desenvolvendo práticas educativas para as pessoas que residem próximas à unidade, resgatando os vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre a população e a equipe.

Nesse sentido, traça-se as seguintes estratégias da ação educativa: a participação de todos os profissionais de saúde no processo de capacitação de indivíduos e grupos populacionais, para que possam assumir a responsabilidade sobre seus problemas de saúde; o entendimento de que os sujeitos (técnicos e população) desse processo têm percepções diferentes sobre a realidade social e que essas devem ser o ponto de partida da ação educativa; a participação popular e o fortalecimento do papel do serviço de saúde (ALVES e AERTS, 2005, p. 321).

A Estratégia Saúde da Família se tornou, assim, o lócus central desse processo educativo, pois devido à proximidade com os usuários, os profissionais aí

inseridos podem atuar na direção do fortalecimento do coletivo, do desenvolvimento interpessoal e da participação popular.

No entanto, agir nesses rumos exige disponibilidade dos trabalhadores da ESF para se envolverem com as atividades educativas em interação com os usuários. Alves e Aerts (2005) afirmam que a comunicação entre profissional e usuários deve ser apreendida como instrumento de promoção da saúde.

Essa forma de proceder não apenas previne agravos à saúde dos usuários assistidos na atenção básica, mas também torna a educação em saúde um dos eixos norteadores do fortalecimento da autonomia dos sujeitos envolvidos no processo. Ainda que essa autonomia seja relativa, pode contribuir para transformação da realidade.

Nessa lógica, o perfil exigido do profissional inserido na atenção primária à saúde deve priorizar o diálogo e a interação com seus usuários, valorizando as experiências vivenciadas e a sistematização do conhecimento. O processo educativo nesse campo possibilita o favorecimento da dinâmica comunitária, pois a formação do coletivo com determinadas características os aproxima e os fortalece enquanto sujeitos, pois vivenciam as mesmas demandas. Segundo Gomes e Merhy (2011), quanto mais autônomas e mais voltadas para processos coletivos da dinâmica da vida, mais politizada encontra-se a população.

A educação em saúde na atenção primária pode atingir avanços significativos, mas, para tanto, é necessário assegurar algumas condições, tais como a capacitação técnica dos profissionais e maior investimento na atenção básica no sentido de priorizar atividades fundamentadas em uma concepção ampliada do processo saúde-doença, como designa o SUS. Faz-se necessário o investimento nas políticas públicas de forma mais abrangente e intensiva, como também, o fortalecimento do real papel das unidades primárias no que diz respeito à educação em saúde.

Esse panorama da APS aqui construído reforça o entendimento de que a mesma, em especial a Estratégia Saúde da Família, reveste-se de inúmeras potencialidades para o desenvolvimento de ações educativas em saúde. No entanto, os significados, rumos e alcance dessas ações educativas são atravessados por distintas concepções que afetam a própria forma como tais ações são conduzidas.

Nesse sentido, faz-se necessário abordar as concepções de educação em saúde presentes na literatura que trata da temática, o que será feito no capítulo a seguir.

CAPÍTULO IV

CONCEPÇÕES E ABORDAGENS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

Conforme discutido até aqui, a educação em saúde tem assumido conotações diversas em diferentes contextos históricos, relacionando-se, em grande medida, ao próprio processo de constituição da política de saúde em seus diferentes momentos. Da mesma forma, entende-se que, ainda que a educação em saúde atravesse todo o campo de intervenção sanitária, é no âmbito da Atenção Primária à Saúde que as ações educativas em seu sentido estrito assumem centralidade enquanto campo de saberes e práticas em saúde.

Mas o que é educação em saúde? De que forma se pode conceituá-la? Nesse estudo, entende-se a educação em saúde desde uma perspectiva teórica alinhada a práticas educativas e a trabalho social emancipatórios que estimula a autonomia das pessoas, a reflexão crítica da realidade, a cidadania participativa e a superação da desigualdade social (BRASIL, 2012).

Vasconcelos (2013) aponta que a educação em saúde é o campo de prática e conhecimento no âmbito sanitário que viabiliza a criação de vínculo entre a ação, o pensar médico e o fazer no dia a dia dos usuários do setor.

A literatura que trata da educação em saúde tem sido unânime em identificar a existência de duas grandes matrizes de abordagem ou modelos de educação em saúde que têm influenciado as práticas sanitárias no Brasil: o chamado modelo tradicional e o modelo dialógico. Essas matrizes tendem a assumir posições polares no debate em torno da temática da educação em saúde. Nesse sentido, deve-se ressaltar a existência de outros enfoques, mais intermediários, como demonstra o trabalho de Marques (2006) que aponta o educativo, preventivo, radical e desenvolvimento pessoal. Sem desconsiderar essa variedade, essa tese aborda, contudo, duas grandes matrizes, dada sua relevante influência na delimitação do debate: o modelo tradicional e dialógico.

Esse capítulo busca apresentar os principais aspectos que permitem caracterizar esses modelos, entendendo-os aqui como tipos-ideais weberianos, isto é, reconhece-se que os mesmos não se encontram em sua forma pura na realidade

social, mas permitem estabelecer um quadro conceitual que busca orientar a compreensão de um dado fenômeno social. Destaca, ainda, a abordagem da Educação Popular em Saúde em sua trajetória histórica, culminando com a recente institucionalização da Política Nacional de Educação Popular em Saúde em 2012 (PNEPS).

4.1) Paradigmas⁶⁸ predominantes de educação em saúde: tradicional e dialógico

Inicialmente, cabe registrar que as concepções de educação em saúde estão profundamente enraizadas nos fundamentos teórico-metodológicos que orientam a própria Educação como campo disciplinar. Ou seja, a Educação em Saúde amalgama aspectos relacionados tanto às concepções de educação quanto às de saúde.

Segundo Brandão (1981), não existe uma única forma de educar, portanto, não existe um modelo predominante e homogêneo de conhecer, pois o autor reconhece que não existe uma única forma de cultura e contexto para todas as pessoas de forma igualitária. Afirma que educação é uma fração da forma de vida dos segmentos sociais que são criadas e recriadas mediante o dinamismo da própria cultura.

A concepção que caracteriza o modelo tradicional de educar inscreve a educação como apenas um ato de depositar. O educador é o depositante e os educandos, os depositários. A educação dinamiza-se por uma concepção bancária que torna o saber como uma doação dos que se julgam sábios e modelam o comportamento dos que nada sabem.

O educador, que aliena a ignorância, se mantém em posições fixas, invariáveis. Será sempre o que sabe, enquanto os educandos serão sempre os que não sabem. A rigidez destas posições nega a educação e o conhecimento como processos de busca (FREIRE, 1997, p. 81).

⁶⁸Segundo Thomas Kuhn, paradigmas são modelos, representações e interpretações legitimadas que fornecem problemas e soluções modelares para uma determinada comunidade científica. É através dos paradigmas que os cientistas buscam respostas para os problemas apresentados às ciências. Ver Mendonça (2012).

Nesses termos, caracteriza-se o modelo tradicional de educar em saúde como um modelo de educação bancária, em que a função do educador é depositar conteúdos aos educandos. A educação torna-se verticalizada e o educador disciplina, prescreve sua opção, dita e escolhe o conteúdo programático. Enfim, o educador é sujeito do processo e os educandos, meros objetos que se submetem a ele.

A educação, no âmbito da saúde, construiu sua história sob esse molde tradicional. Os educandos são considerados carentes de informação em saúde e a eles são prescritos hábitos e comportamentos ditos como saudáveis. São ditadas normas e regras de como agir para manter a saúde. Tal fato procede com a memorização do conteúdo narrado pelo educador.

Normas e regras ditadas perpassam pela relação de poder. Tomando por referência o trabalho de Foucault (1975), entende-se que o poder está em toda parte, pois ele não existe sozinho em si. O poder funciona e materializa-se através das práticas e relações sociais. Há certa funcionalidade do poder que não está alocado em determinado lugar, mas perpassa por todos os lugares, pelas relações que se estabelecem na sociedade.

O modelo tradicional de educar em saúde não apresenta o poder como repressor, pois Foucault (1975) afirma que existe outro lado do poder. A concepção de que o poder produz saber, pois nesse processo poder/saber há o sujeito que conhece e outro que recebe as informações e necessita adquirir conhecimento. Há, portanto, um processo de disciplinamento.

O modelo tradicional que dita normas e disciplina os usuários da saúde seguem essa linha de pensamento alicerçado na disciplina. Torna-se visível o controle do corpo do outro que se dinamiza pelas técnicas de poder que são concebidas como disciplina.

Segundo Danner (2010, p. 150), disciplinas são estratégias, mecanismos ou técnicas de poder que conseguem manipular o corpo do outro, impondo uma relação de docilidade e utilidade. A disciplina utilizada na educação tradicional de saúde segue essa postura a partir do momento que estrategicamente dita normas e

condutas que o outro deve seguir. As normas e disciplinas manipulam o corpo dos indivíduos, como também seus gestos e comportamentos. Isto é, configura uma relação de adestramento do outro.

Essa forma de educar cria usuários submissos e dóceis em termos de aceitação do que é dito e de obediência. O indivíduo não é sujeito de ação, é um depósito “bancário” de informação para Freire (1997) ou um produto de disciplina para Foucault (1987). Pelo poder, o indivíduo é disciplinado.

No que tange especificamente à saúde, o poder para disciplinar e ditar condutas de comportamento está associado ao discurso da medicina social, pois a soberania sobre a vida torna-se visível no discurso médico a partir do século XVIII. Dammer (2010) afirma que nesse período há uma metamorfose nos mecanismos de poder, principalmente com o poder sobre a vida humana. O poder perpassa pelos aspectos biológicos e também pelos seus mecanismos de controle. Surge, portanto, a biopolítica.⁶⁹

O poder de regulamentar e controlar a vida passa por normas como mecanismos contínuos de correção e regulamentação. Dita-se, portanto, uma sociedade normalizadora que segue regras. A norma é para ser cumprida pelo indivíduo, e, assim, a população torna-se disciplinada e regulamentada. Pela sociedade perpassam normas, regras de disciplinas que precisam ser regulamentadas para adestramento da humanidade

A condição sanitária da população é permeada pelo disciplinamento corporal de cada indivíduo, característico de uma sociedade normatizadora. Nesse processo, atuam o Estado e os que detêm o conhecimento, designando condutas a serem seguidas pela sociedade em relação a aspectos como higiene, hábitos saudáveis, vitalidade e prole.

Viver bem com saúde e ter bons hábitos de higiene exigem uma autoconsciência do que significa ser saudável. As condutas supracitadas devem ser, no modelo tradicional, sustentadas pela população de forma natural. Isto é, deve

⁶⁹A biopolítica ocupa-se do controle e da regulação da espécie humana pelo próprio homem. A população surge como um novo conceito: novo corpo, corpo com inúmeras cabeças que necessita de controle e disciplina, agora, de forma coletiva. Daí, tem-se o ressaltado da estatística, demografia e medicina sanitária (DANNER, 2010).

fazer parte da identidade subjetiva de cada indivíduo inserido na sociedade. Segundo Ortega (2004), a nova moral que estrutura a saúde inclui comer bem, ter hábitos higiênicos e respeitar a segurança própria do outro. O controle sobre o corpo passa a ser político e moral. A população passa a ser educada a partir dessas normas culturais que criam paradigmas ideais do sujeito baseado em novos valores de higiene e de comer e viver saudável.

A população torna-se alvo do saber e das intervenções corretivas e em nome dessa vida saudável do coletivo, da vitalidade da espécie humana e do controle das epidemias que a biopolítica ganha força e passa a ditar as normas e condutas vistas como certas e normais.

A vida, o corpo, a saúde, as necessidades, a reprodução, que antes faziam parte da esfera pré-política, transformam-se nas questões políticas por excelência. As estatísticas contribuem para dotar esse processo de maior objetividade, multiplicando taxas de mortalidade e morbidade, taxas de natalidade e dados sobre a distribuição de epidemias e doenças. Surge assim um novo domínio de saber e de intervenção política que se refere exclusivamente ao espaço do vital e a seus fenômenos correlatos de natalidade, reprodução e morbimortalidade. Um domínio de intervenção referido direta e exclusivamente à corporeidade, à vida entendida como *vida nua* (ORTEGA, 2004, p. 534).

Outra característica desse modelo de educação é desconsiderar a realidade dos educandos, pois os moldes de comportamentos ditos são a partir da realidade de quem educa. Não há, portanto, uma reflexão sobre a realidade vivenciada pelos educandos. Segundo Figueiredo (2009), os educandos agem de acordo com as crenças e valores dos educadores e o processo educativo torna-se uma prática esvaziada em si.

Sob essa luz, descreve-se a forma tradicional de educação em saúde, pois o Estado adota o discurso higienista e moralista a fim de controlar, civilizar e moralizar a população, com o intuito de garantir a produção e reprodução do sistema sem ameaças das epidemias. Registra-se, portanto, a ênfase na imposição de normas e medidas de comportamentos ditos saudáveis à classe subalterna.

Os profissionais de saúde que adotam esse modelo são narradores e conduzem os educandos a seguirem as normas e disciplinas expressas no conteúdo narrado. E quanto mais conteúdo é repassado, mais dóceis são os educandos ao

receberem as informações, melhores são considerados os educandos. A educação é o ato de depositar e os educandos são meros depositantes que recebem informações, normas e condutas a seguir sem desenvolver uma reflexão sobre esse processo.

Não há uma educação, mas sim comunicados, e os educandos memorizam as informações narradas. Não reflexão crítica, mas sim um arquivamento por parte dos educandos das informações recebidas. Como já mencionado, há uma educação bancária e a produção crítica e mais ampla de novos conhecimentos são negadas no campo da saúde.

Os indivíduos são considerados como carentes de informação em saúde. A relação estabelecida entre educador e educando é essencialmente assimétrica, já que um detém um saber técnicocientífico, com status de verdade, enquanto o outro precisa ser devidamente informado. A comunicação caracteriza-se pelo caráter informativo, na qual o educador, assumindo uma atitude paternalista, explicita ao educando, hábitos e comportamentos saudáveis, o que fazer e como fazer para a manutenção da saúde. Não há aquisição de conhecimento, mas a memorização do conteúdo narrado pelo educador (FIGUEIREDO, NETO e LEITE, 2010, p. 118).

Aliado a esse modelo educativo, tem-se um estilo fortemente ancorado no pensamento curativista, centrado nas doenças e na prevenção das mesmas através de mudanças de hábitos e atitudes dos educandos. Segundo Alves, (2005) essas práticas são orientadas apenas pelo eixo biologicista que restringe o processo do adoecimento à sua dimensão individual, não considerando os produtos das relações sociais vigentes, tais como: as condições de vida, de trabalho e culturais.

O discurso biologicista propaga que as complicações sanitárias decorrem da não obediência às normas e condutas de higiene ditadas por aqueles que detêm o saber, os profissionais de saúde. As mudanças de hábito, de comportamento e de atitude são vistas como suficientes para garantir um parâmetro exitoso na resolução dos problemas de saúde (ALVES, 2005). Esse modelo ainda encontra-se em muitas práticas educativas, como será enfocado posteriormente.

Vimos que o poder está em toda parte e provém de todos os lugares. Isto significa que ninguém está isento dos impactos do poder e das correlações de força

que existem, pois, como ressalta Foucault (1975), onde há poder há também possibilidade de resistência.

A resistência e as possibilidades do surgimento de ideias alternativas fazem parte da relação de poder. Surge sempre um confronto ao modelo posto como certo e normal. Relação de poder implica, portanto, em luta, enfrentamento, disputa, correlação de força e alternativas.

Como resistência ao modelo de educação tradicional em saúde, algumas transformações começam a ser visualizadas no campo da saúde a partir dos anos 1960 no Brasil. Alves (2005) destaca a emergência de outro modelo de educação em saúde: o modelo dialógico que apresenta o diálogo como fundamento teórico-metodológico. Os usuários não são meros recipientes de informações, pois seu saber e o contexto em que vivem são considerados no processo saúde-doença.

O modelo dialógico contrapõe-se ao modelo tradicional, na medida em que considera que a solução dos problemas implica na participação ativa e dialógica entre educadores e educandos. Segundo Figueiredo (2009, p. 119), o educador não apenas educa, mas também é educado no processo dialógico com o educando. São todos sujeitos da dinâmica educacional e crescem simultaneamente, o que descarta qualquer argumento autoritário de imposição.

Esse modelo inscreve o diálogo como eixo fundante do processo de educar. Todos são portadores de saber, seja ele científico, técnico ou não pertencente a nenhum desses campos. Todos são sujeitos e aptos a conduzir a dinâmica educativa. Mesmo em papéis diferenciados, atuam como iguais.

Os educandos devem ser vistos como agentes/co-produtores de um processo educativo. Possui uma dupla dimensão no processo: são ao mesmo tempo objetos de trabalho dos agentes educativos e sujeitos de sua própria educação, tendo o educador problematizador, o papel de proporcionar, com os educandos, as condições em que se dê a superação do conhecimento (FIGUEIREDO, NETTO e LEITE 2010, p. 119).

A partir do momento em que o educando torna-se sujeito de sua própria história, ele é responsável também pela construção de novos posicionamentos no processo saúde-doença-cuidado. Portanto, tende a estabelecer interlocução e uma

visão crítica da realidade, das demandas e serviços de saúde, fortalecendo as condições de possíveis estratégias de transformação.

Segundo Vasconcelos (2011, p. 114), o diálogo delinea soluções e orienta as práticas educativas, contribuindo para a superação do biologicismo, da autoridade do profissional de saúde e do enfoque restrito na doença. O modelo dialógico busca a construção ampliada de saúde no campo sanitário. O autor afirma que a educação popular em saúde é percebida como estratégia de construção de uma saúde mais adequada à vida da população e utiliza o diálogo com um dos seus atributos.

Tendo como base esse paradigma, o processo educativo na saúde não viabiliza apenas a produção de uma nova consciência sanitária, mas também fortalece e favorece a democratização das políticas públicas. Autores como Figueiredo, Neto e Leite (2010) e Alves (2005) descrevem o profissional de saúde como um educador, mas consideram, no entanto, que nesse processo há estímulo da busca da autonomia dos usuários, reconhecendo-o como sujeito de sua história e do processo educativo em saúde.

A educação popular em saúde está alicerçada na ampliação dos espaços de interação entre os diversos saberes dos sujeitos envolvidos na construção compartilhada de conhecimento, a fim de trilhar caminhos que busquem estratégias que superem o que incomoda nesse processo, como as formas tradicionais de educar no âmbito da saúde. (VASCONCELOS, 2013)

Vasconcelos (2013, p. 123) afirma que a educação popular em saúde não se resume a um novo estilo de comunicação e ensino, pois também é instrumento de gestão participativa da ação social. “É um jeito brasileiro de fazer promoção da saúde.”

4.2) Educação Popular em Saúde: inovação no processo educativo no Brasil

A aproximação do setor da saúde com o movimento de educação popular se deu nos anos 1960, durante o governo militar, no Brasil. Contraditoriamente, a insatisfação com o regime ditador da época viabilizou condições para a emergência

de várias experiências inovadoras em práticas educativas que buscavam romper com o modelo tradicional hegemônico até então.

O campo da saúde começou sua aproximação com a educação popular nesse período de repressão política e militar, impulsionada, em grande medida, pelos movimentos sociais que buscavam novas respostas para elaboração de condutas de resistência e organização política. Muitos profissionais da saúde mostravam-se insatisfeitos com as práticas educativas verticalizadas imbuídas nos modelos tradicionais biologicistas, e, a partir de então, foram tecendo novas experiências de participação na organização da vida política e no campo sanitário (VASCONCELOS, 2013).

Tais experiências inovadoras nas práticas educativas eram construídas a partir do diálogo entre o saber popular e o acadêmico, e já nos anos 1970 muitos profissionais da saúde faziam interlocução com os movimentos sociais das periferias urbanas e territórios rurais. Vasconcelos (2013) relata que nesse período iniciavam-se experiências inovadoras de serviços comunitários que, desassociados do Estado, ampliavam relações com grupos populares, considerando a dinâmica local da região.⁷⁰

Nesse prisma, vários segmentos de profissionais de saúde buscam, a partir dos anos 1970, uma ruptura com o modelo tradicional e autoritário de educação em saúde que dita normas e disciplinas aos usuários. Surge no âmbito sanitário uma nova cultura de relação com as classes populares, que insere um ambiente de troca de saberes e diálogo entre os sujeitos do processo educativo: profissional e usuário.

Muitas dessas experiências educativas contribuíram para fortalecer e disseminar as proposições em torno da Reforma Sanitária brasileira. Não é exagerado afirmar que muitos dos profissionais que atuavam no campo da Educação Popular em Saúde integravam o chamado movimento sanitário.

Com a implantação do SUS ao final da década de 1980 — e seus princípios da universalidade, equidade e integralidade —, as experiências de educação

⁷⁰ Convém registrar que o contexto da época era marcado por movimentos de contestação à ordem instituída, configurando o que alguns autores denominam de movimentos sociais “de costas para o Estado”. Para maior aprofundamento, ver a obra de SADER (1988).

popular em saúde continuaram a persistir em favor de política de saúde mais igualitária e participativa. Muitos profissionais engajados com a luta pela real efetivação do SUS adotaram a metodologia de educação popular em saúde como estratégia para o fortalecimento da participação popular na gestão e na orientação de novas formas de conduzir a política pública de saúde.

Segundo Vasconcelos (2011, p. 28), a educação popular não busca criar sujeitos subalternos polidos, limpos e bebendo água fervida. Seu propósito é estimular a participação para a organização do trabalho político que abre os caminhos para as conquistas dos direitos.

A educação popular é modo de participação de ativistas sociais nesse trabalho político. Ela busca trabalhar, pedagogicamente, o homem e o grupo envolvidos no processo de participação popular, para fomentar formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade crítica de análise sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. É uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social (VASCONCELOS, 2011, p. 29).

A matéria prima da educação popular é o conhecimento prévio da realidade das classes populares. Esse modelo não descarta as experiências vivenciadas que as pessoas vão adquirindo em meio ao seu entendimento sobre a inserção na sociedade. Não descarta, como o faz o modelo tradicional, a realidade dos educandos. O saber popular é ressaltado e valorizado e o educando sente-se mais a vontade para tomar iniciativa de sujeito no processo.

O conteúdo discutido não passa pelo viés vertical como no modelo tradicional. O que evidencia não é a mera transmissão de conhecimentos, mas a produção do conhecimento crítico e a ampliação dos espaços participativos que envolvem os diversos atores envolvidos no ato de educar. Em vez de ditar regras, conceitos, valores e comportamentos vistos como corretos, busca problematizar o que incomoda os educandos.

Educação popular é, portanto, o saber que orienta nos difíceis caminhos, cheios de armadilhas, da ação pedagógica voltada para a apuração do sentir, pensar, agir dos setores subalternos para a construção de uma sociedade fundada na solidariedade, na justiça e participação de todos (VASCONCELOS, 2011, p. 30).

O objetivo desse processo educativo consiste em apurar, organizar, aprofundar o pensar e o agir dos diversos sujeitos subalternos à lógica da sociedade. O pensar e o agir a partir de uma visão crítica tornam-se eixos fundantes na construção de uma sociedade solidária e justa. Segundo Vasconcelos (2011), a Educação popular pode ser sintetizada como a formação de pessoas mais críticas e dispostas a almejar uma melhor contribuição a sua condição econômica, cultural, política e sanitária.

No entanto, para formar pessoas críticas que redesenham as relações sociais existentes, a educação popular inscreve um novo modelo de operacionalizar ações educativas. Não é coerente impor conteúdo, objetivos, regras de comportamentos e atitudes vistas como as corretas, mas também não é a veneração da cultura popular. Há, portanto, a troca, o intercâmbio das experiências e da participação, e nessa dinâmica o diálogo torna-se peça fundamental.

A educação popular em saúde conduz o processo educativo comprometido com a participação de todos. Investe na força transformadora das palavras, do pensar e do agir na lógica de superar qualquer imposição de pensamento e preocupa-se com o significado político para o grupo a que se destina. Importa-se com a criação de espaços de conversas, de diálogo franco onde todos os envolvidos sintam-se à vontade para exprimir seus anseios, dúvidas, interesses e ponderações acerca de qualquer questão.

Não é no silêncio que os homens se fazem, mas nas palavras, no trabalho, na ação-reflexão. Mas, se dizer a palavra verdadeira, que é trabalho, que é práxis, é transformar o mundo, dizer a palavra não é privilégio de alguns homens, mas direito de todos os homens. Precisamente por isso, ninguém pode dizer a palavra verdadeira sozinho, ou dizê-la para os outros, num ato de prescrição com o qual rouba as palavras aos demais (FREIRE, 1997, p. 109).

Essa participação e aproximação dos profissionais de saúde na educação popular ocasionaram, no âmbito sanitário, uma nova forma de relação com as classes menos favorecidas, buscando romper com a tradição autoritária de educação em saúde. Essa nova relação baseia-se na confiança e no vínculo entre

os sujeitos sociais (profissionais e usuários) e a atenção à saúde pode viabilizar um espaço rico e dinâmico para ações educativas pautadas na busca de reorganização das relações sociais. Isto é, práticas educativas em saúde para além de informações sobre a prevenção de determinadas patologias.

Sob esse prisma, o diálogo é fundante na educação popular em saúde, pois contribui para construção coletiva de novas respostas para as demandas que surgem no campo do cuidado à saúde. A educação popular em saúde dinamiza possibilidades de saídas e respostas que, construídas coletivamente, incentivam autonomia, participação e protagonismo nas ações.

Esse modelo prioriza o coletivo, contudo, também pode ser um instrumento potencial na abordagem individual que não busca a centralidade na doença ou em algum órgão adoecido. Assim, faz-se necessário, no atendimento individual com o profissional de saúde, construir uma relação dialógica, em que, de um lado, encontra-se a pessoa que conhece sua realidade e a dinâmica na qual sua demanda está inserida e, do outro, o profissional de saúde que detém determinado conhecimento científico sobre a questão em foco (VASCONCELOS, 2013).

Sob esse prisma, o diálogo não é estratégia de convencimento, de imposição de regras e condutas, mas a construção de novas propostas de conhecimento, de alternativas que respeitam os diversos saberes, culturas e condições de vida e econômicas das pessoas envolvidas nesse processo. Este, por sua vez, fortalece a autonomia dos sujeitos que tendem a tornar-se mais seguros na condução e nas tomadas de decisão sobre seu próprio corpo e saúde.

As atividades educativas em saúde que asseguram o método da educação popular no coletivo são ricas em troca de saberes e experiências entre os sujeitos envolvidos no processo. Além de serem espaços de debate e produção de conhecimento, essas atividades atingem um número maior de pessoas, o que permite uma dinâmica mais proveitosa das demandas emergentes.

Nos espaços coletivos de debate, as dimensões sociais presentes nos problemas pessoais de saúde são mais facilmente explicitadas e aprofundadas. As reflexões que daí surgem podem ser difundidas através de pequenos meios de comunicação (boletins, folhetos, rádios comunitários, vídeos, apresentações teatrais e murais),

ajudando a provocar discussões em outros públicos (VASCONCELOS, 2013, p. 117).

O debate produzido nesses espaços coletivos não tem um fim em si mesmo, pois dá continuidade e repercute em outras dimensões, desencadeando a produção de uma cultura organizativa, participativa e cidadã junto aos usuários dos serviços. Para tanto, os profissionais participam desse processo não como aquele que educa, mas como sujeito que, ao educar, está sendo educado também.

A Educação Popular em Saúde rompe com as práticas educativas tradicionais de mera transmissão de informações centradas em patologias, pois acredita na construção e reprodução do conhecimento trilhadas pelos próprios usuários da política de saúde. Investe no diálogo e na educação humanizadora e potencializadora de transformação. Resgata, também, o afeto, o respeito e as emoções a fim de neutralizar qualquer comportamento autoritário e desumanizante:

Seguindo a ideologia freireana, o objetivo da educação popular em saúde não é formar sujeitos polidos, que bebam água fervida, mas ajudar as classes mais humildes na conquista de sua autonomia e de seus direitos. Para tanto, a Educação Popular em Saúde é pautada no diálogo e na troca de saberes entre o educador e o educando, em que o saber popular é valorizado e o alvo do Movimento Popular em Saúde está nas discussões sobre temas vivenciados pela comunidade que levem a mobilização social para uma vida melhor (MARCIEL, 2009, p. 775).

Sob essa luz, a educação popular em saúde abrange a integralidade de forma mais precisa e ampliada, pois as abordagens em diversas dimensões recaem além dos problemas pessoais. Abarcam dimensões políticas, culturais, econômicas, locais e societárias. Vasconcelos (2013, p. 120) afirma que a educação popular em saúde é instrumento de promoção voltado para a formação da cidadania ativa.

Para tanto, o cotidiano em saúde necessita ser trabalhado e desvelado em suas variadas dimensões no caminho da construção da democracia, da justiça, da superação das múltiplas expressões da desigualdade social e da solidariedade. No entanto, seguir nesses rumos significa encarar desafios constantes do dia a dia profissional, principalmente no âmbito do SUS.

Os princípios da participação da comunidade, da integralidade e da descentralização embutidos no sistema público de saúde brasileiro podem ser reforçados pela educação popular em saúde. É no cotidiano das práticas educativas em saúde que se pode superar o autoritarismo do modelo biomédico e da submissão dos usuários em favor da democracia e da ampliação do acesso dos serviços de saúde.

A humanização no SUS também pode ser reforçada pela educação popular em saúde, por meio da valorização de formas participativas de relação entre os profissionais, os usuários e os serviços oferecidos. Para tanto, há também uma exigência de desencadeamento de ações políticas que incentivem e estimulem os municípios na formulação e na implementação de espaços coletivos de troca de experiências, diálogo e participação dos sujeitos envolvidos nos processos educativos.

A operacionalização das ações no SUS vem apostando na atenção primária como espaço privilegiado que permite aos trabalhadores da saúde desenvolverem atividades educativas mais humanizadas, dinâmicas e inovadoras centralizadas na integralidade das ações. As práticas educativas tomam um viés emancipatório, dialógico e participativo nesse nível de atenção.

Sendo a atenção básica o locus onde prioritariamente devem ser desenvolvidas ações de educação em saúde, e sendo o Programa de Saúde da Família (PSF) hoje a principal estratégia para a “reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica” considerar este como um ambiente favorável ao desenvolvimento da educação popular em saúde (STOTZ , ALBURQUEQUE, 2004, p. 260).

A rede de atenção primária torna-se primordial na manutenção da saúde dos usuários e pode buscar alternativas de cuidado, pois a proximidade com a realidade dos sujeitos permite tal procedimento. Compreender as formas de enfrentamento criadas pelos usuários para superar as questões de saúde/doença exige uma perfil de profissional da saúde crítico, propositivo e atento com a real situação a que destinam seus serviços.

Sob essa perspectiva, a educação popular em saúde traz uma proposta que a diferencia da forma tradicional de educar. Apresenta a análise crítica da realidade

como norteador no processo educativo e os sujeitos envolvidos nesse processo devem ser os protagonistas da sua própria história.

A educação popular, além de permitir a inclusão de novos atores no campo da saúde, fortalecendo a organização popular, permite também que as equipes de saúde ampliem suas práticas, dialogando com o saber popular. A educação popular em saúde, assim, busca empreender uma relação de troca de saberes entre o saber popular e o científico, em que ambos têm a enriquecer reciprocamente (GOMES e MERHY, 2012, p. 11).

A educação popular em saúde no SUS busca, portanto, não apenas reverter o quadro de saúde da população envolvida, como também fortalecer e intensificar a participação, o que viabiliza a democratização das políticas públicas e da promoção da saúde.

Nesse sentido, esse modelo está inserido no SUS quando se tem como referência a participação, a promoção e as ações integradas como componentes fundantes do sistema público de saúde, tomando uma proporção mais ampliada com a criação, em 2012, da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS).

4.3) PNEPS: a institucionalização da Educação Popular no SUS

Vimos que a educação popular inicia seu movimento nas décadas de 1950/60, atrelada a um contexto de lutas sociais e resistências dos setores populares. Essa perspectiva ganha terreno na produção de conhecimento na Educação a partir de experiências que articulavam intelectuais e classes populares, principalmente durante a implementação da política desenvolvimentista no Brasil nos anos 1950 e 1960, com a iniciativa de alfabetização de jovens e adultos nas zonas rurais.

Buscava-se, nesse período, romper com as tradicionais formas de educar (oriundas de uma tendência de educação voltada exclusivamente para as elites) e estabelecer uma nova forma de educar. Um educar não apenas restrito a saber ler e escrever, mas atrelado ao estímulo, a um olhar crítico para a realidade e,

consequentemente, que viabilize o fortalecimento da autonomia dos sujeitos na perspectiva da ampliação da participação das classes populares. (BRASIL, 2012)

Pensadores como Paulo Freire influenciaram a educação popular através de diversas experiências exitosas, em especial no campo da alfabetização de adultos, o que possibilitou uma renovação no processo pedagógico. Apesar das perseguições vivenciadas durante o regime brasileiro militar, esse movimento de resistência ganhou espaço e inspirou novas experiências no processo educativo no país.

Ao longo dos anos 1970, a educação popular se aprimora e nos anos 1980 se amplia, não apenas como espaço de resistência e luta, mas também passa a ser incorporada a atividades desenvolvidas em determinadas políticas e instituições, como nos serviços de saúde.

Assim, a Educação Popular é compreendida como perspectiva teórica orientada para a prática educativa e o trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa e à superação das desigualdades sociais. A cultura popular é valorizada pelo respeito às iniciativas, idéias, sentimentos e interesses de todas as pessoas, bem como na inclusão de tais elementos como fios condutores do processo de construção do trabalho e da formação (BRASIL, 2012).

Nas décadas de 1970 e 1980, a educação popular ganha amplitude no âmbito sanitário, principalmente com o fortalecimento da saúde coletiva e a extensão dos projetos comunitários levados a cabo pelos Departamentos de Medicina Preventiva das universidades em articulação às classes populares. Essas experiências foram precursoras da própria criação do SUS, contribuindo nos debates que antecederam as Conferências de Saúde desde a VIII, em 1996, no texto constitucional e nos processos decisórios relacionados ao processo de reformulação do modo de gerir e implementar um novo modelo de atuação na saúde com controle social e gestão de caráter democrático.

Além de prática pedagógica constante nos movimentos sociais populares, a Educação Popular em Saúde ganha dinâmica própria a partir da organização de espaços agregadores, sistematizadores e produtores de conhecimentos, conceitos e visões de mundo, atuando como dispositivos fundamentais para as lutas populares. Tais espaços se localizam nas universidades, nos serviços de saúde e nos movimentos sociais populares. Em 1990, foi constituída uma

articulação nacional no sentido de ampliar a participação dos sujeitos comprometidos com o tema em virtude da informalidade com que o movimento estava estruturado, a despeito da mobilização evidente na realização de espaços presenciais, na criação de grupos acadêmicos e publicações (BRASIL, 2012).

No campo da saúde, a Educação Popular vem contribuindo desde os anos 1970 na construção de uma olhar mais crítico da realidade, configurando-se em estratégia de luta e resistência no que tange a um modelo tradicional de ensinar e produzir saúde. A Educação Popular em Saúde, conforme registrado no texto da PNEPS (BRASIL, 2012, p. 6), significa “um conjunto de saberes, vivências e práticas que se opõem à situação de opressão e exclusão social existente, apostando na construção do inédito viável”.

A partir de então, a Educação Popular em Saúde ganha visibilidade no contexto do SUS e vários procedimentos nesse espaço são encaminhados, como a criação da Rede Nacional de Educação Popular em Saúde no ano de 1998. Em 2003, é criada a Coordenação Geral de Ações Populares de Educação em Saúde a fim de fortalecer a participação da sociedade civil e o diálogo com movimentos populares.

Segundo o texto da PNEPS (2012) em 2005, a Educação Popular em Saúde foi alocada na Coordenação Geral de apoio à Educação Popular e à Mobilização Social e torna-se elemento fundamental da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS.⁷¹ Em 2009, é criado o Comitê Nacional de Educação em Saúde com o propósito de qualificar a interlocução da Educação Popular com outros movimentos e também acompanhar de forma mais precisa o processo de diálogo da política com o Sistema Único de Saúde.

A criação do comitê viabilizou o debate no coletivo, via encontros regionais que buscavam ampliar a temática e acompanhar a formulação da Educação Popular em Saúde enquanto política. Foram criadas, também, na contribuição do debate, as chamadas Tendas Paulo Freire,⁷² com presença constante em espaços científicos e

⁷¹ O Participa SUS foi criado na portaria nº3027 de 2007 a fim de “orientar as ações de governo na promoção, na qualificação e no aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática das políticas públicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nas respectivas esferas de gestão.” Disponível: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/participasus_aprovado_2007

⁷² “As Tendas Paulo Freire como costumeiramente têm sido nominadas ao resgatar a participação popular e a concepção dialógica e têm se configurado como espaços inovadores no contexto dos eventos da área da

acadêmicos, como: congressos, seminários e conferências. Tais tendas são espaços estratégicos que socializam a Educação Popular em Saúde como campo democrático na produção de conhecimento.

Conforme registra Bonnetti (2013, p. 49), há marcos históricos importantes que contribuíram para a institucionalização da PNEPS. São eles: o movimento de cultura popular em Recife em 1960; a experiência de Paulo Freire com alfabetização de adultos na cidade de Angicos no Rio Grande do Norte em 1963; a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde em 1976; os encontros regionais de Medicina Comunitária; o movimento da Reforma Sanitária que se iniciou na década de 1970; o processo de criação do SUS em 1986 pela VIII Conferência Nacional em Saúde; a criação do SUS em 1988; as caravanas da cidadania realizadas em 1990 com experiências de Educação Popular; a criação da Rede de Educação Popular em Saúde em 1998, a criação do grupo de Educação Popular em Saúde criada pela ABRASCO em 2000; a instituição da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde em 2003; a institucionalização da Coordenação Geral de Ações Populares também em 2003; a criação da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde em 2003; a criação da Articulação Nacional de Educação Popular em 2005; a criação do Comitê Nacional de Educação Popular em 2009; a formulação da PNEPS em 2010 por meio de encontros regionais; e, por fim, a própria aprovação da política em 2012.

Esses marcos contribuíram para a institucionalização da Educação Popular em Saúde enquanto política pública e desenharam seu percurso, proporcionado o alicerce para sua implementação. Essa caminhada tem sido reconhecida pela agenda governamental e o Ministério da Saúde legitima seu papel apostando na gestão democrática e participativa.

A Educação Popular aponta como pressuposto falar **com** o povo e não **para** o povo, pois está referenciado num processo pedagógico que aposta no saber desenvolvido na vida social, no campo de luta e resistência e na participação da população nas diversas áreas do seu cotidiano. O saber é construído dia a dia e dinamiza-se pelo diálogo.

saúde. Permeadas pela ideia dos círculos de cultura desenvolvidos na pedagogia freireana, têm promovido o entrelaçamento entre a teoria e a prática, trazendo para cena atores historicamente invisibilizados neste contexto de produção do conhecimento e articulação política, como militantes, educadores e práticos populares de cuidado”(BRASIL, 2012).

A Educação Popular em Saúde pressupõe o conhecimento como produção histórico-social dos sujeitos construído a partir do diálogo. O diálogo é o encontro dos homens mediatizados pelo mundo para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu/tu e por seu inacabamento o sujeito está sempre se construindo mediatizado pelo mundo. O diálogo pressupõe o amor ao mundo e às pessoas, a crença na natureza de ser mais do ser humano, a esperança e o reconhecimento das diferenças sem negá-las, contudo promovendo sua compreensão (BRASIL, 2012).

No entanto, para além dos avanços dessa política, tem-se também muitos desafios para sua implementação, pois a mesma aposta num novo molde de educar com a inclusão de novos atores na arena decisória. Concebe uma práxis político-pedagógica fundamentada na construção de práticas educativas com estímulo à promoção da autonomia da população, na horizontalidade de saberes e na formação de uma consciência crítica.

A política destaca o respeito aos valores, princípios e saberes da população na medida em que reconhece que a autonomia dos sujeitos envolvidos será promovida com a participação do mesmo no ato de cuidar, de pensar, de agir e de encaminhar seus próprios projetos. Os envolvidos na educação popular em saúde são compreendidos como sujeitos de sua própria história.

A política de Educação Popular em Saúde reconhece essa forma de educar como primordial na mediação dos saberes científicos e populares. Legitima atores nas práticas educativas que possam juntos fortalecer o espaço público, os serviços de saúde, o próprio SUS.

A PNEPS respeita a espiritualidade e a arte expressas pelos grupos populares como formas de construção de novas relações no coletivo, isto é, como forma de viabilizar novas práticas educativas que valorizam a criatividade. Entende que pensamentos criativos potencializam a promoção e o cuidado na saúde.

Outro elemento relevante nessa política é a ênfase na participação social dos sujeitos envolvidos no processo educativo. A portaria nº1256 de junho de 2009 institui o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde com o objetivo de fomentar a participação na formulação e no acompanhamento da implementação da referida política.

Ao lado da descentralização e integralidade, o controle social integra as diretrizes do SUS e inscreve as conferências e os conselhos de saúde como

mecanismo de participação da comunidade, como mecanismo de defesa do regime democrático, estreitando vínculos com o interesse da maioria em questão.

A política de Educação Popular em Saúde aponta também outros elementos que orientam sua prática. São eles: o diálogo, a amorosidade, a problematização, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação, e, por fim (mas não menos importante), o compromisso com o fomento de um projeto popular democrático.

O diálogo é compreendido no âmbito da política como um encontro de conhecimentos de sujeitos. “Acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade contribuindo com os processos de transformação e humanização” (BRASIL, 2012, p. 14).

O processo de dialogar viabiliza uma escuta interessada e aberta a aprender. Implica respeito, colaboração, troca e interação em postura horizontal. A postura autoritária da educação tradicional anula-se nesse processo, pois o saber não está pronto para ser depositado no outro. O saber dinamiza-se pelo diálogo, sendo construído no coletivo que instaura a capacidade de conviver com o outro e sua diversidade.

Segundo Freire (2014), o diálogo se dá pela palavra e constitui-se por duas dimensões: ação e reflexão. Dimensões que se interagem e podem viabilizar uma ação transformadora. O diálogo é uma exigência existencial e solidariza o refletir e o agir. Não se reduz ao ato de depositar conteúdo de um sujeito no outro e também não é um debate guerreiro de ideias. É um ato de criação que se conquista mutuamente.

A autossuficiência de um saber “superior” não viabiliza o diálogo, pois o ato de dialogar se operacionaliza pela relação horizontal de confiança, de vínculo e de troca. A dialogicidade é problematizadora do conteúdo programático e não uma imposição de normas, disciplinas e regras. Isto é, não é conjunto de informações a ser depositado no educandos, de forma bancária, mas a devolução sistematizada e acrescentada de elementos que foram discutidos no coletivo de forma ainda desestruturada (FREIRE, 2014).

No entanto, não há diálogo, se não há amorosidade no mundo e nos homens. O amor fundamenta o diálogo e assim não há uma relação de dominação e

sim de compromisso pelo que se faz e pelo outro. Freire (2014) afirma que se não há amor, não há diálogo, pois se não ama o que faz, se não ama o mundo, se não ama o outro e a vida, o diálogo não se torna possível.

Ao fundar-se no amor, na humildade, na fé nos homens, o diálogo se faz pela relação horizontal, em que a confiança de um pólo no outro é consequência óbvia. Seria uma contradição, se amoroso, humilde e cheio de fé, o diálogo não provocasse este clima de confiança entre seus sujeitos. Por isto, inexistente esta confiança na antidualogicidade da concepção bancária da educação (FREIRE, 2014, p. 113).

A amorosidade abrange a ampliação do diálogo e as relações de cuidado na prática educativa. “Permite que o afeto se torne elemento estruturante da busca pela saúde” (PNEPS, 2012, p.15). Parte-se do entendimento de que o vínculo afetivo com o outro também fortalece o coletivo e possibilita a criação de novos sentidos de motivações no educar em saúde, neutralizando qualquer tipo de comportamento desumanizante.

Segundo Santorum e Cestari (2011), a amorosidade é a expressão do bem querer ao próximo e também pelo o que se faz na prática. Esse sentimento deve ser desenvolvido no comprometimento do que se faz na prática com respeito e gosto pelo outro. Manifesta-se não só na relação com o outro, mas no cuidado com o ambiente, na dedicação e empenho no desenvolvimento das atividades.

A amorosidade é uma afirmação ética de posicionamentos assumidos diante do mundo, pois é quando deixamos explícitas as causas pelas quais lutamos e também pelas quais não nos juntamos. O amor à causa é imprescindível às lutas, é o que move homens e mulheres que se engajam na busca por um mundo melhor (SANTORUM e CESTARI, 2011, p. 227).

Segundo Freire (1996, p. 52), a amorosidade se expressa pelo afeto e não pode ser ausente no processo educativo. Esse sentimento deve existir sem receio de ser expresso e o querer bem significa compromisso ético com aquilo que se faz, como também, disponibilidade à alegria de viver.

Segundo Batista, Vasconcelos e Costa (2014), o vínculo afetivo e a amorosidade são dimensões do diálogo freireano. Um diálogo que troca, produz e sistematiza novos conhecimentos e que busca estratégias para se tornar mais democrático, adotando um posicionamento rígido de opressão e humilhação.

Esse ato de amorosidade é necessário em todos os encontros dos sujeitos envolvidos nas práticas educativas, buscando ampliar a compreensão das dinâmicas societárias e sua relação no processo de cuidado à saúde. Nesse sentido, diálogo e amorosidade contidos em cada encontro tece continuidade no agir transformador de determinada realidade. Realidade essa que é problematizada a todo tempo numa relação dialógica de reflexão e ação.

A metodologia problematizadora inscrita na política de Educação Popular em Saúde encontra-se implicada nesse processo. Sob esse prisma, as situações desencadeadas nos encontros através do diálogo possibilitam problematizar e geram novas elaborações sobre as demandas vivenciadas. A problematização da realidade aprofunda-se com o diálogo numa perspectiva conduzida pela valorização da ética, dos saberes envolvidos nesse processo (profissionais e usuários). O respeito pelos saberes se viabiliza indistintamente no que se busca fazer sem regras ditadas ou imposição.

Assim, a partir da problematização de determinada situação vivenciada, a realidade é analisada e, coletivamente, são sistematizadas as variadas formas de efetivar o cuidado em saúde para os usuários assistidos. Busca, portanto, a construção de novos parâmetros de organizar as relações sociais apresentadas no âmbito do cuidado em saúde.

A educação problematizadora rompe com a verticalização característica da educação tradicional em saúde e os sujeitos desse processo crescem juntos sem argumentos autoritários e ditadores de normas, condutas e disciplinas. Segundo Freire (2014), sob essa lógica ninguém educa ninguém e nem a si mesmo. Todos são educados por uma relação que problematiza e mediatiza as situações vivenciadas. A prática problematizadora conduz a uma reflexão crítica da realidade que pode contribuir para seu desvelamento num processo contínuo de ação-reflexão-ação.

A reflexão proposta tende, assim, a tornar-se autêntica e operacionalizar-se nas relações sociais. E é por esse meio que são provocadas novas abordagens de respostas a demandas apresentadas, como também, nova compreensão dos desafios vivenciados na atenção primária de atenção à saúde.

Quanto mais se problematizam as situações vividas pelos educandos, como seres no mundo e com o mundo, tanto mais se

sentirão desafiados. Tão mais desafiados, quanto mais obrigados a responder o desafio. Desafiados, compreendem o desafio na própria ação de captá-lo. Mas, precisamente porque captam um desafio como problema em suas conexões com outros, num plano de totalidade e não como algo petrificado, a compreensão resultante tende a torna-se crescentemente crítica, por isso cada vez mais desalienada (FREIRE, 2014, p. 98).

A problematização implica na construção de uma leitura crítica da realidade a partir do diálogo existente. “Discute os problemas surgidos nas vivências com todas as suas contradições. O sujeito, por sua vez, também se transforma na ação de problematizar e passa a detectar novos problemas na sua realidade e assim sucessivamente” (BRASIL, 2012, p. 16).

Segundo Kruschewsky e Cardoso (2008), a educação em saúde que enfoca a problematização possibilita uma prática educativa mais participativa, direcionada tanto à população, quanto à formação continuada dos profissionais de saúde. Tal processo investe na transformação individual atrelada à transformação social.

Os autores ressaltam, como de suma importância para a prática de educação em saúde, a utilização de analisadores de situação, em que o monitor ao desenvolver sua intervenção pedagógica deve observar a segmentação do grupo em relação às questões levantadas e o grau de permeabilidade dos envolvidos a novas informações. E para isto faz-se necessário o profissional está munido destes recursos para que sua intervenção torne-se estratégica (KRUSCHEWSKY e CARDOSO, 2008, p. 168).

Nesses termos, insere-se a problematização como eixo condutor da compreensão sobre o processo do adoecimento, partindo da apreensão que o processo saúde-doença dinamiza-se pelas complexas determinações sociais, econômicas, políticas e biológicas que estão associadas às condições de vida e trabalho da população.

O protagonismo torna-se outro elemento relevante no processo educativo em saúde, na medida em que a realidade vivenciada é considerada e torna-se condutora do pensamento crítico que a analisa dialeticamente. O conhecimento é compartilhado e construído pelos protagonistas das atividades que incluem a capacidade de trabalhar no coletivo, produzindo também respostas coletivas que permitam estratégias de transformação no cotidiano das unidades de saúde.

A construção compartilhada do conhecimento consiste, assim, no processo pedagógico da troca de saberes, na perspectiva de transformar as ações de saúde coletivamente nas esferas teóricas, políticas e práticas.

Como resultado do diálogo, (a educação popular em saúde) envolve a construção de práticas e conhecimentos de forma participativa, protagônica e criativa para a conquista da saúde, considerando a integração e articulação entre saberes, práticas, vivências e espaços, no sentido de promover o cuidado e a construção dialógica, emancipadora, participativa, criativa nos processos educativos, de gestão e cuidado em saúde (BRASIL, 2012, p. 16).

De forma semelhante, a emancipação também compõe a Política de Educação Popular em Saúde e busca fortalecer a libertação das variadas formas de opressão, de discriminação e de violência que ainda estão presentes na sociedade.

Fortalece o sentido da coletividade na perspectiva de uma sociedade justa e democrática onde as pessoas e grupos, sejam protagonistas por meio da reflexão, do diálogo, da expressão da amorosidade, da criatividade e da autonomia, afirmando que a libertação somente acontece na relação com o outro (BRASIL, 2012, p. 16).

A PNEPS apresenta como um dos seus eixos organizadores a emancipação humana, tecida por práticas pedagógicas e educativas, que prioriza a liberdade. Nesse sentido, não cabem metodologias educativas delineadas por bases conservadoras e disciplinares marcadas pela subordinação.

A proposta é viabilizar atividades educativas alicerçadas em um viés político-pedagógico que possibilite uma leitura da realidade a partir dos próprios sujeitos envolvidos nesse processo. Uma visão do mundo que, impregnada de elementos que valorizem a reflexão, a liberdade de pensar e agir, precede e contribui para o desvelamento dos determinantes da saúde para além de doença e patologias.

Freire (2014) afirma que a possibilidade de uma educação baseada na leitura que os sujeitos possuem da sua realidade contribui enormemente — pelo diálogo — a que os mesmos estejam no mundo como seres ativos e participativos no que tange aos encontros das situações limites que são apresentadas em seu cotidiano, vivenciando, assim, uma relação dialética entre os condicionamentos registrados no seu dia a dia e seus anseios de resistências, lutas para a liberdade.

Lefevre e Lefevre (2007, p. 239) afirmam que a condição humana de estar doente pode abrir largas oportunidades de redirecionar o processo saúde-doença para a emancipação. Isso exige uma leitura crítica da realidade que permita decifrar o porquê da enfermidade e como se pode a partir dessa compreensão trilhar rumos positivos em direção ao estar melhor em relação os processos coletivos que determinam o adoecimento.

“Todavia é preciso reconhecer que tal emancipação, para que deixe de ser mera “palavra de ordem”, precisa contrapor-se à atualmente dominante negação da doença resultante de uma intervenção de base científico tecnológica (diga-se de passagem, cada vez mais sofisticada) de forma inextricável associada a uma relação mercantil (cada vez mais) timidamente regulada por um Estado (cada vez mais) largamente a serviço do pólo hegemônico (LEVEFRE e LEVEFRE, 2007, p. 239).

Para efetivar-se a emancipação, faz-se necessário decifrar o que está intrínseco no processo de adoecimento numa sociedade de consumo que inscreve a saúde como mercadoria e a doença como fonte de lucro. Decifrar o que está por detrás dos modelos de produtos, de mercadorias e serviços que são oferecidos como recursos para não adoecer: medicamentos, exames, cirurgias, bairros planejados, entre outros.

Almeida (2005) destaca que as práticas de educação popular em saúde viabilizam metodologias que fomentam a emancipação, a participação popular e a autonomia cidadã. Sob essa lógica, a educação popular incentiva os usuários a atuarem de forma ativa na sociedade. Preconiza, portanto, uma visão contextualizada das condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas, políticas e culturais que tecem o processo saúde-doença numa sociedade.

E, por fim, apresenta o compromisso com a construção de um projeto democrático e popular, que valoriza o homem em sua integralidade com respeito à diversidade. Aponta o “protagonismo, a organização e o poder popular; a democracia participativa; organização solidária da economia e da sociedade; acesso e garantia universal aos direitos, reafirmando o SUS como parte constitutiva deste Projeto” (BRASIL, 2012, p. 18).

Os eixos estratégicos apontados para a efetivação da PNEPS estão caracterizados pelo poder da participação, do controle social e da gestão

democrática. A Política também apreende a compreensão e produção de novos conhecimentos, o cuidado em saúde e a intersetorialidade que considera o conceito ampliado em saúde alicerçado no SUS.

Segundo Oliveira et al (2004), a gestão democrática do SUS caracteriza-se pelos conselhos e conferências de saúde em cada esfera de governo. Torna-se um modelo de participação da sociedade civil, na medida em que consagra o controle social e inscreve a cidadania, pois abrange as práticas de fiscalização e participação nos processos deliberativos no que tange à formulação e gestão da política de saúde.

Há, portanto, mecanismos legitimados que contribuem para a garantia da participação, como os mencionados conselhos e conferências de saúde. Nesse sentido, a educação popular também pode tornar espaço de fortalecimento da cidadania através de troca de experiências e vivências, da mobilização e articulação contínua dos usuários na defesa dos princípios que fundamentam o SUS.

Segundo Oliveira e at (2014), a conquista do direito à saúde depende e exige a efetiva consolidação do SUS e um trabalho político permanente da sociedade civil, governo e trabalhadores da saúde para traçar novos rumos para essa política. Conforme Paim (2013), o SUS é um novo modelo implantado em velhas estruturas, o que torna sua efetivação um desafio. Apesar dos avanços alcançados nesses mais de vinte cinco anos de implantação do SUS, ainda persistem obstáculos a serem superados, tais como a questão do financiamento e as mudanças no que diz respeito aos paradigmas de organização das práticas de saúde. Essa última ganha visibilidade somente com a expansão da Saúde da Família.

Este modelo se fundamenta na insuficiência da perspectiva hospitalocêntrica e busca instituir um sistema centrado na atenção primária com ações e serviços voltados para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, cura e reabilitação. Com tal orientação, as ações de educação em saúde constituem importante linha de ação e a participação da comunidade é vital, não apenas para a consolidação da ESF, mas também do próprio SUS (OLIVEIRA e al, 2014, p. 1390).

A educação popular torna-se, assim, importante referência como novas práticas, podendo propiciar a democracia com o propósito de enfrentar as demandas e os problemas que surgem em conjunto com a população. Conforme Oliveira et al (2014), a educação popular é um mecanismo indispensável para o estabelecimento

da participação, na medida em que contribui, de forma valiosa, tanto para a formação de uma consciência sanitária como para a democratização do acesso a política de saúde via gestão participativa.

A educação em saúde é considerada estratégia fundamental para a realização da promoção da saúde e não deve ser compreendida apenas como acontecimento que proceda a doença. Nesse prisma, fomentar a participação popular em educação em saúde torna-se primordial, pois preza a compreensão que verdadeiras práticas educativas destacam-se ao considerar a autonomia das pessoas, o outro como sujeito social ativo que pode direcionar sua própria história e decisões em busca de condições melhores de vida.

A PNEPS composta pelos elementos acima abordados objetiva, de forma ampla, implementar a educação popular em saúde no sistema de saúde brasileiro, considerando a participação, o cuidado e práticas educativas mais democráticas. Para tanto, implica promover o diálogo, fortalecer a gestão democrática e os movimentos sociais, além de apoiar e sistematizar a produção do conhecimento. Enfatiza as ações educativas na saúde no âmbito da Atenção Primária, fortalecendo a gestão entre os profissionais da saúde e a comunidade, ressaltando os espaços de saúde como território de formulação e fortalecimento das políticas públicas.

No entanto, a análise da conjuntura contemporânea aponta desafios para encaminhar a educação popular nos rumos propostos pela política. Tem-se uma sociedade marcada pelo viés individualizante, que compreende a saúde enquanto mercadoria pautada muitas vezes numa cultura curativa e medicamentosa. O modelo hospitalocêntrico ainda é muito visível na nossa sociedade e não prioriza o preventivo e ignora os saberes do outros.

Além desses obstáculos, Bonetti (2013) afirma que a própria cultura institucional da gestão pública não facilita o andamento da PNEPS. Isso porque, apesar de um caráter democrático no plano legal, temos ainda posturas conservadoras, autoritárias e corporativas que marcam a forma concreta de conduzir a política sanitária do país.

No entanto, agir nesses rumos significa também investir na educação popular na formação acadêmica dos futuros educadores. A carência de profissionais capazes de efetivar práticas educativas democráticas e participativas com a população é imensa.

Segundo Vasconcelos (2013, p. 126), um dos maiores desafios para romper, de fato, com a educação tradicional em saúde passa pela incorporação mais precisa das estratégias educativas no seio dos cursos de graduação e pós-graduação de todos os profissionais de saúde.

Apesar dos avanços das práticas de educação em saúde em moldes democráticos, continua o desafio de generalizar esta concepção como modelo de desenvolver as práticas educativas no âmbito sanitário. O cenário hegemônico desse método de educar passa principalmente pela formação dos recursos humanos.

Stotz, David e Wong Un (2005) relatam que estudiosos da educação popular em saúde manifestam preocupação crescente com a formação profissional dos enfermeiros, médicos e agentes comunitários de saúde, principalmente no que corresponde à definição das diretrizes curriculares e competências para suas práticas. Os autores relatam que, em 2004, houve um intenso debate sobre a formação profissional dos agentes comunitários de saúde, especialmente no que tange à capacidade de transformar debates críticos em ação organizada de intervenção, pois o papel condutor de mudanças no sistema de saúde passa também pela formação profissional nos níveis superior, médio e fundamental.

Desse ponto de vista, no setor acadêmico torna-se vital um movimento que reforce a mudança na formação acadêmica científica e ética com vistas ao desempenho técnico na área de saúde que expresse o atendimento dos interesses e as demandas coletivas nas práticas de saúde, principalmente nos espaços da atenção primária.

Segundo Ferreira, Silverine e Crivelaro (2010), o sistema público de saúde brasileiro vem assumindo uma posição de reorientação das práticas de saúde em relação às estratégias do cuidado e acompanhamento da saúde, seja no âmbito individual ou coletivo. E é nesse mesmo panorama que há a necessidade de rever os paradigmas de formação acadêmica para atuar no campo da atenção primária à saúde.

Uma proposta transformadora dos processos de formação e organização dos serviços seria alicerçada numa adequada articulação entre o sistema de saúde, suas várias esferas de gestão e as instituições formadoras. Tal proposta colocaria em evidência a formação para a área da saúde como construção da educação em

serviço/educação permanente em saúde, agregando o desenvolvimento individual e institucional, os serviços, a atenção à saúde e o controle social (FERREIRA, SILVERINE e CRIVELARO, 2010, p. 208).

No que tange à atenção em saúde, a educação popular e o controle social, propõe-se a construção de novas práticas que abarquem a integralidade, a humanização e a presença dos movimentos sociais na luta pela satisfação das demandas no âmbito da saúde (FERREIRA, SILVERINE E CRIVELARO, 2010).

Há, portanto, autores que defendem a necessidade de mudança nos currículos dos cursos de saúde que insiram conceitos e práticas associadas a planejamento, promoção e educação em saúde que utilizem novas metodologias no processo ensino-aprendizagem e que considerem a realidade da população assistida.

Uma das estratégias para trabalhar novas formas de conduzir a formação acadêmica na área da saúde é a diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem. Cenários que não se restringem apenas a um lugar específico e já pré-estabelecido como os hospitais, mas que favoreçam o desenvolvimento da relação dos sujeitos trilhando caminhos de mudanças. E uma dessas opções de espaço é a atenção básica em saúde.

Uma das opções é a aprendizagem baseada na Atenção Básica em Saúde (ABS), na qual a inserção do estudante desde o início do curso em atividades práticas propicia um campo potencial e necessário, condizente com a realidade vivenciada pela grande massa populacional brasileira, possibilitando ao estudante uma clínica ampliada dos saberes, a aplicação efetiva de ações preventivas e promotoras da saúde coletiva e a vivência do acolhimento à demanda, com avaliação da vulnerabilidade das pessoas e comunidades (FERREIRA, SILVARINE E CRIVELARO, 2010, p. 209).

Para que as práticas em saúde respondam à diretriz da integralidade proposta no SUS, a concepção do cuidado deve ser fruto dos sujeitos envolvidos nesse processo (profissionais e usuários). Envolve, desse modo, uma aliança no processo educativo que se desenvolve na atenção primária, pois assim o trabalho é integrado.

No nível primário de atenção à saúde, temos o vínculo, o cuidado, a proximidade e o acolhimento como eixos prioritários que buscam para além de prevenção de doenças. Busque a promoção à saúde numa linha ampliada que

abrange saberes de saúde coletiva, planejamento e gestão, e das ciências sociais e políticas que inserem trabalhadores da saúde e usuários na reorganização do sistema sob uma ótica democrática e participativa.

Ceccim e Feuerwerker (2004) ressaltam que a formação do profissional em saúde deve ser centrada nas diretrizes do acolhimento, vínculo e autonomização. O acolhimento com a escuta qualificada universaliza o acesso ao mesmo tempo em que busca a resolutividade do problema. O vínculo se estabelece pela referência entre a equipe e os usuários na produção do cuidar. E, por fim, a autonomização caracteriza-se pelo respeito às decisões dos usuários em relação aos seus saberes e à sua vida, por meio do autocuidado e da compreensão ampliada do processo saúde-doença, estabelecendo compromisso e responsabilidade com o outro.

Trata-se do novo paradigma da integralidade, que capacita o profissional a identificar e lidar com os problemas do processo saúde-doença em todo o seu contexto, equilibrando o nível técnico com a atenção às questões sociais e comportamentais. Naturalmente, o desenvolvimento deste novo modelo se apoia em atividades realizadas nos cenários de prática clínica real (FERREIRA, SILVARINE E CRIVELARO, 2010, p. 213).

A atuação do docente no processo da formação acadêmica dos profissionais de saúde é primordial, pois deve estimular a problematização, o posicionamento crítico frente à realidade. Muitos professores são profissionais da atenção básica de saúde e sua inserção necessita de capacitação permanente para que tenham estratégias de ensino que facilitem esse processo.

A educação popular em saúde na atenção básica na formação dos profissionais de saúde torna-se elemento essencial, pois destaca o papel transformador e emancipador que o docente pode ministrar no processo ensino-aprendizagem nessa tarefa de construção do saber.

Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. São questões tecnopolíticas e implicam a articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral, do domínio do

conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no sistema (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p. 50).

Segundo Cruz (2013, p. 43), as universidades, historicamente, mesmo com toda sua relevância no que tange ao desenvolvimento social, consolidam a ideia que são detentoras do saber. Até os dias atuais é considerada lugar de privilégio, pois o título acadêmico apresenta uma boa posição social. Mas, também, é o lugar onde surgem pesquisas e diversas experiências desenvolvidas para as classes menos favorecidas. Tem-se, portanto, certa horizontalização na relação científico-popular, demonstrando ser um campo de diversidade em meio a uma sociedade contraditória.

A educação popular em saúde na formação profissional torna-se uma proposta adequada para trabalhar a construção desse novo modelo de operar o sistema de saúde e rever uma reflexão crítica sobre as práticas tanto assistenciais quanto de gestão.

Se a responsabilidade dos serviços de saúde no processo de transformação das práticas profissionais e das estratégias de organização da atenção à saúde levar ao desenvolvimento da proposta da educação em serviço, como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde, não se tratará de organizar um menu de cursos ou pacotes programáticos pontuais, mas sempre o ordenamento do processo formativo e a educação permanente em saúde. Muitas vezes, cursos necessários ao pessoal de serviços são ainda mais necessários ao pessoal docente para instalar sustentabilidade pedagógica regional, buscando fortalecer e levar para dentro da educação superior e profissional os valores éticos, técnicos, humanísticos e organizacionais (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p. 52).

Esse novo modelo de formação para os profissionais de saúde apresenta proposta de educação responsável por processos interativos e de ação na realidade a fim de operar mudanças, encontrar caminhos, formar protagonistas e convocar outros que pactuem novas formas de construir conhecimento nas práticas de saúde coletiva. É a partir dessa dimensão que há a necessidade da educação popular em saúde e do controle social em assumirem o papel de agente desse processo, seja nas práticas de saúde no âmbito da atenção primária, seja na formação dos profissionais da área que podem desencadear e facilitar essa dinâmica.

Sob esse prisma, serão avaliados no próximo capítulo as falas dos entrevistados em relação às práticas educativas da atenção básica do município de Niterói. São analisadas suas concepções em relação à saúde, à educação em saúde, e ao dinamismo das práticas educativas em relação a APS.

CAPÍTULO V

AS PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE NITERÓI: A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O foco deste capítulo é a sistematização e a análise das informações coletadas no trabalho de pesquisa junto aos profissionais que realizam atividades educativas na Estratégia Saúde da Família do município de Niterói.

Elaborar um estudo avaliativo da educação em saúde implementada pelos profissionais na atenção básica no município de Niterói nos remete à necessidade de olhá-la de perto, a partir de seus implementadores, considerando aspectos como as concepções que subsidiam as práticas educativas e a dinâmica do campo da Atenção Primária à Saúde onde estas práticas são desenvolvidas.

Segundo Mascarenhas (2003), o procedimento da pesquisa avaliativa pressupõe um julgamento da intervenção em foco, ressaltando analiticamente o alicerce teórico, as concepções, os atores e as dinâmicas que subsidiam tal intervenção. Para tanto, a pesquisa de cunho avaliativo utiliza variadas estratégias e considera as perspectivas dos diversos atores envolvidos no processo interventivo. Nesses termos, o presente estudo busca analisar como se constitui o processo educativo na atenção primária do município de Niterói, a partir do ponto de vista dos profissionais que desenvolvem tais ações.

O foco recai, portanto, sobre as ações de educação em saúde desenvolvidas pelos profissionais no âmbito da Atenção Primária. Parte-se do entendimento de que a construção destas ações envolve concepções, interesses, projetos e ideias que, sob determinadas condições político-institucionais específicas, dinamizam e interferem na forma como estas ações são operacionalizadas.

Sob essa perspectiva, considera que a implementação das atividades educativas resulta de cadeia de interação entre os formuladores e implementadores no âmbito da atenção básica em saúde no município. Os objetivos e a metodologia das ações desenvolvidas dependem da adesão dos profissionais de educação em saúde na construção de tais atividades, levando-se em conta as concepções e

interesses que orientam o processo, o contexto de produção das práticas avaliadas e as condições político-institucionais que favorecem ou dificultam este processo.

Concorda-se, assim, com Arretche (2001), quando a autora argumenta que os desenhos de programas não são peças internamente coesas e ajustadas, na medida em que estes são formulados em condições de razoável incerteza. Assim, a diversidade de contextos de implementação pode fazer com que a operacionalização dos princípios ordenadores das políticas sociais produza resultados inteiramente diversos nas diferentes realidades sociais.

Diante da complexidade que envolve a temática apresentada, é utilizado o método qualitativo de investigação, pois o mesmo é um instrumento que possibilita analisar a realidade, considerando que o objeto das Ciências Sociais é complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação. (MINAYO, 1996)

As entrevistas foram realizadas em oito unidades de Estratégias de Saúde da Família, dois por cada distrito do município de Niterói. Foram abordados os profissionais que desempenham práticas educativas nas unidades de atenção primária.

5.1) Os sujeitos da pesquisa: breve caracterização dos profissionais que realizam ações educativas na ESF de Niterói

Como já mencionado anteriormente, o município de Niterói ganhou notoriedade na arena da saúde a partir de meados dos anos 1970, muito em função dos investimentos na Atenção Primária à Saúde no âmbito do denominado “Projeto Niterói”. Um elemento de destaque nesse processo é o desenvolvimento de ações de Educação em Saúde, pautado no modelo dialógico de Paulo Freire (em franca ascensão na época), envolvendo profissionais e movimentos sociais do município, na perspectiva de reforçar a mobilização social em defesa do direito à saúde.

Anterior ao próprio Projeto Niterói, a articulação entre movimentos sociais e profissionais de saúde remonta à implantação de projetos comunitários desencadeados pelo então Departamento de Saúde da Comunidade e da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense na segunda metade dos anos 1970. (SILVA JR. E OLIVEIRA, 1992). Como relatam os autores, essa interação

entre a universidade e os movimentos sociais possibilitou a criação de espaços de discussão coletiva sobre saúde em sua concepção ampliada, ao mesmo tempo em que influenciou, por muito tempo, a formação de profissionais da área.

Outras iniciativas são marcantes nesse período. Merece destaque a experiência na área de Saúde Reprodutiva vinculada ao processo de implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no Centro de Saúde Santa Rosa, localizado no bairro de mesmo nome. Adotando metodologias participativas (como, por exemplo, o Linha de Vida),⁷³ essa experiência contou com uma equipe constituída por profissionais de diferentes áreas (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, entre outros), que trabalhavam com as mulheres aspectos relacionados à sexualidade, à saúde reprodutiva e à condição feminina, dentre outros⁷⁴ (SILVA E OLIVEIRA, 1992).

Segundo Silva e Oliveira (1992) o fim do milagre econômico trouxe uma grande insatisfação a vários segmentos organizados da sociedade (Igreja, Associação Brasileira de Imprensa, entre outros) que fortaleceu os movimentos sociais e reforçou, conseqüentemente, a pressão pelo Estado na elaboração de políticas mais equitativas, entre essas a política da saúde. Os autores registram que os planos municipais de saúde foram discutidos e planejados com incorporação das demandas da população e simultaneamente buscavam politizar os debates incorporando um perfil mais democrático na gestão das esferas nacional, estadual e municipal.

Com as mudanças operadas no plano nacional a partir da implantação do SUS, Niterói novamente ganha destaque no cenário brasileiro, tendo em vista seu pioneirismo na institucionalização da experiência de Medicina Familiar, através do Programa Médico de Família (PMF), em 1992 (SENNA, 1995). Cabe ressaltar que

⁷³ Linha da vida é uma metodologia de reflexão e ação que se expande no Brasil no final dos anos 1970 e 1980. Dá base aos discursos feministas do movimento de mulheres de esquerda sobre a reprodução feminina e o protagonismo das mulheres. Ver Costa, Suely. **O feminismo latino-americano e suas múltiplas temporalidades do século XX**. Seminário Direito de Reprodução. UFSC. Santa Catarina, 1984

⁷⁴ Para maiores informações sobre essa experiência, consulte Costa, Suely. **Memória dividida das lutas por direitos reprodutivos. Niterói/Rio de Janeiro, anos 1970/1980. Fazendo Gênero 9: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos**. Ago. 2010.

ao longo dos anos 1990 e em conformidade com o contexto do país, Niterói avança na constituição de instâncias colegiadas de participação social, como o Conselho Municipal de Saúde, além de reforçar o desenvolvimento das ações programáticas (controle da hipertensão e do diabetes, saúde da mulher, planejamento familiar, tabagismo, saúde da criança, dentre outros). Do ponto de vista da educação em saúde, é possível observar que a perspectiva de articulação entre profissionais de saúde e movimentos sociais na defesa do direito à saúde, tão fortemente presente nos anos 1970/80 cede lugar a práticas mais institucionalizadas conforme as diretrizes presentes em cada um dos programas de saúde implementados. Como afirma Vasconcelos (2013), a institucionalização do SUS deixa a educação em saúde meio de lado, pois as experiências locais oriundas de trabalhos em comunidades perderam sua força devido à prioridade dada pelos movimentos sociais à luta por mudanças mais abrangentes em relação à políticas sociais como um todo.

Desse modo, é possível afirmar que desde os anos 1990 as ações de educação em saúde têm sido prioritariamente desenvolvidas de forma vinculada aos programas existentes, constituindo-se em parte integrante da APS do município, tanto nas unidades básicas de saúde (UBS) quanto nos módulos do PMF. No caso específico do PMF, cabe ainda destacar que a metodologia do programa previa inicialmente que parte da carga horária dos profissionais da chamada equipe básica seria destinada às denominadas atividades de campo, isto é, aquelas distintas das intervenções clínicas, entre elas as ações de educação em saúde.

Além disso, o PMF estabelecia, como ação rotineira das equipes básicas, as reuniões de setor. Essas reuniões, com previsão de periodicidade mensal, eram propostas como espaço de discussão coletiva entre profissionais e comunidade adscrita a questões envolvendo o processo saúde-doença com foco no território e avaliação do próprio programa (PMF, 2007).

No processo de construção da presente pesquisa, um primeiro mapeamento realizado foi em relação às equipes de Saúde da Família⁷⁵ que desenvolviam, de

⁷⁵ Cabe lembrar que, como mencionado anteriormente, o município de Niterói tem adotado, nos últimos anos, a Estratégia Saúde da Família como modelo de APS, em substituição ao Programa Médico de Família. Ao mesmo tempo, conforme informações da Fundação Municipal de Saúde, a perspectiva é de que até o ano de 2016 toda a APS no município seja convertida em Estratégia Saúde da Família.

forma continuada, ações de educação em saúde. Para tanto, foi feita uma consulta ao Núcleo de Educação Permanente (NEP) da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, órgão responsável por promover atividades de ensino e pesquisa no âmbito da saúde do município.

O indicador para as ações de educação em saúde proposto pela pesquisa era a existência de grupos regulares desenvolvidos sistematicamente pelas equipes de Saúde da Família. O pressuposto era de que as ações em grupo tenderiam a contribuir para o fortalecimento do coletivo, ao mesmo tempo em que apresentariam forte potencial para o desenvolvimento de uma abordagem dialógica de educação em saúde. Além disso, a escolha do campo buscou contemplar as diferentes regiões de saúde do município. Tal perspectiva foi orientada pelo fato de que o PMF se estrutura nos territórios através de equipes básicas, vinculadas a uma equipe de supervisores de diferentes categorias profissionais (clínico, gineco-obstetra, saúde mental, enfermeiro, assistente social, sanitaria etc.) e a um coordenador. Essa estruturação vem sendo modificada com a passagem para o modelo da Estratégia Saúde da Família, mas poderia ter influenciado a condução das ações de educação em saúde nos territórios, o que justificou a escolha do campo.

A expectativa inicial era de que essas ações educativas em grupos fossem desenvolvidas pelo conjunto de equipes da ESF. No entanto, de forma surpreendente, os profissionais do NEP informaram que nem todas as equipes trabalham com grupos e indicaram oito equipes que desenvolvem tais ações de educação em saúde de forma continuada, sendo duas por região (Norte, Oceânica, Praias da Baía e Pendotiba). A fim de preservar a confidencialidade dos sujeitos da pesquisa, as localidades em que se situam as unidades de saúde não serão enumeradas.

Os profissionais de referência para a realização das entrevistas foram os de nível superior, sendo seis enfermeiros e dois médicos. Vale destacar, no entanto, que não são apenas esses os profissionais que participam das atividades educativas, como será abordado adiante. Porém, são esses os profissionais que desenvolvem ações de educação em saúde há mais tempo nas unidades de saúde.

Todos os entrevistados têm algum tipo de especialização, entre eles Saúde da Família, tais como em Saúde Coletiva ou Promoção da Saúde. Essas informações apontam para uma qualificação dos profissionais inseridos nas ações de educação em saúde, o que, em certa medida, está associado aos investimentos em recursos humanos no âmbito do SUS enquanto parte da política nacional de saúde nas últimas décadas. As áreas de especialização são adequadas ao tipo de trabalho desenvolvido pelos profissionais, muito embora não seja possível afirmar em que medida a educação em saúde se insere nesse processo de capacitação.

Os profissionais entrevistados se encontram em pleno exercício da carreira profissional: a faixa etária varia entre 30 e 50 anos de idade. Na sua maioria com mais de 5 anos de formação.

O tempo de inserção dos profissionais na unidade de saúde demonstra baixa rotatividade, o que tende a favorecer o vínculo com a população adscrita: das oito entrevistas realizadas, apenas dois profissionais possuíam menos de quatro anos de inserção na equipe em que atuava, enquanto todos os outros tinham mais de cinco anos de trabalho na mesma unidade de saúde. Vale mencionar que esse tempo de inserção demonstra que a maior parte dos profissionais entrevistados tem acompanhado a mudança do modelo de PMF para a Estratégia Saúde da Família, o que vem ocorrendo no município desde 2009.

Do ponto de vista do vínculo empregatício, todos informaram serem contratados com vínculo celetista de trabalho, desempenhando suas atividades profissionais com carga horária semanal de 40 horas, independente da categoria profissional a que pertencem.

Todos os entrevistados informaram que desenvolvem atividades de educação em saúde desde que se inseriram na unidade básica em que atuavam no momento de realização da pesquisa de campo. Essa informação aponta para o fato de que a inserção no PMF/ESF foi um elemento que favoreceu o desempenho das ações educativas em grupo.

A partir dessa breve caracterização dos entrevistados, esta tese aborda agora as concepções e práticas da educação em saúde desenvolvidas na APS de

Niterói, tomando por base três eixos fundadores: I) concepções de saúde; II) a concepção de educação em saúde e a dinâmica das atividades; e III) o papel da atenção primária.

Em relação ao eixo concepção de educação em saúde, foram abordados os conceitos de saúde e de educação em saúde, como também, o espaço, a função e as possibilidades que os mesmos trazem para os usuários.

5.2) Concepções de educação em saúde: avanços e retrocessos

Esse estudo partiu do entendimento de que as concepções de educação em saúde expressas pelos profissionais que a desenvolvem estão diretamente relacionadas às percepções os mesmos têm sobre o conceito de saúde. Nesse sentido, um primeiro aspecto explorado nas entrevistas realizadas foi sobre as concepções de saúde dos entrevistados.

Foi possível observar que o discurso **de todos** os entrevistados traduz uma concepção ampliada de saúde, que não restringe a temática apenas à ausência de doenças.

Saúde é lazer, educação. É também ausência de doenças. A gente não pode ser hipócrita e dizer que não é. Mas também tem outras coisas que envolvem a saúde, porque o lazer e educação te trazem saúde de qualquer maneira(ESF 1).

É trabalhar aquilo que é a melhor forma de você viver tanto se você tem alguma doença tanto se você não tem(ESF 2).

Saúde não é somente ausência de doença. Para ter saúde a gente tem que ter lazer, ter moradia, transporte, inclui várias coisas. Tem que estar bem fisicamente, psicologicamente e socialmente(ESF 3).

Na minha concepção saúde é um estado que representa algo mais do que se considera básico para viver como casa, comida, bem estar ou ausência de dores. Seria um degrau a mais, uma espécie de felicidade. Não é algo muito superficial, eu gosto de fazer essa analogia porque sem a felicidade é difícil(ESF 4).

É você ter em termos de saúde física de fato, saúde mental, saúde espiritual, e social. São todos os componentes que permitam o bem estar do indivíduo, seu funcionamento físico, emocional e social (ESF 8).

Nos trechos dos depoimentos acima, percebe-se a influência das concepções de saúde difundidas desde 1948 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em que a saúde é concebida como um “*processo de perfeito bem-estar físico, psíquico e social*”. Ao mesmo tempo, estas concepções são compatíveis com aquela veiculada no bojo da proposta de Reforma Sanitária brasileira e expressa no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde,⁷⁶ de 1986. Assim, os relatos permitem visualizar que os profissionais que operacionalizam atividades de educação em saúde no município de Niterói a compreendem levando em consideração as concepções de saúde que orientaram a proposta do SUS. Isto é, mais do que um fenômeno puramente biológico, aceita-se que o processo saúde-doença dinamiza-se a todo tempo de acordo como o movimento das relações sociais e econômicas, das condições de vida e da forma que essa última é percebida.

Segundo Nogueira e Miotto (2004, p. 229), postula-se que não é possível abordar a concepção ampliada de saúde sem considerar que ela é resultado das dinâmicas societárias, isto é, produto das relações sociais vigentes relacionadas ao contexto físico, social, mental e cultural. Desse modo, percebe-se que a definição de saúde adotada pelos profissionais entrevistados situa-se além de acesso a consulta médica e a serviços, considerando a dinâmica e as transformações vivenciadas pela sociedade.

Como visto em capítulos anteriores, a concepção abrangente de saúde destacada na Constituição de 1988 através da institucionalização do SUS foi um avanço importante para efetuar mudanças significativas na forma de conduzir o modelo assistencial da política sanitária no país. Miotto e Nogueira (2004, p. 229) afirmam que ao se propor a superação de um modelo centrado na doença, abre-se espaço para a construção de um modelo de atenção integral à saúde. E essa concepção inscreve ações de caráter preventivo, de proteção e de recuperação como referência para suprir as demandas apontadas pela população.

⁷⁶ Como já mencionado anteriormente, a VIII Conferência Nacional de Saúde é considerada um marco histórico da política pública de saúde no país. Ver Bravo (2004).

Segundo Mattos (2005, p. 221), promoção e prevenção em saúde se operacionalizam por meio de educação e desenvolvimento de aptidões e capacidades dos sujeitos sociais de compreender criticamente a dinâmica da realidade a fim de promover transformações referentes à obtenção de melhores condições de vida. Além disso, está estreitamente vinculada à eficácia que a sociedade tem em garantir a implantação de políticas sociais públicas de qualidade.

Entende-se, assim, que o acesso à saúde ultrapassa o campo setorial e remete ao atendimento de outras necessidades elementares do ser humano, tais como alimentação saudável, moradia, cultura, lazer e educação, dentre outras.

Cabe assinalar que um aspecto recorrente nas entrevistas realizadas foi o entendimento de que a saúde exige ações preventivas e que estas, por sua vez, tornam a educação uma condição fundamental. O trecho do depoimento abaixo ilustra esse aspecto:

Porque a gente tem que educar mesmo, a gente tem filhos começa educar mal e depois que ele cresce a gente fala porque ele come tudo isso? Porque você comprou, se você for ao mercado ele não vai subir na prateleira e pegar, quem vai pegar para ele é você. Então começa direito, começa certo. Para mim saúde é isso, é tudo (ESF 7).

Em suma, pode-se afirmar que todos os entrevistados apresentam uma concepção ampliada de saúde e apostam na educação como parte fundamental desse processo. A partir do enfoque em torno das concepções de saúde, buscou-se indagar aos entrevistados o que eles entendem por educação em saúde. Se em relação à concepção de saúde-doença houve aproximações e até mesmo certo consenso em torno de uma perspectiva ampliada, as respostas dos entrevistados acerca da educação em saúde indicaram nuances e mesmo divergências entre os sujeitos.

Essa discrepância sugere que a concepção ampliada do processo saúde-doença tem sido internalizada pelo conjunto dos profissionais da área, muito em função da consolidação do SUS no país e seu debate na formação profissional. Já no que diz respeito à educação em saúde, pode-se apontar para o fato de que essa

tem se constituído em uma temática pouco presente na formação dos profissionais da área como já mencionado anteriormente.

Consoante a essa perspectiva, nota-se que as respostas dos entrevistados sobre sua concepção de educação em saúde foram, em grande parte, bastante imprecisas, com a necessidade de recorrer, de forma frequente, a exemplos concretos de experiências por eles desenvolvidas. Foi comum a referência aos espaços e às atividades identificadas como educação em saúde, como mostram os depoimentos a seguir:

Eu acho que é um conceito muito abrangente, acho uma coisa que deveria estar mais presente na vida de todos, como se cuidar e como cuidar dos demais (ESF 4).

A sala de espera, os grupos são formas de passar informação, de educação em saúde (ESF 5).

Um ponto bastante destacado pelos entrevistados refere-se à concepção de educação em saúde como acesso a informações. Essa percepção parte do entendimento de que através da educação em saúde é possível disseminar informações que muitas vezes os usuários dos serviços e/ou a comunidade não detêm.

É a prática da educação, da explicação, da informação, do esclarecimento para que esse indivíduo fique munido de conteúdo para que ele coloque em prática no dia a dia e tenha saúde (ESF8).

Educação em saúde não é você tentar passar para o outro aqueles conceitos de saúde que a gente tem de determinada patologia ou uma coisa ampla tipo a dengue, é você tentar explicar para o maior número de pessoas como evitar determinada doença ou como se prevenir (ESF 6).

Ao mesmo tempo, é perceptível na fala de alguns entrevistados a noção de que a educação em saúde é uma estratégia para promover mudanças, sobretudo de comportamentos dos indivíduos, como expressa o depoimento abaixo:

Não é somente você passar o que você sabe e achar que está educando, você vai ver, vai avaliando, o seu saber você vai compartilhar e você acompanhará na pessoa a mudança. Você verá se vai fazer realmente educação e saúde (ESF 5).

Nesses termos, a educação em saúde está definida como ação de informar, de transmitir conhecimentos capazes tanto de gerar mudanças de comportamento para hábitos mais saudáveis quanto de prevenir doenças. Nota-se que a transmissão de conhecimento para prevenção de alguma patologia é destaque nas concepções de educação em saúde dos profissionais entrevistados

O estudo de Cervera, Parreira e Goulart (2011), realizado com profissionais de saúde em Uberaba (MG), aponta que ainda há um entendimento de educação em saúde como ferramenta de prevenção de doenças usada de forma vertical como repasses de informações. O estudo dos referidos autores também observou que

Estes profissionais apresentam, no discurso teórico, conceitos atuais do tema. No entanto, ao falarem da sua prática, reproduzem uma outra forma de assistência, fundamentada no repasse de informações e ênfase no saber técnico e não popular, não contribuindo para a troca de conhecimentos (2011, p. 1552).

Outro estudo realizado no município de Sobral (CE) pelos autores Silva et al (2010) também mostra que a educação em saúde tem sido utilizada como mecanismo de controle de epidemias, associada a modos de comportamento da população e ações para prevenção de doenças.

Essas concepções de educação em saúde mostram-se limitadas se comparadas à concepção ampliada de saúde referida pelos sujeitos do estudo. Apesar de todos eles apontarem uma concepção de saúde abrangente, a maioria restringe a educação em saúde apenas à transmissão de conteúdos relacionados a certas patologias, não fazendo menção à incorporação de outras dimensões que estão associadas à saúde, tais como: moradia, condições econômicas, autonomia, participação etc.

Em apenas uma das entrevistas foi feita menção ao entendimento da educação em saúde como prática intersubjetiva, em que há dois sujeitos envolvidos no processo: profissional e usuário. Essa mesma percepção destaca que não há um saber superior que molda e ensina os usuários dos serviços a adotar

comportamentos saudáveis. Ao contrário, enfatiza que o que existem são saberes que trocam vivências, que se complementam e produzem conhecimento.

Eu entendo [a educação em saúde] como dar o direito ao outro de discutir a sua saúde. Eu não faço palestra eu converso, eu chamo roda de conversa. Quando fala em fazer palestra, eu falo palestra, não. Pelo amor de Deus eu odeio palestra. Eu já começo assim: o que você sabe? O que você tem a trazer para mim? O que você faz no seu dia a dia? Como funciona isso? Acho que educação e saúde é uma troca. A troca tem que existir respeitando o que o outro traz (ESF 7).

Esse relato indica uma concepção ampliada da educação em saúde como um processo que engloba o cotidiano, a experiência de vida dos envolvidos e como as pessoas se percebem nesse contexto diário. Conforme visto no capítulo anterior, a proposta de Educação Popular em Saúde destaca a necessidade de respeitar a experiência, a cultura e o saber que o outro traz.

Com a exceção de um entrevistado, todos os demais profissionais se referem à educação em saúde como meio de transmitir conhecimentos para eliminar ou diminuir riscos e causas biológicas de doenças, desconsiderando a cultura e o saber da população, concepção essa bastante próxima do modelo tradicional, tal como discutido em capítulos anteriores.

Diferentemente do conteúdo da PNEPS (2012), nas entrevistas não há menção a aspectos como respeito à autonomia do usuário ou à participação desses sujeitos na gestão, implementação e fiscalização da política de saúde local, eixos centrais da política nacional. Foram enfocadas apenas condutas para prevenção de doenças, agravos e riscos patológicos.

A promoção da autonomia, o estímulo à participação e a leitura crítica da realidade social, bem como a palavra cidadania ausentam-se na maioria das falas dos entrevistados. Percebe-se, portanto, que mesmo com alguns avanços obtidos em relação à educação em saúde, principalmente, com a institucionalização da PNEPS, mas esses não se fazem sentir nas concepções de educação em saúde dos profissionais que efetivam as atividades educativas no município de Niterói.

Segundo Figueiredo, Neto e Leite (2009) há, historicamente, certa tendência em compreender a educação em saúde como meio de ampliar e transferir informações sobre doenças à população. Sob essa perspectiva, são ditadas recomendações sobre formas de condutas, hábitos e comportamentos tidos como “certos” ou “errados” relacionados à prevenção de patologias, principalmente aquelas consideradas crônicas e hereditárias. Tal perspectiva é uma das características centrais do modelo tradicional de educação em saúde.

A predominância de tais concepções se faz presente também na identificação das ações de educação em saúde desenvolvidas pelos profissionais. Quando perguntados sobre quais as ações que concretizam a educação em saúde, os entrevistados apontaram os conteúdos e a forma de conduzir o processo educativo. A maioria respondeu que as ações que viabilizam a educação em saúde são reuniões em grupos, sala de espera e o próprio consultório.

No próprio consultório e nos grupos. Os grupos funcionam bem especificamente, alguns grupos funcionam bem: gestante funciona bem, puericultura funciona bem, planejamento familiar... (ESF 7).

Sala de espera, visita domiciliar, grupos educativos, até orientação individual mesmo dentro do consultório ou na recepção (ESF 6).

A primeira delas é a consulta médica e é a que acaba tomando mais o meu tempo e a que o sistema mais demanda de mim é a consulta médica, mas temos grupos, sala de espera, visitas domiciliares, atividades interinstitucionais, enfim, uma série de formas de resolver isso (ESF 4).

Em qualquer lugar pode ser desenvolvida a educação e saúde, até você mesmo fazendo um curativo no consultório pode estar fazendo educação e saúde (ESF 5).

Qualquer espaço. Nos grupos ou nos consultórios (ESF8).

É importante reconhecer, como o faz parte dos profissionais entrevistados, que a educação em saúde não se restringe a um lócus ou a uma atividade específica da atenção à saúde, na medida em que qualquer relação envolvendo profissional-usuário pode desencadear processos educativos. Uma questão a considerar é como essas práticas são concebidas e implementadas, aspecto que será tratado mais adiante.

Em todas as falas, os grupos aparecem como locus privilegiado de operacionalização da educação em saúde. É provável que esse destaque conferido aos grupos esteja relacionado ao fato de que a seleção dos entrevistados para a pesquisa se pautou justamente no critério de realização de atividades educativas em grupo.

De acordo com os entrevistados, os conteúdos ministrados nesses grupos estão relacionados a patologias como: hipertensão, diabetes, dengue, tabagismo etc. Há, ainda, grupos de planejamento familiar e de gestantes, que orientam quanto ao desenvolvimento da gravidez, puericultura e uso de métodos contraceptivos. A questão da higiene é outro conteúdo trabalhado nos grupos e comumente referido pelos entrevistados, o que sugere uma atualização das práticas de controle sanitário sobre os pobres, tal como discutido anteriormente.

Para além dos grupos educativos, as ações de caráter individual, especialmente aquelas relacionadas às orientações no âmbito das consultas médicas ou de enfermagem, também foram realçadas por grande parte dos entrevistados.

A valorização da consulta, seja a de enfermagem ou a médica e as reuniões em grupo parecem, na fala dos entrevistados, se complementar, ambas com destaque dado ao conteúdo ministrado centrado na prevenção de doenças e normas de condutas que devem ser seguidas.

Na grande maioria das entrevistas, há uma ausência total sobre outros eixos também relevantes em que se desdobra a saúde. Aspectos como mobilização, controle social, cidadania participativa e intersetorialidade não são abordados como conteúdos para efetivar uma educação em saúde pelos profissionais entrevistados. Mais uma vez, os depoimentos destacam aspectos característicos do modelo tradicional no processo educativo no âmbito sanitário do referido município.

A educação em saúde tende a se limitar apenas a seu aspecto informativo, onde o técnico dotado de um saber científico dita o que e como fazer para o outro (usuário desprovido de conhecimentos) em relação à prevenção de doenças. Mesmo que a concepção de saúde tenha sido verbalizada de forma ampliada por todos os entrevistados, a educação em saúde continua restringida ao repasse de informações sobre certas patologias.

Nesses termos, tem-se um estilo curativista com foco nas patologias, na responsabilidade individual que cada um possui sobre o cuidado da própria saúde. Segundo Figueiredo, Leite e Neto (2009), caracteriza-se uma relação profissional/usuário impositiva. A prevenção de doenças passa pela atitude individual no que tange a mudanças de hábitos e comportamentos.

Os depoimentos dos entrevistados indicam que a concepção ampliada de saúde não tem correspondido a um conteúdo ampliado de educação em saúde. Há, portanto, uma linha educativa normatizadora de interferir nos hábitos e comportamentos individuais, principalmente quando se aponta a questão de acompanhamento de doenças crônicas.

Você vai ver, vai avaliando, vai acompanhando. O seu saber você vai compartilhando e você vai vendo na pessoa a mudança. Você vai vendo se vai fazendo realmente educação e saúde(ESF 5).

Eu acompanho um menino agora de 16 anos que é hipertenso e vem de uma família todos cardiopatas graves. Eu sentei com ele e falei: o que você come? Eu fiquei apavorada e ele falou que come tudo. Come de manhã no colégio hambúrguer, italiano, come não sei quantos pacotinhos de Fandangos por dia. E eu falei: está tudo errado, você vem de uma família que tem um risco enorme para cardiopatia porque não começar a viver bem, porque não começar a pensar nisso como medida para sua vida (ESF 7)?

Acompanhamos também adolescente na escola e falamos sobre a higiene corporal e doenças sexualmente transmissíveis (ESF 3).

Na maioria das falas dos entrevistados, são enfatizadas informações individuais transferidas no consultório ou em grupo como ações de educação em saúde. Apenas duas entrevistadas abordaram outros espaços que operacionalizam a educação em saúde como a rua, o domicílio residencial do usuário e festas comemorativas.

As ações de educação em saúde podem acontecer no acolhimento no consultório, no domicílio e na rua como estratégia de abordagem coletiva (ESF 5).

Fazemos ações em tendas nas ruas que acontecem a cada três meses na comunidade. Levamos informações sobre as principais doenças (ESF 1).

Além do grupo, temos a sala de espera e das festas comemorativas (ESF8).

As práticas educativas são percebidas pelos profissionais como fundamentais, especialmente pela contribuição à promoção da saúde. Todos os entrevistados apontaram que a principal contribuição da educação em saúde é o acesso a informações e que, de posse delas, o usuário não só se torna um multiplicador de conhecimentos, como também passa a promover o autocuidado.

A educação em saúde contribui para o acesso às informações e sensibiliza o autocuidado em relação à prevenção de doença (ESF 5).

Várias contribuições, até porque a gente vai estar ajudando o paciente e ele vai estar nos ajudando. Se você tem um paciente e você trabalha com ele a questão de um curativo, na próxima vez talvez ele nem vá precisar vir aqui. Ele já vai evitar, ele vai saber o que fazer e talvez ele nem precise vir aqui. A demanda até diminui quando a população tem informação (ESF 6).

Eu acho que uma das grandes contribuições é formar multiplicadores. Eu acho que essa é uma das melhores porque cada um entende a sua doença da melhor forma ou do que é saúde, o que entende-se por saúde. Eu acho que a gente faz muito isso no consultório também, porque o cara chega às vezes não tem nada. O que ele tem é a vida que não está bem (...) que ele tem que mudar um monte de coisa e se ele não der conta disso??? Então é para que ele olhe para ele (ESF 7).

Eles já conseguem ter uma compreensão melhor, até no ato da consulta eles conseguem compreender melhor o que a médica fala e sobre a doença também (ESF 8).

Ainda no que tange às contribuições das atividades educativas, não foram mencionadas questões referentes à participação, mobilização, formas de resistências e lutas vivenciadas no cotidiano dos usuários. Isto é, aspectos referentes à cidadania e ao controle social.

Todos os entrevistados acreditam que a educação promove saúde, porém há uma ausência de uma exemplificação mais ampla desse processo.

A educação é primordial nesse processo (ESF 6).

Com certeza, a educação promove saúde (ESF 1).

Sim. Exemplo é questão da dengue. Se a gente orienta, se a gente trabalha a questão da educação e saúde para eles não deixarem lixo, não deixarem acúmulo, não deixarem tampinhas, e se cuidarem, a gente não vai ter a doença (ESF 2).

Eu tenho exemplo de dengue porque a gente estava tendo muitos casos no passado. Foi uma epidemia e depois que a gente subiu, fez uma ação junto com a defesa civil e com a prefeitura a gente conseguiu educar muita gente a não deixar água parada, tampar as caixas etc., e diminuiu logo depois. Foi um impacto grande (ESF 4).

O ser humano a partir do seu conhecimento consegue manter a sua saúde... é meio complicado para eu descolar as duas coisas porque eu acho que elas estão tão unidas, tão coladas uma na outra, tão inter-relacionadas que é até um pouco difícil a gente ver separado (ESF 5).

A promoção da saúde registrada pelos profissionais recai novamente no campo das patologias clínicas, principalmente em relação a epidemias. A preocupação do promover remete à prevenção das doenças. O campo da promoção inscreve atividades preventivas, de antecipação à doença, identificando seus causadores como mencionado sobre a questão da dengue.

Segundo Buss (2000) a promoção da saúde representa um mecanismo promissor capaz de enfrentar e superar os variados desafios que surgem no processo saúde-doença e que afligem a população. A resolução para os problemas de saúde abarca, portanto, certo grau de maturidade e articulação dos saberes, seja científico, seja popular, como também a mobilização e organização de recursos de diversas esferas: seja público, privado, institucional e comunitário.

Nota-se que o autocuidado torna-se um eixo relevante nas práticas educativas investigadas. A maioria dos entrevistados apontou a questão do autocuidado como fundamental no processo educativo na atenção primária do município. No entanto, esse cuidado em saúde perpassa pelo poder disciplinar do corpo humano, do enquadramento dos usuários às normatizações impostas.

Segundo Danner (2010, p. 145) a disciplina capta o corpo humano numa maquinaria de poder que o recompõe conforme a vontade do saber superior, conforme a vontade de quem detém o poder. “Ela é uma anatomia política uma ‘mecânica do poder’; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam *o que se quer*, mas para que operem *como se quer*.”

O cuidado em saúde tal como inscrito na Política de Educação Popular em Saúde (2012) ultrapassa a questão de mudanças de hábitos, disciplinas e normatizações relacionadas à prevenção de patologias. O cuidado em saúde em caráter democrático requer outra forma de conduzir o autocuidado.

Sob essa luz, o cuidado em saúde engloba uma perspectiva integral do ser humano, considerando a cultura e a religiosidade que são construídas no contexto social que o situa. O autocuidado não restringe apenas a questões patológicas e sanitárias, pois insere também os aspectos: social, político, cultural, individual e coletivo. A PNEPS registra que esses aspectos integram a prática do autocuidado e considera outros elementos fundamentais como o diálogo, a escuta, a solidariedade e a autonomia (BRASIL, 2012).

A educação em saúde com caráter democrático valoriza o saber popular e não dita normas a serem seguidas. O conhecimento é produzido coletivamente e o autocuidado pressupõe a produção de autonomia. O processo educativo não pode ser vertical e tece uma articulação com o próprio SUS.

Apesar de os profissionais apresentarem um discurso pautado pela concepção ampliada de saúde, ainda persiste, no que se refere especificamente à educação em saúde, uma abordagem técnica que a restringe a um viés higienista que entende que deve ensinar e controlar os hábitos dos usuários da saúde. As palavras **prevenção** e **doença** estão presentes todo o tempo no discurso dos entrevistados.

Segundo Sodré (2014, p. 74), para que a educação promova a saúde, faz-se necessária uma troca dos saberes técnicos e populares a fim de gerar o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo educativo. A prevenção também está inclusa no ato de promover. Uma não anula a outra, mas completam-se pelo diálogo construído entre os diversos saberes. Tal procedimento possibilita a construção de um novo saber, a produção do conhecimento.

Os determinantes sociais da saúde não aparecem nas falas dos entrevistados quando eles se referem à educação em saúde, mesmo sendo citados na política de promoção a saúde de 2006.

No SUS a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde adoecimento em nosso país como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada, deteriorada; e potencializar formas mais amplas de intervir em saúde (BRASIL, 2006, p. 7).

A partir dessa concepção de saúde e de educação em saúde, os profissionais dinamizam as atividades educativas nas unidades primárias do município, o que será abordado a seguir.

5.3) Formas de conduzir o processo educativo: conservadorismo ou renovação na educação em saúde

Conforme já mencionado, a escolha do lócus de realização da pesquisa se pautou na existência de atividades de educação em saúde realizadas em grupo. No entanto, os entrevistados relataram que, além dessas dinâmicas grupais, a abordagem individual também se constitui em uma ação educativa bastante recorrente no município.

No caso dessas abordagens individuais, foram mencionadas tanto aquelas realizadas nos consultórios — seja na consulta médica ou na de enfermagem — quanto nas visitas domiciliares.⁷⁷ Os entrevistados afirmaram que é nesse momento em que são passadas, de forma mais precisa e formal, as devidas informações sobre a prevenção de doenças, agravos e riscos.

Em relação às atividades em grupo, foram destacadas as ações dirigidas a alguns específicos (hipertensos, diabéticos, planejamento familiar, dentre outros), além das salas de espera. Vale destacar que as atividades grupais são recomendadas como diretrizes centrais para o trabalho no interior do PMF. Além

⁷⁷ Conforme abordado no capítulo 1 desta tese, desde a implantação do Programa Médico de Família em Niterói, as visitas domiciliares têm se constituído em parte integrante do processo de trabalho das equipes. Inicialmente, essas visitas ficavam a cargo dos médicos e técnicos de enfermagem que compunham a chamada equipe básica do PMF, além de eventuais interconsultas com os supervisores. Com a transição do PMF para a Estratégia Saúde da Família, as visitas domiciliares tendem a ficar concentradas no Agente Comunitário de Saúde (ACS).

disso, seguem as próprias diretrizes nacionais pautadas pela Estratégia Saúde da Família em âmbito nacional (PMF, 2007).

Apenas dois entrevistados relataram outros espaços coletivos para realização das ações educativas, cuja característica central é ultrapassar os muros institucionais da unidade de saúde: a abordagem na rua e a tenda. Tratam-se de dinâmicas desenvolvidas pelas equipes de saúde para alcançar usuários que não comparecem com regularidade à unidade básica. A abordagem na rua é feita em espaços como o campo de futebol, o bar, entre outros. É feita em lugares coletivos, usados pelos moradores do bairro em seu tempo livre ou de lazer, e onde as pessoas possam participar das atividades. Já as tendas são realizadas a cada três meses, em lugar de grande circulação na comunidade e onde são transmitidas informações sobre prevenção de doenças para os usuários que não frequentam a unidade básica, inclusive com distribuição de panfletos informativos.

Foi majoritária, entre os profissionais entrevistados, a menção a palestras como o formato adotado nas atividades grupais de educação em saúde. Esse tipo de abordagem não se restringe aos grupos específicos e às salas de espera, sendo também utilizado na abordagem de rua e nas tendas.

Sobre essa modalidade, Vasconcelos (2004, p. 265) registra que a lógica da palestra como forma de dinamizar o trabalho apresenta pouco valor, pois o profissional de saúde acaba sendo o centro da atividade. Para a autora, a lógica da conversa informal e da troca possibilita a produção de conhecimento, a reflexão e traz novos elementos de organização, capacitação, de fortalecimento e politização do espaço público coletivo.

Segundo Silva e Rodrigues (2010, p. 35) a educação em saúde continua sendo elemento de manutenção do poder em determinadas figuras sociais, como os profissionais de saúde, isto é, há uma continuidade do controle sobre os modos de vida de determinadas populações.

De acordo com essa perspectiva, os grupos desenvolvidos na realidade estudada tendem a ter o profissional como o centro da atividade. Este pode ser o médico, o enfermeiro ou o agente comunitário de saúde.

Cabe ressaltar que três profissionais alertaram para o cuidado com atividades educativas em forma de palestras, na medida em que percebem que o foco não deve ser o profissional e sim o usuário.

Pelo amor de Deus, eu odeio palestra. Eu já começo assim: o que você sabe? O que você tem a trazer para mim? O que você faz no seu dia a dia? Como funciona isso? Acho que educação e saúde é uma troca. A troca tem que existir respeitando o que o outro traz (ESF 7).

Em círculo, todos os participantes e nós também. A gente inicia com a dinâmica de quebrar gelo, entra na temática que foi decidida na reunião anterior, no final faz uma dinâmica de reflexão dessa discussão e encerra com um lanche, uma salada de fruta (ESF 1).

As dinâmicas dessas atividades como são feitas em grupos com conversa informal, como uma roda de conversa (ESF 2).

Esses depoimentos realçam a troca entre os participantes — aí incluindo os profissionais de saúde — como aspecto a ser valorizado nas práticas educativas. Pautam-se no entendimento de que a mera transferência de informações que caracteriza as palestras tem um alcance limitado no sentido de favorecer a reflexão.

Segundo Freire (2014), a concepção bancária da educação oferece apenas ao educando nada mais do que uma mera forma de ele receber um grande volume de informações a fim de guardá-las e arquivá-las. Há uma doação de “saber” dos que são considerados sábios para aqueles que são julgados não detentores do saber.

Os profissionais que desenvolvem atividades educativas em saúde nas unidades pesquisadas são os médicos, os enfermeiros e os agentes comunitários de saúde. Há relatos de que toda a equipe participa desse processo, como ilustram os trechos abaixo.

Costuma ser a gente com os agentes comunitários, a gente em conjunto com elas e os técnicos ficam mais na participação no dia mesmo do evento e os médicos também (ESF 1).

Todos. Médicos, enfermeiros, técnicos e agentes comunitários (ESF 2).

Toda a equipe. Eventualmente a reunião é feita por setor, um setor determinado define o que vai fazer e seus representantes fazem uma reunião focal ou a gente envolve, por exemplo, eventos como o dia

da mulher onde todas as equipes são envolvidas, ou seja, pode ser planejado por integrantes de um setor só ou reunindo todos (ESF 3).

Todos. Enfermeiros, médicos, agentes comunitários e técnicos de enfermagem (ESF 5).

A referência ao médico está, certamente, marcada pela trajetória do Programa Médico de Família no município, na medida em que esse profissional, junto com o técnico de enfermagem, compunha a equipe básica do Programa e tinha as atividades educativas como um dos elementos centrais de seu processo de trabalho. Ao mesmo tempo, a ênfase de alguns depoimentos na participação de toda a equipe aponta para a importância do envolvimento do conjunto de profissionais com as atividades de educação em saúde, valorizando a interdisciplinaridade e a integralidade. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde ressalta o compromisso de reafirmar os princípios do SUS como a integralidade, pois propõe uma prática educativa que valoriza os diversos saberes como pressuposto integral.

Mioto e Nogueira (2006) afirmam que a legitimidade do atendimento integral na saúde refere-se ao reconhecimento do todo indivisível que cada usuário representa, pois a concepção ampliada de saúde reconhece os fatores socioeconômicos e culturais como determinantes no processo saúde-doença. O princípio da integralidade alarga horizontes para além de cura da doença.

A integralidade é operacionalizada nos diversos serviços de saúde quando buscam-se ações que integram os diversos saberes em compromisso ético, político e competência técnica dos profissionais a partir da relação com o usuário. Essa relação inclui a escuta atenciosa, o diálogo, o apreender e o compreender as demandas de saúde da população.

No entanto, cabe salientar que, nesse processo, mesclam-se avanços e retrocessos nas práticas de educação em saúde. Isso porque ao mesmo tempo em que há ênfase na integralidade, os profissionais entrevistados, em sua grande maioria, centram o discurso educativo na doença.

De fato, foi possível observar nas falas dos entrevistados uma ênfase acentuada nas questões relacionadas à prevenção de doenças, agravos e riscos. Informações sobre determinadas patologias, como preveni-las e tratá-las, hábitos de

higiene e adoção de comportamentos saudáveis formam os principais eixos das atividades educativas. Há temáticas recorrentes, principalmente nos grupos específicos, como, por exemplo, os métodos contraceptivos. Há ainda campanhas específicas, quando é necessário destacar datas relevantes sobre temáticas de saúde, como: combate ao tabagismo, à hipertensão, ao câncer de mama, entre outras. O público-alvo são grupos específicos como: hipertensos, diabéticos, tabagistas e gestantes.

A periodicidade das atividades educativas nos grupos e salas de espera é, na maioria das vezes, mensal. Apenas duas unidades informaram que fazem os grupos educativos quinzenalmente. Há ainda relatos de que as atividades educativas ocorrem de forma eventual, principalmente quando a equipe entende ser necessário. As reuniões em grupo — tanto na sala de espera quanto nos grupos prioritários — têm duração de uma a duas horas e o planejamento das temáticas a serem discutidas é elaborado pela própria equipe profissional.

Entre os entrevistados, foi quase unânime a menção ao fato de que as atividades de educação em saúde são planejadas exclusivamente pela própria equipe profissional. Em duas entrevistas, foi mencionado que existe um calendário anual das atividades educativas, programado no início do ano.

Normalmente, nós enfermeiras. Costuma ser a gente com os agentes comunitários, a gente em conjunto com elas e os técnicos ficam mais na participação no dia mesmo do evento e os médicos também. Quem participa do planejamento de quem vai ser feito, como vai ser feito enfermeiro e agente comunitário (ESF 1).

Toda quarta-feira a gente se reúne, a gente faz reunião e todos os profissionais participam e dali a gente faz o planejamento. Quarta-feira à tarde. Todos os profissionais participam e a gente vê como a gente vai fazer. Primeiro pegamos uma tabela e vimos qual era o problema, o que a gente via de problema na unidade e depois a gente vem com o que a gente poderia fazer para melhorar. A gente viu que quando a gente entrou aqui não tinha grupo, conseguimos fazer grupo e isso é para todas as atividades da unidade a gente se planeja (ESF 4).

As equipes se reúnem no início do ano e faz o cronograma do ano todo e encaminha as temáticas a ser discutidas (ESF 8).

Essa forma de planejar as ações educativas, restrita à equipe, indica que as necessidades oriundas do público-alvo dessas ações não têm sido levadas em consideração. Esse modelo de operacionalizar as ações de educação em saúde atrela-se ao conservadorismo do processo educativo, onde a equipe profissional detém o saber científico e impõe o que dever ser discutido.

Para a realização das atividades são utilizados recursos como: vídeo, materiais de audiovisual, folders, cartilhas informativas, festas comemorativas, confecção de mural informativo, entre outros. A maioria dos profissionais relatou não haver um espaço propício para as atividades a serem realizadas como um auditório apropriado para desenvolver atividades de educação em saúde.

As metodologias mais utilizadas são as palestras e a conversa informal. No entanto, duas equipes abordaram a importância de problematizar a temática a partir das falas dos usuários, onde aparece o diálogo como troca e não na transmissão de informações centrada em um único saber.

A gente usa a metodologia da problematização, pega o tema e problematiza em cima dele. Todo mundo fala e a gente os instiga a falar, na verdade quem tem que tocar o grupo é eles e a gente é como se fosse orientador, a gente fica no papel de orientador, de mediador, a gente fica muito mais de expectador do que eles. O objetivo é sempre esse (ESF 1).

Conforme o PNPE (2012), o diálogo faz parte do processo de construção de aprendizado do ser social, pois não se acredita que há um saber único centrado apenas em alguém. Todas as pessoas estão em processo de aprendizagem, pois há sempre algo a saber e trocar como o outro. Essa troca de saberes dinamiza-se pelo diálogo que é o encontro de conhecimento construído ao longo da história.

O diálogo acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade contribuindo com os processos de transformação e humanização. Contrapõe-se, assim, à visão de mundo estática e pessimista, ao afirmar que o mundo e os sujeitos que dele fazem parte e o constroem estão em permanente transformação (BRASIL, 2012, p. 14).

Em relação à problematização da temática que foi apontada por um entrevistado, também está intrínseca a educação popular em saúde, pois implica a introdução de relações dialógicas na metodologia das práticas educativas. Pressupõe a construção de conhecimento crítico a partir de uma troca, de um diálogo.

No entanto, o problematizar na educação popular sugere a existência dos saberes dos sujeitos envolvidos no processo educativo e busca contribuir em conjunto com as possibilidades de transformação das situações apresentadas. Os problemas vivenciados são discutidos e há, portanto, um olhar mais amplo sobre a realidade. O processo educativo se dá na base ação-reflexão-ação.

Nesse sentido, a problematização emerge como momento pedagógico, como práxis social, como manifestação de um mundo refletido com o conjunto dos atores, possibilitando a formulação de conhecimentos com base na vivência de experiências significativas. Contudo, não apenas identifica problemas, mas sim, no processo de superação das situações limite vivenciadas pelos sujeitos, são resgatadas potencialidades e capacidades para intervir (BRASIL, 2012, p.16).

Nesse prisma, a problematização da temática está além de abrir o debate para discussão de prevenção, sintomas, riscos e agravos de doenças. Há um enfoque das situações cotidianas e o papel de sujeitos das pessoas enquanto protagonistas desse processo na “busca do ser mais”.

No estudo realizado junto às equipes que desenvolvem ações educativas na Estratégia Saúde da Família em Niterói, observa-se, no entanto, que a tônica dominante tem sido a de pautar a educação em saúde no enfoque preventivista, com a tradicional abordagem de ensinar hábitos e comportamentos saudáveis à população, e, no geral, através de palestras. Prevaecem ações normativas de educação em saúde, em que o processo saúde-doença ainda encontra-se mais focado na enfermidade e não na concepção ampla da saúde.

Mesmo aquelas atividades que envolvem uma dinâmica diferenciada (como as tendas e a abordagem de rua) pautam-se em uma perspectiva em que o coletivo é percebido apenas como um número maior de pessoas a serem alcançadas, sobretudo no sentido de ampliar informações sobre prevenção de doenças. Se, de

um lado, esse trabalho possibilita que os usuários tornem-se multiplicadores do conhecimento transmitido, por outro, limitam bastante as potencialidades da educação em saúde na direção de uma perspectiva cidadã. De fato, processos que envolvam uma reflexão-ação por parte da população, a criação de espaços de mobilização, organização, participação, resistência e o acesso a mecanismos que preservem e ampliem os direitos sociais parecem muito distantes dos enfoques aqui identificados.

No entanto, argumenta-se que criar estratégias e canais para democratizar informações no que tange representação dos usuários nos mecanismos de participação como conselhos e conferências também fazem parte da educação em saúde, conforme regulamenta a Política Nacional de Educação Popular em Saúde.

A Educação Popular em Saúde enfatiza a necessidade de criar espaços de reflexão, aprendizado e criatividade capazes de promover condições para o fortalecimento da consciência crítica e organizativa, ampliação e criação de diálogos, trocas de experiências e saberes, possibilitando uma leitura sobre a vida que apreenda a realidade social como determinante do processo saúde-doença. Nesse sentido, apresenta metodologias e tecnologias que colaboram com a ampliação da participação popular e do controle social na perspectiva da gestão participativa no SUS, tanto no que diz respeito ao reconhecimento e defesa do direito à saúde, quanto ao compartilhamento do poder institucional em todos os níveis do Sistema. Apresenta princípios éticos significativos para o desenvolvimento das práticas de cuidado e da gestão em saúde (BRASIL, 2012).

5.4) Atenção Primária: qual o lugar da educação em saúde?

Conforme discutido ao longo desta tese, historicamente a APS tem sido referida como o lócus prioritário, na estrutura da saúde, de desenvolvimento das ações de educação em saúde.

Nas entrevistas realizadas junto aos profissionais que desenvolvem ações educativas no âmbito da Estratégia Saúde da Família de Niterói, verifica-se que as práticas educativas realizadas estão centradas na prevenção de doenças e, na maioria das vezes, a temática é pré-definida pela equipe profissional, com fortes traços biologistas no cuidado à saúde dos usuários. A doença como centro do serviço ainda é marcante no cuidado à saúde e bloqueia avançar em direção a um

movimento mais amplo no que tange a participação dos usuários, considerando o princípio da integralidade, sua condição econômica e social como fruto das relações sociais vigentes. Diante desse quadro, a pesquisa buscou conhecer como os profissionais entrevistados relacionam educação em saúde e APS.

Foi unânime entre os profissionais a importância da educação em saúde na APS. Todos relataram que a atenção primária é lugar privilegiado para efetuar atividades educativas. Esse nível de atenção foi enfatizado pelas potencialidades no processo de abordagem saúde-doença visto sua proximidade com os sujeitos envolvidos que podem desvelar suas reais expressões das condições de vida e de trabalho.

A APS é entendida pela maioria dos profissionais como primeiro contato, como porta de entrada e eixo organizador dos serviços de saúde, conforme ilustram os trechos indicados das entrevistas abaixo.

Entendo como o primeiro acesso. Entendo como a porta de entrada. Entendo como a gente estar aqui todo dia participando dessa rotina. A diferença nossa para todos os outros níveis e todos os outros tipos de fazer saúde e esse é participar desse cotidiano, é entender a vida dessas pessoas, entender como elas vivem e participar delas, a gente é participante ativo da vida delas. Para mim isso é atenção primária (ESF 1).

Atenção primária eu entendo por porta de entrada, por satisfação das necessidades básicas de saúde, por espaço permanente de construção do que chamamos de atitudes que contribuem com uma boa saúde e para manutenção da mesma, é um grande pacote de convivência ligado a bons hábitos, a estilo de vida saudável e que principalmente tem uma unidade próxima da casa das pessoas onde os debates podem acontecer (ESF 3).

Atenção primária é aquela atenção mais próxima do usuário, que está perto do usuário, tem certo limite porque a gente não tem a tecnologia necessária para atender. Eu acho que é quem promove a educação, saúde, prevenção que está em loco ali perto da comunidade e que tem maior acompanhamento até por causa da carga horária, de saber as realidades locais (ESF 5).

Apenas uma entrevista relatou que a APS não é necessariamente a porta de entrada, pois o acesso ao sistema pode ser viabilizado pelo serviço de emergência de saúde.

Atenção primária eu não concordo que é a porta de entrada porque se você está com alguma coisa a porta de entrada vai ser a emergência, mas é ali onde você vai estar trabalhando a promoção e saúde, a prevenção, aquela rotina do paciente (Entrevistado 6).

A concepção renovada da APS aparece nas falas dos entrevistados, pois o legado de renovação da atenção primária consiste em torná-la eixo estruturante do sistema de saúde para que este seja mais eficiente e reduzam a iniquidade no campo sanitário (SILVEIRA, MACHADO e MATTA, 2015).

Outro ponto destacado nas falas dos entrevistados foi a relação da APS com a proximidade em relação aos usuários. Essa proximidade torna a atenção primária como referência para as pessoas assistidas na unidade básica. A proximidade também contribui para o fortalecimento do vínculo entre profissional e usuário.

A segurança, a confiança e o vínculo são construídos gradualmente na troca que estabelece com as atividades educativas operacionalizadas nas unidades básicas, pois nos relatos aparece a educação em saúde como prioridade nesse nível de atenção. E, a partir das práticas educativas, o vínculo, a confiança e a proximidade com os usuários são reforçados.

O que a gente tem aqui é a oportunidade de trabalhar com as pessoas saudáveis. A gente trabalhar a promoção é isso, a gente não quer que adoça. Lógico que vai acontecer. Mas conseguimos minimizar o dano, prevenir sequelas futuras, oferecer maior qualidade de vida. Isso que é o interessante da história. Estar acompanhando de perto (ESF 1).

É primordial porque se você tem a atenção primária, a Estratégia e Saúde da Família você consegue ir à casa do paciente, você consegue estar ali, próximo. Você consegue ver o ambiente que ele vive. Você consegue entender aquela família. Eu acredito muito nesse modelo porque naquele outro modelo que você tinha que ir lá ao postinho o paciente tinha que ir lá, agora não a gente consegue ir na casa do paciente. Estabelece vínculo (ESF 2).

Como eu já havia dito antes, eu acho fundamental, eu acho que existe uma relação de proximidade, uma relação primordial entre esses dois elementos. A gente observa que é difícil até separar um do outro (ESF 3).

Educação em saúde tem tudo a ver com educação primária porque nós somos a primeira coisa que acontece. Ele vem aqui tanto para

uma coisa banal que compreende a atenção primária como infartando. Vem para tudo, porque nós somos a confiança e o vínculo que a gente tem com ele é tão grande que eles acabam vindo muito procurar a gente até para coisas assim: parir... então, o vínculo é muito grande (ESF 4).

Notifica-se que a proximidade, confiança e vínculo são considerados eixos importantes na relação com o usuário assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. Os programas efetivados pelo Ministério da Saúde que buscam o controle da hipertensão, diabetes e tabagismo também apontam a atenção primária como espaço privilegiado para trabalhar a educação em saúde devido à proximidade e à confiança que são estabelecidas entre profissionais e usuários.

A socialização dos conhecimentos dos profissionais de saúde na atenção básica sobre os efeitos deletérios do tabagismo é muito importante. Esses profissionais têm a confiança da população e são respeitados pelos governos e podem usar os meios de comunicação para divulgar as evidências e disseminar informações dos danos do tabagismo na sua comunidade em nome de suas entidades, organizações, associações ou mesmo individualmente. O fortalecimento político dos grupos de influência e formadores de opinião no controle do tabagismo também está entre as ações de promoção de saúde (BRASIL, 2010, p. 66).

Na PNEPS a amorosidade traduz esses eixos apontados pelos profissionais, pois sua valorização significa ampliar o cuidado, o diálogo, a troca, a proximidade com outro. O afeto torna-se elemento significativo no processo saúde-doença, pois o vínculo afetivo criado nas práticas educativas em saúde influencia emocionalmente os sujeitos envolvidos, viabilizando a ampliação do compromisso, compreensão mútua e solidariedade (BRASIL, 2012).

Ao enfatizar a confiança e o acolhimento na relação profissional/usuário na atenção primária, abre-se espaço para trabalhar o processo educativo em saúde em outras dimensões ainda não tão visíveis no âmbito sanitário. No entanto, não se pode confundir relação de amorosidade com submissão, infantilização, muitas vezes presentes na relação do cuidado à saúde.

A educação popular em saúde enfoca o afeto, a confiança e a proximidade como meios de fortalecer o compromisso participativo a fim de superar situações de

injustiça e de sofrimento que se apresentam no campo da saúde. A proximidade fortalece também a autonomia dos sujeitos, pois cria laços de acolhimento no combate a situações desfavoráveis em saúde para os usuários. Caso contrário, tem-se o reforço do conservadorismo da educação em saúde.

Mesclam-se nesse processo renovação e conservadorismo no âmbito das práticas educativas das unidades básicas do município. Pois, ao mesmo tempo, que atenção primária é enfatizada como lócus privilegiado de proximidade, fortalecimento de vínculos e confiança, também não se apresenta um discurso para além da doença. Um discurso que utilize esses eixos para o fortalecimento da autonomia e da participação dos usuários em defesa do SUS enquanto política pública universal de saúde.

Os profissionais entrevistados afirmaram que a proximidade com o usuário, o acompanhamento do cuidado à saúde, foram e são peças fundamentais que o incentivaram e despertaram o interesse para trabalhar nesse nível de atenção.

Quando eu era técnica em outro lugar, nem sabia, eu nem sabia o que era atenção primária. Eu vou fazer três anos de formada e vou fazer três anos aqui. Eu trabalhava em hospital, trabalhava em CTI e surgiu a oportunidade de entrar na atenção primária. Fiz a prova e entrei. Não entendia muito o que era e depois que eu entendi, gostei e não queria trabalhar mais lá daquele jeito. Eu não queria trabalhar lá e ver um paciente sequelado de AVC, intubado etc... até não acabar mais. Não era aquilo que eu queria. Eu queria trabalhar para que ele não chegasse lá. Depois que eu passei a entender a rotina do que era eu me apaixonei por isso aqui. Então isso aqui eu gosto de fazer, quando eu entendi o que a gente é capaz de fazer aqui é que eu passei a gostar de trabalhar aqui. Trabalhar com prevenção, com o cuidado e próximo ao paciente (ESF 1).

Foi na faculdade, quando eu tive a aula de PSF. Eu me interessei porque na emergência quando você assiste o paciente e depois você nem sabe se ele melhorou, se ele está bem. Você nem sabe a história dele e nem consegue ter a história daquele paciente e aqui a gente consegue dar continuidade ao cuidado. Você consegue ver se aquilo que você fez teve retorno. Consegue acompanhar (ESF 2).

Desde a faculdade eu sabia que era isso que eu queria porque eu gosto de estar em visita domiciliar, de entender a realidade da pessoa, o contexto que às vezes a gente que está de fora critica, mas a gente não entende o contexto da família porque eu também trabalho em hospital às vezes chega um paciente e gente fala: mas esse paciente deixou chegar nesse estado e agente não entende

muito bem o que acontece. Então eu acho que é legal estar podendo participar e tentar modificar em alguma maneira aquela realidade, quando você está “íntimo” daquela família você ao mesmo tempo consegue modificar alguma coisa ali dentro daquela casa, mesmo que seja minimamente (ESF 6).

O mais interessante da atenção primária é saber o que está acontecendo com o paciente. Acompanhá-lo. No hospital a gente não sabe o que aconteceu com ele depois da alta (ESF 7).

Desde quando eu estava estudando, eu sempre fui uma pessoa que falo muito e em função dessa minha maneira de falar, de explicar que automaticamente no andar da faculdade me interessei pela atenção primária. A gente acompanha e educa o paciente. Não me adaptei na área hospitalar (ESF 8).

O acompanhamento no cuidado à saúde é enfatizado pelos profissionais como quesito diferencial entre a atenção primária e os outros níveis de atenção à saúde. A educação em saúde possibilita o acompanhamento, uma atenção continuada. A continuidade consiste numa sessão ininterrupta de eventos e pode ser alcançada por meio de diversos mecanismos. As práticas educativas em saúde pode ser uma estratégia para a consolidação dessa continuidade.

No entanto, mesmo ressaltando que a educação em saúde pode ser um mecanismo de acompanhamento e continuidade na atenção primária, todas as falas relataram que não há protocolos e diretrizes comuns a seguir. As diretrizes que apontaram são as apresentadas pelo Ministério da Saúde em relação ao hipertenso, planejamento familiar, tabagismo, entre outras.

Do médico de família não. Não existe nenhum protocolo e nenhum apoio técnico do que a gente deveria fazer, na verdade vem da nossa formação mesmo, a gente que organiza aqui na unidade, fica algo assim bem da unidade (ESF 1).

No grupo de tabagismo, fumantes, seguimos ao do ministério da saúde (ESF 2).

Temos as diretrizes próprias do Ministério da Saúde (ESF 6).

Normalmente o grupo se direciona ao que o Ministério quer. O Ministério tem uma população alvo, os grupos prioritários, em cima desses grupos prioritários é que a gente trabalha (ESF 8).

O objetivo geral das diretrizes apontadas pelo Ministério da saúde em relação ao cuidado em doenças crônicas, principalmente, hipertensão e diabetes é

sensibilizar gestores e trabalhadores da saúde para o desenvolvimento de estratégias no cuidado integral das doenças crônicas não transmissíveis a fim de reverter o quadro morbimortalidade que apresenta número significativo.

O documento sobre as diretrizes do cuidado integral em doenças crônicas não transmissíveis apresentado pelo Ministério em 2006 apresenta os determinantes sociais no processo saúde-doença como fundamental, pois indica que promover modos de vida saudáveis é reduzir a vulnerabilidade em saúde por meio não apenas de prevenção de doenças, mas por meio de intervenções sobre os condicionantes e determinantes sociais e econômicos envolvidos nesse processo.

Vê-se que a consolidação da promoção da saúde no cuidado integral para DCNT é marcada pelo debate acerca da determinação social da saúde e da garantia de direitos de cidadania que facilitem o acesso a opções saudáveis para o viver, reforçando o compromisso do setor saúde com a produção da equidade e de políticas públicas integradas e intersetoriais (BRASIL, 2006, p. 40).

Mesmo com as diretrizes sobre doenças crônicas não transmissíveis que traz à cena a importância de debate sobre cidadania, autonomia, e determinantes sociais no processo de adoecimento, há certa ausência desse debate nas práticas educativas em saúde apresentadas pelos profissionais.

No entanto, os entrevistados apontam a relevância dessas diretrizes para desenvolver as atividades educativas, principalmente na atenção primária que tem uma proximidade maior com os usuários assistidos. O documento do Ministério da Saúde destaca essa importância nas diretrizes para o cuidado a Doenças Crônicas não transmissíveis.

A atuação das equipes de saúde da família é essencial para o fortalecimento das ações de promoção da saúde no cuidado integral das DCNT, pois o desenvolvimento de suas atividades tem como fundamentos a efetivação da integralidade, o estímulo à participação popular e ao controle social, as relações de vínculo e responsabilização e, principalmente, a promoção da equidade (BRASIL, 2006, p. 41).

Em relação ao programa de controle ao tabagismo, a atenção primária também é considerada um espaço privilegiado para trabalhar com esse grupo. O

caderno de atenção básica (2010) aponta o tabagismo como problema de saúde pública e a atenção primária em saúde possui papel importante para o desenvolvimento de atividades educativas que contribuam para a cessação do tabagismo.

Reconhece, portanto, a produção de conhecimento e a socialização de informações sobre os efeitos do tabaco. Isto é, a importância das atividades educativas no nível primário de atenção pode trazer mudanças significativas para melhores condições de vida dos usuários assistidos. No entanto, para caminhar rumo a experiências inovadoras, não se pode resumir a educação em saúde em apenas socialização de informações sobre determinados grupos, como hipertensos, diabéticos e tabagistas.

Por parte dos profissionais, quando perguntados se existe alguma capacitação específica para desenvolver atividades educativas, eles relatam que não recebem conteúdos específicos de educação em saúde, mas sempre têm curso de capacitação fornecido pelo NEP (Núcleo de Educação Permanente) em relação os grupos como hipertensos, diabéticos, planejamento familiar, tabagismo, entre outras temáticas.

Diretamente para educação e saúde não. A gente recebe capacitação frequentemente, por exemplo: glicose, hanseníase, violência, álcool e drogas pelo NEP (Núcleo de Educação Permanente do município (ESF 1).

Não, eu estou aqui há um ano e ainda não tive. É isso que no nosso trabalho a gente está querendo trabalhar, porque nem todos têm essa compreensão, tem assim: que tem que fazer grupo, mas o porquê, qual o benefício e o que educação em saúde não sabem dizer (ESF 2).

Sim, nós temos o NEP que é o Núcleo de Educação Permanente e que de tempos em tempos está fazendo treinamento com as diversas categorias de diversos assuntos. Mas, não me lembro de específico de educação em saúde (ESF 4).

Os relatos mostram que há capacitação de educação em saúde relacionada a temas específicos definidos pelo Ministério da Saúde como hiperdia, planejamento familiar, tabagismo, mas não apontam registros de capacitação de educação em saúde em si. Nas falas dos entrevistados, reconhece-se que esse apoio seria

fundamental no sentido de contribuir na construção de um modelo dialógico de educação em saúde.

A capacitação no NEP é contínua. Eles ligam, mandam uma CI. Mandam um cronograma para a gente se inscrever. Tem vários temas e a gente escolhe o que vai participar. O telessaúde que está tendo agora, mas sempre tem isso. Sempre teve. Isso já dá uma base para as atividades, pois é educação permanente. O que a gente aprende lá a gente traz para desenvolver aqui. Mas poderia ter um específico sobre educação em saúde (ESF 1).

Torna-se fundamental uma capacitação específica para educação em saúde que atualizaria os profissionais quanto aos conceitos teóricos e metodológicos de educação em saúde. O que é a educação em saúde? Quais os modelos e metodologia de trabalhar práticas educativas? O que vem sendo discutido nessa área? O que pode mudar nesse âmbito a fim de melhorar as práticas educativas em saúde? Enfim, uma capacitação que democratizasse a abrangência da educação em saúde que não se restringe a temáticas centradas em doenças. Mas, trabalharia eixos importantes como autonomia, fortalecimento do coletivo, participação, mobilização referentes às lutas no movimento pelo SUS.

Muitos dos entrevistados relatam que eles organizam os grupos, as salas de espera por conta própria, do jeito que eles sabem fazer com base em suas próprias concepções metodológicas e as diretrizes são as referenciadas pelo Ministério da Saúde no que tange a grupos temáticos.

Nesse sentido, a falta de capacitação específica em educação em saúde pode dificultar a implementação das práticas educativas. Além desse fato, outros motivos foram salientados para retratar as dificuldades para implementar atividades educativas na unidade. Falta de recursos materiais e insumos, escassez de recursos humanos e sobrecarga de trabalho foram alguns dos aspectos mais mencionados pelos entrevistados:

Falta de material, de recursos humanos, de interesse de alguns profissionais. Acaba que alguns ficam sobrecarregados, porque a gente não tem só as atividades educativas para desenvolver. A gente faz tudo aqui na unidade. Excesso de trabalho burocrático, excesso

de coisas a dar conta, de dar baixa, de mexer no sistema, de fazer visita, e isso dificulta também (ESF 1).

Tempo de a gente conseguir se reunir. Falta de recurso humano. Estímulo para os profissionais aderirem às atividades educativas, porque tem muitos profissionais que trabalham aqui há anos e tem mais dificuldades. Quem vem mais fresquinho quer coisas novas. Às vezes é melhor a pessoa vir zerada para entrar no ritmo do que pessoa que tem um ritmo a mudar. Às vezes você tira algumas pessoas da área de conforto delas porque para isso tem que trabalhar (ESF 5).

Falta de insumo, falta de tempo. O sistema que é caótico, falta de articulação entre os outros níveis. Tudo isso conspira para um bom ou mau desenvolvimento das atividades, mas ainda sim elas continuam permanecendo, fazendo parte do nosso cronograma. (ESF 3).

São várias dificuldades. Falta de espaço físico adequado, às vezes disponibilidade do próprio profissional que às vezes está um pouco assoberbado de trabalho que não consegue dar conta de tudo, falta de material (ESF 6).

Há uma ênfase nas falas de todos entrevistados no que tange à falta de recursos materiais e humanos que dificulta enormemente o êxito das práticas educativas na saúde. Segundo Maeda et al (2011), as práticas de saúde contemporâneas atravessam uma intensa crise, pois vêm encontrando desafios e limitações para responder às principais demandas que se apresentam nesse nível de atenção, como o cuidado. Tanto garantir o cuidado de qualidade e a própria falta de capacitação dos profissionais interferem no processo educativo que é atribuição da atenção primária.

Maeda et al (2011) informam que mesmo com inovação da estrutura de trabalho na atenção básica, ainda continua um tradicionalismo que prioriza consultas, visitas domiciliares e procedimentos burocráticos que prezam pelo registro da produção individual.

O cuidar em saúde envolve o sujeito que trabalha desde a recepção até o arquivamento de prontuários. Nesse sentido, os profissionais capacitados constituem a força motriz da Atenção Primária, o que viabiliza uma proatividade na busca de um trabalho continuado, envolvendo o usuário como participante desse processo de

produção (MAEDA et al., 2011).A educação em saúde que também abrange o cuidado aposta na integralidade e na compreensão da saúde enquanto direito social.

Pontua-se, portanto, que a falta de recursos materiais e humanos, como também a sobrecarga de trabalho dos profissionais, são dificuldades de cunho institucional. O volume de trabalho, como registrado nas falas dos entrevistados, baseia-se não só nas demandas assistenciais como também nas demandas burocráticas, que muitas vezes impossibilitam uma dedicação maior ao planejamento e efetivação de atividades educativas. Essa organização de trabalho exige certas tarefas que sobrecarregam a equipe como preenchimento de fichas, alterações no sistema, marcação de consultas e outros tipos de procedimentos que predominam sobre a realização de atividades educativas e debate em novos formatos.

Segundo Dantas (2010), pode-se afirmar que há uma dualidade entre as dimensões técnicas e políticas na organização do trabalho da equipe da atenção primária, principalmente no que tange às ações de educação em saúde com dimensões mais democráticas, dialógicas e abrangentes. Isto é, não há uma equidade necessária sobre tais dimensões, prevalecendo as atividades técnicas e muitas vezes burocráticas sobre os aspectos políticos de educar em saúde.

Ainda sobre o contexto institucional, foram registrados a falta de material e de espaço propício para a realização de atividades educativas. Materiais didáticos como folders, DVDs e aparelhos de televisão são pouco utilizados devido à limitação de espaço físico. As salas de esperas também são pequenas e há constante circulação de pessoas.

Não tem espaço propício para isso. A gente faz na sala de espera que é pequena, no consultório, no improvisado. Predomina o improvisado (ESF 3).

Na unidade não tem espaço físico propício. A gente usa a quadra da escola de samba aqui do lado (ESF 4).

Segundo Albuquerque e Stotz (2004), as condições inadequadas à realização de atividades educativas expressam pouca prioridade às ações de

educação em saúde e os profissionais acabam desmotivados e desestimulados ao trabalhar em ambientes que não oferecem estrutura adequada.

Todos os entrevistados registraram que a educação em saúde contribui para avanços no que diz respeito à atenção primária. Avanços tanto para implementação do SUS quanto para qualidade de vida dos usuários assistidos.

É o diferencial no avanço para os usuários. Para marcar uma consulta popular eles marcam por ai e vão. Aqui, a gente faz essas atividades educativas e tem toda e muita influência na vida deles. A gente vê esse retorno todo dia. É gratificante contribuir para qualidade de vida deles (ESF 1).

Outra questão são os nossos pacientes que fazem o tratamento supervisionado de tuberculose. Eram dois pacientes alcoólatras e um usuário de drogas. Eles vinham aqui fazer escândalo, gritavam com a gente. Quando a gente descobriu a doença, iniciamos o cuidado e o tratamento. E eles nos surpreenderam porque desde o primeiro dia que começou a medicação ele vem aqui porque é tratamento supervisionado. São os primeiros a chegar, sempre procuram a enfermagem. Avançamos na qualidade de vida deles (ESF1).

A educação e saúde têm que ter na atenção primária e deve ser feita de forma correta. Não é o profissional achar que está dando uma informação que está fazendo educação e saúde. A educação em saúde deve fortalecer o SUS (ESF 2).

Para a evolução no sistema de saúde, as propostas educativas são muito bem-vindas. São necessárias para que haja evolução, para que haja avanço no SUS (ESF 3).

Avança no controle das demandas, pois o paciente se sente até mais empoderado para resolver certas situações que tinha dúvida e agora já sabe o que fazer (ESF 4).

Nota-se, portanto, que os avanços de maior visibilidade apresentados pelos profissionais sobre a educação em saúde na atenção primária são: o fortalecimento do sistema de saúde e a contribuição para qualidade de vida dos usuários em relação à prevenção de doenças. Na avaliação dos entrevistados, a educação em saúde promove pontos positivos, seja no processo saúde-doença ou no fortalecimento do sistema público de saúde.

Mesmo com a percepção mais abrangente que a educação em saúde pode fortalecer o SUS, fica claro na visão dos profissionais que essa dimensão está associada ao processo saúde/doença. Torna-se ausente um discurso mais politizado

em relação às contribuições da educação em saúde na atenção primária, pois o fortalecimento do sistema público de saúde não se restringe apenas à prevenção, mas também, aos fundamentos da reforma sanitária, isto é, ao fortalecimento do projeto coletivo que constitui um dos eixos para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Como registrado na PNEPS (2012), apesar dos avanços apresentados pela política pública de saúde em relação à valorização dos princípios da equidade e da participação social, a mudança na prática ainda é desafiadora, pois, como tecidas nas falas dos profissionais, as ações educativas são marcadas pelo modelo preventivo de doenças, o que consiste no cuidado que enfatiza a racionalidade biomédica. Sob esse prisma, os usuários são meros pacientes que portam ou não certas patologias. A concepção ampliada do cuidado é ignorada, o que ausenta o usuário enquanto sujeito de sua própria história, de saberes, vivências, direitos e participação.

Situações como essas expressam a necessidade de uma reorientação nas formas de cuidado e promoção da saúde, assim como, na descentralização e democratização da gestão, na participação e controle social, na formação, comunicação e produção de conhecimento e na intersectorialidade das políticas públicas (BRASIL, 2012).

Os avanços possibilitados pela APS não se centralizam apenas na doença. Devido à proximidade, aos vínculos e à confiança já registrados como fundamentais na atenção primária, a contribuição é mais expansiva e abrangente, pois perpassa pelas formas organização, mobilização e fortalecimento do controle social na saúde.

A educação em saúde na atenção primária pode estabelecer espaços de mobilização, de luta e resistência, de cultura e lazer. Sua abrangência não se limita à restrição de acesso à doença. Promover o encontro e a reflexão entre saberes diversos, vivências e as práticas populares e científicas se torna fundamental na efetivação da saúde ampliada.

As práticas educativas nas unidades básicas de saúde podem funcionar como mecanismo promissor de fortalecimento do coletivo e da cidadania. Pode viabilizar a importância da participação do sujeito social na sociedade. O

fortalecimento do SUS pela unidade básica de saúde acontece com gestão participativa e desempenho de práticas inovadoras, não centralizadas apenas na doença, mas em harmonia com a realidade dos seus usuários.

A Educação Popular em Saúde enfatiza a necessidade de criar espaços de reflexão, aprendizado e criatividade capazes de promover condições para o fortalecimento da consciência crítica e organizativa, ampliação e criação de diálogos, trocas de experiências e saberes, possibilitando uma leitura sobre a vida que apreenda a realidade social como determinante do processo saúde-doença (BRASIL, 2012).

Sob essa perspectiva, os avanços que a educação em saúde pode propiciar se vinculam às dinâmicas e às metodologias desenvolvidas pelos profissionais. Metodologia e tecnologias que enfatizam a participação popular no SUS a nível de cuidado e de gestão. Para tanto, faz-se necessário a capacitação dos profissionais de saúde que atuam com práticas educativas a fim de ampliar a contribuição da educação em saúde para além da prevenção de doenças.

A criação de práticas que dê oportunidades à formação dos profissionais em saúde na perspectiva da educação popular pode contribuir para avançar em metodologia mais democrática nas ações educativas.

As atividades educativas podem apresentar formas mais interessantes de fortalecimento da saúde coletiva pelo SUS e nesse sentido mais da metade dos entrevistados apontou algumas propostas, tais como capacitação permanente dos profissionais e aumento dos recursos, sejam humanos ou materiais.

Não sei o que fazer em questão à equipe, porque é uma equipe já muito antiga aqui, já trabalha há vinte anos. Acredito que já esteja um pouco desgastada, por mais que a gente faça mil coisas para estimular. Talvez uma capacitação (ESF1).

A gente está trabalhando isso, a gente ainda não conseguiu porque as pessoas às vezes não entendem o que é educação e saúde, uma mera informação acha que está fazendo educação e saúde e às vezes perdem a oportunidade de fazer educação e saúde no momento que a pessoa conseguiria ouvir. Capacitação seria importante (ESF 2).

Mais espaço, um lugar apropriado e mais capacitação em educação em saúde (ESF 4).

Mais recursos humanos e capacitação dos profissionais (ESF 7).

Os entrevistados relataram que não têm propostas para melhorar as atividades educativas nas unidades. Mostraram-se sem motivação para avançar em termos propositivos no que tange a educação em saúde.

Não sei. Acho que não precisa melhorar não, do jeito que está indo está bem, não consigo compreender nada para melhorar não. Acho que a equipe faz dentro do limite de cada um e dentro daquilo que temos para trabalhar (ESF 8).

Não tenho nada a propor no momento (ESF 3).

Estamos trabalhando no rumo certo procurando adesão dos pacientes (ESF 5).

Verifica-se que quando a educação em saúde está restrita apenas à informação de doenças e à adesão ao tratamento, não há propostas para melhorar as atividades, pois a centralidade na patologia não amplia os horizontes para visões mais abrangentes da educação em saúde como debate acerca de direitos, organização, gestão participativa entre outras temáticas que envolvem a educação popular em saúde.

Foi abordada também como proposta a intervenção do NASF como apoio técnico de supervisão para as equipes. O referido núcleo foi sugerido como referencial importante para as equipes das unidades básicas.

Acredito também que deveria ter um suporte técnico para isso, suporte técnico mesmo: um supervisor de saúde coletiva, um supervisor de serviço social que viesse aqui na unidade, de psicologia. O NASF seria importante apoio técnico que ainda não temos (ESF 1).

Um dos entrevistados pontuou o NASF como referência de apoio técnico que faria muita diferença nos avanços das atividades de educação em saúde nas unidades básicas do município. Essa ponderação torna-se essencial, pois realmente é papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família incentivar a consolidação à atenção básica no país, ampliando os serviços assistenciais oferecidos, sua resolutividade, cobertura e alvo das ações. Como a educação em saúde é prioridade na atenção

primária, as atividades educativas estariam envolvidas nesse processo de rede e apoio.

Vale ainda destacar que a implantação do Programa Médico de Família em Niterói contou com a importante presença de uma equipe de supervisores compostos por profissionais de diferentes áreas de formação, que davam suporte às equipes básicas em relação a questões técnicas, entre elas a educação em saúde. Com a mudança do modelo no município de Niterói, essas ações tendem a ficar sob responsabilidade dos NASF.

As ações do NASF na atenção básica apresentariam como foco prioritário as ações educativas de prevenção e promoção da saúde numa concepção para além de doenças, atuando através de uma equipe interdisciplinar com visão intersetorial de planejamento e articulações nas redes de apoio. Nesse sentido, a **educação popular em saúde** compõe uma das diretrizes do NASF

O Nasf deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, **educação popular**; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2008, p. 7 – **grifos nossos**).

A criação do NASF no município seria fundamental na implementação da educação popular nas unidades básicas. Daria apoio e capacitação às equipes da saúde da família no que tange a educação popular em saúde. Nesse sentido, haveria a possibilidade de caminhar as atividades educativas para além de prevenção de doenças, riscos e agravos.

A organização do processo de trabalho do NASF prioriza a troca de saberes no atendimento compartilhado e na capacitação da equipe nas práticas interventivas no viés teórico-metodológico das ações. As práticas interventivas nos territórios correspondem ao apoio nos grupos e **trabalhos educativos** e de inclusão social, como também, situações de enfrentamento à violência e ruptura dos tecidos sociais. O fortalecimento do aprendizado no coletivo, a criação de espaços de debates e reflexão, como também a promoção de mudanças na atitude e na atuação das

práticas interventivas da equipe são componentes estratégicos da lógica de trabalho do referido núcleo.

A educação popular em saúde no NASF apresenta como finalidade a sistematização dos modos de pensar, agir e se expressar das pessoas. Deve ser uma forma estratégica e participativa do cuidado por meio dos indivíduos como sujeito do seu próprio cuidar e de seu conhecimento. Enfatiza-se a todo tempo que o cuidado em saúde situa-se além da doença, pois envolve o fortalecimento dos espaços sociais coletivos com centralidade na participação democrática. *“Trata-se, portanto, de fortalecer os processos de produção das necessidades da vida por seus próprios protagonistas, partilhando poder e construindo um processo político-pedagógico de conquista de cidadania e fortalecimento da sociedade civil”* (BRASIL, 2008, p. 18).

A educação em saúde na atenção primária requer processos de planejamento participativo no fomento de espaços de controle social para além da intervenção saúde-doença, pois se faz presente como forma de promoção da saúde a importância das mais diversas formas de luta e resistência nas expressões de negação dos direitos humanos e sociais. Nesses termos, duas entrevistas enfocaram a relevância do profissional de Serviço Social como supervisor nas equipes de ESF:

Acredito também que deveria ter um suporte técnico para isso, suporte técnico mesmo: um supervisor de saúde coletiva, um supervisor de serviço social que viesse aqui na unidade (ESF 1).

Às vezes surgem algumas coisas de cidadania que nós não dominamos e pedimos suporte ao CRAS e veio uma assistente social e falou sobre tudo. Teve outra época que pedimos suporte ao serviço social que trabalha com Bolsa Família (ESF 8).

A supervisão técnica do Serviço Social no NASF é entendida como fundamental para fortalecer estratégias de fomento da cidadania e participação social, como também para socialização de informações sobre a compreensão do direito à saúde que não se restringe apenas à ausência de doença. As ações do assistente social junto aos outros profissionais da equipe viabilizam a integralidade, a intersetorialidade e a educação em saúde com caráter democrático e participativo.

O profissional de Serviço Social no Nasf tece a compreensão dos saberes e práticas que são vivenciadas no cotidiano dos sujeitos. Tal conhecimento desvelado num parâmetro de reflexão contribui para a efetivação de um paradigma de atuação mais amplo no que tange à educação em saúde.

Portanto, é em tal cenário que o assistente social, em conjunto com as demais categorias profissionais, procura conduzir-se no sentido de compreender, intervir, antecipar e planejar projetos sociais que vão para além da dimensão biomédica. Compõe-se assim uma prática de integralidade, apoiada na interdisciplinaridade e na intersetorialidade, facultando uma inserção diferenciada do assistente social na área da saúde, de forma a superar o estatuto tradicional de profissão paramédica, típico do modelo biomédico (BRASIL, 2008, p. 100).

Com a intervenção do profissional de Serviço Social, as ações educativas nos grupos podem organizar-se através de uma dinâmica e abordagem para além de temáticas focadas em patologias. As oficinas educativas viabilizariam temáticas correspondentes ao processo saúde-doença como a cidadania e o desenvolvimento social dos territórios. O processo educativo estimula a produção da autonomia, da participação ativa, do reconhecimento do outro enquanto sujeito de história e ações.

Os profissionais da saúde ao abarcarem o processo saúde-doença nas suas múltiplas expressões cotidianas, não têm apenas um único olhar. Apresentam uma visão mais ampla e crítica da realidade que possam contribuir no planejamento de estratégias do agir em educação em saúde de forma criativa e inovadora que fortaleçam o princípio da integralidade no cotidiano das práticas educativas em saúde.

Dessa forma, entendemos que um processo pedagógico, também voltado para as questões sociopolíticas, pode ser fator para que os trabalhadores observem, a partir de outro prisma, as condições sociais e de saúde que as populações atendidas estão condicionadas e, conseqüentemente, ocorra uma inflexão no modo como são atendidas e interpretadas as necessidades de saúde dos indivíduos. Essa reflexão se justifica, uma vez que a ESF se propõe a prestar assistência às demandas de caráter social (SANTOS, LANZA, CARVALHO, 2011, p.16).

Ações de educação em saúde centradas na doença revelam um desperdício de oportunidade por parte dos profissionais de saúde em desenvolver ações e práticas educativas que buscam captar e politizar as demandas dos usuários, fomentar e ampliar a participação coletiva e direcionar o SUS para suprir os reais interesses dos seus usuários.

Nos processos educativos é fundamental o fomento de discussões que desvelem a dinâmica e busquem a mudança societária. Na política de saúde, especificamente, faz-se necessário buscar paradigmas do educar em saúde associados aos determinantes sociais expressos de formas variadas na vida cotidiana. Isso implica negar práticas educativas que apenas debatam a questão de prevenção de doenças, riscos e agravos.

A saúde de uma população é resultado de condições mais gerais, socioeconômicas, culturais e ambientais de vida, trabalho etc. Nessa perspectiva as intervenções em saúde devem ampliar o escopo para os determinantes sociais, considerando a inserção de classe como determinante central. Sendo assim, a atuação junto aos determinantes sociais pode contribuir para mudança de uma sociedade ontologicamente desigual, ao incorporar esferas de produção e reprodução material, estruturas de classes, construção cultural, simbólica, entre outros, e propor ações de caráter macrossociais para seu enfrentamento (SANTOS, LANZA, CARVALHO, 2011, p. 17).

No cenário do sistema universal e público de saúde, tanto a concepção ampliada da saúde quanto as mudanças introduzidas pela reforma sanitária ampliaram as possibilidades de trabalho interdisciplinar e o entendimento do processo saúde-doença como algo socialmente determinado. Isso rebate também nas metodologias de educação em saúde, que, apesar dos avanços na literatura e na política, ainda sofrem com a não ruptura completa com o viés conservador nas práticas propriamente ditas.

Apesar de alguns avanços no que diz respeito às dinâmicas mais alicerçadas na conversa informal que nas palestras e na concepção ampla de saúde que foram destacadas por todos entrevistados, há ainda muito que avançar no que tange a efetivação de metodologia de educação em saúde democrática e popular. Avanços que superem a centralidade das doenças muito presentes nas falas dos

entrevistados e a programação prévia das atividades que na maioria das vezes não priorizam as demandas oriundas dos próprios usuários.

Nas falas dos entrevistados mesclam-se abordagens tradicionais de valorização do saber dos profissionais, centralizadas na doença e outras formas de educar com dinâmicas mais democráticas. No entanto, torna-se visível a necessidade de uma reflexão mais clara e precisa do modelo dialógico de educar em saúde, como também, de uma visibilidade maior às diretrizes da PNEPS como propostas mais avançadas de educação em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese de doutorado buscou examinar as concepções que orientam as práticas educativas dos profissionais atuantes no âmbito da Atenção Primária à Saúde, tendo como referência a experiência do PMF/ESF do município de Niterói – RJ. Como abordado ao longo da tese, as ações de Educação em Saúde articulam-se ao movimento mais amplo de conformação da política de saúde em cada momento histórico. Nesse sentido, a ampla disseminação de ações educativas no início do século XX acompanhou a construção do modelo sanitário-campanhista, assumindo um caráter de controle e disciplinamento dos pobres, tendo como referência central o discurso médico higienista.

Foi discutido também que desde as décadas de 1950 e 1960 no Brasil o campo da educação em saúde tem sido repensado e questionado, a fim de distanciá-lo das ações impositivas com caráter higienista que tanto marcaram (e ainda marcam) essas intervenções.

No contexto de construção da reforma sanitária brasileira e materialização do SUS já nos anos 1980 e 1990, ganha força uma concepção ampliada sobre o processo saúde-doença que supera o discurso restrito ao aspecto biológico. A saúde está alicerçada no SUS numa concepção ampliada que a apresenta como resultante das relações sociais e influenciada por determinantes sociais, econômicos e culturais. O SUS operacionaliza-se por princípios básicos como a universalização do acesso, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação social que introduz o controle social como instrumento básico na formulação e na execução da política de saúde.

É nesse contexto que práticas pedagógicas de educação em saúde com transmissão verticalizada passam a ser questionadas e então surgem novas formas de organização de ações educativas com aproximação maior entre o saber popular e o acadêmico. Destaca-se a educação sistematizada por Paulo Freire que insere as práticas educativas como instrumento de construção e transformação da realidade.

A teoria de Paulo Freire é concebida como crítica ao modelo tradicional de educação em saúde e privilegia a educação emancipatória como componente ético

que visa à construção de um mundo mais justo e igualitário. Para tanto, contribui com a formação de cidadão ativo e questionador.

Nesses termos, as ações de educação em saúde podem ser destacadas como eixo articulador entre a concepção da realidade e a busca de possibilidades de transformação da mesma a partir do princípio da integralidade. Assim, o conceito de educação em saúde está vinculado ao conceito da promoção da saúde que integra as formas de participação da população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas de sujeitos sob o risco de adoecer.

Merecem destaque, ainda, outros processos no interior do SUS que favorecem as ações educativas em saúde pautadas em uma visão dialógica. O primeiro é a centralidade conferida à Atenção Primária à Saúde no Brasil a partir da segunda metade da década de 1990, em especial à Estratégia Saúde da Família (inicialmente Programa Saúde da Família). E o estabelecimento de novas sistemáticas de financiamento setorial, em especial, a implantação do Piso de Atenção Básica com o repasse de recursos de forma regular e automática com a adoção de programas de saúde estratégicos.

Sob essa perspectiva, a Estratégia Saúde da Família (ESF) introduzida em 1994 torna-se um avanço no que diz respeito à organização da atenção primária, pois a expansão e a ampliação do acesso aos serviços básicos garantiram sua relevância e legitimidade. Inicialmente essa política foi adotada como programa (PSF) e alguns anos depois, em 1997, a Saúde da Família passa a ser concebida como uma estratégia voltada à reorganização do modelo de atenção à saúde no país.

Como mencionado, o caráter inovador desse tipo de programa consiste em adotá-lo como estratégia para reorganização dos serviços de saúde no Brasil, principalmente, no âmbito municipal. A Estratégia Saúde da Família mantém o foco na família e na comunidade, possibilitando uma nova dinâmica que busca superar o modelo tradicional de assistência à saúde.

Conforme abordado na tese, há um reconhecimento de que a APS configura um locus privilegiado para o desenvolvimento de ações educativas, tendo em vista tanto a proximidade entre serviços de saúde e comunidade, quanto a ênfase dada

às ações de prevenção e promoção da saúde. A atenção básica na saúde destaca-se como espaço privilegiado que viabiliza o atendimento direto aos usuários, favorecendo o desenvolvimento de ações educativas pelos profissionais de saúde, como a sensibilização dos usuários sobre a consciência sanitária que se faz fundamental para transformar a realidade.

Niterói foi um dos municípios pioneiros do Brasil em termos de propostas inovadoras no que tange a uma política de saúde mais igualitária e participativa, através da implantação, inicialmente, do Projeto Niterói e, mais tarde, do Programa Médico de Família. Essas iniciativas buscavam inaugurar novas formas de abordagem em relação à atenção primária e apresentar a educação em saúde como parte dessas inovações ao priorizar os grupos educativos.

Entende-se que a construção dessas ações educativas reveste-se de alto grau de complexidade, dada pela interação de um conjunto de atores sociais, com valores, ideais e interesses diversos e em contextos político-institucionais distintos.

Embora a educação em saúde seja percebida como atribuição de toda a equipe profissional, no estudo realizado foi destacada a forte presença dos enfermeiros na condução desses processos. Na pesquisa desenvolvida no ano de 2006, Marques identificou que no PMF a educação em saúde era geralmente identificada como uma atribuição da equipe de supervisão de Serviço Social, porém desenvolvida pelos médicos e técnicos de enfermagem que compunham a chamada equipe básica. Transcorrida uma década, esse quadro parece estar em mutação, acompanhando as próprias mudanças que vêm sendo operadas na APS municipal com a transição para o modelo da Estratégia Saúde da Família.

Como discutido ao longo do trabalho, Niterói possui certa tradição no desenvolvimento de ações educativas, em especial no que tange ao fortalecimento e articulação com os movimentos sociais em defesa da saúde nos anos 1980. É bem verdade que o contexto social, político e econômico da atualidade é distinto daquele dos anos 1980. No entanto, o fato de que muitos dos profissionais atuantes no município têm pouco tempo de inserção na saúde municipal acaba por interferir na condução das ações educativas.

Percebe-se que apesar das propostas inovadoras, as práticas educativas realizadas no município de Niterói estão focadas na prevenção de doenças, priorizando discurso sobre os cuidados que se deve ter para precaução de agravos e riscos em relação a determinadas patologias. Ainda há presença muito forte de discurso sobre condutas e comportamento para atingir uma vida saudável.

Nesse sentido, há pouco espaço para operacionalização de práticas educativas que abarquem uma concepção ampliada do processo saúde-doença, mesmo que os profissionais apresentem essa visão abrangente no discurso como registrado pelas entrevistas coletadas.

Às práticas educativas realizadas no município, mesclam-se características tradicionais focadas na prevenção de doenças com mecanismos de dinâmicas que possibilitam abertura de novos formatos para a educação em saúde como o posicionamento em círculos dos usuários, problematização de algumas demandas, práticas diferenciadas como abordagem na rua e realização das tendas.

Para os profissionais entrevistados (dois médicos e seis enfermeiros), é notável uma heterogeneidade nos discursos que incorporam abordagens próximas a uma educação em saúde tradicional com outras que buscam uma certa proximidade e vínculo com os usuários. Proximidade, vínculo e confiança foram apresentados como aspectos importantes no atendimento aos usuários no nível primário de atenção. E através dessas categorias torna-se possível viabilizar uma prática educativa mais participativa na qual o diálogo é eixo central.

No entanto, esse diálogo não pode ser centralizado na prevenção de danos, agravos e riscos em relação a certas patologias como vem acontecendo nas práticas educativas no município. A escuta, o acolhimento e a problematização das demandas estão para além de doenças, pois o processo de educar em saúde engloba os determinantes sociais do âmbito sanitário, engloba, portanto, a dimensão ampliada em saúde.

Verifica-se certa contradição, pois apesar dos profissionais entrevistados adotarem em sua fala a concepção ampliada de saúde, suas práticas educativas enfocam um aspecto biomédico com normas e condutas a serem seguidas para prevenção de determinadas doenças, isto é, uma prática pautada na prescrição e

normatização. Assim, constata-se uma prática educativa tradicional, restrita e com intervenção limitada mesmo que apresente dinâmicas diferenciadas.

Nota-se, portanto, que ao mesmo tempo em que, algumas das práticas educativas em Niterói apresentam algumas dinâmicas diferenciadas, enfocam a relevância da proximidade como os usuários e os discursos dos profissionais destacam a concepção ampliada de saúde, verifica-se um espaço educativo pautado em conteúdo que são transferidos e restritos às enfermidades.

Nesse sentido, mesmo com algumas inovações de abordagem, predominam a educação em saúde tradicional sem uma preocupação de troca de vivência, de saberes, de construção coletiva de conhecimento que fomente a participação, formas de resistência e luta por melhores condições no cotidiano da população.

O diálogo presente nas práticas educativas do município é limitado e não abrange aspectos culturais, educacionais, econômicos e sociais. Predominam-se conteúdos normativos destinados a grupos específicos sobre determinadas patologias e como preveni-las através da adoção de normas e condutas ditas como saudáveis. Nessa perspectiva há um determinado fosso no que tange a uma prática educativa baseada na dimensão ampliada de saúde. Saúde não apenas como ausência de doença, mas saúde como resultado dos determinantes sociais, como produto das relações sociais vigentes.

Nesse prisma, há certa ausência de propostas de transformação nas práticas educativas. As respostas das entrevistas não apontam uma concepção em saúde participativa e emancipatória que traduza os conflitos, contradições e problemáticas vivenciadas na realidade dos usuários. Observa-se que o cotidiano dos usuários que é rico, dinâmico e permeado de demandas emergentes das relações sociais é descartado no processo educativo em saúde, o que impossibilita qualquer produção de novos conhecimentos e novas formas de mudanças na realidade social dos usuários assistidos.

A própria organização do trabalho e as dificuldades apresentadas pelos profissionais limitam as práticas interventivas da equipe da ESF do município. Falta de recursos humanos, de espaço físico apropriado e as designações de muitas

tarefas burocráticas impedem prioridade para efetuar práticas educativas com abertura de diálogo para além de doenças.

Faz-se necessário considerar que além de superar os desafios na organização do trabalho mencionado acima, pode haver uma falta de investimento na formação profissional da equipe no que tange à educação popular em saúde. Falta de capacitação em relação a educação em saúde que insere o diálogo como eixo fundante desse processo. Há, portanto, a necessidade de fomentar um embasamento pedagógico que descarte esse viés tradicional, vertical e normativo de educar em saúde e apresente formas inovadoras que trilhem caminhos da participação, da troca de saberes, e que contribua a garantia de direitos.

Nessa perspectiva, poderia haver investimento em duas direções: na organização do trabalho no campo da atenção primária, priorizando as práticas educativas em saúde seja coletiva ou individual, como também investimento em capacitação da equipe técnica em relação a dimensão de educação popular em saúde. Tais procedimentos direcionariam novas condutas de educar em saúde e, conseqüentemente, do cuidado em saúde. A própria cultura vertical e normativa embutidas nas práticas educativas seria superada gradativamente ao incorporar uma revisão crítica do modelo tradicional que possibilite a cultura do compartilhar e da produção coletiva do conhecimento.

Mudanças na organização do trabalho na atenção primária em saúde como também a capacitação dos profissionais no que diz respeito a educação em saúde são alternativas que podem contribuir para a viabilização de práticas educativas potencializadoras nos rumos da participação, autonomia e visão crítica da realidade e na construção de novas relações sociais no âmbito sanitário.

As demandas emergentes no nível primário de atenção devem ser consideradas no enfoque ampliado em saúde e problematizadas no coletivo com o compartilhamento dos saberes científicos-técnicos e populares na produção de novas respostas e horizontes que não centralize a doença no espaço institucional.

A superação do modelo tradicional de educação em saúde pautada na doença reforça uma abordagem focalizada sem perspectiva de transformação. Isto

é, dinamiza-se uma intervenção restrita, limitada com ênfase em programas e públicos-alvos específicos com dimensões político-participativas pouco valorizadas.

Nessa perspectiva a autonomia do usuário é desconsiderada no processo saúde-doença e tão pouco suas contribuições na gestão, implementação e tomadas de decisão na organização dos serviços. O cunho participativo e formas de mobilização são desvalorizados, pois o enfoque prioritário está centralizado na prevenção de doenças.

Com base no exposto, propiciar novos horizontes na educação em saúde através da implementação da PNEPS requer rever algumas considerações no âmbito sanitário e buscar fortalecer traços democráticos que estimulem a participação dos usuários a partir da problematização das demandas que permeiam a atenção primária à saúde.

No entanto, trilhar esses rumos significa superar desafios postos pela atual conjuntura. Desafios que atingem as políticas públicas como um todo, não deixando a saúde isenta desse processo. Faz necessário apostar no coletivo nas formas de intervenção, nas estratégias de fortalecimento da mobilização e na participação dos usuários onde os grupos educativos podem ser mecanismos desse processo.

Torna-se necessário enfatizar que em meio a desafios, limites, contradições de concepções e práticas educativas, há caminhos de abertura para redesenhar horizontes críticos e propositivos no campo da educação em saúde. Em meio a uma prática educativa centralizada na doença, há possibilidades de abertura de diálogo, de consolidar uma nova visão nos processos educativos nos espaços institucionais dos serviços. No entanto, há de apostar no acompanhamento das dinâmicas societárias, como também, na capacitação permanente das equipes que atuam na atenção primária. Nesse sentido, pode efetivar a educação popular em saúde e assim recriar novos moldes de cuidado e práticas no nível primário de atenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira. **A Construção Internacional do Conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti. A atenção popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. In: **Interface Comunicação, Educação e Saúde**, v. 8, n. 15, 2004.

ALVES, Gehysa Guimarães e AERTS, Denise. As práticas educativas em Saúde e a Estratégia Saúde da Família. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. n. 16 Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2011.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de atenção em saúde para a Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. In: **Interface Comunicação, Educação e Saúde**.v. 9, n. 16, fev. 2005.

AMMANN, Safira Bezerra. **Ideologia do Desenvolvimento de Comunidade no Brasil**. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 1992,p. 29-46.

ARANTES,C.I.S.; MESQUITA,C.C.;MACHADO, M.L.T.;OGATA,M.N. O Controle Social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações da enfermeira da atenção básica. In: **Revista Texto e contexto de enfermagem**. Florianópolis, 2007, p.470-478.

ARRETCHE, Marta Tereza da Silva. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (Orgs.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001. p. 44-55.

AYRES, Lílian Fernandes Arial et al. As estratégias de luta simbólica para a formação da enfermeira visitadora no início do século XX. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v.19, n.3, jul.-set. 2012, p.861-881. Disponível em www.scielo.br/scielo. Acesso em 9 de março de 2014

BARATA, Rita de Cassia Barradas. Epidemias. In: **Cadernos de Saúde Pública**. FIOCRUZ.Rio de Janeiro, 1897. Disponível em: <www.cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/portal>. Acesso em: 26 de abr. 2015.

BARBOSA, Samanta Quintana. **As práticas Educativas em Saúde relacionadas à tuberculose**: estudo de um caso em uma unidade de saúde da família no município de Itaboraí-RJ. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, abr. 2012.

BATISTA, P.S.S.; VASCONCELOS, E.M.;COSTA,S.F.G. Éticas nas Ações Educativas e de Cuidado em Saúde orientadas pela Educação Popular. In: **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**.v. 18, 2014. , p. 1402-1412.

BEHRING, Elaine; SANTOS, Silvana Mara Moraes. Questão Social e Direitos. In: **Direitos Sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS, 2009.

BONETI, Osvaldo Peralta. **Problematizando a Institucionalização da Educação Popular em Saúde no SUS**. Dissertação de Mestrado. Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2013.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Pesquisa Qualitativa em Saúde Coletiva: panoramas e desafios. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. n. 17, 2012, p. 575-586. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/>>. Acesso em: 04 de ago. 2015.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é Educação?** São Paulo: Ed. Brasiliense, 1981.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Distrito Federal, 2009.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica à Saúde**. Distrito Federal, 2006.

_____. **O cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde**: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília, 2012.

_____. **Política Nacional de Humanização**. Disponível em: <www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 9 de mar. 2014.

_____. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.crpssp.org.br/diverpsi/arquivos/PNEPS-2012.PDF>>. Acesso em 9 de março de 2014.

_____. **Caderno de Educação Popular em Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégia Participativa. Distrito Federal, 2007. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 17 de jan. 2015.

_____. **Diretrizes e Recomendações para o cuidado Integral de Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. Ministério da Saúde. Série Pacto pela Saúde. Distrito Federal, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 15 de jul. 2015.

_____. **Diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Distrito Federal, 2008. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 15 de abr. 2014.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde. Distrito Federal, 2006. Disponível em: <www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 10 de mar. 2014.

BRAVO, Maria Inês e MATOS, Maurílio Castro. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004. p. 25-47.

BRAVO, Maria Inês. **Saúde e Serviço Social**. São Paulo:Cortez;UERJ, 2004.

BRAVO. Maria Inês. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. In: **Ciência e Saúde Coletiva**.v.5, 2000, p. 163-177. Disponível em:<<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/>>. Acesso em: 18 de ago. 2015.

CASTRO, Ana Luisa Barros e FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. A Política Brasileira de Atenção Primária à Saúde.In: MACHADO, Cristiani Vieira (org.). **Políticas de Saúde no Brasil**: continuidade e avanços.Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 173-194..

COSTA, M.; LÓPEZ, E. Educación para la salud. Madrid: Pirámide, 1996. p.25-58.

CECCIM, R.B.;FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde:ensino, gestão, atenção e controle social. In: **Physis**. Revista Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2004, p. 41-65.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação e Saúde: Ensino e Cidadania como Travessia de Fronteiras. In: **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro: EPSPJV, 2008, p.223-247.

CERVERA, D.P.P.;PARREIRA,B.D.M.;GOULART,B.F. Educação em Saúde: percepção dos Enfermeiros da Atenção Básica em Uberaba. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. n. 16. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2011, p. 1547-1554.

COHEN, N.M. **O Modelo Assistencial no SUS Niterói: conflito e pactuação política no processo de integração do Programa Médico de Família**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2000.

CONFERENCIA NACIONAL DE ALMA-ATA. Relatório final.bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf. Acesso em 25 de janeiro de 2014

COSTA, Suely Gomes. **Os feminismos latino-americanos e suas múltiplas temporalidades no século XX**. Seminário Direito da Reprodução. Niterói: UFF, 1984.

_____. Memória dividida das lutas por direitos reprodutivos: Niterói/Rio de Janeiro, anos 1970/1980. **Fazendo Gênero 9: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos**. Seminário Internacional.Universidade Federal de Santa Catarina . FlorianópolisAgo. 2010 ANAISISSN 2179-510X. Disponível em:<http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/site/anaiscomplementares>

COSTA,Nilson do Rosário. **Lutas urbanas e Controle Sanitário:origens da política de Saúde**. SP:Vozes, 1985

CRUZ, Pedro; VIEIRA, Samara; MASSA, Nayara; ARAUJO, Tayse; VASCONCELOS, Ana Claudia Cavalcanti. Desafios para a Participação Popular em Saúde. In: **Saúde e Sociedade**. São Paulo: USP, 2012, p.1087-1100. Disponível em: <www.revistas.usp.br>. Acesso em: 18 de jan. 2015.

CRUZ, Pedro, Extensão Popular : a reinvenção da universidade. In: CRUZ, P.J.C. **Educação Popular na Formação Universitária**: reflexões com bases em uma experiência. São Paulo: Hucitec. João Pessoa. Ed. Universitária de UFJP, 2013. CRIVELARO, Everson; FERREIRA, Vânia; FIORINI. Formação Profissional no SUS. Atenção Básica em Saúde na perspectiva docência. In: **Revista Brasileira de Educação Médica**. Disponível em: <www.scielo.br/rbem>. Acesso em: 02 de fev. 2015.

CUNHA, Elenice Machado; GIOVANELLA, Lígia. Longitudinidade e Continuidade do Cuidado: identificando dimensões e variáveis para a Avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 16., 2011, p. 1029-1042

CZERANIAS, Dina; FREITAS. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2ªed. RJ, Editora Fiocruz, 2009.

DANTAS, Maria Beatriz Pragana. **Educação em Saúde na Atenção Básica**: sujeito, diálogo e intersubjetividade. Tese de doutorado em Saúde Pública. Recife: FIOCRUZ, 2010.

DANNER, Fernando. O sentido da biopolítica em Michael Foucault. In: **Revista Estudos Filosóficos**. n.4. Minas Gerais: UFJS, 2010, p. 143-157. Disponível em: <<http://www.ufsj.edu.br/revistaestudosfilosoficos>>. Acesso em: 6 de jun. 2015.

DEPARTAMENTO DE INFORMATICA DO SUS. DATASUS. Disponível em www2.datasus.gov.br/Acesso em 16 de julho de 2015

DUCATTI, Ivan. **A hanseníase no Brasil na Era Vargas e a profilaxia do isolamento compulsório: estudo sobre o discurso científico legitimador**. Tese de doutorado do Programa de Pós graduação em História Social. São Paulo: USP, 2008.

_____. A Formação da Saúde Pública e o Mundo do Trabalho: conjugação necessária ao capital. In: **Verinotio**. Revista on-line de educação e ciências humanas, 2010. Disponível em: <www.verinotio.org/>. Acesso em: 31 de dez. 2013.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde**: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro: UERJ, 2005.

FAUSTO, MCR.; MATTA, G.C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.A. (org.) **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

FEIJÃO, Alexandra Rodrigues; GALVÃO, Marli Terezinha. Ações de Educação em Saúde na Atenção Primária: Revelando, métodos, técnicas e bases teóricas. In: **Revista RENE**.v.8, n.2.Fortaleza,mai. 2007, p. 41-47

FELIPE, Gilvan Ferreira. **Educação em Saúde em Grupo**: olhar do enfermeiro e usuário hipertenso. Dissertação de Mestrado. Pós-Graduação em Cuidados Clínicos de Saúde. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2011.

FERREIRA, V.F.;ROCHA,G.O.R.;LOPES,M.M.B.;SANTOS,M.S.;MIRANDA,S.A. **Educação em Saúde e Cidadania**: Revisão Integrativa. Trabalho, Educação e Saúde. v. 12. Rio de Janeiro: EPSJV 2014, p.363-378.

FERNANDES,M.C.P.; BACKES,V.S. Educação em Saúde: perspectiva de uma equipe de ESF sob a ótica de Paulo Freire. In: **REBEN-Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília: Universidade de Brasília, jul.-ago. 2010, p. 567-573.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia a Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

_____.**Pedagogia do Oprimido**. 56. Ed.Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

FIGUEIREDO, Maria Fernanda Santos; NETO, José Felício Rodrigues e LEITE, Maísa Tavares Souza. Modelos aplicados às atividades de Educação em Saúde In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília: REBEN, 2010.

FLEURY, Sônia. **Estado sem Cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

Flick, U. (2009). **Introdução à pesquisa qualitativa** (3a ed., J. E. Costa, Trad.). São Paulo: Artmed. (Obra original publicada em 1995)

FONSECA, C.O. As campanhas sanitárias e o Ministério da Saúde (1953-1990). In: BENCHIMOL, J. (org.).**Febre Amarela**: a doença e a vacina, uma história inacabada. Rio de Janeiro: Bio-Manguinhos, Editora Fiocruz, 2001.

FOUCAULT, M. O nascimento da Medicina Social. In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRANCO, Túlio; HUBNER, Luiz Carlos Moreira. O Programa Médico de Família de Niterói como Estratégia de Implementação de um Modelo de Atenção que contemple os Princípios e Diretrizes do SUS. In: **Revista Physis**. Rio de Janeiro: UERJ, 2007, p. 173-191. Disponível em: <www.scielo.br/physis>. Acesso em: 01 de agosto de 2005

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI.**Rede de saúde**.Disponível em:<www.saude.niteroi.rj.gov.br>. Acesso em: 30 de mar. 2014.

GIOVANELLA, Ligia; LOBATO, Lenaura; ESCOREL, Sarah; NORONHA, José e CARVALHO, Antonio Ivo.**Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GIL, C.R.R. Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. In: **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, jun. 2006, p. 1171-1181 Disponível em: <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/portal/>>. Acesso em: 18 de fev. 2015.

GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson Elias. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: UFRJ, , 2011, p. 7-18.

GONÇALEZ, Jorge Luiz Cammarano. Educação, Cidadania e Emancipação. In: **Revista de Sociologia**. Araraquara: UNESP, 1996, p. 49-53

HOCKMAN, Gilberto. A era do saneamento. As bases da Política de Saúde Pública no Brasil. Hucitec. 3ªed, 2012

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censos Demográficos dos anos 1991, 2000 e 2010; Contagens Populacionais dos anos 1996 e 134 2007*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=rio-de-janeiro|niteroi> Acesso em: 18 de julho de 2015.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social na Contemporaneidade**. São Paulo: Cortez, 1998.

JUNIOR, Laerthe de Moraes Abreu e CARVALHO, Eliane Vianey de. O discurso médico higienista no Brasil no início do século XX. In: **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. v. 10 n. 3. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, FIOCRUZ, nov.2012, p. 427-451.

KRUSCHEWSKY, J.E.; KRUSCHEWSKY, M.E.; CARDOSO, J.P. Experiências Pedagógicas de Educação Popular em Saúde: Pedagogia tradicional x a problematizadora. In: **Revista Saúde.com**. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2008, p. 160-176 Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/>>. Acesso em: 3 de jul. 2015.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. A Promoção da Saúde como Oportunidade para Emancipação. In: **RECIIS**. v.1, n.2 . Rio de Janeiro, 2007, p.234-240.

LIMA, C.A. A educação em saúde: Promovendo a Emancipação e a Cidadania do Usuário da ESF. In: **ANAIS IV**. Congresso em Desenvolvimento Social. Universidade Estadual de Monte Claros, Minas Gerais, set. 2014, p. 01-15

LOTTA, Gabriela Sphaghero. **Implementação de Políticas Públicas: os impactos dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas de nível de rua do Programa Saúde da Família**. Tese de doutorado. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas Universidade de São Paulo, 2010.

MACHADO, Maria de Fátima; MONTEIRO, Estela Maria Leite, QUEIROZ, Daniele Teixeira; VIEIRA, Neiva Cunha; BARROSO, Maria Graziela Teixeira. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS. In: **Ciências e Saúde Coletiva**. n.12, 2007.

MACIEL, Marjorie Ester Dias. Educação em Saúde: conceitos e propósitos. In: **Revista Cogitare Enfermagem**. Universidade Federal do Paraná, 2009, p. 773-776 Disponível em:<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/>>. Acesso em: 31 de maio de 2015.

MAEDA, Priscilla; FRANCESCUCI Moleiro, EMIKO YoshikawaEgry, Suely ItsukoCiosak. Recursos humanos em laAtención Primaria de Salud: inversiones y fuerza propulsora de producción. In: **Revista de Enfermagem**. São Paulo:USP 2011. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/Acesso em 8 de julho de 2015

MARQUES, Deise Luci. **Educação em Saúde na Atenção Básica: concepções dos profissionais médicos do Programa Médico de Família de Niterói–RJ**. Dissertação de Mestrado em Política Social. Escola de Serviço Social. Universidade Federal Fluminense, 2006.

MARTINS, André. Biopolítica: O Poder Médico e a Autonomia do Paciente em uma Nova Concepção de Saúde. In: **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. v.8, n. 14. set. 2004, p. 21-32. Disponível em:<<http://interface.org.br/>>.Acesso em: 5 de jul. 2015.

MASCARENHAS, Mônica Tereza Machado. **Avaliando a Implementação da Atenção Básica em Saúde no Município de Niterói – RJ**. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ, 2003.

MEDICI, André. Propostas para melhorar a cobertura, a eficiência e a qualidade no setor saúde. In: BACHA E SCHWARTZMAN (org.).**Brasil: A Nova Agenda Social**. Rio de Janeiro: LCT, 2011.

MELO, Marcos Roberto de Andrade. **Ações de Educação em Saúde na Vigilância Sanitária do Recife**. Tese de Mestrado em Saúde Pública. ENSP, 2010.

MELLO, G.A.; FONTANELLA, B.J.B.; DEMARZO, M.M.P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde —origens e diferenças conceituais. In: **Revista APS 12 (2)**, 2009, p. 204-213.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 2002, p. 9-23.

MENDONÇA, André Luiz de Oliveira. O legado de Thomas Kuhn após cinquenta anos.In:**Scientiæzudia**.v. 10, n. 3. São Paulo, , 2012,p. 535-60. Disponível em:<www.scielo.br/pdf/ss/v10n3/06.pdf>. Acesso em: 20 de ago. 2015.

MINAYO. M.C. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO,,1996

NOGUEIRA, Vera Maria e MIOTO, Regina Célia. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: **Serviço Social e Saúde. Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

NUNES, Everaldo Duarte. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. In: **Saúde e Sociedade**. São Paulo: USP, p. 05-21, 1994.. Disponível em:<www.scielo.br/sausoc>. Acesso em: 27 de abr. 2014.

_____. Sobre a história da Saúde Pública: idéias e autores. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000. Disponível em:<www.cienciaesaudecoletiva.com.br/>. Acesso em: 31 de mar. 2015.

NUNES, E.P.A.; MENDONÇA, F.F. Atividades Participativas em Grupos de Educação em Saúde para Doentes Crônicos. In: **Cadernos de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2014, p. 200-204. Disponível em:<<http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/>>. Acesso em: 26 de abr. 2015.

OLIVEIRA, Andrea. Atenção Primária à Saúde. **Qual o lugar de participação na sociedade?** Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC – SP, 2012.

OLIVEIRA, L.C.; ÁVILA, M.M.M.; GOMES, A.M.A.; SAMPAIO, M.H.L.M. Participação Popular nas Ações de Educação em Saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. In: **Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. v.18, 2014, p.1389-1400.

OLIVEIRA, S.R.G.; WENDHAUSEN, A.L.P. (Re)Significando a Educação em Saúde: dificuldades e possibilidades na Estratégia Saúde da Família. In: **Revista Trabalho, Educação, Saúde**. v.12, n. 1, 2014, p. 129-147.

ORTEGA, Francisco. Biopolíticas da Saúde: reflexões a partir de Michael Foucault, Agnes Heller e Hanna Arendt. In: **Interface. Comunicação, Saúde, Educação**. v.8, n. 14., ,. set. 2004, p. 09-20 Disponível em:<<http://interface.org.br/>>. Acesso em: 5 de jun. de 2015.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

Polanyi, Karl. **A Grande Transformação - as origens de nossa época**. Rio de Janeiro, Editora Campus Ltda, 1980. Tradução de Fanny Wrobel

PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI, **Revista PMF — 15 anos**. Niterói: 2007.

REICHERT, J.; ARAÚJO, R.J.; GONÇALVES, C.M.C.; GODOY; CHATKLIM, J.M.; Diretrizes para Cessaçãõ do Tabagismo. In: **Revista Brasileira de Pneumologia**, São Paulo, 2008.

ROSEN, George. **Uma História da Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 1994.

SADER, Eder. **Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-80**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

SANTIAGO, Maximus Taveira. **Uma história da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói (1975-1991)**. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2010

SANTORUM, J.A. e CESTARI, M.E. A Educação Popular na Práxis da Formação para o SUS. In: **Trabalho, Educação, Saúde**. v.9, n.2. Rio de Janeiro, out.2011, p.223-240.

SANTOS, E.R.; LANZA, L.M.; CARVALHO, B.G. Educação Permanente em Saúde: a experiência do Serviço Social com Equipes Saúde da Família. In: **Revista Texto e Contexto**. v. 10, n.1.p. 16-25, 2011.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos, **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira**, Rio de Janeiro, Ed. Campos, 1987

SEVCENKO N .**A revolta da vacina. Mentres insanas em corpos rebeldes**. Brasiliense, São Paulo, 2010.

SENNA, M.C.M.; COHEN, M.M. **Modelo assistencial e estratégia d saúde da família: no nível local: análise de uma experiência**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(3,) 2002 p.:523-535

SENNA, Mônica de Castro Maia. **Municipalização e Controle Social: O Programa Medico de Família em Niterói**. Dissertação de Mestrado. ENSP.Fiocruz. Rio de Janeiro, 1995.

SILVA, Cristiane Maria da Costa; MENEGLIM, Marcelo de Castro; PEREIRA, Carlos Antônio e MIALHE, Fábio Luiz. Educação em Saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 15. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2010, p.2539-2550.

SILVA, Maria Ozarina da Silva. **Renda Mínima e Reestruturação Produtiva**. São Paulo: Cortez, 1997.

SILVA, Cheila Portela; RODRIGUES, Angelo Brito; OLIVEIRA, C.L.B.S.; RODRIGUES, T.B.; SOARES, N.R.; DIAS, M.S. Educação em Saúde: uma revisão histórico crítica com enfoque no município de Sobral. In: **Revista SANARE**. Sobral, v. 09. 2010, p.29-37.

SILVA, Cheila; DIAS, Maria do Socorro; RODRIGUES, Angelo Brito. Práxis Educativa dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. n. 14, 2009, p.1453-1462.

SILVA, A.A.; SOUZA, K.R. Educação, Pesquisa Participante e Saúde: As idéias de Carlos Rodrigues Brandão. In: **Trabalho, Educação, Saúde**. .v. 12, n. 3. Rio de Janeiro: EPSJV, 2014. Disponível em: <www.revista.epsjv.fiocruz.br/>. Acesso em: 16 de jan. 2015.

SILVA, Aluísio Gomes; OLIVEIRA, Gilson Saippa. **Participação Popular e Políticas em Niterói. Projeto Niterói (1970-1992)**. Departamento de Planejamento e Gerência. Instituto de Saúde da Comunidade. Niterói: UFF, 1992.

SILVEIRA, A.C.; MACHADO, C.V.; MATTA, G.C. Atenção Primária em Saúde na Agenda da Organização Pan-Americana de Saúde nos anos 2000. In: **Trabalho, Educação, Saúde**. v.13, n. 1. Rio de Janeiro: EPSJV. 2015, p.31-44. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/>. Acesso em: 03 de jul. 2015.

SIMIONATTO, I. Caminhos e descaminhos da política de saúde no Brasil. **Revista Inscrita**.n. 1. Brasília: CFESS, , 1997,p. 15-20.

SOBRINHO, Afonso Soares de Oliveira. São Paulo e Ideologia Higienista entre os séculos XIX e XX: a utopia da civilidade. **Sociologias**.ano 15, n. 32.Porto Alegre: UFRGS, 2013.

SODRE, Francis. O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde.In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. n. 117. São Paulo:Cortez, ,2014, p. 69-83

SOUSA, Letícia Marques; ASSIS, Mônica. Educação Popular em Saúde e Grupos de Idosos: Revisão sobre Princípios Teóricos Metodológicos das Ações Educativas em Promoção da Saúde. In: **Revista APS**. Juiz de Fora, out.-dez. 2012, p.443-453.

SOUSA, Camile Mello Barreto. **A Trajetória de Implementação do Programa Médico de Família em Niterói**: continuidades e mudanças nos anos 2000. Dissertação de Mestrado. ENSP. FIOCRUZ, 2015.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde, 2002.

STOTZ, Eduardo Navarro. Educação Popular e Saúde e Democracia no Brasil. In:**Revista Interface. Comunicação, Saúde e Educação**. v. 18.Fiocruz, ,2014,p. 1475-1486

STOTZ, E.N. DAVID, H.M.S. UN WONG, J.A. Educação Popular e Saúde: Trajetória, expressões e desafios de um movimento social. In: **Revista APS**. v.8, n.1. Juiz de Fora, ,2005, p. 49-60

STOTZ, Eduardo Navarro; RICARDO, Letícia Mendes. Educação Popular como Método de Análise: Relações entre Medicina Popular e a Situação-Limite vivenciada por Trabalhadores Rurais Sem Terra. In: **Revista APS**,Juiz de Fora, 2012, p. 435-442

SMEKE, E.L.M.;OLIVEIRA,N.L.S. Avaliação Participante de Práticas Educativas em Serviços de Saúde. In: **Cadernos CEDES**, Campinas. v. 29, n. 79, set. 2009, p. 347-360. Disponível em:<<http://www.cedes.unicamp.br>>.

UGA, Vivian Dominguez. A categoria pobreza nas formulações do Banco Mundial. In: **Sociologia Política**, n. 23. Curitiba, 2004.

VASCONCELOS, Ana Maria. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA (org). **Serviço e Saúde. Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

VASCONCELOS, Ana Claudia Cavalcanti Peixoto. **Práticas Educativas em Segurança Alimentar e Nutricional**: a experiência da Estratégia da Família em João Pessoa. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2013.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Espiritualidade na Educação Popular em Saúde. In: **Cadernos CEDES**. v. 29, n. 79. Campinas, set-dez, 2009. Disponível em:<<http://www.cedes.unicamp.br>>.

_____, CRUZ, P.J.C. **Educação Popular na Formação Universitária: reflexões com bases em uma experiência.** São Paulo: Hucitec. João Pessoa. Ed. Universitária de UFJP, 2013.

_____ Educação Popular em Saúde: de uma prática subversiva a uma estratégia de gestão participativas das políticas de saúde. In: ESTEBAN, M.T. STRECK, D.R. (orgs). **Educação Popular: lugar de construção social coletiva.** Petrópolis: Vozes, 2013.

_____ Educação Popular em Saúde: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa em Saúde. In: **Revista Physis. Revista Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: UERJ, 2004, p. 67-83 Disponível em: www.scielo.br/physis. Acesso em: 14 de jan. 2015.

_____ Educação Popular como Instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. In: **Cadernos de Saúde Pública.** n. 14. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, p. 39-57 Disponível em: www.cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/portal/. Acesso em: 18 de jan. 2015.

_____ Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. In: **Interface: Comunicação, Saúde, Educação.** n. 08, 2001, p.121-126. Disponível em: <http://interface.org.br/a-revista/>. Acesso em: 18 de jan. 2015.

_____, PRESSOTO, R.F.; SILVEIRA, M.; DELGADO, P.G.C. Experiências Brasileiras sobre Participação dos Usuários e Familiares na pesquisa em Saúde Mental. In: **Ciências e Saúde Coletiva**, n. 18, 2013, p. 2837-2845.

VIANA, A.L.; POZ, M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Médico de Família. In: **Phisys.** Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: UERJ, 2005, p.225-264. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 05 de jul. 2015.

WANDERLEY, Mariângela Belfiore. **Metamorfoses do Desenvolvimento de Comunidade e suas relações com o Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 1993.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Voluntário: _____

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo, de forma voluntária, que envolve entrevista para o projeto de pesquisa ATENÇÃO PRIMÁRIA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE NITERÓI- RJ A PARTIR DAS CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA APS. Esse estudo está sendo realizado com profissionais do sistema municipal de saúde do município de Niterói.

Para que você possa decidir se quer participar ou não deste estudo, precisa conhecer seus benefícios, riscos e implicações.

OBJETIVO DO ESTUDO

O objetivo deste estudo é examinar as concepções dos profissionais que efetivam as práticas de educação em saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde no município de Niterói.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Se você concordar em participar deste estudo, a investigação consiste na realização de entrevistas individuais. As entrevistas serão realizadas no próprio local de trabalho dos gestores e profissionais municipais,

A assinatura ou impressão digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá ser autorizada por você ou seu representante legal e pelo pesquisador. O documento será elaborado em duas vias, ficando uma com você e outra arquivada pelo pesquisador. Se você tiver qualquer dúvida, por favor, pergunte-me que tentarei esclarecer.

RISCOS

Há o risco dos profissionais da saúde que atuam com práticas educativas na APS sofrerem advertências ao emitirem as entrevistas, caso tais informações sejam contrárias à administração pública municipal. No entanto, esse risco será minimizado mediante a garantia do anonimato em relação aos depoimentos. Os sujeitos serão convidados a participar voluntariamente e as entrevistas serão gravadas somente com seu consentimento. As entrevistas serão utilizadas apenas para fins acadêmicos. As menções aos entrevistados serão feitas em codificação simples por intermédio da letra E, seguida de sequencia numérica (E1 até E8), sem qualquer referência à região ou unidade de saúde a que pertence o entrevistado. Caso necessário, serão suprimidos trechos de entrevistas que permitam a identificação dos candidatos.

BENEFÍCIOS

Os benefícios advindos deste estudo não estarão diretamente ligados apenas aos entrevistados que dele participarão. E sim ao sistema de saúde local como um todo.

A longo prazo, este estudo poderá fornecer subsídios para a organização da rede de serviços de saúde ofertados para o controle do câncer de mama feminino.

Os resultados obtidos no estudo serão devolvidos a instituição e à sociedade através materiais educativos e informativos que serão apresentados em formato de pôsteres, cartilhas, congressos científicos etc.

Rubrica do Entrevistador

Rubrica do Sujeito de Pesquisa

CARÁTER CONFIDENCIAL DOS REGISTROS

Seu nome não será revelado ainda que informações de seu registro social sejam utilizadas para propósitos educativos ou de publicação, que ocorrerão independentemente dos resultados obtidos.

CUSTOS (Ressarcimento e financiamento)

Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento pela sua participação no estudo.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é completamente voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Em caso de você decidir interromper sua participação no estudo, a equipe assistente deve ser comunicada e a coleta de dados para o estudo será imediatamente interrompida.

O pesquisador responsável pela realização da entrevista pode interrompê-la a qualquer momento, mesmo sem a sua autorização.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Nós estimulamos a você a fazer perguntas a qualquer momento do estudo. Neste caso, por favor, ligue para a pesquisadora Marta Alves Santos (21) 996393226. Se você tiver perguntas com relação a seus direitos como participante do estudo social também pode contar com um contato imparcial, o do Programa de Pós Graduação em Política Social da UFF (21) 2629-2752.

Li as informações acima e entendi o propósito deste estudo assim como os benefícios e riscos potenciais da participação no mesmo. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar neste estudo. Não receberei compensação monetária por minha participação neste estudo.

Eu recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____ / ____ / ____
(Assinatura Profissional) dia mês ano

(Nome do Profissional – letra de forma)

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste estudo.

(Assinatura da pessoa que obteve o consentimento)

___ / ___ / ___
dia mês ano

APÊNDICE 2

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO: DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL
PROFESSORA ORIENTADORA: MÔNICA SENNA
DOUTORANDA: MARTA ALVES SANTOS

ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE NITERÓI

MÓDULO I – IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Nome: (não será revelado no estudo. Somente para controle do entrevistador).

Idade:

Sexo: () feminino () masculino

Formação:

Pós- graduação () sim () não Qual? _____

Tempo de formação:

Quanto tempo trabalha na unidade?

Vínculo de trabalho: () celetista () estatutário () contratado () outros

Carga horária:

Trabalha em outra instituição?

Quanto tempo trabalha com ações educativas?

MÓDULO II – CONCEPÇÕES DE SAÚDE

O que é saúde na sua concepção?

O que você entende por educação em saúde?

Quais atividades que podem concretizar as ações de educação em saúde?

Em que espaços as atividades de educação em saúde podem ser desenvolvidas?

Em sua opinião, qual a contribuição das atividades educativas para a saúde?

Você acredita que a educação promove a saúde? Exemplifique:

MÓDULO III - DINÂMICA DAS ATIVIDADES

Quais atividades de educação em saúde são desenvolvidas na unidade?

Como operacionalizam as atividades de educação em saúde na unidade?

Quais profissionais envolvidos nas atividades educativas de saúde?

Qual o público-alvo envolvido nas atividades que existem?

Qual a frequência das atividades?

Quanto a duração em tempo das atividades?

Como é operacionalizado o planejamento das atividades e em participa?

O que orienta esse planejamento? Há diretrizes a seguir?

Quais as temáticas discutidas? Quem as define?

Como materializa a dinâmica das atividades? Palestra conversa informal...

Quais recursos didáticos utilizados?

Qual a metodologia utilizada para aplicar as atividades?

Qual a infra-estrutura disponibilizada às atividades educativas?

MÓDULO IV – EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS

O que entende por atenção primária?

O que motivou a trabalhar na Atenção primária?

Qual a relação da educação em saúde com a atenção primária?

Existem protocolos e diretrizes que são seguidas ao implementar as atividades educativas?

Vocês recebem alguma capacitação para desenvolver as atividades de educação em saúde? Qual?

O município promove ou promoveu algum curso de capacitação específico de educação em saúde na atenção primária? Qual?

Quais as dificuldades para implementar as atividades?

Quais avanços que as atividades de educação em saúde possibilitam no papel da APS?

O que vocês propõem para melhorar as atividades de educação em saúde?