

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

CRISTINA FURLAN ZABKA

**REFLEXÕES E PROPOSTAS PARA A FORMAÇÃO DE UM EDUCADOR
EM SAÚDE**

Porto Alegre, 2015

CRISTINA FURLAN ZABKA

REFLEXÕES E PROPOSTAS PARA A FORMAÇÃO DE UM EDUCADOR
EM SAÚDE

DISSERTAÇÃO apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Educação
– Mestrado - da Faculdade de Educação da
Pontifícia Universidade Católica do Rio
Grande do Sul como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Claus Dieter Stobäus

Porto Alegre, 2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Z12r Zabka, Cristina Furlan
Reflexões e propostas para a formação de um educador em
saúde. / Cristina Furlan Zabka. – Porto Alegre, 2015.
97 f.

Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de
Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do
Sul (PUCRS).

Área de Concentração: Educação.

Linha de Pesquisa: Pessoa e Educação.

Orientação: Prof. Dr. Claus Dieter Stobäus.

1. Educação em Saúde. 2. Formação Médica. 3. Atenção
Primária em Saúde. 4. Saúde da Família. I. Stobäus, Claus
Dieter. II. Título.

CDD 370.193

378.20981

614.07

**Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária:
Cíntia Borges Greff – CRB 10/1437**

AGRADECIMENTOS

Sobre humildade e Gratidão

Ao tentar pensar nas pessoas a quem agradeceria nessas linhas, me peguei pensando primeiramente o que seria a gratidão. Não foi difícil encontrar em um dicionário a seguinte definição: “Ação de reconhecer ou prestar reconhecimento (a alguém) por uma ação e/ou benefício recebido”. Mas essa definição não bastou para poder elencar todos os que contribuíram para o feito que se segue.

Assim, achei que era preciso ir mais além. Quem me ajudou, e como?

Tentando responder a esses questionamentos, refleti e cheguei à conclusão de que sempre que encontrei um limite meu, achei também alguém que de alguma forma me ajudou.

A humildade é o atributo característico de quem possui o conhecimento sobre os seus próprios limites. E dessa forma entendi que, antes da gratidão, vem a humildade de reconhecer nossos limites e de pedirmos auxílio.

O exercício da gratidão é, antes de tudo, um exercício de humildade.

Agradeço a todos que me estenderam a mão quando pedi, que respeitaram minhas limitações e que assim contribuíram para esse processo de crescimento.

Ainda estou à espera de que um médico filosófico, no sentido excepcional da palavra – um médico que tenha o problema da saúde geral do povo, tempo, raça, humanidade, para cuidar - terá uma vez o ânimo de levar minha suspeita ao ápice e aventurar a proposição: em todo o filosofar até agora nunca se tratou de ‘verdade’, mas de algo outro, digamos saúde, futuro, crescimento, potência, vida... (NIETZSCHE, 1999, p. 173).

RESUMO

A Educação em Saúde (ES) é um aspecto de promoção da saúde e prevenção de doenças já bem estudado e a formação e atuação do médico são elementos de fundamental importância para sua consolidação. O objetivo do presente trabalho foi a investigação da formação e das práticas de ES realizadas por médicos no contexto da Atenção Primária em Saúde. O estudo qualitativo, de caráter exploratório-descritivo e interpretativo, complementado com elementos quantitativos, baseou-se na entrevista de 6 médicos que atuam na Estratégia de Saúde da Família e seus 2 respectivos coordenadores, com enfoque na percepção a respeito da formação em ES e práticas educativas realizadas. Investigou-se também a percepção dos entrevistados sobre a efetividade da ES. Além disso, realizou-se a observação dos profissionais durante ações educativas do tipo grupo e sala de espera. As entrevistas foram analisadas através da Análise de Conteúdo de Bardin. Identificaram-se três categorias: Formação em ES, com as subcategorias Graduação, Pós-Graduação e Educação Permanente ou Continuada; categoria Atuação em ES, com as subcategorias Nível de Atuação, Multidisciplinaridade e Seleção Temática; e a categoria Fatores que Influenciam a Efetividade da ES, com as subcategorias Profissional de Saúde, Gestão e Usuário. Na primeira, relatos sobre as mudanças curriculares demonstraram diferença nos discursos dos entrevistados, bem como a residência em MFC e as especializações específicas para atuação em APS. Na segunda, quanto à Atuação, todos referiram realizar práticas de ES, tanto no nível individual quanto coletivo; e em todas as unidades de saúde (US) pesquisadas, a ES ocorre como uma prática de caráter multidisciplinar. Na terceira, a efetividade da ES mostrou-se influenciada pela formação e perfil do profissional, a administração do setor público, a valorização profissional, a intersetorialidade, a responsabilização e a cultura. Os resultados da observação dos grupos foram triangulados com os das entrevistas e com os dados dos profissionais: nas práticas educativas observadas, todos os profissionais utilizaram a metodologia da palestra, com a transmissão vertical das informações do médico para os usuários, objetivando a mudança individual do comportamento em saúde. Os profissionais com formação específica para atuação em APS não mostraram experiências inovadoras, nem tampouco os com formação mais recente. O tempo de atuação na mesma US também não evidenciou diferença em relação à prática de ES. Além disso, o modo de seleção dos temas para as ações em ES não se seguiu à execução de um diagnóstico em saúde da

comunidade local. Concluiu-se que a ES esteve presente no discurso e na prática dos profissionais de formas diferentes: enquanto a formação refletiu transformações importantes ocorridas na graduação e na pós-graduação, a atuação demonstrou a permanência de práticas homogeneamente inadequadas e ultrapassadas. A multidisciplinaridade presente nas práticas educativas foi um aspecto positivo encontrado. Se considerado no seu conjunto, o discurso dos profissionais demonstrou a complexidade que envolve a efetividade da ES. Apontamentos do estudo direcionam para a necessidade da formulação de estratégias para se reduzir a distância entre pesquisa e prática na APS, com efetivação das recomendações científicas para o cuidado em saúde, uma vez que a efetividade da ES está atrelada à realização de intervenções múltiplas em diferentes níveis de ação.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Formação Médica, Atenção Primária em Saúde

ABSTRACT

Health Education (HE) is a well studied aspect of health promotion and disease prevention and medical formation and practice are key factors to its consolidation. The objective of this work was to investigate medical formation and HE practices performed by doctors in Primary Care System (PCS) context. The study was descriptive and interpretative, with a quanti-qualitative approach, based on the interviews of 6 doctors who work in the Brazilian Family-Centered Health Strategy and their 2 coordinators, focusing in their perception about formation in HE and educative practices performed. The interviews were analyzed through Bardin's Content Analyses. We identified three categories: Formation in HE, with the subcategories Graduation, Post-Graduation and Permanent or Continuous Education; the category Practice in HE, with the subcategories Level of Practice, Multidisciplinary and Issue Selection; and the category Factors that Affect HE Effectiveness, with the subcategories Health Professional, Management and PCS Users. Regarding Formation, curriculum changes showed differences among the participants' speech, as well did Family and Community residency and other specific specializations for PCS practitioners. Regarding Practice, all participants reported HE practices, in both individual and collective levels. HE was a multidisciplinary practice present in all health units (HU) researched. HE effectiveness was influenced by professionals' formation and profile, public department management, professional valorization, intersectionality, co-responsibility and culture. The results of groups' observation were triangulated with the interviews and professionals' data. Regarding the observed practices, all professionals used the lecture as method, with vertical transmission of information from doctor to patient, aiming individual changes in health behavior. Professionals with specific formation for PCS practice showed no innovative experiences, and neither the youngest did. Long-last acting in the same HU also showed no difference among HE practices. Moreover, the way of selection of the practice-guiding issues were not based in a local community diagnosis. We concluded that HE was present in professionals' speech and practices in different ways. While formation reflected important transformations that took place in graduation and post-graduation, practice demonstrated the constancy of inappropriate and updated performances. Multidisciplinary was a positive aspect found. Professionals' speech demonstrated the complexity of HE effectiveness if it is taken in its entirety. This study pointed out the need of strategies to translate research into practice in PCS,

implementing scientific recommendations to health care, considering that HE effectiveness is related to multiple interventions in multiple levels.

Keywords: Health Education, Medical Formation, Primary Care System

LISTA DE TABELAS

Quadro 1. Dimensões de Avaliação. Adaptado de Glasgow et al. (1999)

Quadro 2. Modelo adaptado da história natural de doenças, de Leavell e Clark (apud SABROZA, 2001)

Tabela 1. Compilação dos dados pessoais, de formação e profissionais

Tabela 2. Atividades de educação em saúde observadas

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atendimento Psico-Social

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

ES – Educação em Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ESP/RS – Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

HIPERDIA – Programa de Acompanhamento de Pacientes Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Melito

IES – Instituição de Ensino Superior

IST/HIV/AIDS – Infecção Sexualmente Transmissível/ Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome

MFC – Medicina de Família e Comunidade

MGC – Medicina Geral Comunitária

NUMESC – Núcleo Municipal de Estudos em Saúde Coletiva

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UCS – Universidade de Caxias do Sul

UFCSPA – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

UFPEL – Universidade Federal de Pelotas

UFSM – Universidade Federal de Santa Maria

ULBRA – Universidade Luterana do Brasil

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1 REFERENCIAL TEÓRICO	17
1.1 CONCEITO DE SAÚDE	17
1.2 CONCEITO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A PROMOÇÃO DA SAÚDE	22
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	30
2.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	30
2.1.1 <i>Fundamentação Legislativa</i>	30
2.1.2 <i>Práticas Educativas em Saúde – Avanços e Limites</i>	33
2.2 EDUCAÇÃO, SAÚDE E COMPORTAMENTO HUMANO	43
2.3 FORMAÇÃO MÉDICA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	46
2.3.1 <i>Graduação</i>	46
2.3.2 <i>Residência Médica</i>	50
2.3.3 <i>Educação permanente ou continuada</i>	53
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	56
3.1 OBJETIVO GERAL	57
3.1.1 <i>Objetivos específicos</i>	57
3.2 CAMPO DE ESTUDO	57
3.3 PARTICIPANTES/SUJEITOS	59
3.4 ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS NAS ENTREVISTAS E OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES	60
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA.....	62
4.1 ENTREVISTAS	62
4.1.1 <i>Categoria Formação em ES</i>	62
4.1.2 <i>Categoria Atuação em ES</i>	67
4.2 OBSERVAÇÃO.....	75
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS	82

ANEXOS	90
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO BOM	91
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE DOIS IRMÃOS.....	92
ANEXO C – COMISSÃO CIENTÍFICA DA PUCRS	93
ANEXO D –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	94
ANEXO E - REGISTRO DOS PARTICIPANTES.....	96
ANEXO F – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS – MÉDICOS.....	97
ANEXO G – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS – COORDENADORES	98

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE CAMPO BOM

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE DOIS
IRMÃOS

ANEXO C – PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA PUCRS

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANEXO E – REGISTRO DOS PARTICIPANTES

ANEXO F – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS – MÉDICOS

ANEXO G - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS – COORDENADORES

INTRODUÇÃO

Atuo como Médica de Família e Comunidade há onze anos, trabalho que pressupõe a atuação do médico como educador em saúde, entre outras atribuições, conforme a Política Nacional de Promoção da Saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Medicina. Dessa forma, considero significativo fazer uma análise do meu percurso profissional para justificar algumas inquietações.

Ao terminar a faculdade, iniciei meu trabalho como médica em uma unidade de saúde que trabalhava conforme a normativa da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que teve sua implantação iniciada pelo governo federal em 1994, na época conhecida como Programa de Saúde da Família.

Entre tantas atribuições, esse trabalho prevê a atuação do médico em grupos operativos em que se discutem temas de prevenção de doenças e promoção da saúde. No final do primeiro ano de trabalho, participei de um curso introdutório à ESF em que essa atribuição foi ratificada, sob a alegação de objetivar mudanças no comportamento das pessoas em relação ao autocuidado de maneira a possibilitar um impacto nos indicadores de saúde. Em 2006-2007, realizei minha Especialização em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública de Porto Alegre.

Nessa época, estava sendo publicada a portaria que instituía a Política Nacional de Promoção da Saúde, preconizando a educação em saúde com ênfase na promoção da saúde através de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação, controle do tabagismo, controle do uso abusivo de bebida alcoólica e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento.

Apesar de haver um aumento gradativo na preocupação com a questão educativa que envolve a promoção da saúde, a priorização dos temas abordados ainda segue a lógica de um diagnóstico epidemiológico para a orientação da educação em saúde, questão essa que sempre me trouxe grande inquietação. Acredito que a educação em saúde deva estabelecer-se a partir de questões que considerem outros aspectos que não apenas os biológicos. O conhecimento de que o desenvolvimento do ser humano envolve aspectos biológicos, cognitivos, afetivos, e espirituais deve perpassar de forma transversal a Educação em Saúde (ES). A

investigação debatida neste trabalho propõe-se a trazer à tona a discussão sobre a ES na formação e prática médicas.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 CONCEITO DE SAÚDE

O objetivo deste item é apresentar alguns conceitos de saúde e relacioná-los ao contexto deste trabalho. Assim, o conceito de saúde será discutido aqui como um reflexo dos diferentes períodos históricos, considerando a influência de aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais, entre outros.

Iniciamos a discussão a partir das considerações de Batistella (2007, p. 82) sobre o conceito de saúde:

A saúde é um constructo que possui as marcas de seu tempo. Reflete a conjuntura econômica, social e cultural de uma época e lugar. Reconhecer sua historicidade significa compreender que sua definição e o estabelecimento de práticas dependem do grau de conhecimento disponível em cada sociedade. O fato de o conceito de saúde ser impreciso, dinâmico e abrangente não impede que seja possível tomá-lo como eixo para a reorientação das práticas de saúde.

Com essa observação, podemos perceber a inconstância do conceito de saúde e, por isso, certa dificuldade – e heterogeneidade – a respeito de sua definição.

Complementar a essa ideia, a percepção de Sabroza (2001) a respeito do conceito de saúde soma-se à discussão, pois o autor coloca que esse conceito pode bem ser incluído entre os considerados imprecisos, ou seja, aqueles que, embora aplicados a categorias concretas e de relevância, não permitem sua definição com objetividade, a partir de elementos aceitos universalmente.

Conforme escreveu Scliar (2007), saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Começando por Hipócrates, a visão racional da medicina via o homem como uma unidade organizada e entendia a doença como uma desorganização desse estado. Na Idade Média europeia, a influência da religião cristã manteve a concepção da doença como resultado do pecado e a cura como questão de fé.

As descobertas do século XVII, entretanto, passaram a desvendar diversos mistérios acerca do adoecimento a partir do desenvolvimento do microscópio. A

descoberta da existência de microrganismos causadores de doença concretizou a cura de doenças sem a intervenção divina, introduzindo nas práticas de saúde a utilização de soros e vacinas. Pela primeira vez, fatores etiológicos até então desconhecidos estavam sendo identificados; doenças agora poderiam ser prevenidas e curadas.

Mais adiante, no século XVIII, a preocupação com o adoecimento voltou-se para o âmbito coletivo. Conforme Foucault, com o advento do capitalismo, não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista (FOUCAULT, 1984). A partir dessa época, a saúde do corpo social passou a ter seus indicadores, resultado de um olhar contábil sobre a população e expresso pela estatística, uma ciência que então começava a emergir. A partir de então, começou-se a propor medidas de saúde pública e de recrutar médicos sanitários.

O período da Revolução Industrial também imprimiu suas características no que diz respeito aos cuidados com a saúde. Na perspectiva do desenvolvimento socioeconômico, a saúde passara a ser concebida ora como meio, recurso estratégico capaz de assegurar a produtividade do sistema, ora como subproduto, resultado da evolução das técnicas e das relações sociais. Para os trabalhadores assalariados, a ideia de saúde veio representar cada vez mais a capacidade de poder trabalhar e de assegurar o atendimento de suas necessidades básicas e as de suas famílias. A necessidade de preservar a saúde da força de trabalho urbana, já com algum grau de especialização profissional, impôs, nos países industrializados, uma importante mudança na agenda da saúde pública. Esta passou a dar ênfase a atenção individual e a aplicação de medidas de prevenção de doenças, particularmente aquelas relacionadas à reprodução da população e ao desgaste dos adultos jovens (BATISTELLA, 2007).

Desde o início do século XX, sociólogos e antropólogos, através de estudos empíricos, trouxeram grande contribuição ao demonstrar que a doença, a saúde e a morte não se restringiam a uma evidência orgânica, natural, objetiva. Estavam relacionadas com as características de cada sociedade, revelando que a doença é uma realidade construída e o doente é um personagem social (LAMPERT, 2002).

Foi a partir desse mesmo século que apareceram as primeiras definições de saúde. Iniciamos com o conceito definido pela OMS no período que se seguiu à Segunda Guerra Mundial. Conforme este órgão, a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social (OMS, 1948).

Este conceito refletia, de um lado, uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra: o fim do colonialismo, a ascensão do socialismo. A saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações. A amplitude do conceito da OMS, entretanto, acarretou diversas críticas, o que possibilitou o surgimento do conceito de Christopher Boorse (1977): saúde vista como (apenas) a ausência de doença. A classificação dos seres humanos como saudáveis ou doentes seria uma questão objetiva, relacionada ao grau de eficiência das funções biológicas, sem necessidade de juízos de valor.

Na visão de Caponi (1997, p. 300- 301), mais do que impraticável, porque utópico e subjetivo, a maior objeção ao conceito da OMS reside no fato de que sua adoção pode servir para justificar práticas arbitrárias de controle e exclusão de tudo aquilo que for considerado indesejável ou perigoso, e contrapõe-se ao conceito enunciado pela OMS:

O que chamamos de bem-estar se identifica com tudo aquilo que em uma sociedade e em um momento histórico preciso é valorizado como 'normal', [...]. Para Canguilhem, as infidelidades do meio, os fracassos, os erros e o mal-estar formam parte constitutiva de nossa história e desde o momento em que nosso mundo é um mundo de acidentes possíveis, a saúde não poderá ser pensada como carência de erros e sim como a capacidade de enfrentá-los.

Seguindo adiante na História, o surgimento do modelo da Multicausalidade das Doenças, na década de 1950, passou a fundamentar outra proposta de pesquisas epidemiológicas. Difundiu-se o uso de métodos estatísticos nas pesquisas em saúde e tipos de estudos controlados, com o propósito de identificar fatores etiológicos relacionados às doenças que passaram a ser problemas de saúde. Este modelo estendia às doenças não transmissíveis a mesma concepção de que cada doença deveria ter fatores causais externos e específicos, e que estes poderiam ser identificados através da aplicação rigorosa do método científico. O acesso às informações de saúde, a

possibilidade individual de modificação de comportamentos de risco, o monitoramento periódico de marcadores clínicos de doenças e o acesso a serviços de saúde especializados, de uso intensivo de tecnologia, passaram a ser os condicionantes da efetividade da nova proposta. Nela, a responsabilidade é em grande parte transferida para os indivíduos, na medida de suas possibilidades e interesses (SABROZA, 2001).

A profusão de estudos bioestatísticos de fatores de risco passou a apontar para um controle cada vez maior das circunstâncias que predisõem o indivíduo ao adoecimento, indicando os comportamentos e os modos de vida considerados saudáveis. Nesta perspectiva, fica patente a associação dos conceitos de saúde e normalidade com as frequências estatísticas (BATISTELLA, 2007).

Nesse contexto, a representação sobre a saúde e a vida saudável deslocou-se do âmbito do direito social para o de uma escolha individual. Nesse projeto, admite-se a impossibilidade de uma plenitude, deixando patente que os indivíduos devem conviver, de acordo com a sua posição social, seus pertencimentos de gênero, etnia ou raça, ou seja, suas diferenças, com diversos graus de sofrimento, incapacidade ou mesmo de doença. A concepção de saúde (a noção do que deva ser saúde) passou a ser socialmente demarcada, em termos positivos, pelas aspirações individuais ou de grupos, construídas consensualmente ou impostas, em torno de ideais de vida saudável e, no limite negativo, pela doença, incapacidade ou sofrimento admitidos de acordo com os papéis e *status* dos indivíduos (BRASIL, 2004).

Na busca de um olhar menos fragmentado e com mais consciência epistemológica, Almeida Filho e Andrade (2003) indicam a necessidade de um tratamento teórico-metodológico transdisciplinar para o conceito de saúde, tendo como base a perspectiva da complexidade. Tomada como base para uma proposta de sistematização de uma Teoria Geral da saúde-doença, tomado em sua integralidade, o fenômeno da saúde-doença deve ser compreendido, então, a partir da integração de ambas as ordens hierárquicas, apresentando diferentes dimensões e componentes:

- Microestrutural – molecular ou celular;
- Microsistêmica – metabolismo ou tecido;
- Subindividual (órgão ou sistema) – processos fisiopatológicos;

- Clínica individual – casos;
- Epidemiológica – população sob risco;
- Interfaces ambientais – ecossistemas; e
- Simbólica – semiológica e cultural.

Ainda se contrapondo ao conceito de saúde da OMS, alguns autores consideram a saúde como um bem-estar físico e mental, não necessariamente completo, mas associado às condições sociais que proporcionem qualidade de vida digna e condizente com os princípios bioéticos. Respeitando-se a diversidade da condição humana, a pluralidade dos aspectos socioculturais e as circunstâncias políticas, é até possível considerar um indivíduo portador de enfermidade crônica ou degenerativa como um ser saudável. Para tanto, basta que receba atenção à saúde, seja reconhecido pela sociedade, receba proteção do Estado por intermédio da justiça e, principalmente, sinta sua autonomia reconhecida e satisfeita sua expectativa quanto à qualidade de vida que desfruta (ARAÚJO, BRITO e NOVAES, 2008).

Conforme Camargo Júnior (2007, p. 71), se considerarmos as críticas aos primeiros conceitos de saúde, vê-se que tem sido recorrente a ideia da necessidade de produção de uma “definição positiva de saúde”, que, visando a extrapolar o empobrecimento da simples evitação das doenças, visa a restaurar em toda sua plenitude os valores mais amplos da vida. Em que pese a legitimidade da busca por uma definição “positiva” de saúde enquanto empreendimento filosófico, é questionável a eficácia de uma tal definição em solucionar as dificuldades inerentes a outros conceitos de saúde. Com efeito, essas propostas com frequência recaem no mesmo deslizamento, ao tomarem os modelos propostos como expressão de verdades mais essenciais sobre as questões do adoecer e do cuidado do que os modelos das doenças. Um modelo mais abrangente, mas sempre limitado frente à inesgotável diversidade da experiência humana, e portador de um essencialismo ainda mais aprisionador, ao supor que dá conta da “totalidade” (outra expressão recorrente) do processo saúde/doença (p. 71):

Se de fato a definição do que se entende por saúde é relevante, ao mesmo tempo, precisamente por esta relevância, ela remete para um universo que escapa - felizmente - ao da discussão do cuidado, e particularmente da discussão sobre o cuidado prestado por profissionais, no âmbito de políticas de Estado. A saúde como valor existencial nos envia a uma dimensão estético-ética fundamental da

experiência humana, e que precisamente por isso deveria estar preservada de intervenções de cunho normativo, como são as intervenções terapêuticas.

Os conceitos de saúde e doença se referem a interesses práticos e instrumentais, respectivamente, na elaboração racional de experiências vividas de processos de saúde-doença-cuidado. Defende Ayres (2007, p. 17) que o obscurecimento desses distintos interesses decorre da “colonização da nossa experiência vivida” pelas estruturas conceituais das ciências biomédicas. O autor aponta para a necessidade de contrapor a essa tendência a reconstrução chamada humanizadora das práticas de saúde, tornando-nos todos, profissionais, serviços, programas e políticas de saúde, mais sensíveis, críticos e responsivos aos sucessos práticos sempre visados por meio e para além de qualquer êxito técnico no cuidado em saúde.

Conforme Segre e Ferraz (1997, p. 542), “não se poderá dizer que saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade?”

Com o exposto até aqui, acredito que o conceito de saúde deva ser pensado na sua complexidade e multicausalidade, considerando que essas características estarão diretamente relacionadas com a Educação em Saúde e a promoção da saúde.

Assim, passo agora a trabalhar esses dois últimos conceitos acima apontados.

1.2 CONCEITO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Uma vez discutidas a complexidade e a inconstância do conceito de saúde, veremos agora algumas questões relacionadas ao conceito de Educação em Saúde (ES) e sua relação com a promoção da saúde. A complexidade antes encontrada nas discussões do conceito de saúde também será encontrada aqui, uma vez que a definição de saúde determinará os fatores implicados em sua promoção.

Na literatura pesquisada, há diferentes associações entre os campos da Educação e da Saúde. Embora o termo Educação para a Saúde seja frequentemente utilizado em trabalhos internacionais, especialmente no que se refere ao âmbito escolar, ele é pouco usado na literatura brasileira, especialmente no que concerne à APS. O termo corrente mais adequado para o contexto deste trabalho que eu irei utilizar é Educação em Saúde, e será utilizado daqui para frente. Mosquera e Stobäus (1984) utilizam o termo

Educação para a Saúde (EpS), por trabalharem no campo da Educação, em direção à Saúde. Recentemente, a EpS tem sido objeto de investigação na área da Educação, já tendo sido demonstrada a importância da sua inserção de modo transversal nos currículos do ensino básico e fundamental (ZARTH, 2013).

Iniciamos com a reflexão de Green e Kreuer (apud CANDEIAS, 1997) a cerca do conceito de Educação em Saúde. Os autores destacam que a educação em saúde é entendida como quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. A palavra combinação enfatiza a importância de combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas, enquanto delineada apresenta o processo de educação em saúde como uma atividade sistematicamente planejada. Facilitar significa predispor, possibilitar e reforçar. Voluntariedade significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. Ação diz respeito a medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde.

Para L'Abbate (1994), um primeiro delineamento desta disciplina permite defini-la como um campo de práticas que se dão no nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e, sobretudo com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades. É possível dividir a demanda dos profissionais pela área da Educação em Saúde em duas direções: a primeira, voltada para a instrumentalização em técnicas didático-pedagógicas, e a segunda, para o desenvolvimento do papel profissional.

A ES também tem sido definida como um processo e uma profissão. Quando definida como um processo, se sobrepõe, amplamente, à promoção da saúde, uma vez que ambas se referem a esforços que capacitam e dão suporte para as pessoas exercerem controle sobre os determinantes de saúde e para criarem ambientes que deem suporte para tal ação. Entretanto, a tendência comum tem sido ver a ES como uma prática que atua principalmente no indivíduo, enquanto a promoção da saúde preocupa-se mais com mudanças na comunidade e no ambiente. Contradizendo essa afirmação, evidências já comprovam que a ES há tempos é direcionada para mudanças em comunidades e

ambientes, mostrando sua estreita relação com a promoção da saúde, considerada, por sua vez, como um amplo processo educacional (SIMONS-MORTON, 2012).

Novamente recorrendo a Candeias (1997), debateremos agora o conceito de promoção da saúde. Define-se promoção em saúde como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. Combinação refere-se à necessidade de mesclar os múltiplos determinantes da saúde (fatores genéticos, ambiente, serviços de saúde e estilo de vida) com múltiplas intervenções ou fontes de apoio. Educacional refere-se à educação em saúde tal como acima definida. Ambiental refere-se a circunstâncias sociais, políticas, econômicas, organizacionais e reguladoras, relacionadas ao comportamento humano, assim como a todas as políticas de ação mais diretamente relacionadas à saúde. A expressão condições de vida permite que a definição de promoção em saúde ultrapasse os limites daqueles fatores estritamente comportamentais, observáveis em geral durante o relacionamento interpessoal que ocorre no âmbito do nível local, para prender-se a uma teia de interações muito mais complexa, constituída pela cultura, por normas e pelo ambiente socioeconômico, cada um deles se associando com o significado histórico mais amplo do que se convencionou denominar de estilo de vida.

O conceito e as práticas de promoção da saúde podem representar uma possibilidade concreta de ruptura de paradigmas inadequados às necessidades atuais de saúde, ao proporem uma nova forma de conceber e intervir no campo da saúde. Considerando o campo da saúde dividido nos elementos biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização do sistema de saúde, a promoção da saúde tem um caráter cada vez mais amplo e complexo (LALONDE, 1981).

Desde que o termo foi formulado pela primeira vez, seu desenvolvimento transitou de uma concepção restrita a um nível de atenção da medicina preventiva (LEAVELL e CLARK, 1976) para um enfoque político e técnico do processo saúde-doença-cuidado.

Considerando a crescente complexidade que passa a caracterizar esse contexto, é natural defender-se a necessidade da atuação multidisciplinar na operacionalização da promoção da saúde. Mais do que médicos, enfermeiros, técnicos, agentes e demais trabalhadores da saúde, devem ser incorporados ambientalistas, engenheiros, advogados, antropólogos, artistas, jornalistas, garis, e a própria população envolvida

direta ou indiretamente na produção e/ou na solução do problema. Os problemas identificados muitas vezes não são doenças ou agravos, objetos típicos da ação no setor saúde, mas problemas ambientais, como a ausência de saneamento; sociais, como a deficiência da escola, a violência entre os jovens, a falta de emprego e alternativa de renda, a indisponibilidade de áreas de lazer e de acesso à cultura, o transporte insuficiente, as condições inadequadas de moradia; ou um contexto econômico-cultural de vulnerabilidade, como o consumo excessivo de carboidratos e gorduras (BATISTELLA, 2007).

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986, propôs a promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

A partir desse marco, cinco campos centrais de ação passam a ser objeto da promoção da saúde: as políticas públicas saudáveis, os ambientes favoráveis à saúde, a ação comunitária, as habilidades pessoais e os serviços de saúde. Essa proposição reafirma a ideia presente na Conferência de Alma-Ata em 1978, em que a promoção e proteção da saúde dos povos foi considerada essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e para contribuir para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial, sendo direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde. Em 1997, em Jacarta, a Quarta Conferência Internacional teve como tema central a Promoção da Saúde no Século XXI e foi a primeira a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. No México, em 2000, a Quinta Conferência considerou necessário colocar a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais (BRASIL, 2002).

A promoção da saúde pode, também, ser definida como um processo preocupado com a mudança de comportamento pessoal, com o empoderamento das pessoas para a mudança, com a mudança de estilo de vida e com a criação de ambientes que sustentem

uma vida saudável. A OMS (2009, apud SIMONS-MORTON, 2012, p. 1) define promoção da saúde como:

O processo de capacitar pessoas para aumentarem, e melhorarem, seu controle sobre sua saúde. Direciona-se do foco do comportamento do indivíduo para um espectro mais amplo de intervenções sociais e ambientais.

No campo da operacionalização da promoção da saúde, as estratégias habitualmente propostas enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial. A constatação de que os principais determinantes da saúde são exteriores ao sistema de tratamento não é novidade. Oficialmente, contudo, é bem recente a formulação de um discurso sanitário que afirme a saúde em sua positividade. Ao se considerar saúde em seu significado pleno, está-se lidando com algo tão amplo como a própria noção de vida, como já referido anteriormente. Promover a vida em suas múltiplas dimensões envolve, por um lado, ações do âmbito global de um Estado e, por outro, a singularidade e autonomia dos sujeitos, o que não pode ser atribuído a responsabilidade de uma área de conhecimento e práticas. Qualquer teoria é redutora e incapaz de dar conta da totalidade dos fenômenos de saúde e do adoecer. Ao se tentar pensar a unidade do sujeito, o máximo que se consegue é expressá-la como 'integração bio-psico-social', que não deixa de se manifestar de forma fragmentada, mediante conceitos que não dialogam com facilidade entre si (CZERESNIA, 2003).

De um lado, o vital é mais complexo do que os conceitos que tentam explicá-lo; de outro, é através de conceitos que são viabilizadas as intervenções operativas. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, bem como à utilização o conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos. Promover saúde envolve escolha e isso não é da esfera do conhecimento verdadeiro, mas do valor. Vincula-se a processos que não se expressam por conceitos precisos e facilmente medidos. Esse diálogo não se estabelece sem lacunas e pontos obscuros. Um dos exemplos, nesse sentido, é a marcante vinculação dos projetos em promoção da saúde com o conhecimento elaborado mediante estudos epidemiológicos de risco (CZERESNIA, 2003).

Além de um conceito, de uma prática ou de um processo, a promoção da saúde pode também ser considerada como o único meio para as conquistas que só ocorrem na dimensão comunitária. Grupos de ajuda mútua, assistência psicológica por grupos religiosos, mutirões comunitários para ações de saneamento e vacinação, ações comunitárias de atenção aos idosos, incapacitados e crianças vulneráveis, grupos de apoio aos dependentes de drogas, são exemplos de como as soluções tem sido encontradas neste nível. A proposição de modelos com ênfase na promoção da saúde que se utilizem de técnicas com fundamentação científica pode traduzir-se em ações comunitárias efetivas nas transformações das condições de vida (SABROZA, 2001).

Dessa forma, fica clara a importância da promoção da saúde no contexto da APS, e no Brasil a questão vem ganhando força desde a XI Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000 (CNS, 2000, p. 173- 174), em que o relatório final reflete essa afirmação, uma vez que considera que as Políticas de IEC (Informação, Educação e Comunicação) devem:

[...] estar voltadas para a Promoção da Saúde, que abrange a prevenção de doenças, a educação para a saúde, a proteção da vida, a assistência curativa e a reabilitação sob responsabilidade das três esferas de governo, utilizando pedagogia crítica, que leve o usuário a ter conhecimento também de seus direitos; dar visibilidade à oferta de serviços e ações de saúde do SUS; motivar os cidadãos a exercer os seus direitos e cobrar as responsabilidades dos gestores públicos e dos prestadores de serviços de saúde.

A primeira década deste século foi marcada também pela publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde, que aprimora os conceitos em relação à ES. A promoção da saúde é vista como uma das estratégias de produção de saúde com potencial para contribuir com a construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso País, sendo aqui a dificuldade de acesso à educação, entre outros, um fator central para ampliar as formas de intervir nessa realidade (BRASIL, 2006).

Em 2008, o lançamento do Programa Mais Saúde previa destinar, até 2011, o montante de R\$2,2 bilhões para o Eixo Promoção da Saúde, buscando, através de 11 medidas e 32 metas, mobilizar a sociedade e o Estado em torno de um grande esforço articulado e intersetorial para uma ação convergente nos determinantes sociais da saúde e para a conscientização das pessoas para as práticas e os comportamentos saudáveis. O

mesmo Programa previa a questão da necessidade de trabalhadores em saúde para a realização das metas, e para isso propôs a ampliação e qualificação da força de trabalho no setor, através do acesso ao Telessaúde e da especialização dos profissionais de nível superior por meio da UNASUS, entre outras medidas, com uma previsão de investimento de R\$2,5 bilhões (BRASIL, 2008).

A evolução do conceito de saúde nos mostrou que a percepção da mesma surgiu relacionada à preocupação com a doença até ser considerada uma questão ampla e complexa, além de passar a ser vista como um conceito positivo. Como um reflexo disso, a promoção da saúde requer um ambiente que sustente escolhas saudáveis, direcionando suas ações para a busca do bem-estar, através da ES.

Com o que foi relatado até aqui, pode-se ver que o campo da promoção da saúde já fez progressos substanciais. Entretanto, os avanços ainda se mostram limitados pelos métodos de avaliação utilizados para averiguar a efetividade das ações de promoção da saúde.

Segundo Glasgow, Vogt e Boles (1999), há um potencial para acessar o impacto populacional dos programas executados, mas, com poucas exceções, as avaliações têm restringido o seu foco a uma ou duas de cinco dimensões de qualidade que são consideradas pertinentes para esse campo de estudo: abrangência, eficácia, adoção, implementação e manutenção. As duas primeiras dimensões ocorrem no nível individual; a terceira e a quarta no nível organizacional; e a última integra ambos os níveis, conforme exposto no Quadro 1, na página seguinte. Esse modelo é compatível com o pensamento social-ecológico, bem como com intervenções comunitárias e de saúde pública. Há uma grande necessidade de métodos de pesquisa que sejam desenvolvidos para avaliar a significância das intervenções em saúde pública, incluindo as ações de ES e de promoção da saúde.

Quadro 1. Dimensões de Avaliação. Adaptado de Glasgow, Vogt e Boles (1999. p. 1324)

Dimensão	Nível
Abrangência (proporção da população-alvo que participa da intervenção)	Individual
Eficácia (taxa de sucesso se implementado como em <i>guidelines</i> ; definido como a diferença entre desfechos positivos e negativos)	Individual
Adoção (proporção de locais, práticas e planos que adotarão a intervenção)	Organizacional
Implementação (extensão da intervenção)	Organizacional
Manutenção (tempo de duração do programa)	Individual e organizacional

A combinação dos componentes dessas dimensões é, provavelmente, a melhor representação de qualidade na opinião dos autores. Exemplos incluem hipertensão, rastreamento com mamografia e tabagismo. As limitações desse modelo incluem o desconhecimento da natureza da relação entre as cinco dimensões e como essas se combinam para determinar o impacto em saúde pública.

Como veremos mais adiante, a efetividade da promoção da saúde está relacionada com diversos aspectos condicionantes da ES.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

Nesse capítulo, vou aprofundar a questão da ES no contexto brasileiro e sua relação com a APS e a atuação médica nas práticas educativas em saúde.

Primeiro, veremos alguns aspectos da legislação que garantem a possibilidade da implantação e implementação de ações educativas em saúde para a efetivação da promoção da saúde.

Depois, veremos algumas experiências e relatos de práticas educativas pesquisados na literatura brasileira.

2.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

2.1.1 Fundamentação Legislativa

O modelo da história natural das doenças, proposto por Leavell e Clark (apud SABROZA, 2001, p. 21) em 1976 (Quadro 2), serviu de orientação tanto para os projetos de saúde pública como para a prática médica durante cinco décadas, tendo influenciado importantes eventos da área de promoção da saúde e ainda sendo amplamente utilizado. O processo saúde-doença foi considerado em sua dinamicidade, o que permitiu a identificação dos diferentes períodos na evolução de processos patogênicos e distintas oportunidades de intervenções médico-sanitárias. As oportunidades de intervenção passaram a ser analisadas tanto por sua eficácia, como pela relação custo-benefício, sendo reconhecidas as seguintes: promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e recuperação. Considerando as relações custo-benefício e as limitações da medicina preventiva em conceber e propor transformações estruturais nas sociedades, priorizaram-se as ações nos níveis de prevenção específica e o diagnóstico e tratamento precoces.

Nessa tabela vemos que a promoção da saúde está relacionada com estágios anteriores ao da doença, além da sua conexão com determinantes inespecíficos, o que possivelmente determina sua ampla abrangência e complexidade.

Quadro 2. Modelo adaptado da história natural de doenças, de Leavell e Clark

Período pré-patogênico		Período patogênico		
Determinantes inespecíficos	Indução específica	Pré-clínico	Clínico	
		Incapacidade Temporária		Incapacidade Permanente
Promoção da Saúde	Prevenção de Doenças	Diagnóstico Precoce	Tratamento	Recuperação

A partir daqui o recorte da discussão deste item começa com a promulgação da Constituição de 1988 no que se refere à Educação em Saúde (ES) e sua relação com as práticas de APS. A escolha deste ponto de partida deu-se por se tratar do período de redemocratização do país e da reorganização do modelo assistencial em saúde, ocasião em que a ES passou a integrar de forma mais ampla os discursos dos envolvidos no processo de mudança do paradigma da saúde.

Na década de 1980, o processo de redemocratização do país evidenciou que as modificações necessárias ao setor saúde transcendiam aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que dizia respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencido chamar a Reforma Sanitária. Nesse movimento, a saúde foi considerada como resultado das condições alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Assim, resultava das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986).

Essa nova perspectiva influenciou as proposições de mudanças do modelo assistencial em saúde na década seguinte, mediante implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), o que levou à necessidade de discussão sobre os referenciais teóricos e metodológicos mais adequados para a transformação da prática educativa. Tais referenciais deveriam propiciar a construção de um projeto educativo que respondesse às novas bases conceituais e aos objetivos da assistência. Dessa forma, as ações educativas necessitariam voltar-se para questões relacionadas ao fortalecimento da APS,

à ênfase na integralidade da assistência, ao enfoque familiar e comunitário e às ações intersetoriais, entre outros (CHIESA e VERÍSSIMO, 2001).

A inserção da educação em saúde no contexto da APS, através da ESF, também se configurou como uma estratégia de demanda, pois se pôde visualizar sua utilidade para responder ao elevado número de procura por atendimentos. Ainda assim, as práticas educativas sempre tiveram reconhecido seu potencial para articular saberes técnicos e populares e mobilizar recursos institucionais e comunitários para o enfrentamento dos problemas de saúde, além de resgatar elementos capazes de implementar a integralidade na assistência, melhorando também as relações entre profissionais e usuários dos serviços (MAFFACCIOLLI e LOPES, 2011).

As reflexões de Freire a respeito da educação e do diálogo são pertinentes no contexto das discussões sobre Educação em Saúde. Uma vez que do resultado desse processo são esperadas mudanças, o modelo dialógico de Freire propõe que a organização de qualquer ação deve seguir-se à reflexão do conjunto de aspirações do povo a partir de situações presentes e concretas, sempre pensando na ação educativa como uma transformação mútua, não verticalizada (FREIRE, 1977).

Uma vez que a educação é um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde, ela também é imprescindível para sua promoção. Além disso, a educação é um aspecto inerente ao processo de promoção da saúde, tanto no nível individual quanto coletivo, o que ratifica a sua importância como fator fundamental para o desenvolvimento da saúde enquanto bem-estar e qualidade de vida (BRASIL, 1988).

No que diz respeito à implantação da ESF como novo modelo de orientação da APS no país, o desenvolvimento de processos educativos para a saúde foi elencado como uma das atribuições dos profissionais integrantes desse nível do sistema, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos, tendo como base de atuação a participação em grupos comunitários, com o foco na estimulação e participação em reuniões de grupo, discutindo os temas relativos ao diagnóstico de situação de saúde local e às alternativas para a resolução dos problemas identificados como prioritários pelas comunidades. No que se refere às atribuições básicas do médico, este deve também oportunizar contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando abordar os aspectos preventivos e de educação sanitária (BRASIL, 1997).

Ainda considerando as atribuições dos profissionais de saúde na questão da ES, cabe ressaltar a criação do Programa Saúde na Escola (PSE), em 2007. Esse programa resultou do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e Educação de Jovens e Adultos (BRASIL, 2008b).

Um dos resultados dessa ação interministerial foi a publicação do Caderno de Atenção Básica Saúde na Escola. Esse documento considera a escola como um espaço de relações, um espaço privilegiado para o desenvolvimento crítico e político, contribuindo na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e interfere diretamente na produção social da saúde. Sendo assim, um dos objetivos da publicação era trazer os principais conceitos e práticas de Avaliação das Condições de Saúde das Crianças, Adolescentes e Jovens que estão na escola pública dentro de uma abordagem contemporânea de promoção da saúde escolar, com ênfase na discussão da efetividade das iniciativas promovidas pelas equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2009).

Para finalizar, podemos ver que a temática da ES já obteve avanços no que diz respeito ao reconhecimento de sua importância para a concretização de um novo e complexo projeto de saúde. Contudo, avanços ainda são necessários, e mesmo reconhecendo que o educador em saúde tenha contribuições em múltiplos níveis de mudança, é fundamental mover o campo da educação em saúde para mais adiante na direção de um amplo modelo de promoção da saúde, devendo o papel do educador em saúde surgir no contexto desse novo paradigma (MINKLER, 1989).

2.1.2 Práticas Educativas em Saúde – Avanços e Limites

As intervenções para promover saúde que vem sendo desenvolvidas nos últimos vinte anos no recente campo científico da ES têm sido frequentemente avaliadas pela sua efetividade. Algumas meta-análises realizadas para avaliar o efeito de estudos nesse meio mostraram resultados substanciais, demonstrando que a aplicação planejada e sistemática de teorias das Ciências Sociais no desenvolvimento das intervenções é um forte determinante de efetividade. Nesse contexto, a ES para a mudança de comportamento pode ser uma excelente ferramenta no alcance dos objetivos para a promoção da saúde. O foco desse processo deve estar direcionado para a aprendizagem

de experiências que levem a uma mudança voluntária do comportamento relacionada à saúde. Entretanto, o potencial da efetividade da ES poderia ser muito superior, uma vez que muitas intervenções não são planejadas sistematicamente e nem aplicam princípios relevantes de mudança.

Assim, conforme Kok, Borne e Mullen (1997), a efetividade da ES é promovida através:

- Do posicionamento claro e efetivo da ES no processo de promoção da saúde;
- Do planejamento sistemático, incluindo a análise de determinantes do comportamento, do desenvolvimento de intervenções baseadas nesses determinantes e da implementação da intervenção; e
- Do uso de princípios de aprendizagem na intervenção: relevância, individualização, retroalimentação, recompensas e facilitação.

No Brasil, a ES vem se desenvolvendo e ganhando força na área da Saúde desde a década de 1970 através da educação popular em saúde, conforme consta no artigo de Albuquerque e Stotz (2004).

Conforme Alves e Aerts (2011), tem sido proposto que se reveja o processo de trabalho em saúde, mobilizando redes sociais, envolvendo setores governamentais, não governamentais e sociedade para o enfrentamento da exclusão social e para a promoção da qualidade de vida e da cidadania. Isso requer, além do reconhecimento da realidade e da cultura local, uma sociedade civil organizada e participativa, relações horizontais e ações complementares entre os participantes.

Mesmo tendo sido questionadas nos últimos anos, as práticas educativas ainda seguem um modelo autoritário, e se por um lado os trabalhadores da saúde continuam a fazer prescrições sobre o comportamento mais adequado para ter saúde, por outro os usuários dos sistemas de saúde as acatam sem questionar ou relacionar esses conteúdos à sua realidade. Ainda hoje, vemos que as práticas educativas nos serviços de saúde obedecem a metodologias tradicionais. Embora o Ministério da Saúde preconize o uso da educação popular nos serviços de saúde, enfatizando a importância da atenção básica, o que se tem observado é que os trabalhadores da saúde têm grande dificuldade

em atuar com o conceito ampliado de saúde e acabam não conseguindo contribuir para a diminuição das iniquidades sociais. Para que as equipes de saúde possam usar a educação popular, estimulando o empoderamento da população e a sua autonomia para decidir sobre sua vida e sua saúde, é necessário que ela seja utilizada como norteadora das capacitações dos trabalhadores da saúde (ALVES E AERTS, 2011).

Pereira (2003), ao escrever um artigo de opinião a respeito das tendências pedagógicas na prática educativa na Saúde, concluiu que a prática educativa norteada pela pedagogia da problematização é mais adequada à prática educativa em saúde. Além de promover a valorização do saber do educando e de instrumentalizá-lo para a transformação de sua realidade e de si mesmo, possibilita a efetivação do direito das pessoas às informações de forma a estabelecer sua participação ativa nas ações de saúde, assim como para o desenvolvimento contínuo de habilidades e técnicas no trabalhador de saúde, fazendo que este exerça um trabalho criativo. Estas características e consequências convergem para uma sociedade mais democrática em prol do desenvolvimento das potencialidades dos indivíduos e da coletividade, estando em concordância com os princípios e diretrizes da Promoção da Saúde.

Ao se fazer um exame crítico abrangente da Educação em Saúde, durante as últimas décadas, detecta-se um desenvolvimento surpreendente e uma reorientação crescente das reflexões teóricas e metodológicas neste campo de estudo. Ressalta-se aí a contribuição dos estudos de Antropologia da Saúde e das Ciências Sociais contemporâneos. Observa-se, entretanto, que essas reflexões não vêm sendo traduzidas em intervenções educativas concretas, uma vez que as últimas não têm se desenvolvido no mesmo ritmo e continuam utilizando métodos e estratégias dos modelos teóricos da psicologia comportamental, acarretando, em decorrência, um profundo hiato entre a teoria e a prática (GAZZINELLI, GAZZINELLI, REIS e PENNA , 2005).

Por ser uma prática não instituída com regularidade nos serviços de saúde, o trabalho com grupos, por vezes, caracteriza-se por uma iniciativa ingênua, na qual os profissionais têm boa vontade para desempenhar a ação, mas não estão capacitados a fazê-la com suficiente rigor teórico e criticidade, caindo no paternalismo gerador de dependência, em que alguns colocam-se como foco da ação e, na ausência deste profissional, o trabalho não vai adiante. Portanto, trata-se de uma prática que, para ser realizada, exige profissionais competentes do ponto de vista de conhecimentos,

habilidades e atitudes, que se não exercitados deixam de ser incorporados uma vez que se trata de uma prática que capacita pelo desempenho: o aprender fazendo e o fazer aprendendo (SILVEIRA e RIBEIRO, 2005).

Durante o curso de Mestrado, em oficina realizada na cadeira de Pesquisa em Educação, realizei um recorte das produções nacionais sobre práticas em saúde realizadas nos últimos 12 anos na APS, uma vez que recortes mais breves apresentaram um volume pequeno de publicações. Para a pesquisa, utilizaram-se os portais da CAPES e do SCIELO, com as seguintes palavras-chave: grupo, grupo operativo, educação em saúde, práticas de saúde, sala de espera e terapia comunitária.

No contexto das atividades de sala de espera, existem relatos de algumas experiências relevantes, tanto por seus aspectos positivos quanto negativos.

Em um estudo realizado com grupos multidisciplinares realizados com pacientes diabéticos em sala de espera, apesar de não se dispor de dados sobre o impacto deste projeto sobre o perfil clínico-metabólico dos diabéticos participantes, pôde-se claramente perceber: maior motivação dos pacientes após cada reunião, participação mais ativa nas consultas médicas e um crescente interesse sobre a sua enfermidade e o seu cuidado (PONTE, FERNANDES, GURGEL, VERAS, QUIDUTE, MONTENEGRO, e CARVALHO, 2006).

Resultados positivos também foram encontrados em um estudo realizado no Rio Grande do Sul. Nesse contexto, estudou-se a questão da sala de espera como um ambiente para efetivar a ES. Ao longo do desenvolvimento do projeto, foram discutidos vários temas, os quais foram baseados em dados epidemiológicos do local, de promoção da saúde e da prevenção de doenças, além de temas que almejavam despertar nos usuários a necessidade de participação na efetivação do Sistema Único de Saúde. Para o desenvolvimento das ações, os autores referiram a utilização de uma linguagem simples, materiais didáticos como folders, cartazes e figuras ilustrativas motivadoras de discussão e vídeos, entre outros. Nas salas de espera constituídas, os usuários se mostraram participativos e interessados no tema proposto; houve troca de experiências e de informações e foram esclarecidas dúvidas (RODRIGUES, DALLANORA, ROSA, e GERMANI, 2009).

Em outra pesquisa realizada em sala de espera, em que foram entrevistadas seis informantes, escolhidas de maneira aleatória entre as clientes que participavam das sessões coletivas de dar informação, observou-se que os facilitadores não estimularam os participantes à realização de perguntas, bem como determinavam a direção do processo informativo, impedindo que as experiências dos participantes fossem verbalizadas e valorizadas (GOMES, ALBUQUERQUE, MOURA, e SILVA, 2006).

Em relação às experiências com grupos, algumas constatações são relatadas a seguir.

Em um trabalho realizado em um ambulatório clínico da UFMG, os pacientes diabéticos foram incluídos em um grupo operativo com uma proposta de abordagem lúdica. Para tal, foi implementada uma dinâmica de interação profissional-indivíduo, que teve por base o uso de jogos educativos em grupos operativos. As técnicas pedagógicas utilizadas para a sistematização da dinâmica foram: curso de orientação em diabetes melito, consulta individual, grupo operativo e uso de material educativo de comunicação e aprendizagem (jogo). Essas técnicas possibilitaram a construção do conhecimento pelos participantes e a troca de vivências entre os mesmos, além do entendimento da experiência individual da doença pelo profissional de saúde. Os resultados demonstraram benefícios e limitações, sendo que não houve uma avaliação dos resultados a longo prazo do autocuidado e controle dos pacientes (TORRES, HORTALE, SCHALL, 2003).

A realização de um projeto assistencial, visando implantar um grupo com enfoque na re-educação alimentar e na qualidade de vida no âmbito de um Programa de Saúde da Família de Porto Alegre, introduziu as práticas de grupo orientadas para a educação e a prevenção de danos à saúde, centradas no componente alimentar, através de dinâmicas de grupo. Ao final desse trabalho, constatou-se que, no meio grupal, é possível reconhecer como aspecto imprescindível um espaço de socialização que promove suporte emocional. Ainda se evidenciou o potencial efeito de estimular atitudes criativas em meio às dinâmicas e o favorecimento da introdução dos elementos da equipe institucional nas especificidades do cotidiano vivencial dos pacientes. As autoras concluíram que a proposta possibilitou a recriação de posicionamentos ambivalentes no sentido da aproximação relacional entre terapeutas e pacientes e o

resgate da empatia no sentido de reestruturar as ações de prevenção em saúde (MAFFACCIOLLI e LOPES, 2005).

Torres, Franco, Stradioto, Hortale e Schall (2009), ao estudarem a questão educativa com um grupo de 104 pacientes com diabetes melito tipo 2 (DM 2), propuseram intervenções nos níveis individual e coletivo. Os resultados da educação nos dois níveis foram semelhantes no teste de atitudes, na mudança de comportamento e na qualidade de vida, e no estudo observou-se um melhor controle clínico do aspecto metabólico da doença nos dois grupos, entretanto apenas no nível coletivo a diferença apresentou significância estatística.

Outro estudo com usuários diabéticos observou aspectos positivos das ações de grupos operativos. Durante a análise, ficou evidente que as ações de saúde implementadas estimularam os usuários a refletirem sobre seu estilo de vida cotidiano, caracterizando-se como um instrumento de educação em saúde sob uma perspectiva de promoção, prevenção e controle. As autoras inferiram ainda que, através da educação em saúde, o usuário pôde obter o conhecimento necessário para o controle glicêmico, cuidado das complicações agudas, tratamento medicamentoso, prevenção de complicações crônicas e terapia nutricional (MAIA, TORRES, SANTOS, CHAVES, PEREIRA e CHAVES, 2013).

Lima (2011) trouxe colaborações para a discussão da questão dos grupos de ES na interface entre saúde mental e APS, ressaltando que esses espaços têm potencial para: prover suporte emocional e real para os indivíduos; reduzir o risco de isolamento; estimular a troca de experiências; oferecer oportunidades para o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais; e ser base para o processo de conscientização e de subjetivação. Dessa forma, os grupos são vistos a partir de suas funções de apoio e rede social.

O estudo realizado por Torres, Silva, Torres, Firmo e Chaves (2013) com idosos procurou conhecer a opinião dos mesmos acerca dos efeitos da prática da caminhada em grupo. Com o resultado foi possível entender que eles a percebem como forma de dinamizar positivamente o seu envelhecer, pois reconhecem e relatam os efeitos benéficos no controle das doenças comuns na idade avançada, na consolidação do bem-estar físico, mental e social, inferindo-se que essa prática representa suporte para as necessidades físicas, mentais e sociais dos pesquisados.

Por outro lado, existem também evidências das limitações existentes no campo dessas práticas educativas. Uma pesquisa que estudou a experiência de grupos demonstrou que é frequente a realização dessas atividades como atendimentos coletivos de demandas individuais da população e das equipes de saúde. Atualmente, no contexto da APS, constata-se que as atividades de grupo e ações de saúde, geralmente organizadas de acordo com demandas programáticas, são cada vez mais frequentes. Assim, as modalidades se diversificam para atender usuários hipertensos, diabéticos, mulheres, gestantes, idosos, entre outros, no sentido de atuar na complementaridade terapêutica. É fato a escassez de elementos indicativos para se conhecer o cenário em que essas atividades se apresentam, tampouco as condições em que se desenvolvem e quanto a sua efetividade (MAFFACCIOLLI, 2006).

Em um estudo (SILVA, 2008) com oito unidades de Saúde da Família de um município que realizavam periódica ou esporadicamente reuniões com hipertensos, ficou demonstrado que os profissionais de saúde se referiam à prática educativa em termos que denotavam transferência de conhecimentos e práticas visando tão-somente a alterar estilos de vida de maneira descontextualizada. Ademais, a promoção da saúde era confundida com prevenção de riscos, enquanto considerações a respeito dos determinantes sociais da saúde dos grupos atendidos geralmente não estavam presentes nas falas dos entrevistados.

O trabalho de Brant (2008) com um grupo de mulheres demonstrou alguns limites e possibilidades quanto ao futuro das práticas educativas em saúde. No campo da avaliação, uma das precariedades encontrada na prática estudada foi a ausência de um sistema de avaliação. Isso era decorrente da própria forma que estava estruturado o trabalho, não havendo nenhum tipo de cobrança institucional quanto ao registro das atividades desenvolvidas e aos resultados alcançados. Com relação à continuidade do grupo, é possível afirmar que um dos motivos que levaram à sua desestruturação foi a não institucionalização da prática e a consequente escassez de recursos para o financiamento, a longo prazo, das ações desenvolvidas por sua coordenadora.

Em Belo Horizonte, um estudo realizado em vinte UBS com o levantamento de 113 práticas educativas propôs-se a mapear e a analisar tais práticas. Destas, 33% foram classificadas como sendo de promoção da saúde (PS). Em 60% das UBS, nunca houve treinamento, destinado aos profissionais de saúde, para o desenvolvimento de atividades

em grupo. Os profissionais que mais desenvolveram práticas educativas foram enfermeiros (32,7%) e médicos (18,4%). Os temas mais abordados nessas práticas se referiram à área da saúde da mulher, seguidos dos de promoção da saúde, hipertensão, diabetes e saúde bucal. A multicausalidade do processo saúde-doença e a participação social foram os princípios norteadores das ações de PS mais desenvolvidos nas práticas, enquanto a intersetorialidade e a sustentabilidade foram os menos desenvolvidos.

Uma parcela significativa (88%) das práticas incentivou, nos sujeitos, o desenvolvimento do autocuidado; em compensação, apenas 21% das práticas abordaram a autonomia. Um número pouco expressivo (32%) das práticas de PS foi fundamentado nos modelos dialógicos de ensino. As práticas de atividades corporais, assim como as que utilizaram diferentes estratégias de ensino (teatro, trabalhos manuais, música) compuseram uma parte representativa das práticas pesquisadas. Frente a esse quadro, a autora concluiu haver um grande número de práticas de PS assistencialistas e/ou preventivistas em detrimento das promocionistas, sendo que a maior parte das práticas educativas não estava verdadeiramente comprometida com a nova promoção da saúde, tanto no que se refere à amplitude de seu conceito, quanto à frequência com que ocorre. Além disso, a autora inferiu a existência de movimentos de ruptura e continuidade em relação aos modelos de educação hegemônicos na atenção básica, bem como práticas pautadas no modelo biomédico e outras que anunciaram mudanças do ponto de vista da promoção da autonomia e da utilização de diferentes estratégias de ensino (CARNEIRO, 2010).

As dificuldades encontradas na prática de grupos ocorrem com diversos profissionais da área da saúde. Num estudo envolvendo psicólogos da rede pública de saúde, a análise realizada concorda com o apresentado na literatura quanto às dificuldades e desafios presentes nas práticas grupais no contexto de saúde pública, no que se refere à permanência da clínica tradicional, às falhas presentes na formação inicial e aos conflitos de pensar o grupo para além da demanda e tomá-lo criticamente como ferramenta na prática em saúde. Os repertórios interpretativos identificados, em sua maioria, permitem legitimar a prática grupal de diferentes maneiras, seja porque ela pode produzir, de forma coletiva, efeitos benéficos aos seus participantes, seja porque responde às necessidades de atendimento do serviço, seja ainda por se constituir como uma alternativa complementar do tratamento (RASERA e ROCHA, 2010).

Em um novo estudo realizado em 2011, Maffaccioli e Lopes demonstraram que, em relação a objetivos ou populações-alvo, pôde-se constatar que atividades de grupo, no âmbito das unidades básicas de saúde de Porto Alegre, tinham uma clara menção às práticas programáticas oficiais. As mesmas eram instituídas pelos níveis centrais de gestão a fim de organizar o atendimento à população, condicionadas pela situação de risco presente em determinadas frações populacionais (gestantes, crianças) ou, especificamente, a determinadas condições patológicas (tuberculose, asma, hipertensão, diabetes). Essas autoras ainda ressaltaram que os grupos eram considerados atividades secundárias, proporcionalmente sem importância diante das ações individuais ou burocráticas dos serviços. A lógica que se desenhava era a de um sistema atrelado às ações curativas, à atenção individualizada e fragmentada aos usuários e ao enfoque direcionado para a doença.

A forma como as atividades educativas acontecem também se mostrou predominantemente ligada ao modelo tradicional de educação em saúde em outra pesquisa. Ao se observar o andamento das atividades nos encontros de um grupo de pessoas com hipertensão, o autor percebeu que o processo educativo ainda era bastante centrado na transferência e acúmulo de informações. Algumas tentativas de evolução da prática educativa, tendo em vista que a teoria se encontra em nível mais avançado de discussão, foram encontradas nos grupos participantes desta pesquisa, como é o caso do crescente estímulo à participação do usuário no processo educativo por meio da valorização e reconhecimento da relevância de seu conhecimento, com a inclusão dos mesmos no planejamento de algumas atividades desenvolvidas nos grupos juntamente com a equipe de saúde, além do incentivo ao protagonismo dos usuários no controle social por meio de sua atuação em espaços como o conselho local de saúde.

Também foi possível averiguar que as atividades de educação em saúde eram enfatizadas e, ainda, que havia uma coexistência de atividades informativas, ligadas ao modelo tradicional de educação em saúde no qual predomina a comunicação em massa realizada geralmente por meio de palestras, com atividades mais voltadas a diálogo entre os participantes, característica do modelo dialógico defendido por Freire. Além da abordagem de temas relacionados a doenças, tratamentos e autocuidado, o relato da abordagem de aspectos como fé, religiosidade e autoestima revelou uma visão ampliada acerca da ideia de saúde presente nos encontros dos grupos.

Por outro lado, ficou clara a dificuldade de se realizar atividades por meio de grupos de educação em saúde em virtude da grande demanda atendida pelo serviço de saúde. O aumento do vínculo entre o usuário e o serviço de saúde gerado pelas atividades realizadas nos grupos foi outro ponto ressaltado também por esse autor (FELIPE, 2011).

Além das atividades de sala de espera e grupo operativo, a Terapia Comunitária (TC) surge como uma modalidade para intervenção em comunidades, por meio de encontros interpessoais e intercomunitários. Tem o objetivo de promover saúde com a construção de vínculos solidários, valorização das experiências de vida dos participantes, resgate da identidade, restauração da autoestima e da confiança em si, ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir das competências locais. É uma ação que se propõe a englobar agentes comunitários de saúde, profissionais da ESF, assistentes sociais, psicólogos, médicos, dentistas, enfermeiros, fisioterapeutas, sociólogos, agentes pastorais, advogados, educadores e outros atores da comunidade.

A Terapia Comunitária centra ação na reflexão do sofrimento causado pelas situações estressantes. Através da TC, procura-se prevenir e promover a saúde em espaços coletivos, e não combater a patologia individualmente. A partilha de experiências mostra as possíveis estratégias de superação dos sofrimentos do cotidiano e permite à comunidade encontrar, nela mesma, soluções para seus problemas, os quais pessoa, família e serviços públicos não foram capazes de encontrar isoladamente.

A terapia comunitária sistêmica integrativa foi desenvolvida pelo Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC). Desde sua sistematização, em 1987, cerca de 13.600 terapeutas comunitários já se encontram capacitados pelos 36 Pólos de Formação, em todas as Unidades da Federação. Desde agosto de 2008, o Projeto de Implantação da Terapia Comunitária na rede e SUS e na ESF vem sendo desenvolvido em quinze estados do país. A Terapia Comunitária apresenta-se como uma das estratégias de promoção da saúde que valoriza o saber popular, cria outras oportunidades de expressão do sofrimento emocional e amplia a proposta de atuação do serviço para as rodas de acolhimento comunitário (BRASIL, 2008a).

Um estudo que objetivou conhecer as repercussões da TC no cotidiano das pessoas identificou que os motivos que levaram os colaboradores a participar do grupo foram: o convite feito pela equipe de saúde da família e a necessidade das pessoas em verbalizar as angústias e sofrimentos do cotidiano. As mudanças ocorridas no cotidiano dos colaboradores relacionaram-se a uma maior compreensão de si e do outro e à capacidade de transformação pessoal e social, bem como no fortalecimento dos vínculos: familiar, de amizade e espiritual. As autoras concluíram que os encontros de TC possibilitaram a construção dos vínculos de lazer, social e comunitário, o que ficou evidenciado pela conformação da rede de apoio social, a partir da mobilização dos participantes em busca de uma melhor qualidade de vida para si e para a comunidade (GUIMARÃES e FERREIRA FILHA, 2006).

Algumas dessas práticas serão comentadas no momento da análise dos comentários das entrevistas.

2.2 EDUCAÇÃO, SAÚDE E COMPORTAMENTO HUMANO

Ao terminarmos de elencar algumas dessas práticas educativas em saúde, parece relevante analisarmos algumas relações existentes entre Educação, Saúde e comportamento humano.

De uma maneira geral, as principais causas de morte e sequelas no mundo devem-se a doenças crônicas. Fatores comportamentais, incluindo o tabagismo e alcoolismo, sedentarismo e hábitos alimentares, além de hábitos sexuais e causas externas influenciam de maneira determinante os índices de morbidade e mortalidade. A inclusão das Ciências Sociais nas pesquisas ao longo século passado permitiu compreender melhor a relação entre o comportamento humano e o processo de saúde e de adoecimento. Dessa forma, as pesquisas em comportamento em saúde e Educação em Saúde cresceram rapidamente durante as duas últimas décadas, fazendo com que a ES e a promoção da saúde sejam cada vez mais reconhecidas como caminhos para atingir os objetivos de saúde pública e melhorar o desempenho da mesma e das intervenções em saúde ao redor do mundo. Já tendo sido relacionadas a estratégias manipuladoras e que reduziam a liberdade de escolhas dos indivíduos, as técnicas comportamentais hoje focam suas ações para a redução de obstáculos às mudanças e a promoção da decisão informada (GLANZ, RIMER e VISWANATH, 2008).

Para Oliveira (2003), a intervenção no campo da educação e da saúde deve ter como ponto de partida o estabelecimento de uma rede social de apoio, uma rede de convivência em que a razão e a emoção, técnica científica e técnica da vida, conflito e solidariedade, caminhem lado a lado. Ele argumenta que o potencial transformador da relação entre investigação científica e grupos populares não se encontra no fato de se produzirem novas informações, mas principalmente no fato de permitir uma maior articulação de recursos materiais e emocionais que proporcionam o uso das informações que circulam informalmente. Portanto, o acúmulo de informações é mais uma de suas consequências.

Quando os sujeitos, mesmo informados, não se sentem apoiados, procuram outros espaços onde estão colocadas outras oportunidades de apoio e invenção. Tradicionalmente, tem-se uma visão na sociedade que imputa à transferência de informação um papel mágico no processo de construção do conhecimento. As repercussões nesse campo levam a uma predominância das ações de controle e vigilância em saúde que têm como base a prescrição de comportamentos adequados para se ter saúde. Essas prescrições vão desde o aconselhamento de ações individuais - como cuidados com a higiene pessoal, não fumar, praticar esportes - até aquelas voltadas para a organização social - como se mobilizar, se organizar, participar ativamente. Vive-se o mito do conhecimento construído pela transmissão linear de informação.

Na literatura pesquisada, estão descritos os seguintes modelos de comportamento em saúde: individual, interpessoal, comunitário ou de grupo e múltiplos níveis de intervenção. Atualmente, considera-se que combinações entre as diferentes teorias seja a forma mais adequada para as intervenções que visem mudanças no comportamento em saúde.

Segundo Simons-Morton (2012), o contexto ecológico é o que melhor permite o entendimento do processo de saúde. Dessa forma, a promoção da saúde envolve aspectos que fomentem ambientes favoráveis e comportamentos saudáveis. Assim, os programas de promoção da saúde efetivos atuam tipicamente em múltiplos níveis, focando não somente a população sob risco, mas também as condições do ambiente que contribuem de maneira importante para a saúde. O comportamento em saúde é transversal a todos os níveis da sociedade, e para atingir as metas de promoção da saúde

em cada um desses níveis, é necessária a mudança no comportamento daqueles que controlam ou influenciam os desfechos em saúde em questão.

A premissa central dos defensores de modelos mais abrangentes na abordagem de ES é que resultados positivos requerem tanto o conhecimento dos múltiplos determinantes da saúde (considerados aqui em diferentes níveis) quanto um amplo repertório de estratégias de mudança de comportamento, que contemple os níveis individual, interpessoal, comunitário e ecológico (KEGLER e GLANZ, 2008).

No que concerne ao modelo ecológico de comportamento em saúde, a influência do ambiente o distingue de modelos e teorias comportamentais que dão ênfase a características e habilidades individuais (além da influência do ambiente social proximal como família e amigos), mas que desconsideram o papel da comunidade, das organizações e das políticas públicas. Isso porque se pressupõe que os comportamentos saudáveis sejam potencializados quando o ambiente e as políticas públicas reforçam essas atitudes, bem como quando os indivíduos estejam motivados e educados para fazerem escolhas adequadas.

No entanto, ainda é comum a existência de programas e ações em saúde que procuram educar e informar as pessoas para as escolhas saudáveis em ambientes que não apoiam tais escolhas, o que acaba por produzir efeitos mínimos e não-duradouros. A perspectiva ecológica de mudança de comportamento baseia-se nos princípios seguintes: fatores de múltiplos níveis influenciam no comportamento em saúde; as variáveis de cada nível interagem entre si; as intervenções que atuam em vários níveis podem ser mais efetivas; e os modelos ecológicos são potencializados quando direcionados a um comportamento específico. Mesmo parecendo promissor no que se propõe, esse modelo apresenta alguns limites. Atualmente, a falta de informações sobre como níveis de influência mais amplos operam e a maneira como as variáveis interagem entre os níveis são aspectos que requerem mais estudos (SALLIS, OWEN e FISHER, 2008).

Alguns comentários a cerca da utilização do modelo ecológico serão feitos nas considerações finais.

2.3 FORMAÇÃO MÉDICA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Nesse item será discutido a ES na formação médica, abordando o contexto da graduação em Medicina, da residência em Medicina de Família e Comunidade e da Educação Permanente.

2.3.1 Graduação

Geoffrey Rose, ao escrever seu artigo intitulado O Médico Como Educador Sanitário, em 1959, trouxe considerações importantes para a discussão a cerca da formação médica no que diz respeito à ES. Entre essas considerações, duas merecem destaque no contexto que está sendo aqui discutido: a necessidade de efetuar investigações sobre a melhor maneira de levar a cabo a educação sanitária durante o exercício da profissão médica e a necessidade de ensinar aos médicos, e especialmente aos estudantes de Medicina, como se aprende e as repercussões que nesse processo têm os aspectos sociais e culturais, entre outros (ROSE, 1959).

Ainda na década de 1950, ao analisar-se a emergência de um projeto preventivista latino-americano, o que já se diagnosticava era a crise tanto da teoria quanto da prática médicas. No entanto, as reformas que passaram a ser defendidas a partir de então pareciam ainda vinculadas mais a um projeto pedagógico do que a uma reforma direta das práticas médicas. O reflexo disso pôde-se observar na inclusão de disciplinas e temas associados à epidemiologia, ciências da conduta, administração de serviços de saúde, bioestatística, entre outros, na grade curricular dos cursos de Medicina. Mesmo podendo ser considerada uma crítica à biologização do ensino (vigente desde o Relatório Flexner, de 1910), essas reformas realizadas na teoria não corresponderam a uma integração no processo global da escola médica, mantendo a interação com a comunidade baseada em esquemas artificiais e desvinculada dos serviços de atenção primária. Enfaticamente, expunha que "as ambiciosas metas de obter a transformação das práticas de saúde, em especial da atenção médica, mediante a formação de um profissional capacitado para realizar essas mudanças, não haviam se concretizado [...]" (OPAS, 1976, apud NUNES, 1994).

Seguindo a reflexão a respeito da influência do Relatório Flexner na formação e prática médicas, Lampert (2001) considerou que o mesmo resultou em um modelo que marcou definitivamente as estruturas curriculares dos cursos médicos, no Ocidente, no

século XX, caracterizando-se pela ênfase nos conhecimentos especializados, incentivo à aprendizagem da prática médica nos hospitais de ensino e impulso às pesquisas. Na escola médica, o conhecimento das especialidades se localizou na divisão das disciplinas, agrupadas em básicas e profissionalizantes, fragmentando a unidade do conhecimento médico, ainda no curso de graduação.

A influência da fragmentação do conhecimento pode ser observada na opção precoce pela especialização por parte dos alunos. Considerando que esses constroem uma representação nas relações sociais com seus pares, com os instrutores e com os outros profissionais de saúde com quem interagem, os modelos de atuação médica vão sendo assimilados ao longo do processo de formação. Neste currículo oculto, o aluno de medicina mostra uma evolução de uma representação idealista da profissão médica, intrinsecamente humanista, para uma representação tecnicista-cientificista, voltada para uma atuação profissional especializada (ARCOVERDE, 2004).

As inúmeras críticas à formação e prática médicas ocorridas no século passado foram paulatinamente gerando mudanças nas diretrizes curriculares do Curso de Medicina. As modificações ocorreram no sentido de propiciar a formação de um profissional com perfil humanístico e crítico, contemplando também o aspecto da ES das atribuições do egresso. Na publicação das DCN para o Curso de Medicina, em 2001, tal questão fica evidente no artigo 5º, item IV: o profissional deve ser dotado de conhecimentos para o desenvolvimento de competências e habilidades para informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação (BRASIL, 2001a).

A publicação de Campos, Ferreira, Feuerwerker, Sena, Campos, Cordeiro e Cordoni Jr (2001), contemporânea à das DCN, ressalta as dificuldades para a efetivação das propostas. Os autores consideraram que, apesar de a Constituição Federal de 1988 já indicar que o SUS deveria cumprir o papel de “ordenar” o processo de formação profissional na área da saúde, isso não vinha se traduzindo numa prática institucional. Os instrumentos de poder de que dispõe o sistema de saúde para orientar o processo de formação e a distribuição dos recursos humanos no país até o momento não haviam sido utilizados. A desarticulação entre as definições políticas dos ministérios da Saúde e da Educação vinham contribuindo para acentuar o distanciamento entre a formação dos

profissionais e as necessidades do SUS. Embora o SUS constitua um significativo mercado de trabalho para os profissionais de saúde, tanto nos serviços públicos quanto nos contratados, este fato não vinha sendo suficiente para produzir impacto sobre o ensino de graduação na área de saúde.

A inserção parcial dos hospitais universitários na rede do SUS reforçava esse distanciamento, agravando as distorções. Todos os esforços prévios de integração do processo de ensino-aprendizagem à rede de serviços tiveram baixa sustentabilidade, pois dependiam de uma adesão ideológica de docentes e estudantes, e, mesmo estando institucionalizados, mostravam-se vulneráveis às conjunturas políticas locais. Os mesmos autores ainda destacaram a necessidade de assumir que não se pode ficar à mercê da transformação espontânea das instituições acadêmicas na direção assinalada pelo SUS.

Apesar de a formação médica ser influenciada por fatores diversos e complexos, muitas publicações focam sua análise para a questão docente, pela sua influência direta e fundamental na formação. Na literatura consultada, nenhuma experiência relatou o estudo da formação dos docentes em Medicina especificamente para a questão da ES. A relevância dos estudos discutidos a seguir refere-se à necessidade de considerar a atuação docente como peça central no desenvolvimento do perfil do egresso em todos os seus aspectos, incluindo a ES.

É o caso de Perim, Abdalla, Silva, Lampert, Stella e Costa (2009), que realizaram uma investigação do corpo docente e sua relação com a formação médica. Analisando-se os resultados do eixo Desenvolvimento Docente no contexto das tendências de mudanças nas escolas médicas, o grupo percebeu que a maioria dos professores se mostra com características tradicionais, divergindo das tendências observadas nos demais eixos. Tem-se clara na literatura a influência dos aspectos analisados neste eixo no processo de mudanças das escolas, que mostram o impacto das deficiências do desenvolvimento docente nos demais eixos. Para as 28 escolas estudadas, o eixo Desenvolvimento Docente era o que se encontra mais distante do preconizado pelas DCN. Ficou evidenciado, assim, que o investimento na capacitação docente, desde a formação didático-pedagógica, a atualização científica até a capacidade gerencial, é fundamental para dar suporte às mudanças implantadas pelas escolas e para garantir a interação entre ensino, serviços e comunidade na formação do médico nessa

nova perspectiva. Analisando-se as escolas de modo geral e identificando-se as que mais avançaram nas mudanças em todos os eixos, verificou-se uma postura diferenciada em relação ao desenvolvimento docente. Este se deu onde se encontram as seguintes características:

- Relações democráticas entre serviços, universidade e comunidade;
- A realidade como eixo articulador do ensino, da pesquisa e da prestação de serviços;
- Desenvolvimento de competências específicas para o docente atuar nos vários cenários onde se dá o processo de ensino-aprendizagem;
- Participação de docentes no planejamento e avaliação do sistema de saúde.

Também em pesquisa recente para a investigação da formação docente, Costa (2013) concluiu que a maioria dos professores não teve formação em docência no início da carreira e trabalhava principalmente com aulas expositivas. A formação docente deu-se por meio de disciplinas pedagógicas isoladas cursadas em programas de pós-graduação. As mudanças mais significativas na prática docente eram decorrentes da experiência e da maturidade adquirida com o exercício docente.

Canuto e Batista (2009) ratificam tal informação ao terem estudado as concepções de professores médicos que ingressaram nas últimas cinco décadas na Universidade Federal de Alagoas sobre o ensino, a aprendizagem e os processos de formação docente em Medicina. Os mesmos realizaram uma pesquisa com 21 docentes que atuam ou atuaram no curso de Medicina dessa Universidade nas décadas de 1950 a 1990. As trajetórias de formação mostraram-se influenciadas pelo autodidatismo, e a falta de sistematização de uma formação didático-pedagógica foi indicada pelos professores como uma lacuna em seus itinerários na docência médica.

Contribuindo para a discussão da formação médica no período da graduação, Faria, Nunes, Anastasiou, Sakai e Silva (2008) consideram o corpo docente como parte essencial do processo de implantação, sustentação e consolidação de mudanças curriculares, constituindo-se como agente central de transformação da realidade educacional. Os autores relatam a experiência de um GT para professores-tutores, com resultados animadores no enfrentamento de angústias e mitos relacionados ao processo

de ensino. Os mesmos acharam também necessária a criação de mecanismos de educação permanente de habilidades de tutoria. Apesar do caráter positivo dessa ação, não há relato da dimensão do tema da ES nesse contexto.

Em relação a relatos de experiências de graduandos com ações de ES, alguns estudos foram encontrados.

O Curso de Graduação em Medicina da Unicamp oferece aos seus alunos de internato atividades de Educação em Saúde e reflexão sobre o papel do médico, que são inseridas no momento em que os futuros médicos estão estagiando em Centros de Saúde da Rede Básica. Trata-se de criar um espaço de reflexão para os alunos perceberem a relevância da dimensão educativa no interior do serviço de saúde e, simultaneamente, tornarem-se mais sensíveis para olhar o papel profissional de médico que se inicia (L'ABBATE, 2004).

A articulação das práticas de formação médica e da promoção da saúde de comunidades é uma proposta bastante promissora, especialmente se realizada num cenário tão propício quanto a APS. Nesse sentido, outra experiência corrobora com os achados relatados acima. O envolvimento dos alunos com os usuários durante as aulas práticas do Programa Curricular Saúde e Sociedade de uma dada Instituição de Ensino Superior despertou o respeito às diferenças e a solidificação de valores, além do estabelecimento de vínculos. Essas atividades estimularam a participação e a reflexão dos alunos que se envolveram no cotidiano do cuidar em saúde. Dessa forma, foi possível promover uma interação entre a formação médica, a comunidade e o cuidado, possibilitando a construção da identidade do profissional em formação, onde o lado técnico sofreu interferência de uma sabedoria prática. Para o autor, os estudantes evidenciaram que as atividades práticas desenvolvidas por eles foram capazes de acolher, criar vínculos intersubjetivos e promover uma escuta dos sujeitos, atingindo a dimensão do cuidado numa perspectiva de a promoção da saúde (VILARDO, 2011).

2.3.2 Residência Médica

Uma vez considerado que a ES deva ser atribuição do egresso do Curso de Medicina, e não de uma dada especialidade, seria natural esperar que mesmo na Pós-Graduação (PG) ela seria trabalhada de forma abrangente. Entretanto, como o contexto deste trabalho é a APS, em termos de PG abordar-se-á apenas a MFC.

Para fins de contextualização, traça-se aqui um breve relato sobre o desenvolvimento dessa especialidade. Em resposta aos resultados do Relatório Flexner na formação e crescente especialização na área médica, em âmbito mundial, surgiram dois movimentos em reação à onda de especializações excessivas. Primeiro, nos anos 60, no Canadá e nos Estados Unidos, surgiu a ação organizada no sentido da formação do médico de família, emergindo em decorrência uma nova especialidade, tão numerosos foram os programas de Residência em Medicina Familiar oferecidos. O segundo movimento se caracterizou pela reivindicação por justiça social, acentuando o caráter prioritário dos cuidados básicos de saúde como meio de melhorar o atendimento às populações carentes, que culminou na conferência internacional realizada em Alma-Ata, em 1978, de que resultou a declaração Saúde para Todos no Ano 2000 (LAMPERT, 2000).

No Brasil, o encadeamento da VIII Conferência Nacional de Saúde com o movimento da Reforma Sanitária (1986), seguido da política constitucional do Sistema Único de Saúde, e da saúde como direito de todos e dever do Estado (1988), e, na sequência, o Programa Saúde da Família do Ministério da Saúde (PSF/MS) (1992) com o propósito de implantar 20.000 equipes nos três anos seguintes, bem como a avaliação e propostas de transformações do ensino médico compõem um quadro evolutivo que cria condições favoráveis aos enunciados das políticas de saúde e educação médica. O ponto crítico para a implantação do PSF, que efetivamente surge, por iniciativa governamental, abrindo mercado para o médico geral, a curto prazo, é a formação de recursos humanos adequados às ações previstas nesta abordagem.

Gentile (apud LAMPERT, 2000) cita o Plano Salte (de 1948), que analisou a desigualdade da distribuição geográfica dos profissionais da medicina, constatando uma relação clara entre a distribuição dos médicos e fatores de natureza socioeconômica. Analisando o modelo assistencial na formação do médico generalista e a medicina previdenciária, esse autor concluiu que: 1) a formação do médico generalista é condição necessária, mas não suficiente, para alterar a estrutura da produção dos serviços de saúde; 2) a formação do profissional da medicina depende, em grande medida, das pressões originárias do mercado de trabalho médico; 3) a política de privilegiar o trabalho dos especialistas (ofertas de emprego) desfavorece a formação do médico generalista.

O Programa Nacional de Residência Médica na área de Medicina de Família e Comunidade surgiu em 1976, no Rio Grande do Sul, Pernambuco e Rio de Janeiro. O mesmo tem como objetivo formar um especialista cuja característica básica é atuar, prioritariamente, em Atenção Primária à Saúde, a partir de uma abordagem biopsicossocial do processo de saúde e de adoecimento, integrando ações de promoção, proteção, recuperação e de educação em saúde no nível individual e coletivo. Entre as atividades de treinamento em serviço, 10% (no mínimo) devem ocorrer na comunidade: domicílios, escolas, locais de trabalho e lazer. As atividades a que se referem os itens acima incluem os cuidados médico individuais, familiares e comunitários, com a implementação ações de promoção e proteção à saúde da criança, da mulher, do adolescente, do adulto, do trabalhador e do idoso, além do conhecimento e da utilização de técnicas de dinâmica de grupo, bem como o conhecimento e promoção de ações de educação em saúde (BRASIL, 2006).

Sampaio, ao estudar os dois modelos de Residência em MFC mais antigos do país (RS e RJ), demonstrou que ambos apresentam grandes virtudes e muitas questões para serem aprimoradas. O autor destacou que ambos os programas caminham juntos na construção de serviços de APS no país e são influenciados diretamente pelas realidades locais e políticas nacionais. Esta descrição dos programas contempla genericamente alguns objetivos, como a formação de médicos para trabalhar em serviços de atenção primária brasileiros. Porém, em ambos os programas, requer nossa atenção a ausência de objetivos específicos de aprendizagem durante esse período de formação, como aquisição de determinadas habilidades e competências (SAMPAIO, 2014).

Em relação à ES na pós-graduação, especificamente, L'Abbate (2004) apresenta a experiência do curso de Educação em Saúde, existente desde 1991, como disciplina optativa do Curso de Especialização de Saúde Pública, ou isoladamente como curso da Escola de Extensão da Unicamp. Neste caso, o público-alvo é composto de profissionais de nível universitário, com diferentes formações, interessados numa capacitação específica e aprofundada de nível teórico e prático. Até hoje, foram ministrados quatro cursos, perfazendo um total de cem alunos. Ao final da disciplina, os alunos, individualmente ou em grupo, elaboram projetos de análise de atividades educativas já existentes nos locais de trabalho, ou projetos de intervenção, tanto em relação a grupos de usuários, como de profissionais. Alguns desses projetos têm sido realizados nas instituições onde os profissionais trabalham.

2.3.3 Educação permanente ou continuada

Considerando que as práticas de saúde são transformadas a partir dos seus integrantes, qualquer alteração no eixo dessas práticas passa, necessariamente, por mudanças no *modus operandi* dos profissionais de saúde. Assim, os projetos de Educação Permanente em Serviço (EPS) que delimitam os processos educacionais, no âmbito dos profissionais de saúde, podem ser colocados no centro da redefinição das práticas para efetuarem mudanças significativas no processo de saúde da população. O termo educação permanente em saúde, difundido pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), a partir dos anos de 1980, teria como referência uma estratégia de reestruturação e desenvolvimento dos serviços, a partir de uma análise dos determinantes sociais e econômicos, baseada na transformação de valores e conceitos dos profissionais, visto que propõe transformá-los em sujeitos, colocando-os no centro dos processos de ensino e de aprendizagem (PINTO, ARAÚJO, MATUMOTO, CAPOZZOLO, CARDOSO e MISHIMA, 2010).

A questão da continuidade da formação está prevista mesmo nas DCN, uma vez que é relatado que os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento e os estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre ambos, inclusive estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais (BRASIL, 2001a).

Em 2014, esse aspecto é ratificado com a publicação mais recente das DCN. A Seção III, que trata especificamente da Educação em Saúde, determina que o graduando se responsabilize pela própria formação inicial, continuada e em serviço, além da autonomia intelectual e responsabilidade social (BRASIL, 2014).

Para que produza resultados satisfatórios no contexto da APS, a equipe de Saúde da Família necessita de um processo de capacitação e informação contínua e eficaz, de modo a poder atender às necessidades trazidas pelo dinamismo dos problemas. Além de possibilitar o aperfeiçoamento profissional, a educação continuada é um importante mecanismo no desenvolvimento da própria concepção de equipe e de vinculação dos profissionais com a população - característica que fundamenta todo o trabalho da ESF.

Da mesma forma que o planejamento local das ações de saúde responde ao princípio de participação ampliada, o planejamento das ações educativas deve estar adequado às peculiaridades locais e regionais, à utilização dos recursos técnicos disponíveis e à busca da integração com as universidades e instituições de ensino e de capacitação de recursos humanos. A formação em serviço deve ser priorizada, uma vez que permite melhor adequação entre os requisitos da formação e as necessidades de saúde da população atendida. A educação permanente deve iniciar-se desde o treinamento introdutório da equipe, e atuar através de todos os meios pedagógicos e de comunicação disponíveis, de acordo com as realidades de cada contexto. Ressalte-se que a educação à distância deve também ser incluída entre essas alternativas (Brasil, 1997).

Para Campos (2001), a educação deve ser entendida como um processo permanente, iniciado durante a graduação e mantido na vida profissional, por meio das relações de parceria da universidade com os serviços de saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil. Como tal, ela envolve uma importante reorientação pedagógica, centrada no desenvolvimento da aptidão de aprender, transformando o conhecimento num produto construído por meio de ampla e total integração com o objeto de trabalho. Também deve haver a reorientação das pesquisas desenvolvidas na área da saúde, não apenas nos aspectos técnico-operacionais, mas especialmente com a inclusão do aspecto político-institucional e da avaliação da incorporação de novas tecnologias no repertório das linhas de investigação. Especialmente este último aspecto está relacionado com a promoção da pesquisa estratégica, aplicada a situações concretas que demandam resultados em curto prazo que possam ser incorporados à mesma realidade em que se realiza o trabalho.

Oliveira (2007), ao analisar dados coletados em atividades de educação permanente com trabalhadores da rede básica e no desenvolvimento de projetos terapêuticos em unidades de saúde, assinalou limitações de projetos sanitários que privilegiam ações programáticas sustentadas unicamente na noção de risco. Apontou a elaboração de alternativas às práticas prescritivas, além de mostrar possibilidades da EP como estratégia de reforma das práticas de gestão e de atenção em saúde.

Num estudo quanti-qualitativo realizado em Londrina para avaliar um curso de EPS, ministrado a 150 profissionais de saúde da rede de atenção primária, Lima, Turini, Carvalho, Nunes, Lepre, Mainardes e Cordoni (2010) demonstraram que os

apontamentos dos grupos focais foram referendados pelos resultados relacionados às atividades desenvolvidas pelos facilitadores após o término do curso. As mais referidas foram as atividades em grupo com a equipe, as reuniões, discussão de casos/problemas (90,7%) e as atividades educativas com a comunidade/grupos (49,3%). A reflexão sobre as práticas pode ser constatada nas entrevistas, em que 72% dos trabalhadores afirmaram que continuavam a desenvolver atividades de EPS no cotidiano de seu trabalho após o término do curso.

Em relação às mudanças desencadeadas pela EPS, 70,2% dos participantes referiram acreditar que o processo produziu algum tipo de mudança no modelo de atenção do município, sendo que destes 44,2% disseram que as mudanças foram parciais. Dentre as mudanças, foram citadas: ampliação do vínculo entre os profissionais da equipe (84,9%), aumento do acolhimento e humanização (83,6%), maior democratização da gestão (77,3%) e ampliação do conhecimento das necessidades de saúde da comunidade (60,3%). Quanto à utilização do sistema de informação como ferramenta para a mudança no modelo de atenção, apenas 39,7% referiram que houve maior apropriação das informações disponibilizadas pelos sistemas. Dos entrevistados, 49,1% disseram encontrar facilidades para implementar a EPS no seu local de trabalho, enquanto que 86,6% referiram alguma dificuldade neste processo.

Esta ambiguidade pode nos indicar que proposta do curso de educação permanente, mesmo tendo o propósito de se institucionalizar, não foi assumida como política de saúde pelos profissionais do serviço, o que a cada mudança de gestão representa um recomeçar. Esta descontinuidade faz com que os serviços estejam sempre reiniciando, e os profissionais dos serviços de saúde colocando-se em uma posição de espectadores e não de agentes proativos.

Minozzo, Kammzetsler, Debastiani, Fait e Paulon (2012), ao investigarem a realidade de grupos de saúde mental na APS, apontaram para a necessidade de criar e fortalecer espaços de educação permanente tais como capacitações e trocas entre os profissionais das equipes de APS para a discussão de casos clínicos, construção de projetos terapêuticos singulares e construção de propostas de cuidado em saúde mental ampliadas, para além da medicação e internação.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, em nível descritivo-interpretativo, complementada com alguns elementos quantitativos.

Em dezembro de 2013, após o levantamento do referencial teórico e da definição do objeto de estudo, foi elaborado e qualificado o Projeto de Pesquisa, com a aprovação da Banca examinadora. Seguiu-se com o encaminhamento do Projeto à Comissão Científica da Pós-Graduação (ANEXO C) e, posteriormente, ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, Protocolo de Pesquisa Registro CEP sob parecer nº 783.326, que analisaram a proposta e emitiram pareceres favoráveis ao início da pesquisa.

Em seguida, apresentou-se o projeto nas respectivas secretarias de Saúde dos municípios elencados para a pesquisa, com aprovação. Realizou-se o contato por telefone e e-mail com os coordenadores da ESF para o acesso aos demais profissionais e o agendamento das entrevistas e observação das ações em saúde.

Considerando a rede de APS, mas sem incluir os serviços de pronto-atendimento e emergência, Campo Bom e Dois Irmãos apresentam as características adequadas à pesquisa. As duas localidades contam com unidades de saúde onde trabalham médicos com diferentes experiências de formação e que atuam conforme a normativa do Ministério da Saúde para a questão da Educação em Saúde. Dessa forma, com frequência semanal, quinzenal ou mensal, são realizadas ações que pressupõem o desenvolvimento de atividades educativas, de acordo com a temática pré-estabelecida na área da Saúde, que geralmente segue os padrões do perfil epidemiológico de cada localidade ou região.

Foram contatados cinco profissionais médicos do município de Campo Bom, sendo que quatro trabalham na rede de APS e um é coordenador da ESF. No município de Dois Irmãos, participaram do estudo três médicos: dois que atuam na rede e um que faz atualmente o papel de coordenador. Os profissionais participantes aceitaram a proposta do estudo após a leitura e assinatura do TCLE (Anexo D). Dos seis médicos atuantes na rede, quatro realizaram ações de ES durante o período da pesquisa, permitindo a observação da condução de grupos que ocorreram em suas respectivas unidades de saúde, conforme seu cronograma, e após responderam a entrevista conforme o roteiro do anexo F. Os coordenadores apenas responderam à entrevista

conforme o roteiro do Anexo G. O processo de observação e coleta de informações ocorreu entre setembro e outubro de 2014.

3.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo deste estudo é investigar a Educação em Saúde na formação e práticas do médico que atua na rede de Atenção Primária à Saúde, considerando profissionais com e sem formação em Medicina de Família e Comunidade, complementada pela avaliação da percepção dos médicos coordenadores da APS dos municípios participantes.

3.1.1 Objetivos específicos

Os objetivos específicos desta investigação são:

- Analisar a percepção de médicos sobre formação e práticas de Educação em Saúde da rede de Atenção Primária à Saúde;
- Observar a atuação de médicos em práticas com grupos de Educação em Saúde;
- Analisar a percepção dos coordenadores da ESF sobre práticas de ES desenvolvidas na rede de APS.
- Analisar a percepção dos sujeitos a cerca dos fatores necessários para a efetividade da ES.

3.2 CAMPO DE ESTUDO

A minha escolha pelos municípios de Campo Bom e Dois Irmãos foi pela adequação de suas realidades aos objetivos da pesquisa, além da facilidade de acesso aos coordenadores e profissionais da rede pelo fato de já eu ter trabalhado em ambos. Farei uma breve apresentação dos mesmos.

Os municípios localizam-se na região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, distando cerca de 50 km da capital. Ambos são de colonização alemã.

Campo Bom, que hoje conta com 60.000 habitantes, tem no calçado sua principal economia. A crise do setor que ocorreu no final dos anos 1990 desencadeou uma ampla diversificação do parque fabril, com a implantação de um loteamento industrial e uma incubadora empresarial.

O município atualmente apresenta dezesseis unidades de saúde, sendo nove de ESF (com 10 equipes atuantes), uma de pronto-atendimento, um CAPS e um hospital de média complexidade. A secretaria de Saúde dispõe de um NUMESC, o primeiro inaugurado em nível municipal no Estado, que organiza o Programa de Educação Permanente do município. Esse programa, que já existe há mais de cinco anos, promove em média cinco encontros anuais para os mais de duzentos trabalhadores da área da saúde, com o objetivo de trocas de experiências e capacitações, entre outros.

Além disso, há mais de dez anos já atua na cidade o grupo Multiplicadores da Vida, uma parceria entre as secretarias da Educação e da Saúde. O grupo, formado por 50 professores das escolas infantis e fundamentais, propõem-se a disseminar o conhecimento adquirido em qualificações periódicas sobre temas como sexualidade, corpo humano, saúde e IST, entre outras informações que recebem dos profissionais de saúde.

Dois Irmãos tem um pouco menos de 30.000 habitantes, e seu setor econômico abrange atividades da agricultura (flores, acácia-negra, hortifrutigranjeiros), da indústria (sapatos, móveis/estofados e esquadrias) e do setor terciário (prestadores de serviço, turismo, comércio e serviços).

A área da Saúde tem uma estrutura menos expressiva que CB, possuindo um hospital de média complexidade com sessenta e seis leitos e seis unidades de saúde, sendo que uma delas é de pronto-atendimento, duas de ESF e um CAPS. Não há registros de programas de educação permanente para os trabalhadores da área da saúde.

Os dois municípios têm realizado concursos públicos sistemáticos para médicos de família e comunidade, e ainda assim apresentam alta rotatividade de profissionais (situação atribuída à escassez de profissionais com a formação e à grande variedade de

ofertas salariais no país, entre outras causas). Em Campo Bom, nem mesmo a existência de um plano de carreira para os servidores da área da saúde, em vigor desde 2012, foi suficiente para superar essa dificuldade.

3.3 PARTICIPANTES/SUJEITOS

Os profissionais dos três subgrupos entrevistados estão na faixa etária entre 31 a 62 anos, com grande variação nos tempos de formação e atuação em APS e nas suas unidades de saúde. À exceção de um profissional, os demais possuem algum curso de pós-graduação ou estão cursando. Do total de entrevistados, dois tem formação em MFC e uma graduou-se em Medicina após a reformulação curricular de 2001. Essas informações encontram-se resumidas na Tabela 1. Na transcrição das entrevistas, convencionou-se utilizar a letra S para indicar o sujeito da fala, e a letra M para médicos e C para coordenadores. Os médicos foram numerados de 1 a 6 e os coordenadores de 1 a 2, para garantir o anonimato dos mesmos.

Tabela 1: Compilação dos dados pessoais, de formação e profissionais

	Gênero	Idade	Graduação	Ano	Pós-Graduação	Ano	APS	Unidade
S1C	M	35	ULBRA	2002	MFC – GHC	2005	2005	Fev/14
S2C	F	47	UFSM	1991	Ginecologia Obstetrícia ESF - ESP/RS	1993 2006	NA*	Jan/13
S1M	F	37	PUCRS	2001	MFC - GHC	2004	2004	Ago/13
S2M	M	39	UFCSPA	2001	Dermatologia Mestrado em Nutrição	2003 2015	2007	2012
S3M	M	37	ULBRA	2002	Geriatría	2007	10	Set/13

							anos	
S4M	F	62	UFPEL	1979	MGC - GHC	1981	1984	1999
S5M	F	31	ULBRA	2011	Programa Mais Médicos	2015	Jan/12	Abr/14
S6M	M	42	UCS	1999	-----		8 anos	5 anos

* Não se aplica.

3.4 ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS NAS ENTREVISTAS E OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Nesta pesquisa foi escolhida a técnica de entrevista semiestruturada, com perguntas que serviram como guia para a coleta de informações conforme os objetivos do projeto. A mesma é considerada adequada pela maior confiabilidade nas respostas, quando comparada ao questionário, bem como por oferecer maior flexibilidade nas perguntas e respostas (ANDER-EGG, 2003).

Os dados das entrevistas foram complementados por informações recolhidas através da observação de atividades práticas dos pesquisados. A observação foi do tipo estruturada e não-participante, sendo que as informações foram registradas em um caderno de notas seguindo um roteiro pré-estabelecido para todas as ações em educação em saúde. As vantagens desta técnica se referem à possibilidade de coletar informações sem interferência dos indivíduos que constituem o objeto de estudo, além de abordar a realidade a partir de uma perspectiva sistêmica e ecológica (ANDER-EGG, 2003).

Todos os participantes preencheram uma ficha com dados pessoais e profissionais, gerando dados quantitativos que foram submetidos a uma breve análise estatística descritiva. Foram observadas quatro atividades de Educação em saúde, sendo três delas de médicos de Campo Bom e uma de um médico de Dois Irmãos, que foram entrevistados após a atividade.

Em cada cidade houve um profissional que apenas respondeu à entrevista, uma vez que os grupos de Educação em Saúde não estavam ocorrendo em suas unidades na época da pesquisa por razões diversas. Também foram entrevistados os coordenadores da ESF dos dois municípios. As entrevistas duraram em média vinte minutos, foram gravadas e transcritas.

O resultado das transcrições foi submetido à técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2009), em suas etapas de pré-análise; codificação e categorização; análise, interpretação e inferência.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Início esta seção apresentando os resultados das entrevistas realizadas com os médicos e coordenadores que participaram da pesquisa. Em seguida, serão apresentados os dados da observação de quatro atividades de educação em Saúde.

4.1 ENTREVISTAS

Neste item, descrevo a análise dos achados da pesquisa categorizados a partir das reflexões dos médicos das redes de APS dos municípios participantes, referentes à questão da ES na formação e suas práticas como educadores em saúde, além de fatores que interferem na efetividade da ES. As respostas foram analisadas e agrupadas em três categorias: formação e atuação dos médicos como educadores em saúde, e efetividade da ES. Essas categorias foram posteriormente divididas em subcategorias.

Algumas vezes, em algumas subcategorias, utilizamos a divisão em dimensões.

Ressalto que, usando a técnica de Bardin (2009), sublinhei os temas, e para não desvirtuar o comentário como um todo, ele vai aparecer tal como foi expresso.

4.1.1 Categoria Formação em ES

Esta categoria diz respeito à maneira como cada profissional percebe ter sido sua formação em ES durante seu percurso acadêmico e profissional. De acordo com a análise das respostas, a mesma foi dividida nas subcategorias graduação, pós-graduação e educação permanente ou continuada.

Subcategoria Graduação

Nessa subcategoria, aparecem três grandes dimensões: aspectos negativos, aspectos positivos e dimensão ambígua.

Dimensão: aspectos negativos.

S1M U1- A área de saúde da família foi bem precária, na minha época a minha graduação foi muito voltada mais pra essa questão das especialidades.

S3M U1- Na faculdade, nos voltamos muito pro atendimento em postos [de saúde].

S4M U1- [Quando perguntei: *tu não te recorda de alguma cadeira na faculdade?*] não, não, nada, nem estímulo.

S2C U1-2 [Quando perguntei sobre a graduação] A minha formação em educação em saúde e saúde pública foi péssima! A minha formação nesse sentido não contribui em nada, nem mesmo as aulas de saúde pública a gente não era motivado, era ruim [...].

No que diz respeito à formação como um educador em saúde, consta nas DCN (BRASIL, 2001a, 2014) que uma das atribuições esperadas no perfil do egresso envolve a ES, tanto dos usuários, famílias e comunidades como sua própria formação e das futuras gerações de médicos. Além disso, Lampert e Rossoni (2004) demonstram que a adequação do currículo aos princípios do SUS está presente nas DCN.

Assim, acredito que as respostas demonstram uma clara relação com as diferentes experiências na graduação, mostrando uma possível influência com a evolução das mudanças curriculares ao longo das últimas três décadas

Apesar da heterogeneidade de formação em relação às IES (PUCRS, ULBRA, UFFCSPA, UFSM, UCS, UFPEL) notamos uma tendência de utilização de respostas negativas, provavelmente por influência do contexto em que os sujeitos estavam inseridos. Isso pode explicar porque os profissionais com maior tempo de formação, especialmente os que frequentaram a graduação antes das mudanças curriculares de 2001, relataram a ausência da ES durante seu curso.

Dimensão: aspectos positivos.

S5M U1-2 Foi bem nesse sentido, bom. A gente teve essa parte de medicina de família por seis meses, a gente participava dos grupos, ia em escolas, fazia toda essa parte educativa. A gente tinha Ciclo da Vida I e Ciclo da Vida II que era bem essa parte de educação, de ir nas casas, de fazer esse trabalho assim com a comunidade, isso foi bem pautado durante a graduação.

Os relatos anteriores contrastam muito com o relato da única participante com formação acadêmica após a mudança nas DCN de 2001. Como já relatado no referencial deste trabalho, desde 2001 a questão educativa está elencada entre as atribuições dos egressos do curso de Medicina, sendo que esse aspecto foi ratificado e ampliado em 2014 (BRASIL, 2001a, 2014). Algumas experiências práticas com alunos de graduação em atividades educativas na APS demonstraram resultados positivos, permitindo a reflexão a cerca da dimensão educativa do serviço de saúde, entre outros (L'ABBATE, 2004; VILARDO, 2011).

Dimensão: ambígua.

S6M U1- Existiam algumas cadeiras que tinham algumas aulas junto à comunidade, em parasitologia.

S2M U1- Sim, tem um pouco de experiência em algumas escolas que a gente realizou um trabalho da medicina preventiva, se não me engano [...].

S1C U1-2 Olha, não foi zero porque a gente tinha uma cadeira em Psiquiatria, a gente tinha uma Psiquiatria diferente, então era mais focando a psiquiatria familiar, a forma de ação [era] familiar. Mas a gente não foi capacitado pra fazer grupo, a gente não foi capacitado, embora a gente tivesse participação, a gente não era capacitado em formas de fazer grupo deste tipo [...].

Alguns profissionais relataram a sua inserção em atividades pontuais na comunidade, durante a graduação, sem deixar claro se havia algum aspecto de ES relacionado a tais práticas. Acredito que essa questão reflita a evolução das mudanças curriculares e de práticas de serviços em que os alunos de graduação são inseridos. A atribuição educativa da prática médica na APS aparece nas diretrizes da ESF desde 1997, possibilitando a inserção progressiva do aluno em práticas educativas com as comunidades (BRASIL, 1997). Apesar da presença indiscutível da Saúde Coletiva na educação dos profissionais de saúde, como tradição nos cursos ou como inovação curricular, houve um período em que esta não foi capaz de produzir uma alteração substantiva na formação do egresso (CARVALHO, CECCIM, 2009).

Subcategoria Pós-Graduação

Nesta subcategoria os relatos também puderam ser agregados nas dimensões positiva e negativa.

Dimensão: aspecto positivo.

S1M U1- 3 Na residência é mais amplo, e eles estão mais dispostos a ensinar que a gente trabalhe com a questão da prevenção, da promoção em saúde, que é educação em saúde em si. É aí que a gente já aprende a como trabalhar de formas diferentes a questão dos grupos. A medicina de família te abre um leque de que tu podes atuar de várias formas com paciente, a questão do grupo, da sala de espera, então acho que nessa questão eles me deram subsídios pra eu ter esse novo enfoque. Esse novo enfoque de ampliação da forma de se trabalhar.

S5M U1- Na pós tu tens que escolher um tema, e fazer uma intervenção [em ES].

S2C U1- 2 [Na pós de ESF] foi bem focado mesmo. Nesse sentido foi o melhor lugar, que correspondeu à minha expectativa.

Conforme o que já discutimos no referencial, a atuação do médico de família e comunidade preconiza a educação em saúde nos níveis individual e coletivo (BRASIL, 2006). Além disso, a formação específica do profissional de saúde em ES instrumentaliza os mesmos para analisar e elaborar projetos de intervenção para a APS (L'ABBATE, 2004).

Nesse aspecto, o discurso dos sujeitos entrevistados esteve de acordo com o esperado para a formação em pós-graduação direcionada para a APS.

Dimensão: aspecto negativo.

S1C U1- 3 Isso varia muito de unidade pra unidade, a minha unidade tinha uma demanda muito, muito grande. Então a gente acabava tendo um envolvimento menor com a educação em saúde, participação em grupos. Também a gente não tinha um suporte com um psicólogo que pudesse nos capacitar, e nem com pedagogos. Na minha unidade a gente tinha mais que atender à demanda, e fazer educação também em pequenos grupos ou individualmente, do que educação em saúde em grupos maiores. Mais assistencialista, ela estava mais dentro de uma comunidade bem carente.

S2M U1- Na pós-graduação, é muito pouco, é mais a questão da medicação, do tratamento dos pacientes, ênfase em educação em saúde na pós é pouca coisa.

Conforme Sampaio (2014), a heterogeneidade encontrada em relação aos discursos pode ser justificada pelas limitações ainda existentes na formação dos profissionais, incluindo aqui a questão da ES.

Da mesma forma, Maffaccioli e Lopes (2011) avaliam que essa heterogeneidade na formação possa estar também relacionada com a disparidade nos currículos de cursos de pós-graduação, sendo que em sua pesquisa, menos da metade dos entrevistados tinha formação específica para APS, com um número pouco expressivo de cursos de capacitação profissional para atuação em grupos operativos.

Considerando minha experiência com relação à atuação na APS, acredito que este resultado reflete um momento de transição da formação em ES também em relação à pós-graduação, uma vez que a demanda por ações em ES tem se mostrado crescente e com potencial para direcionar os currículos de PG.

Subcategoria Educação Permanente ou Continuada

Em alguns discursos, surgiu também a possibilidade da formação (ou aprimoramento) em ES através da educação permanente em serviço (EPS). Esta subcategoria foi dividida em aspectos facilitadores e dificultadores da EPS.

Dimensão: aspectos facilitadores.

S1M U3-4 Eu, aqui em Campo Bom, tive muito mais suporte que em outros municípios, de capacitação pra trabalhar grupo de tabagismo, capacitação disso, daquilo, o município investiu muito mais em mim aqui pra aprender do que eu tive em outro município que eu trabalhei.

Conforme já exposto, esse aspecto da formação é abordado nas DCN e ratificado por diversos estudos que demonstram sua importância e relevância para o desenvolvimento de um profissional com habilidades e competências adequadas às ações educativas em saúde (BRASIL, 1997, 2001a; LIMA, TURINI, CARVALHO, NUNES, LEPRE, MAINARDES e CORDONI, 2010).

A fala em questão, de uma profissional de Campo Bom, pode ser reflexo da organização da EPS no município, que conta com uma estrutura própria para a capacitação e educação permanente de seus funcionários na área da Saúde.

Dimensão: aspectos dificultadores.

S2C U1- 4 Acho que a educação permanente é uma das formas de melhorar a questão da ES, embora eu ache os profissionais atualmente muito pouco motivados, a gente oferece ninguém quer ir. A possibilidade já existe, ela não é uma coisa obrigatória e programática do tipo especificamente de tanto em tanto tempo, com tal horário, ela não é assim, ela vai acontecendo e a gente vai oferecendo. Mas os profissionais que se dispõem a ir sempre são os mesmos e geralmente são aqueles que menos precisam. Os que mais precisam, que a gente insiste, que gostaria que fosse, que tivesse um olhar diferenciado, que passasse a ver as coisas de outra forma, esses é que nunca vão e que nunca querem ir, e que não se motivam, a gente acaba não conseguindo mudar muito o contexto, porque não consegue motivar essas pessoas.

Nessa questão, porém, limitações ainda são encontradas para a prática sistemática e efetiva da formação permanente dos profissionais. Lima, Turini, Carvalho, Nunes, Lepre, Mainardes e Cordoni (2010) mostraram que mais de 80% dos sujeitos da sua pesquisa referiram alguma dificuldade para implementar a EPS no seu local de trabalho.

Acredito que o principal fator que possa refletir essa percepção da desmotivação profissional, o que dificulta a implantação da EPS na APS, seja ainda a influência da

formação para as especialidades, bem como um mercado de trabalho ainda heterogêneo e que não valoriza o aperfeiçoamento do profissional, dada a ausência de planos de carreira no setor.

4.1.2 Categoria Atuação em ES

Esta categoria diz respeito à maneira como cada profissional percebe ser sua atuação em ES em seu cotidiano de trabalho. De acordo com a análise das respostas, a mesma foi dividida nas subcategorias nível de atuação, multidisciplinaridade e seleção temática. Algumas delas ainda forma subdivididas em dimensões.

Subcategoria Nível de atuação

Nessa subcategoria, encontramos, novamente, duas dimensões: aspectos positivos, relatados pelos profissionais de saúde, e aspectos negativos, relatados pelos coordenadores.

Dimensão: aspectos positivos.

S6M U1- [ES é] tentar inculir na cabeça das pessoas as coisas mais simples que as escolas talvez não façam, e nem a propaganda governamental. Desde lavar as mãos até passar um paninho com álcool no puxador de gaveta, usar de bom senso.

S1C U5- Eu sei que educação em saúde também se faz em consultório, [mas] acho que a gente não consegue atingir o mesmo objetivo de grupo [...].

S1M U1-2 Não é sempre, mas dependendo da necessidade, sempre casada com propostas [do Ministério da Saúde] - semana da amamentação, semana da hepatite - a gente faz sala de espera. Fazemos [também] os grupos de educação em saúde.

S2M U1-2 As práticas de grupos de salas de espera atualmente são pontuais. Eventualmente eu faço também algumas participações em grupos de HIPERDIA.

S3M U1- A parte de grupos que seria o grupo do HIPERDIA.

S4M U1[Os pacientes se reúnem] em todas as primeiras segundas-feiras do mês [desde o início do serviço].

S5M U1-2 Eu participo do grupo do HIPERDIA, que a gente faz no horário do trabalhador e na segunda terça-feira do mês e na última [...]. Estou começando um grupo de idosos.

Glanz, Rimer e Viswanath (2008) relatam que um grande número de profissionais da saúde, incluindo educadores em saúde, médicos, psicólogos, nutricionistas e enfermeiros, tem como foco dos seus esforços a mudança do comportamento em saúde de indivíduos. Embora esses profissionais ainda vejam seu

trabalho relacionado ao nível particular de intervenção (como a mudança organizacional ou individual do comportamento em saúde) ou empreguem uma estratégia específica de mudança de comportamento (como intervenções em grupo ou aconselhamento individual), sabe-se atualmente que intervenções múltiplas em diferentes níveis são frequentemente necessárias para iniciar e sustentar a mudança de comportamento com efetividade.

Em relação à atuação em ES, todos os médicos entrevistados referiram praticar alguma ação de Educação em Saúde. Alguns entrevistados relacionaram as práticas de ES com a atuação no nível individual, enquanto a maioria relatou práticas de ES que ocorrem em nível coletivo.

Dimensão: aspectos negativos.

S1C U2 A coordenação tenta incentivar os grupos, mas isso vai muito de equipe por equipe, e se as equipes não estão sensibilizadas não vai acontecer.

S2C U1-2 Os médicos em si, tirando os da estratégia, e ainda mesmo dentro da estratégia é difícil, não gostam muito de fazer educação em saúde. A gente vê que eles relutam, preferem fazer o atendimento e não fazer muita educação em saúde. Mas acho uma pena que os profissionais não se sintam muito engajados.

A atuação em ES, do ponto de vista dos coordenadores, mostra que esta questão representa um nó crítico na efetivação da mesma na APS, conforme já referido no referencial teórico deste trabalho (SILVEIRA e RIBEIRO, 2005, MAFFACCIOLLI, 2006, RASERA e ROCHA, 2001, CARNEIRO, 2010).

Essa contradição entre a fala dos profissionais e dos coordenadores em relação às práticas de ES pode demonstrar que, uma vez que os gestores têm uma visão de toda a rede de atenção à saúde, compreendendo unidades com profissionais com distintas formações e perfis, sua opinião a cerca da atuação em ES pode referir-se também aos profissionais que não participaram desta pesquisa.

Subcategoria Multidisciplinaridade

S4M U2 A ES não pode ser atribuição só do médico, ela tem que ser multidisciplinar.

Conforme vemos na literatura, as ações de ES devem ser ministradas por profissionais com diferentes formações (médicos, enfermeiros, odontólogos, educadores

físicos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, entre outros), estando de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da saúde em relação à ESF (BRASIL, 1997).

Essa prática é ratificada pelos achados de Maffaccioli e Lopes (2011), que verificaram a tendência da organização do trabalho de maneira multidisciplinar, tanto nas equipes ditas básicas, compostas de enfermeiras, médicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), como nas equipes “especializadas”, compostas também por médicos especialistas, cirurgiões-dentistas (e assistentes de nível médio), nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais.

Batistella (2007) também defende a prática multidisciplinar no trabalho em saúde ao considerar a complexidade dos problemas encontrados pelos profissionais que atuam na APS.

Em minha opinião, a ação multidisciplinar já é incentivada a partir do momento em que o próprio estabelecimento das equipes de ESF pressupõe a presença de diferentes profissionais, sendo todos igualmente responsáveis pela ES.

Subcategoria Seleção do tema

Esse item refere-se à maneira como é selecionado o tema que norteará cada ação educativa em saúde. Nessa questão, alguns profissionais demonstraram a necessidade de um diagnóstico da situação em saúde da comunidade local para selecionarem-se as temáticas.

S1M U1-2 Dependendo de onde que tu estás trabalhando, tu tens uma realidade diferente. Então tu te adaptas àquela comunidade no sentido de tentar identificar o que mais aquela comunidade necessita, tentar particularizar as situações, as necessidades. Acho que tem que ter esse olhar, essa sensibilidade de analisar o local onde tu estás []. Não tem que querer fazer as mesmas coisas em todas as unidades, como um padrão.

S1C U2-4 [A ES] é algo que a gente está tentando retomar em toda a rede, até porque a gente está com algumas questões dos nossos índices de mortalidade infantil um pouco maiores do que o esperado, então, imaginando a importância disso, a gente quer retomar, só que talvez mais centralizado. Eu sei que cada unidade tem uma realidade de grupos. E o grupo de hipertensos e diabéticos é meio que uma unanimidade, que tem em todos; o grupo de jovens algumas unidades tem.

S2C U2-3 Eu acho que ele [o profissional] tem que perceber onde está inserido, qual é a sua realidade e baseado nessa realidade trabalhar as questões que detecta. Se ele tiver um olhar pro todo, pro indivíduo como um todo, pra aquela comunidade como um todo, com certeza vão aparecer demandas, coisas a serem trabalhadas [...].

A compreensão de como se dão as complexas relações entre homem e o seu espaço/território de vida e trabalho é fundamental para a identificação de suas características históricas, econômicas, culturais, epidemiológicas e sociais, bem como de seus problemas (vulnerabilidades) e potencialidades. A realização de um diagnóstico das condições de vida e da situação de saúde da população é, sem dúvida, um passo fundamental nessa reorientação do modelo de atenção. Não se trata de buscar a modelagem de comportamentos tidos como não saudáveis ou de risco, mas sim de identificar e compreender as razões das vulnerabilidades coletivas (BATISTELLA, 2007).

Raupp (1999) também aborda a questão do planejamento das ações em saúde. Nas experiências estudadas pela autora, existia uma clara intenção de exercício de uma ação mais dialógica na relação da equipe de saúde com a comunidade.

As falas acima demonstram que a busca pelos temas que serão abordados nas ações em saúde geralmente está atrelada à realidade de cada contexto.

4.1.3 Aspectos que influenciam na efetividade da ES

Quanto à efetividade da ES, foi perguntado aos profissionais o que cada um achava ser necessário para que a mesma fosse efetiva. As respostas analisadas geraram as seguintes subcategorias: fatores relacionados aos profissionais, à gestão e ao usuário.

Subcategoria Profissional de Saúde

A primeira subcategoria surgiu da identificação de fatores relacionados aos profissionais, presentes nas falas de alguns sujeitos. Embora haja diversos aspectos que possam ser relacionados a essa questão, os entrevistados atrelaram a efetividade da ES aos quesitos formação e perfil. A análise das respostas permitiu, ainda, a subdivisão desse item nas dimensões aspectos dificultadores e facilitadores.

Dimensão: aspectos dificultadores.

S1M U2 Acho que precisa ter perfil [...] porque nem todo mundo quer fazer grupo, nem todo mundo quer atender todas as áreas. Tem

pessoas que não estão dispostas a abrir o seu leque de atuação. Então tu precisa gostar.

S1M U1 e 6 Eu acho que precisa haver um pouco de disposição dos profissionais, eu acho que grande parte é isso, a disposição em querer fazer, em querer ver essas coisas acontecerem, em querer que a gente mude a base dos problemas, ao invés de remediar [...]. E acho que precisa ter disposição. Acho que muitas vezes falta para alguns colegas esse subsídio todo da formação de medicina de família que a gente tem, acesso pra saber como trabalhar, como criar essas ferramentas de trabalho, de estruturar grupo, de montar uma sala de espera [...].

S2M U1- É como eu te falei, nós profissionais precisamos mudar. Mudar os nossos hábitos, os nossos valores, as nossas atitudes, porque só assim nós vamos conseguir inspirar que os outros também mudem.

S1C U2-3 O trabalho aqui no município é um trabalho muito bom, daria pra se fazer muita coisa, é uma rede boa, tem, apesar de tudo, apoio da gestão para poder trabalhar diferente, só não tem quem trabalhe com amor, com motivação. A coordenação tenta incentivar os grupos, mas isso vai muito de equipe por equipe, e se as equipes não estão sensibilizadas não vai acontecer.

Essa questão encontra-se no cerne de diversas discussões sobre o profissional que se necessita para o trabalho em APS e aquele que atualmente tem sido formado nos cursos de Medicina (BRASIL 2001, 2014, LAMPERT e ROSSONI, 2004).

As falas analisadas demonstram que o profissional desempenha um papel importante na efetivação da ES, e alguns entrevistados relataram aspectos, relacionados aos médicos, que são dificultadores para a efetividade da ES.

Dimensão: aspectos facilitadores.

S3M U2-3 A gente não pode perder essa noção de que pra ser efetivo tu tem que estar sempre atualizado e sempre se reciclando. Sempre se reciclando, não só em conhecimento médico, mas conhecimento do que a população quer escutar, como é que eles tão, verbalizando as suas dores, seus sentimentos, é uma atualização geral pra poder deixar mais efetivo um tratamento, gerar saúde pro paciente [...].

S4M U2-3 Ter profissionais que se preparem pra trabalhar educação em saúde.

S2C U5 Eu acho que é uma questão de perfil.

Diversas evidências corroboram para demonstrar a relação entre a formação do profissional e a efetividade de suas ações, entre elas as educativas (BRASIL, 2006; L'ABBATE, 2004; LAMPERT, 2002; VILARDO, 2011).

Nessas falas, a questão do perfil e da formação (incluindo a continuada) se mostraram como aspectos facilitadores para a efetividade da ES. A análise das falas nos

permite inferir que perfil e formação podem ser tanto facilitadores quanto dificultadores, sendo que isso esteve presente nas falas de coordenadores e de profissionais.

Na minha opinião, um dos fatores que contribui para essa questão é a grande heterogeneidade de profissionais que trabalham na APS, no que concerne à sua formação tanto na graduação quanto na pós-graduação.

Subcategoria Gestão

A segunda subcategoria surgiu do reconhecimento dos fatores relacionados à gestão que são responsáveis pela efetividade da ES. A mesma também foi subdividida nas dimensões aspectos dificultadores e aspectos facilitadores.

Dimensão: aspectos dificultadores.

S3M U1 A gente está num setor que é público, que depende de verbas, que depende de critérios políticos às vezes.

S4M U1 Eu acho que é uma questão de uma política pública mais firme que exigisse dos serviços, da própria vigilância, espaços pra educação em saúde.

S6M U1-2 Pessoas que eu tenho que re-estabilizar que ficaram um ano e meio, dois anos bem estáveis tomando seu comprimidinho de captopril, depois vem uma farinha é assim que funciona. É aquela sutura com fio inadequado. Então isso aí é um problema que está no cerne, tal [é a] roubalheira desse país.

S1C U 2 e 4 Eu acho que a gente já erra no chamamento, a gente não busca o especialista pra poder trabalhar. E também não valoriza financeiramente quem tem a especialidade pra que ele venha trabalhar no município e consiga fazer a diferença.

Como demonstrado anteriormente, existem diversos programas governamentais que se propõem a melhorar a efetividade dos serviços de saúde em geral, incluindo a questão da ES na APS (BRASIL, 2008, 2012, 2013). Quanto à efetividade desses programas, no entanto, não foram encontrados estudos relevantes para o contexto deste trabalho.

Nesse contexto, creio que a questão do recrutamento dos profissionais para trabalharem na APS ainda requer amadurecimento e aprimoramento, uma vez que a busca, para ser adequada e efetiva, deva ser pelo profissional com especialização para o trabalho em APS.

Dimensão: aspectos facilitadores.

S1M U3-5 Tu precisa ter investimento no sentido de capacitação, pra gente poder realmente exercer essas atividades. [...] precisa ter um

olhar da gestão sensível a isso, que considere e veja que é realmente importante, e também a questão da valorização desses profissionais [...] através da remuneração.

S4M U2 Essa semana teve uma reunião [da Saúde e da Educação], e eu assisti, mais atrás, sentada, e pensei, nossa, isso que eu to ouvindo hoje são dez anos de trabalho, eu to ouvindo a professora da escola e a enfermeira da unidade dizendo que vão se sentar juntas.

S2C U4- Eu penso que a própria escola pode ser parceira nisso, porque mudar uma cultura é uma coisa que leva muito tempo, mudar um hábito, mudar um modo de viver, que às vezes a doença depende disso, são coisas que levam muito tempo.

A ampliação e qualificação da força de trabalho em saúde, caracterizada como um investimento essencial para a perspectiva de evolução do SUS é uma das diretrizes do Programa Mais Saúde do governo Federal (BRASIL, 2008).

Em 2010, uma portaria do MS procurou atenuar a questão da valorização financeira através da Portaria nº 3.839, que estabelecia incentivo aos municípios que possuíssem equipes de Saúde da Família compostas por profissionais certificados para atuação na APS (BRASIL, 2010).

Além disso, a intersetorialidade surgiu também como um aspecto facilitador da ES.

Esse achado é reforçado pela experiência relata por Santos, Moreira, Rocha e Ribeiro (2011), que demonstraram que em certos aspectos a intersetorialidade é condição *sine qua non* para a ES.

Considerando minha experiência e vivências como médica de família, além do exposto no referencial deste trabalho, a crescente complexidade que envolve os conceitos de saúde, Educação em Saúde e promoção da saúde requerem a ação intersetorial para sua implantação e efetividade, uma vez que a área da saúde não tem como enfrentar sozinha a ampla diversidade de situações que se apresenta no cotidiano de trabalho da APS.

Subcategoria Usuário

A terceira subcategoria surgiu do apontamento dos fatores relacionados à população. Esta foi dividida nas dimensões aspectos negativos e aspectos positivos.

Dimensão: aspectos negativos.

S2M U3 Porque eu acho que o nível cultural tem uma pequena diferença nessa questão do interesse pela busca de uma coisa que não seja curativista, que não seja assistencialista, um auto-cuidado, que muitas vezes não é explorado, as pessoas procuram realmente a medicação, que alguém resolva o problema pra ela.

S5M U1-2 É meio complicado, porque às vezes tu não consegue abranger aquilo que tu espera, às vezes por dificuldade, culturalmente falando. É complicado, às vezes de trazer o paciente pra tu fazer os grupos.

S2C U3 Existem várias formas de tu fazer educação em saúde, envolver as pessoas a produzir coisas, a mudar de vida, mas as mudanças elas sempre são difíceis, mudanças de costume, mudanças de hábitos, são condições difíceis, elas são culturais.

Alguns dos entrevistados estabeleceram uma relação entre a efetividade da ES e a cultura. As informações culturais já foram consideradas irrelevantes para as intervenções preventivas e terapêuticas na área da saúde. No entanto, em estudos recentes, Taylor et al. (apud UCHÔA e VIDAL, 1994), demonstraram a grande influência que exercem os universos social e cultural sobre a adoção de comportamentos de prevenção ou de risco e sobre a utilização dos serviços de saúde. Também a complexidade que envolve as relações entre a cultura e a ES evidencia as dificuldades de mudança de comportamento.

Dimensão: aspectos positivos.

S1M U2 Orienta a cabeça deles de forma que eles possam também ser participantes desse processo, e não só a gente, trabalhar numa forma mandatória, uma forma taxativa e tal, mas que eles sejam participantes, porque eu não tô na realidade deles em casa, então eu preciso que eles façam a parte deles. Eu faço a minha, eles a deles, a família faz a sua.

Também fez parte dos discursos a questão da co-responsabilização, aspecto considerado importante para que a ES seja efetiva (BRASIL, 2012).

As questões que envolvem os usuários, apesar de sua relevância e importância, são de grande complexidade tanto para o estudo de suas causas e inter-relações quanto para as intervenções práticas. No contexto que estamos discutindo neste trabalho, a ES e a promoção da saúde tem justamente o objetivo - e o desafio - de entender o comportamento em saúde dos indivíduos e auxiliá-los em escolhas positivas e sustentadas.

4.2 OBSERVAÇÃO

A observação dos médicos durante a condução de práticas em ES foi uma das ferramentas utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa. O objetivo da observação é a complementação das informações coletadas nas entrevistas, realizando uma triangulação de métodos para melhor fidedignidade dos resultados. A realização ocorreu entre setembro e outubro de 2014. Os aspectos observados em cada encontro foram: temas abordados, metodologia utilizada, tempo, espaço, conceitos, relações interpessoais, participação dos usuários, frequência das atividades, profissionais envolvidos e frequência da participação do médico.

Durante o período da pesquisa em campo, foi possível observar a realização de quatro atividades de educação em saúde. As informações que serão discutidas a seguir encontram-se resumidas na Tabela 2. As ações foram: o Grupo de Hipertensos e Diabéticos, o Grupo de Idosos, o Grupo de Portadores de HIV/SIDA e uma atividade de sala de espera.

O primeiro grupo foi conduzido por um profissional com formação em MFC. Esse grupo acontece quinzenalmente, mas o médico participa mensalmente. Participaram um total de quarenta e quatro pessoas, a maioria com mais de sessenta anos. A duração da atividade foi de cinquenta minutos. O assunto trabalhado foi sobre cuidados alimentares para gastrite, conforme tinha sido combinado com o grupo no encontro anterior, e a metodologia utilizada foi uma palestra, usando como material de apoio um folder elaborado pela Nutricionista da SMS. Os usuários fizeram intervenções regulares, tirando dúvidas e dando exemplos. As recomendações apresentaram, no geral, um caráter prescritivo.

O segundo grupo é o início de uma experiência com idosos. O grupo tem um cronograma de encontros mensais, todos com os assuntos ou atividades pré-definidos pela equipe. Desta atividade participa apenas a médica. A atividade proposta num primeiro momento era a de produção de potes para plantação de temperos, com o intuito de instrumentar os idosos com alguma atividade para passarem o tempo. Entretanto, por causa da chuva, realizou-se uma palestra sobre a Carta dos Direitos dos usuários do SUS. Compareceram três idosas. A duração foi de vinte minutos.

O terceiro grupo ocorreu numa unidade de atendimento especializado, que trabalha com a população de portadores de HIV/SIDA. Os encontros são mensais, sempre com a condução de um profissional diferente. A médica observada tem formação em Medicina Geral e Comunitária, é a que está formada há mais tempo e atua nesta equipe há quinze anos. A metodologia da atividade foi uma palestra com exposição no Power Point, com duração de quinze minutos. O assunto foi qualidade de vida, tendo sido escolhido pela médica palestrante. Esse grupo, formado por portadores de HIV e hepatites e contando com cinco participantes na ocasião, foi o mais participativo, uma vez que todos fizeram intervenções ao longo de toda a palestra.

O último grupo foi uma atividade de sala de espera. O médico que conduz trabalha na ESF e tem formação em Dermatologia. Ele realiza a ação semanalmente, sem a participação de outros profissionais. Habitualmente, ele escolhe o assunto a ser trabalhado, e a metodologia é a palestra, complementada por música e algum vídeo. A ação observada envolveu a fala sobre as orientações alimentares para crianças de zero a dois anos preconizadas pelo MS. A duração foi de dez minutos, aproximadamente, e reuniu pessoas que estavam na unidade aguardando atendimentos diversos (consulta médica, consulta de enfermagem, aferição de sinais). A participação das pessoas foi mínima, com grande rotatividade entre os usuários.

A Tabela 2 resume as atividades observadas, bem como características como profissional que atuou na ação, formação do mesmo e tempo de atuação, tipo de atividade, frequência de realização, duração, metodologia utilizada e tema desenvolvido.

Tabela 2. Atividades de educação em saúde observadas

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Profissional	S1M	S5M	S4M	S2M
Atividade	Grupo HAS/DM	Idosos	HIV/SIDA	Sala de espera
Frequência	Mensal	Mensal	Mensal	Semanal
Duração	50 minutos	20 minutos	15 minutos	10 minutos

Tema	Alimentação adultos	Carta dos Direitos do SUS	Qualidade de vida	Alimentação crianças
Método	Palestra	Palestra/ Power point	Palestra/ Power point	Música + palestra
Formação	MFC	Mais Médicos	MCG	Dermatologia
Tempo de atuação em APS	10 anos	3 anos	31 anos	8 anos
Tempo de atuação na US	1,5 anos	10 meses	15 anos	2 anos

Após as observações das atividades práticas como complementação das entrevistas, alguns apontamentos são necessários.

O primeiro é o fato de que todos os profissionais realizaram a atividade utilizando uma metodologia semelhante: a palestra. Embora tenha havido características diferentes em cada evento, a forma de realização da ação em ES foi a mesma em todos, com abordagem em grupo, mas com o foco na transmissão de conhecimento do médico para os usuários, objetivando a mudança individual de comportamento em relação à saúde. Como já exposto anteriormente, sabe-se que a efetividade da ES está atrelada à realização de intervenções múltiplas em diferentes níveis (GLANZ, RIMER, e VISWANATH, 2008).

Considerando a ES intrínseca ao processo de Promoção da Saúde, Besen, Netto, Ros, Silva, Silva e Pires (2007) argumentam que a formação dos profissionais de saúde é uma das problemáticas centrais nesse quesito. Isso porque, em sua pesquisa, os profissionais estudados demonstraram não estar preparados para o trabalho na lógica da Promoção da Saúde requerida pela ESF. Ao contrário, a maioria dos discursos estava permeada por uma educação voltada para as doenças e para a tentativa de mudança de comportamento dos indivíduos, com relação vertical e impositiva.

O segundo é a questão de não ter havido diferença significativa na forma de atuação entre os profissionais, mesmo naqueles que com formação específica para a atuação em APS (S1M, S5M e S4M). Isso pode estar relacionado com o fato explicitado por Sampaio (2014), que demonstrou fragilidades em alguns aspectos da pós-graduação voltada para a APS no que diz respeito à aquisição de determinadas habilidades e competências.

O terceiro apontamento relaciona-se com o tempo de formação e de atuação em APS e nas respectivas unidades de saúde. Os profissionais com mais tempo de atuação, e por tanto com mais experiência e maior vínculo com a comunidade, não apresentaram formas mais efetivas de ações em ES. Da mesma maneira, a profissional com formação mais recente e, portanto, com maior influência das mudanças curriculares atuais, não apresentou uma atuação inovadora na execução da ação em ES.

Para explicar essa constatação, é válido considerar o crescente reconhecimento de que os resultados das pesquisas levam muito tempo para chegar às pessoas que poderiam se beneficiar dos mesmos. Isso tem levado a uma ênfase maior na necessidade da disseminação das intervenções baseadas em evidências (GLANZ, RIMER, e VISWANATH, 2008).

Além disso, esse elo perdido entre pesquisa e prática na saúde pública é um problema já bem documentado. Pesquisas mostram que, em média, pouco mais da metade das práticas de cuidado em saúde recomendadas são implementadas, e a situação pode ser ainda pior para prevenção e intervenções para mudanças no comportamento em saúde (GLASGOW e EMMONS, 2007).

O quarto apontamento relaciona algumas observações das entrevistas em contraste com as atividades práticas. Na subcategoria Seleção Temática, da categoria Atuação em ES, foi relatada a importância de efetuar-se um diagnóstico em saúde para adequar a ação educativa à necessidade da comunidade. Por outro lado, na observação dos grupos, todos os profissionais relataram terem escolhido individualmente seus respectivos temas, sendo que três deles seguiram normativas do MS. Mesmo que normativas governamentais possam servir de guia para as ações dos profissionais de saúde, nenhuma das ações observadas apresentou caráter inovador ou específico para sua comunidade.

Aqui cabe lembrar a experiência de Raupp (1999) em relação à questão do planejamento das ações em saúde, com a verificação de uma relação verticalizada e que refletiu a racionalidade anti-dialógica e técnico-instrumental presente na maioria das práticas de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os objetivos deste trabalho e considerando o que foi discutido e analisado até aqui, algumas considerações são elencadas a seguir.

Vê-se que os objetivos foram alcançados, uma vez que observamos a percepção dos profissionais em relação à sua formação e práticas de ES, contrapondo algumas observações com o ponto de vista da gestão através da percepção dos coordenadores da rede de ESF.

Quanto à formação, relatos sobre as mudanças curriculares demonstraram diferença nos discursos dos entrevistados, bem como a residência em MFC e as especializações específicas para atuação em APS.

Quanto à atuação, todos referiram realizar práticas de ES, tanto no nível individual quanto coletivo; e em todas as unidades de saúde (US) pesquisadas, a ES ocorre como uma prática de caráter multidisciplinar.

Também verificamos que a efetividade da ES se mostrou influenciada pela formação e perfil do profissional, a administração do setor público, a valorização profissional, a intersectorialidade, a co-responsabilização e a cultura.

Os resultados da observação dos grupos foram triangulados com os das entrevistas e com os dados dos profissionais: nas práticas educativas observadas, todos os profissionais utilizaram a metodologia da palestra, com a transmissão vertical das informações do médico para os usuários, objetivando a mudança individual do comportamento em saúde. Os profissionais com formação específica para atuação em APS não mostraram experiências inovadoras, nem tampouco os com formação mais recente.

O tempo de atuação na mesma US também não evidenciou diferença em relação à prática de ES. Além disso, o modo de seleção dos temas para as ações em ES não se seguiu à execução de um diagnóstico em saúde da comunidade local.

Concluiu-se que a ES esteve presente no discurso e na prática dos profissionais de formas diferentes: enquanto a formação refletiu transformações importantes ocorridas na graduação e na pós-graduação, a atuação demonstrou a permanência de práticas homoganeamente inadequadas e ultrapassadas.

Se considerado no seu conjunto, o discurso dos profissionais demonstrou a complexidade que envolve a efetividade da ES. Conforme algumas considerações do referencial do estudo, é essa complexidade que torna necessária a realização do planejamento sistemático das ações em ES, incluindo a análise de determinantes do comportamento, do desenvolvimento de intervenções baseadas nesses determinantes e da implementação da intervenção.

Apontamentos do estudo direcionam para a necessidade da formulação de estratégias para se reduzir a distância entre pesquisa e prática na APS, com efetivação das recomendações científicas para o cuidado em saúde, uma vez que a efetividade da ES está atrelada à realização de intervenções múltiplas em diferentes níveis de ação, conforme a atual proposta do modelo ecológico de intervenção em saúde.

Sugere-se a realização de outras investigações na temática, para verificar se esses elementos encontrados poderiam aparecer também em outras realidades e serem trabalhados de modo a favorecer uma Educação continuada em Saúde para os médicos e coordenadores, em seus desenvolvimentos pessoais e profissionais, com consequente melhoria em sua atuação e com repercussões em suas amplas ações sociais, através de um atendimento em saúde e expansão em atividades educacionais a seus pacientes.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 15, p. 259- 274, mar./ago. 2004.
- ALMEIDA FILHO, N. de. & ANDRADE, R. F. S. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 16 (supl.1), p. 319- 325, 2011.
- ANDER-EGG, E. **Métodos y técnicas de investigación social**: técnica para recogida de datos e información. 1ª Ed. Buenos Aires: Lumen, 2003.
- ARAÚJO, A. A.; BRITO, A. M.; NOVAES, M. Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários? **Revista Bioética**, n. 1, v. 16, p. 117- 124, 2008.
- ARCOVERDE, T. L. **Formação médica**: (des) construção do sentido da profissão – a trajetória da representação social. Dissertação (Mestrado em Educação). 2004. Faculdade de Educação, Universidade Regional de Blumenau. Blumenau, 2004.
- AYRES, J. R. C. M. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.1, v. 17, p. 43- 62, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F. **O território e o processo saúde-doença**. / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D'Andrea Corbo. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- BESEN, C.B; NETTO, M .S.; ROS, M. A.; SILVA, F. W.; SILVA, C. G.; PIRES, M. F. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**, n. 1, v. 16, p. 57- 68, jan./abr. 2007.
- BOORSE, C. Health as a theoretical concept. **Philosofy of Science**, n. 4, v.44, p. 542-573, 1977.
- BRANT, A. **Grupo de mulheres**: sistematizando uma prática emancipatória de educação e saúde. 2008. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, 2008.
- BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde** – Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional nº 39, de 2001. Brasília, DF:Senado Federal, 1988. Disponível em:
<<http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/con1988br.pdf>>.
- _____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

_____. Conferência Nacional de Saúde (11.: 2000: Brasília, DF). **11ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Conselho Nacional De Educação. Câmara de Educação Superior **Resolução CNE/CES N° 4** de 7 de Novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Educação. **RESOLUÇÃO CNRM N° 02 /2006**, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências.

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS e a Terapia Comunitária.** Luiz Odorico Monteiro de Andrade. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto. Adalberto Barreto. Fortaleza: 2008a.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA no 3.839, de 7 de dezembro de 2010.** Estabelece incentivo para equipes de Saúde da Família que contem com profissionais certificados para atuação na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF. 8 de dezembro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013.** Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1003 e no 6.932, de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília- DF, 22 de outubro de 2013.

_____. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014.** Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina e dá outras providências. Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de junho de 2014.

CAMARGO JUNIOR, K. R. As Armadilhas da "Concepção Positiva de Saúde". **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 17, p. 63- 76, 2007.

CAMPOS, F. E.; FERREIRA, J. R.; FEUERWERKER, L.; SENA, R. R.; CAMPOS, J. J. B.; CORDEIRO, H.; CORDONI Jr., L. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, n. 3, v. 24, p. 53- 59, out./dez. 2000.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, n. 2, v. 31, p. 209-213, 1997.

CANUTO, A. M. M.; BATISTA, S. H. S. S. Concepções do processo ensino-aprendizagem: um estudo com professores de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, n. 4, v. 33, p. 624- 632, 2009.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. (Orgs.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CARNEIRO, A. C. L. L. **Práticas educativas nas unidades básicas de saúde de Belo Horizonte e sua relação com a promoção da saúde.** Dissertação (Mestrado). 2010. Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: 2010.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M (org.). **Tratado de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. **A Educação em Saúde na Prática do PSF.** Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, 2001. Download de <http://intranet.ftc.br/upload/141196/195508_A_Educa_o_em_Sa_de_na_Pr_tica_do_PSF.pdf> em 25 de setembro de 2013.

COSTA, N. M. S. C. Formação e práticas educativas de professores de medicina: uma abordagem etnográfica. **Indagatio Didactica**, n. 2, v. 5, p. 449-465. Out. 2013.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

EURACT. The Euract Educacional Agenda of General Practice – Family Medicine. **Conselho da Academia Europeia de Professores de Medicina Geral e Familiar.** Tradução portuguesa oficial da versão integral de 2005. Salvo de <http://www.apmgf.pt/ficheiros/AEE.pdf> em 12 de outubro de 2014.

FARIA, M. J. S. S.; NUNES, E. F. P. A.; ANASTASIOU, L.; SAKAI, M. H.; SILVA, V. L. M. Os desafios da educação permanente: a experiência do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, n. 32, v. 2, p. 248- 253, 2008.

FELIPE, G. F. **Educação em saúde em grupo: olhar da enfermeira e do usuário hipertenso.** 2011. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará- FO, 2011.

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada** – a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Merrymount Press. Boston: 1910.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

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

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 2, v. 21, p. 490- 498, mar./abr. 2005.

GLANZ, K.; RIMER, B. K.; VISWANATH, K. (Ed). **Health behavior and health education: theory, research, and practice**. 4. ed. San Francisco: Wiley Imprint, 2008.

GLANZ, K.; RIMER, B. K.; VISWANATH, K. The scope of health behavior and health education. GLANZ, K.; RIMER, B. K.; VISWANATH, K. (Ed). **Health behavior and health education: theory, research, and practice**. 4th ed. San Francisco: Wiley Imprint, 2008.

GLANZ, K.; RIMER, B. K.; VISWANATH, K. Theory, research and practice in health behavior and health education. GLANZ, K.; RIMER, B. K.; VISWANATH, K. (Ed). **Health behavior and health education: theory, research, and practice**. 4th ed. San Francisco: Wiley Imprint, 2008.

GLAZGOW, R. E.; VOGT, T. M.; BOLES, S. M. Evaluating the Public Health Impact of Health Promotion Interventions: The RE-AIM Framework. **American Journal of Public Health**, n. 9, v. 89, p. 1322- 1327, sep. 1999.

GLAZGOW, R. E; EMMONS, K. M. How can we increase translation of research into practice? Types of evidence needed. **Annual Review of Public Health**, n. 28, p. 413- 433, 2007.

GOMES, A. M. A.; ALBUQUERQUE, C. M.; MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. Sala de espera como ambiente para das informações em saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 1, v 14, p. 7- 18, 2006.

GUIMARÃES, F. J.; FERREIRA F^a, M. O. Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 404 - 414, 2006.

KEGLER, M. C.; GLANZ, K. Perspectives on group, organization and community interventions. GLANZ, K.; RIMER, B. K.; VISWANATH, K. (Ed). **Health behavior and health education: theory, research, and practice**. 4th ed. San Francisco: Wiley Imprint, 2008.

KOK, G.; BORNE, B.; MULEN, P. D. Effectiveness of health education and health promotion: meta-analyses of effect studies and determinants of effectiveness. **Patient Education and Counseling**, n. 30, p.19- 27, 1997.

L'ABBATE, S. Comunicação e Educação: uma Prática de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos** / Ministério da Saúde,

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

LALONDE, M. **A new perspective on the health of the Canadians**: a working document. Ministry of Supply and Services, Government of Canada. Ottawa: 1974. Disponível em <<http://publications.gc.ca/site/eng/352283/publication.html>> em 03 de abril de 2013.

LAMPERT, J. B. Currículo de Graduação e o Contexto da Formação do Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, n. 3, v. 24, p. 7- 19, out./dez. 2000.

_____. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2002.

LAMPERT, J. B.; ROSSONI, E. Formação de profissionais para o sistema único de saúde e as diretrizes curriculares. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, n. 1, v. 18, p. 87-98, jan./ jun. 2004.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Preventive medicine for the doctor in his community** - an epidemiologic approach. 3. ed. McGraw-Hill, New York; 1965.

_____. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.

LIMA, E. D. A inserção da prática do grupo no trabalho da saúde mental em comunidades. **Revista UNIABEU**, Belford Roxo, n. 7, v. 4, p. 108- 121, mar./ago. 2011.

LIMA, J. V. C.; TURINI, B.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A.; LEPRE, R. L.; MAINARDES, P.; CORDONI, L. A Educação Permanente em Saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, n. 2, v. 8, p. 207- 227, jul./out. 2010.

MAFFACCIOLI, R.; LOPES, M. J. M. Educação em saúde: a orientação alimentar através das atividades de grupo. **Acta Paulista de Enfermagem**, n. 4, p. 18, p. 439-445, 2005.

MAFFACCIOLLI, R. **Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre**: usos e modos de intervenção terapêutica. 2006. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M. J. M. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 16 (supl.1), p. 973- 982, 2011.

MAIA, M. A.; TORRES, H. C.; SANTOS, L. M.; CHAVES, F. F.; PEREIRA, P. F.; CHAVES, P. M. Grupo operativo: prática educativa como expressão para o autocuidado em Diabetes Mellitus tipo 2. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, n. 4, v. 4, p.1483-1496, 2013.

MINKLER, M. Health education, health promotion and the open society: an historical perspective. **Health Education and Behavior**, v. 16, p. 17-30, Mar. 1989.

- MINOZZO, F.; KAMMZETSER, C.M.; DEBASTIANI, C.; FAIT, C. S.; PAULON, S. M. Grupos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, n. 2, v. 24, p. 323- 340, maio/ago. 2012.
- MORETTI-PIRES, R. O.; BUENO, S. M. V. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paulista de Enfermagem**, n. 4, v. 22, p. 439-444, 2009.5
- MOSQUERA, J. J. M.; STOBÄUS, C. D. **Educação para a saúde**: desafio para sociedades em mudança. 2. ed. Porto Alegre: D. C. Luzzatto, 1984.
- NIETZSCHE, F. A Gaia Ciência. In: **Obras Incompletas**. São Paulo: Nova Cultural, 1999.
- NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, n. 2, v. 3, p. 5- 21, 1994.
- OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. 2007. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Médica, Universidade de Campinas. Campinas: 2007.
- OLIVEIRA, R. M. A construção do conhecimento nas práticas de educação em saúde: repensando a relação entre profissionais dos serviços e a população. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, n. especial, v. 8, p. 22- 45, jul./dez. 2003.
- OMS. **Constitution of World Health Organization**. 1948. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf> em 22/12/2014.
- PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 19, v. 5, p. 1527- 1534, set./out. 2003.
- PERIM, G. L.; ABDALLA, I. G.; SILVA, R. H. A.; LAMPERT, J. B.; STELLA, R. C. R.; COSTA, N. M. S. C. Desenvolvimento Docente e a Formação de Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, n. 33, v. 1, supl. 1, p.70-82; 2009.
- PINTO, E. E. P.; ARAÚJO, M. D.; MATUMOTO, S.; CAPOZZOLO, A. A.; CARDOSO, M. R. L.; MISHIMA, S. M. Desdobramento da educação permanente em saúde no município de Vitória, Espírito Santo. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 8, p. 77- 96, mar./jun.2010.
- PONTE, C. M. M.; FERNANDES, V. O.; GURGEL, M. H. C.; VERAS, V. S.; QUIDUTE, A. R. P.; MONTENEGRO, R. M. ; CARVALHO, S. L. Projeto sala de espera: uma proposta para a educação em diabetes. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, n. 4, v. 19, p. 197- 202, 2006.
- RASERA, E. F.; ROCHA, R. M .G. Sentidos sobre a prática grupal no contexto de saúde pública. **Psicologia em Estudo**, Maringá, n. 1, v. 15, p. 35- 44, jan./mar. 2010.
- RAUPP, B. **Educação e planejamento participativo em saúde**: estudo comparativo de duas experiências em serviços de saúde comunitária. Porto Alegre e Montevidéu. 1999. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1999.
- RODRIGUES, A.D.; DALLANORA, C. R.; ROSA, J.; GERMANI, A. R. M. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. **Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI**, n. 7, v. 5, p. 101- 106, maio 2009. Download de

<<http://www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero007/artigos/artigosvivencias07/artigo13.htm> em 02/11/2014>.

ROSE, G. El Médico Como Educador Sanitário. **Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana**, p. 43-47, jul. 1959.

SABROZA, P. C. **Concepções sobre Saúde e Doença**. Rio de Janeiro: EAD, Ensp, 2001. (Texto de Apoio ao módulo I do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde).

SALLIS, J. F.; OWEN, N.; FISHER, E. B. Ecological models of health behavior. GLANZ, K.; RIMER, B. K.; VISWANATH, K. (Ed). **Health behavior and health education: theory, research, and practice**. 4th ed. San Francisco: Wiley Imprint, 2008.

SAMPAIO, P. G. P. R. P. **Residência em Medicina de Família e Comunidade: dois programas brasileiros**. 2014. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

SANTOS, M. F. O.; MOREIRA, M. S.; ROCHA, S. G.; RIBEIRO, V. F. A intersetorialidade como meio de superar desafios em educação em saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, n. 21, v. 6, p. 288- 292, out./dez. 2011.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 17, p. 29- 41, 2007.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, n. 5, v. 31, p. 538-542, 1997.

SILVA, C. M. **Atendimento em grupo na estratégia Saúde da Família: uma análise da prática educativa com grupos de hipertensos**. 2008. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de janeiro, 2008.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, n. 16, v. 9, p. 91- 104 , set.2004/fev.2005.

SIMONS-MORTON, B. Health Behavior in Ecological Context. **Health Education and Behavior**, n. 1, v. 40, p. 6- 10, 2012.

TORRES, A. G.; SILVA, H. M. P.; TORRES, D. F. N.; FIRMO, W. C. A.; CHAVES, A. S. Efeitos da prática de caminhada de idosos em grupo: um olhar protagonista. **Journal of Management and Primary Health Care**, n. 1, v. 4, p. 19- 26, 2013.

TORRES, H. C.; FRANCO, L. J.; STRADIOTO, M. A.; HORTALE, V.A.; SCHALL, V. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Revista de Saúde Pública**, n. 2, v. 43, p. 291- 298, 2009.

TORRES, H. C.; HORTALE, V.A.; SCHALL, V. A experiência de jogos na educação em saúde para diabéticos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 4, v. 19, p.1039-1047, jul./ago. 2003.

UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 4, v. 10, p. 497- 504, out./dez. 1994.

VILARDO, C. O. L. **Formação médica e promoção da saúde de comunidades: a articulação dessas práticas em um mesmo cenário**. 2011. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

ZARTH, S. M. Temas Transversais no Ensino Fundamental: Educação para a Saúde e Orientação Sexual. 2013. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE CAMPO BOM



MUNICÍPIO DE CAMPO BOM
Secretaria de Saúde

Campo Bom, 04 de junho de 2014.

CARTA DE ACEITE

Vimos por meio desta, declarar que estamos cientes do tema da proposta de pesquisa intitulada **Reflexões e Propostas para a Formação de um Educador em Saúde**, da mestranda Cristina Furlan Zabka, orientada por Claus Dieter Stöbaus, bem como seus objetivos e metodologias.

Aceitamos a realização da pesquisa em nosso município logo após parecer do Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Jerri Luis de Moraes
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE DOIS IRMÃOS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOIS IRMÃOS

SECRETARIA DA SAÚDE, ASSISTÊNCIA SOCIAL E MEIO AMBIENTE

Dois Irmãos, 03 de junho de 2014.

Carta de Aceite

Vimos por meio deste destacar que estamos ciente do tema da proposta de pesquisa intitulada **Reflexões e Proposta para a Formação de um Educador em Saúde**, da mestranda Cristina Furlan Zabka, orientada por Claus Dieter Stöbaus, bem como seus objetivos e metodologias.

Aceitamos a realização da pesquisa em nosso município logo após o parecer do Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Atenciosamente,
Jerri Adriani Meneghetti
Secretaria de Saúde, Assistência Social
e Meio Ambiente
Jerri Adriani Meneghetti
Secretária Municipal de Saúde,
Assistência Social e Meio Ambiente

ANEXO C – COMISSÃO CIENTÍFICA DA PUCRS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
COMISSÃO CIENTÍFICA

PROCOLO DE PESQUISA Nº 137/2014

PROJETO DE PESQUISA:

Reflexões e Propostas para a formação de um educador em saúde

MESTRANDA: Cristina Furlan Zabka

ORIENTADOR: Dr Claus Stobaüs

O projeto apresenta o foco de pesquisa, o problema, a contextualização do objeto, objetivos, referenciais teóricos e metodológicos (abordagem etnográfica, entrevistas semiestruturadas, roteiro da entrevista), cronograma, orçamento, referências, Anexo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Considerando que não há um perfil invasivo no procedimento com seres humanos, o encaminhamento para o CEP é facultativo, ficando essa deliberação a cargo dos pesquisadores, inclusive com vistas a publicações posteriores.

Porto Alegre, 16 de maio de 2014


Dra. Maria Helena Camara Bastos
p/Comissão Científica da FACED

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado colega!

Você está sendo convidado a participar voluntariamente de uma pesquisa intitulada: **Reflexões e propostas para a formação de um educador em saúde**. A pesquisa tem como objetivos: (1) identificar as práticas de educação em saúde de médicos da rede de atenção primária à saúde; (2) averiguar a formação médica quanto às práticas de educação em saúde; e (3) analisar a percepção do médico em relação à necessidade da prática de educação.

Vinculada ao Programa de Pós Graduação em Educação da PUCRS, a pesquisa justifica-se pela importância da temática da formação médica e da educação em saúde.

Sua opinião é de fundamental importância para essa pesquisa, uma vez que representa importante contribuição para o conhecimento dos aspectos que interferem e condicionam a formação do médico como um educador em saúde. Se concordar em participar, você será observado durante um grupo de educação em saúde, bem como será solicitado a responder uma entrevista, na qual discorrerá sobre sua percepção quanto à formação e prática em Educação em Saúde.

Esta pesquisa faz parte da elaboração de uma Dissertação de Mestrado em Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS e será desenvolvida pela mestrandia Cristina Furlan Zabka, sob a orientação do professor Dr. Claus Dieter Stobäus.

Assinando este termo de Consentimento, estou ciente de que:

- A minha participação na pesquisa iniciará após a leitura, o esclarecimento de possíveis dúvidas e do meu consentimento livre e esclarecido e seu preenchimento, que será em duas vias, permanecendo uma delas comigo e outra com a pesquisadora.

- Responderei a uma entrevista, que será gravada e realizada em local privativo.
- Serei observado durante a realização da pesquisa em minhas atividades de Educação em Saúde.
- Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre minha participação na referida pesquisa.
- Minha identidade será preservada, portanto, será considerado o sigilo e anonimato dos dados durante a coleta, que serão utilizados em publicações científicas.
- Minha participação na realização desta pesquisa não implicará recebimento de benefícios de qualquer espécie, nem prevê nenhum desconforto.

Desde já agradeço sua participação.

Eu, _____ declaro que estou de acordo em participar voluntariamente desta pesquisa e que fui devidamente esclarecido/a de todos os aspectos constantes neste termo.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2014.

Cristina Furlan Zabka

Assinatura do Participante

Pesquisador: Cristina Furlan Zabka (51) 99458746 – crizabka@hotmail.com.

Orientador: Dr. Claus Dieter Stobäus – stobaus@pucri.br.

Comitê de Ética em Pesquisa/PUCRS – (51) 3320-3345 – cep@pucri.br – protocolo CEP, com horário de funcionamento das 8:30 às 12:00 e das 13:30 às 17:00.

ANEXO E - REGISTRO DOS PARTICIPANTES

Nome:

Sexo:

Idade:

Graduação:

Especialização:

Município:

Unidade:

Tempo de atuação em APS:

Tempo que atua nesta comunidade:

ANEXO F – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS – MÉDICOS

- Que práticas de Educação em Saúde você desenvolve na sua atuação como médico da APS?
- Durante sua graduação, como foi sua formação em ES?
- E durante a residência/especialização?
- O seu campo de trabalho teve ou tem alguma influência na sua atuação como educador?
- Qual é a sua percepção em relação à importância da ES?
- O que é necessário para a ES ser efetiva?

ANEXO G – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS – COORDENADORES

- Que práticas de Educação em Saúde você vê sendo desenvolvida pelos médicos da rede de APS?
- Durante sua graduação, como foi sua formação em ES?
- E durante a residência/especialização?
- O seu campo de trabalho teve ou tem alguma influência na sua atuação como educador?
- Qual é a sua percepção em relação à importância da ES?
- O que é necessário para a ES ser efetiva?