

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Andréia Aparecida Henriques Carvalho

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Juiz de Fora

2016

Andréia Aparecida Henriques Carvalho

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. Área de concentração: Política, Gestão e Avaliação do Sistema Único de Saúde, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Gírlene Alves da Silva

Juiz de Fora

2016

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Carvalho, Andréia Aparecida Henriques.

Representações sociais dos profissionais de nível superior da estratégia saúde da família sobre educação em saúde / Andréia Aparecida Henriques Carvalho. -- 2016.

128 f. : il.

Orientador: Girlene Alves da Silva

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.

1. Educação em Saúde. 2. Prática Profissional. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Atenção Básica à Saúde. I. Silva, Girlene Alves da, orient. II. Título.

ANDRÉIA APARECIDA HENRIQUES CARVALHO

“Representações Sociais dos Profissionais de Nível Superior da Estratégia Saúde da Família sobre Educação em Saúde”.

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

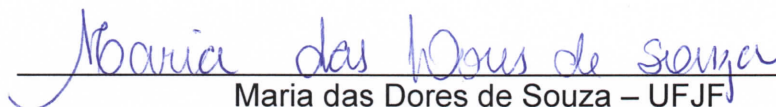
Aprovado em 28/03/2016



Girlene Alves da Silva – UFJF



Elaine Teixeira Rabello – UERJ



Maria das Dores de Souza – UFJF

Dedico esse trabalho aos meus pais, familiares, marido, amigos, professores e profissionais, que, de muitas formas, incentivaram e confiaram que fosse possível a concretização desse estudo.

AGRADECIMENTOS

Ao findar mais essa etapa de minha trajetória acadêmica, o sentimento que quero expressar e compartilhar com os envolvidos nesse processo é de gratidão. Gratidão intensa!

A todos os meus familiares e amigos, que desde sempre me apoiaram na condução desse processo, e torceram para que eu finalizasse essa etapa com sucesso.

A meus pais, Adilson e Neciolina, e aos meus irmãos, Anderson e Cláudia, que souberam ter paciência para entender as minhas ausências, mesmo que virtuais; que não se importaram com os meus muitos artigos, livros, textos e computador espalhados pela casa; que souberam me amparar nas horas em que eu achei que não fosse dar conta.

Ao meu marido, José Henrique, por todos os momentos em que me apoiou durante essa caminhada. Pelas madrugadas em que permanecia acordado comigo trabalhando no computador (ainda que exausto de sono e cansaço); por me incentivar na conclusão dessa etapa e me fazer acreditar que eu seria capaz, compartilhando de minhas conquistas e frustrações, e não me deixando desistir nunca.

A minha orientadora e amiga, Girlene Alves da Silva, a quem carinhosamente me refiro como “Gigi”, pelo empenho, paciência, e companheirismo dedicados a mim ao longo desses dois anos. Obrigada por ter me conduzido nesse “árduo e espinhoso” tema complexo, incitando questionamentos, estimulando a busca por respostas e por novas perguntas.

As professoras Elaine Teixeira Rabello, Geovana Brandão Santana Almeida, Maria das Dores de Souza, Elisabete Pimenta Araújo Paz e Fabiana Barbosa Assumpção de Souza que aceitaram fazer parte da banca de qualificação do projeto e/ou da banca examinadora de defesa da dissertação, pelas suas ricas sugestões e orientações durante todo o processo de construção do trabalho.

Aos professores do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da UFJF, que contribuíram para um despertar crítico-reflexivo sobre a situação da saúde no país e compartilharam conhecimentos para enriquecer minha formação pessoal e profissional.

As secretárias do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da UFJF, Elisângela e Patrícia, que não mediram esforços para ajudar quando necessário, e me acolhiam, quase que diariamente, na salinha de estudos do NATES.

A todos os colegas da Turma do Mestrado em Saúde Coletiva 2014 pela convivência e apoio mútuo nesse período, e um agradecimento especial à nossa “Eterna Panelinha C” (Fabiana Almeida, José Resende, Mariana Souza, Marise Machado, Nádia Barboza, Quéren Hapuque, Raphael Augusto e Rogério Pinheiro) pela cumplicidade e parceria de sempre, desde o início.

As amigas: Alessandra Montezano, Raquel Líquer e Priscila Oliveira, pelo companheirismo e por compartilharmos conhecimentos, experiências, anseios, e desafios durante todo o mestrado.

Aos profissionais de saúde que aceitaram participar dessa pesquisa e com quem tive o prazer de compartilhar discussão sobre o tema do estudo em questão.

Enfim, gratidão a todos que, de alguma forma, contribuíram para o alcance da concretização desse trabalho. E, se hoje comemoro uma conquista, esta se deve também àqueles que estiveram ao meu lado em todos os momentos. Então, a todos o MEU MUITO OBRIGADA!

“O conhecimento se faz a custo de muitas tentativas e da incidência de muitos feixes de luz, multiplicando os pontos de vista diferentes. A incidência de um único feixe de luz não é suficiente para iluminar o objeto. O resultado dessa experiência só pode ser incompleto e imperfeito, dependendo da perspectiva em que a luz é irradiada e da sua intensidade. A incidência a partir de outros pontos de vista e de outras intensidades luminosas vai dando formas mais definidas ao objeto, vai construindo um objeto que lhe é próprio. A utilização de outras fontes luminosas poderá formar um objeto inteiramente diverso ou indicar dimensão inteiramente nova ao Objeto.”

LIMOEIRO CARDOSO (1978-apud MINAYO, 1993)

RESUMO

Este trabalho trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, que objetivou apreender as representações sociais sobre educação em saúde dos profissionais de nível superior que atuam nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), com Estratégia de Saúde da Família (ESF). Foi desenvolvido em sete UAPS da região Sudeste do município de Juiz de fora, Minas Gerais, com 30 profissionais de nível superior, sendo as categorias profissionais compostas por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas e assistente social, no período de julho a setembro de 2015. Os dados foram obtidos por meio de realização de entrevistas, que foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Os discursos foram organizados por meio de um gerenciador de dados textuais, o OpenLogos, e analisados conforme a análise de conteúdo temática proposta por Bardin. Da análise desses discursos, emergiram três categorias: as representações sobre saúde dos profissionais da ESF; as representações dos profissionais sobre educação em saúde: prevenir doenças ou promover saúde; representações sociais sobre o processo educativo pelos trabalhadores da ESF, com a subdivisão em duas subcategorias: práticas educativas tradicionais e/ou dialógicas; potencialidades e fragilidades no processo educativo. Os achados dessa investigação demonstram que não existe consenso entre os profissionais quando descrevem o que representam ser saúde, levantando aspectos tanto do conceito ampliado, como de definições restritas focadas na doença e controle de corpos saudáveis. Dentro das concepções sobre educação em saúde, a maioria dos profissionais refere-se à prevenção de doenças como o principal objetivo, o que demonstra certa ambigüidade, pois ao considerar os vários determinantes sociais da saúde deveriam ter ações de promoção da saúde agregadas às de prevenção de doenças. No aspecto da prática cotidiana realizada, destacamos que tivemos bons resultados, ao analisar que as práticas educativas desenvolvidas nesses cenários têm sido pautadas no modelo dialógico, que considera o sujeito ativo, valoriza os saberes de todos os envolvidos no processo educativo, estimulando a responsabilização do sujeito para o empoderamento e busca de sua autonomia enquanto ator e autor de suas próprias relações, focando ainda nas necessidades de saúde apresentadas pelos usuários. Foi possível perceber nas representações também a presença, no cotidiano, de práticas voltadas para o modelo conservador, considerando o sujeito como mero receptor de informações, com imposição de condutas e ações direcionadas para áreas programáticas específicas, sem considerar a demanda do paciente. Dentro das representações sociais elaboradas, percebemos que os profissionais citam em excesso aspectos que podem dificultar a realização das práticas educativas, mas também reconhecem as possibilidades que as mesmas favorecem no processo educativo das populações. Espera-se que esses resultados possam contribuir para reestruturar e ressignificar a educação em saúde no cenário da ESF, e que esse modelo dialógico adotado pelos entrevistados seja cada vez mais freqüentes nas práticas profissionais.

Palavras-chaves: Educação em Saúde. Prática Profissional. Estratégia Saúde da Família. Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT

This work is a qualitative study based on the Theory of Social Representations aimed to apprehend the social representations of health education of higher education professionals working in Primary Health Care Units (PHCU), with Family Health Strategy (FHS). This study was developed in seven PHCU in the Southeast region of Juiz de Fora, Minas Gerais, with 30 higher education professionals, composed of doctors, nurses, dentists and social workers, in the period July-September 2015. Data were collected through interviews, which were audio recorded and later transcribed. The speeches were organized through a textual data manager, OpenLogos, and analyzed according to thematic content analysis proposed by Bardin. The analysis of these discourses, three categories emerged: the representations of health of the FHS professionals; the representations of health education professionals: prevent disease or promote health; social representations of the educational process by the workers of the FHS with the subdivision into two subcategories: traditional educational practices and / or dialogic; strengths and weaknesses in the educational process. The findings of this research show that there is no consensus among professionals when they describe what they represent is healthy, raising aspects of both the broader concept, as restricted definitions focused on disease control and healthy bodies. Within the health education conceptions, most professionals refers to the prevention of diseases as the main objective, which shows a certain ambiguity as to consider the various social determinants of health should have health promotion actions aggregated to prevention diseases. In terms of everyday practice performed, we point out that we had good results, to analyze the educational practices developed in these scenarios have been guided by the dialogic model, which considers the active subject, values the knowledge of everyone involved in the educational process, encouraging accountability subject to the empowerment and search for autonomy as an actor and author of his own relations, still focusing on the health needs presented by users. It could be observed in the representations also the presence in daily life practices aimed at the conservative model, considering the subject as a mere receiver of information, with imposition of approaches and actions directed to specific program areas, without considering the demand of the patient. Within the elaborate social representations, we realized that professionals cite excessive aspects that may hinder the realization of educational practices, but also recognize the possibilities that they favor the educational process of the population. It is expected that these results can contribute to restructure and reframe health education in the FHS scenario, and that this dialogical model adopted by respondents is increasingly common in professional practices.

Keywords: Health Education. Professional Practice. Family Health Strategy. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Comparativo entre as concepções tradicional e dialógica de Educação em Saúde.	25
Figura 2 : Hierarquia do termo Educação em Saúde.....	26
Figura 3: Mapa de Minas Gerais, destacando em vermelho o município de Juiz de Fora, região da Zona da Mata Mineira.	46
Figura 4: Mapa de Juiz de Fora, especificando regiões da área urbana, rural e distritos.	47
Figura 5: Distribuição das UAPS de acordo com as Regiões Sanitárias (2014) e números de equipes em cada Unidade.	48
Figura 6: Distribuição das UAPS de acordo com as Regiões Sanitárias (2014) e números de equipes em cada Unidade.	49
Figura 7: Quadro com códigos criados para posterior categorização das representações sociais, e suas respectivas definições.	57
Figura 8: Divisão da categoria Processo Educativo.....	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Quantitativo de profissionais elegíveis para a realização das entrevistas.	51
Tabela 2: Caracterização dos participantes do estudo.	60
Tabela 3: Freqüência em que os códigos apareceram nos discursos dos entrevistados (Adaptação da tabela gerada pelo OpenLogos)	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PET Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMA2	Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional da Promoção da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RS	Representações Sociais
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SSAPS	Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
	Objeto do estudo	20
	Objetivo do estudo	20
2	REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1	EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONCEITOS E MODELOS	21
2.2	A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS... 26	
2.3	ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	34
3	DESENHO TEÓRICO E METODOLÓGICO DO ESTUDO	40
3.1	TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO MARCO TEÓRICO	40
3.2	O MÉTODO DO ESTUDO	45
3.3	OS CENÁRIOS DA PESQUISA	46
3.4	OS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	51
3.5	OS CUIDADOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	52
3.6	A COLETA DE DADOS.....	52
3.7	A ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	54
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	59
4.2	AS REPRESENTAÇÕES SOBRE SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DA ESF.....	62
4.3	AS REPRESENTAÇÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: prevenir doenças ou promover saúde?.....	69
4.4	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O PROCESSO EDUCATIVO PELOS TRABALHADORES DA ESF	81
	4.4.1 Práticas educativas tradicionais e/ou dialógicas?	82
	4.4.2 Potencialidades e fragilidades no processo educativo.....	93
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	104

APÊNDICES

- A. Roteiro da Entrevista
- B. Declaração de Infra-Estrutura das UAPS para coleta de dados
- C. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
- D. Autorização para realização da pesquisa da Instituição Proponente
- E. Carta de solicitação para realização da pesquisa da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SSAPS) de Juiz de Fora - MG

ANEXOS

- A. Folha de Rosto
- B. Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

1 INTRODUÇÃO

Para introduzir a temática a qual este estudo se propõe, penso ser importante situar o leitor para a compreensão de minhas inquietações e motivações que fazem me debruçar sobre o tema proposto.

Durante os 04 anos e meio de minha Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), de 2007 a 2011, sempre tive um “encantamento” pela Atenção Primária à Saúde (APS) e a prática do enfermeiro nesse cenário.

Durante todo o curso, tive um contato facilitado com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que a UFJF têm convênio com a Prefeitura de Juiz de Fora no que se refere à oferta de campos de práticas e estágios para os alunos. Tive ainda a oportunidade de integrar a Liga Acadêmica de Medicina de Família e Comunidade. Sendo assim, passei por diversas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), onde tive a oportunidade de observar as peculiaridades no processo de trabalho de cada uma delas. Ainda como acadêmica, participei do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde-PET Saúde¹, onde pude atuar em algumas UAPS do município e vislumbrar a complexidade de atribuições na ESF para o enfermeiro, uma vez que ele é responsável por diversas atividades do cotidiano do serviço, tanto no que diz respeito às atividades administrativas, quanto dos procedimentos técnicos inerentes ao saber do cuidado em enfermagem.

Desse modo, após essa primeira vivência como discente inserida nesse cenário de cuidado, continuei minha busca pelo aprofundamento desses saberes que alicerçam a Atenção Primária à Saúde, inserindo-me na Residência Multiprofissional em Saúde da Família pelo Hospital Universitário da UFJF, onde

¹Criado em 1979 pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) com o nome de Programa Especial de Treinamento (PET), este programa foi transferido no final de 1999 para a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação – SESu-MEC, ficando a sua gestão sob a responsabilidade do Departamento de Modernização e Programas de Educação Superior – DEPEM. Em 2004, o PET passou a ser identificado como Programa de Educação Tutorial. O PET é um programa de longo prazo que realizar, dentro das Universidades Brasileiras, o modelo da indissociabilidade do ensino, da pesquisa e da extensão. Está vinculado à Pró-Reitoria de Graduação, tendo como objetivo geral promover a formação ampla e de qualidade acadêmica dos alunos envolvidos direta ou indiretamente com o programa, estimulando a fixação de valores que reforcem a cidadania e a consciência social de todos os participantes e a melhoria dos cursos de graduação (BRASIL, 2006).

pude militar no campo da saúde através do trabalho interdisciplinar, com outras categorias profissionais que fortaleceram minha visão sobre o trabalho em equipe. Desde que iniciei minha atuação como enfermeira na Estratégia Saúde da Família (ESF), sempre tive um olhar voltado para os anseios da comunidade, e me questionava de que forma o trabalho em equipe, dentro do modelo de saúde atual, poderia provocar necessárias e positivas transformações no cotidiano das populações atendidas e dos próprios profissionais envolvidos com o cuidado.

Durante os dois anos em que desenvolvi minhas atribuições como enfermeira do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, uma das práticas que mais me envolviam era a realização de práticas educativas, que são intervenções simples e de baixo custo, porém com grande impacto nas condições de vida e saúde da população. Nas UAPS que tinham as equipes de profissionais da Residência, contávamos com um cenário propício para o desenvolvimento de tais atividades, uma vez que a população era muito receptiva ao que propúnhamos e construíamos junto aos envolvidos.

Porém, ao realizar reflexões sobre esse cotidiano da educação em saúde, fui percebendo que nem todos os profissionais se envolviam com a realização de algumas atividades educativas, ficando estas, muitas vezes, a cargo somente das residentes (enfermeiras, assistentes sociais e dentista). Uma das ações preconizadas e incentivadas na ESF guarda estreita relação com a promoção da saúde individual e coletiva da população da área de abrangência, bem como a prevenção de doenças. No entanto, na contramão do que é preconizado pela Estratégia Saúde da Família, alguns dos profissionais atuantes nesse cenário não se envolviam com a equipe e nem com os usuários para desenvolver a prática educativa, principalmente a coletiva, no seu cotidiano de trabalho.

Como membro da equipe da ESF percebia que esse não envolvimento, por parte de alguns profissionais, em determinadas atividades coletivas propostas, se dava devido ao fato de não considerarem a educação em saúde como uma atividade importante e necessária para melhoria da qualidade de vida, ou pela ausência de tempo a dedicar para tal atividade, pois verbalizavam esses aspectos em suas falas cotidianas. Até mesmo com relação aos recursos financeiros, que eram escassos, ficava a cargo da equipe de residentes o custeio de materiais que porventura fossem utilizados em práticas educativas coletivas. A questão do planejamento também era

outro entrave, pois não há como se realizar certas atividades sem um planejamento prévio, sendo freqüentemente essa etapa da atividade negligenciada por muitos profissionais.

De acordo com Silva (2012), as práticas de educação em saúde desenvolvidas na ESF são influenciadas tanto pelas concepções dos profissionais, quanto pelos espaços físicos e disponibilidade de material para sua execução. Acredita que os trabalhadores da saúde da família têm uma formação mais voltada para o desempenho de técnicas em suas áreas específicas, e carecem de formação em práticas educativas, o que poderia justificar essa dificuldade na incorporação de tais atividades no cotidiano.

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

Porém, discutir educação em saúde vai muito além de apenas abordar as práticas educativas realizadas através de grupos educativos, uma vez que podem ser realizadas de forma individual ou coletiva, em espaços formalmente instituídos ou não. Acioli (2008) considera que a prática educativa enquanto expressão do cuidado em Saúde Pública pode ocorrer tanto em momentos formais, planejados, quanto em momentos informais, como em conversas com a população ou durante visitas domiciliares, por exemplo.

Souza (2007) refere-se ao desafio de discutir tal tema no contexto da ESF, uma vez que freqüentemente se reduz a educação em saúde a alguma atividade realizada nos grupos educativos constituídos por usuários do SUS que estão vinculados a algum programa direcionado para alguma patologia ou ciclo de vida específico (como grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, idosos). O próprio instrumento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) utilizado para contabilizar as atividades mensalmente realizadas pela equipe de ESF - Relatório de produção e de marcadores para avaliação, conhecido como relatório PMA2-

somente cita a educação em saúde como um procedimento vinculado às atividades em grupos realizadas.

Sendo a educação em saúde um campo vasto de teorias e práticas que norteiam as ações na área tanto da saúde como da educação, faz-se necessário definir com qual abordagem se trabalhará no decorrer desse trabalho. A definição de educação em saúde adotada nessa pesquisa é a utilizada pelo Ministério da Saúde (MS), em que a concebe como um “processo educativo de construção de conhecimentos em saúde, visando à apropriação sobre o tema pela população em geral”, sendo também um conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com profissionais e gestores, com intuito ainda de alcançar uma atenção de saúde de acordo com as necessidades demandadas pela população. Diz ainda que a educação em saúde deva potencializar o exercício da participação popular e do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde, no sentido de que respondam às necessidades da população (BRASIL, 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os objetivos da educação em saúde são desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade à qual pertençam, desenvolver a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva e promover o senso de identidade individual, a dignidade, a responsabilidade, a solidariedade, e a responsabilidade comunitária.

Para Levy et al (2003), os objetivos da educação em saúde estão relacionados ao ato de encorajar as pessoas a adotar e manter padrões de vida saudáveis, tomar suas próprias decisões, tanto a nível individual como coletivamente, buscando melhorias de suas condições de saúde e do meio em que vivem.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional da Promoção da Saúde (PNPS) descrevem que, no processo de trabalho das equipes, estas devem desenvolver ações educativas que interfiram no processo saúde-doença da população e no desenvolvimento da autonomia dos sujeitos- tanto individual quanto coletiva (BRASIL, 2012, 2010).

Sendo assim, a educação em saúde se configura como um dos componentes das ações básicas de saúde e tem como objetivo levar a população à reflexão sobre sua saúde, adotar práticas para sua melhoria ou manutenção e realizar mudanças positivas na vida dos indivíduos. Vasconcelos, Grillo e Soares (2009) afirmam que a prática de educação em saúde implica ainda em troca de conhecimentos, entre a equipe multidisciplinar, e principalmente entre profissionais e usuários, tanto na atenção individual como na coletiva.

Porém, mesmo com todas essas recomendações e com a evolução dos conceitos, ainda hoje, diversos profissionais reduzem a educação em saúde apenas ao ato de ajudar os usuários a prevenir doenças, ainda focado no modelo biomédico de controle dos agravos à saúde. Mas, a educação em saúde, no seu sentido mais ampliado e contextual, implica ir além da assistência curativa, significa dar prioridade para as intervenções tanto preventivas quanto promocionais, como afirma Pedrosa (2006).

Diversos são os espaços dos serviços de saúde de atendimento à população, mas Vasconcelos (1999) destaca a Atenção Básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas de educação em saúde, uma vez que tal espaço caracteriza-se pela maior proximidade com a população e a ênfase nas ações tanto preventivas quanto promocionais. Roecker e Marcon (2011) concordam que os objetivos da ESF só serão alcançados mediante práticas educativas que visem à promoção da saúde dos indivíduos e à prevenção de doenças e agravos à saúde, sendo primordial mesclar as ações para se atingir objetivos.

Fica nítido que a ESF representa um local privilegiado para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, sendo atribuição comum a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família, e entendendo que cada qual a concebe e a pratica de uma forma específica, reitera-se a necessidade de abordar a equipe multiprofissional e suas representações sobre o tema em questão. Sendo assim, percebe-se a importância de que os profissionais reflitam sobre a sua prática, no intuito de qualificar a assistência prestada de acordo com os princípios do SUS.

Lazarini et al (2014) apontam que não há uma definição clara acerca do que os profissionais entendem por educação em saúde e sua conseqüente relação com a comunidade. Por se tratar de “um conceito polissêmico”, ou seja, de amplos

significados em diferentes contextos, a concepção que se tem sobre determinado assunto irá influenciar diretamente na sua prática cotidiana. Considerando essa polissemia do termo e a percepção de cada profissional sobre o tema influenciando sua prática, faz-se de suma importância apreender quais são as representações sociais dos trabalhadores sobre educação em saúde.

Importante citar que as práticas de educação em saúde que são desenvolvidas na ESF englobam importantes atores sociais neste processo de cuidado, como os profissionais de saúde e os usuários do serviço, e ambos têm diferentes representações de acordo com suas vivências e relações cotidianas. As representações sociais que os profissionais de diferentes categorias têm sobre a educação em saúde irão influenciar diretamente a sua prática cotidiana, e apreender como os mesmos representam tais práticas é essencial para caracterizar essas atividades e orientar ou reorientar condutas de educação em saúde, estabelecendo novas bases para o processo de cuidar em saúde, partindo da compreensão das práticas representadas.

Considerando que a concepção e definição de educação em saúde é um importante fator que pode propiciar ou dificultar o desenvolvimento das atividades educativas, uma vez que a práxis assistencial depende daquilo que o profissional acredita, torna-se fundamental a investigação dos conceitos atrelados a tal significado da palavra. É preciso saber o que eles estão pensando para então entender o que eles estão fazendo, pois a partir do que se sabe é que se age no cotidiano, e então, utilizaremos como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS). Segundo Jodelet (2001), as representações sociais, além de dar sentido, também orientam e conduzem os grupos sociais. Formam um saber prático tanto por estarem inseridas na experiência, que envolve um contexto histórico, cultural e espacial, quanto por orientarem as comunicações e condutas dos sujeitos.

Adotou-se a TRS como a possibilidade teórica capaz de nortear como os indivíduos agem sobre a realidade, uma vez que a mesma busca compreender as interpretações e os sentidos que os grupos e sujeitos têm sobre objetos sociais relevantes, com o enfoque no saber construído no cotidiano dos grupos sociais – o conhecimento do senso comum (MOSCOVICI, 2012).

Entende-se que as representações sociais são construídas a partir de um contexto histórico, socioeconômico, cultural e étnico e que por isso refletem as condições do sujeito que a elabora, captando a sua realidade social. A Teoria das Representações Sociais pode contribuir para acessar, dentro da questão da educação em saúde na ESF, as questões de cuidados prestados a um indivíduo, família ou comunidade que estão, por sua vez, inseridos em um contexto sociocultural, político e econômico.

Logo, a Teoria das Representações Sociais possibilita a compreensão e o significado das práticas de saúde, da relação desses profissionais com a sociedade, e de como as representações podem modificar o trabalho desenvolvido por esses sujeitos em seu cotidiano de trabalho em saúde.

Na minha vivência profissional na APS atuando com equipes de ESF, e com indagações acerca do processo educativo no cotidiano, surgiram alguns questionamentos: o que os profissionais da APS consideram como Educação em Saúde? Se a ESF preconiza que a equipe multiprofissional desenvolva atividades de educação em saúde voltada para os indivíduos e para a coletividade, como esses trabalhadores praticam esses saberes na prática cotidiana? De que forma as representações sociais que esses profissionais têm sobre educação em saúde interferem nas práticas desenvolvidas pelos mesmos?

Essas reflexões e a observação da lacuna existente no que tange à abordagem multiprofissional motivaram a realização desse estudo, que tem como objeto de investigação as representações sociais dos profissionais de nível superior da ESF de Juiz de Fora sobre educação em saúde.

Para o estudo do objeto, foi delineado o seguinte objetivo:

- Analisar as representações sociais dos profissionais de nível superior da ESF sobre educação em saúde no cotidiano de sua prática profissional.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONCEITOS E MODELOS

O conceito de educação em saúde e suas práticas desenvolveram-se nas últimas décadas de forma significativa, reorientando as reflexões teóricas metodológicas nesse campo de estudo (GAZZINELLI, 2005). O campo da educação na área da saúde é conceituado de várias formas como: educação em saúde, educação para a saúde, educação na saúde e educação popular em saúde. Estes vários conceitos se confundem e essa confusão também ocorre em sua prática.

Em busca eletrônica realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em 2014, o descritor “educação em saúde” apresenta como sinônimos os termos “educação sanitária”, “educação para a saúde comunitária”, “educação para a saúde” e “educar para a saúde”, e tem como objetivo desenvolver nas pessoas um sentido de responsabilidade, como indivíduo, membro de uma família e de uma comunidade, para com a saúde, tanto individual como coletivamente.

O conceito de educação em saúde e educação para a saúde na literatura ora são usados como sinônimos, ora são vistos como de sentidos opostos. Gazzinelli (2005) acredita que a educação para a saúde é uma prática verticalizada, onde há transferência de saberes para provocar mudanças de comportamentos. Tavares e Rodrigues (2002), em contrapartida, entendem a educação em saúde como um instrumento de emancipação do homem, devendo ser desenvolvida dentro de uma concepção dialógica e que considere as representações, trajetória de vida, experiências, saberes e culturas dos envolvidos nesse processo.

Ruiz et al (2005) definem que o binômio educação e saúde constituem práticas socialmente produzidas em tempos e espaços históricos definidos, destacando que a educação influencia e é influenciada pelas condições de saúde, estabelecendo um estreito contato com todos os movimentos de inserção nas situações cotidianas em seus complexos aspectos sociais, políticos, econômicos, culturais, dentre outros.

Aciolli (2008) citando Chalhoub (1996) traz um fragmento interessante sobre a educação e a saúde:

Ao nosso entender, é necessário pensar a educação e a saúde não mais como uma educação sanitizada (educação sanitária) ou localizada no interior da saúde (educação em saúde) ou ainda educação para a saúde (como se a saúde pudesse ser um estado que se atingisse depois de ser educado!). É preciso recuperar a dimensão da Educação e da Saúde/doença e estabelecer as articulações entre esses dois campos e os movimentos (organizados) sociais. E mais- como práticas sociais articuladas com as necessidades e possibilidades das classes populares na formulação de políticas sociais e das formas de organização social que lhes interessam.

Como destaca Brandão (1985, p.07), “ninguém escapa da educação. Em casa, na rua, na igreja ou na escola, de um modo ou de muitos todos nós envolvemos pedaços da vida com ela: para aprender, para ensinar, para aprender-e-ensinar”. Em todo momento, em todo e qualquer contexto, nas relações entre as pessoas, estamos envolvidos com a educação. Ainda em Brandão (1985, p.11), encontramos que “a educação participa do processo de produção de crenças e idéias, de qualificações e especialidades que envolvem as trocas de símbolos, bens e poderes que, em conjunto, constroem tipos de sociedades”.

Schall e Struchiner (1999) afirmam que a educação em saúde é um campo multifacetado para o qual convergem diversas concepções das áreas tanto da educação quanto da saúde, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade.

Flisch (2013) corrobora com Ceccim e Ferla (2008) quando afirmam que Educação e Saúde constituem campos de conhecimentos e de práticas distintos, mas profundamente interligados no âmbito das políticas públicas sociais, uma vez que a todo o momento tem atores sociais interagindo para a busca de objetivos comuns.

Segundo Alves (2005), a educação em saúde trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas e oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde. No âmbito da ESF,

as ações educativas figuram como práticas previstas e atribuídas a todos os profissionais que compõem a equipe.

Mascarenhas, Melo e Fagundes (2012) concordam que a educação em saúde é um campo multifacetado de diversas concepções convergentes, que se expressam em diferentes ideologias e compreensões de saúde e de educação. Afirmam ainda que existam construções teóricas que apontam para diferenças significativas entre esses dois campos, sobretudo na amplitude e na especificidade das ações. Contudo, faz-se claro a relação entre Educação, Saúde e Educação em Saúde, sendo que esses conceitos se entrelaçam e constituem uma prática necessária no âmbito das atividades preventivas e de promoção da saúde da população.

Referindo-se à diversidade de conceitos que permeiam o campo da educação na área da saúde, encontra-se na literatura uma vasta gama de compreensões acerca do tema referido. Partindo para a questão prática, Pereira (2003) afirma que as práticas educativas referem-se às atividades de educação em saúde voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas, visando à melhoria da qualidade de vida e saúde. Concorda que a educação em saúde não são apenas processos de intervenção na doença, mas processos de intervenção para que o indivíduo e a coletividade disponham de meios para a manutenção ou recuperação do seu estado de saúde, no qual estão relacionados os fatores orgânicos, psicológicos, socioeconômicos e espirituais, de acordo com as necessidades dos sujeitos envolvidos.

Apesar de direcionar para a reflexão sobre as necessidades dos sujeitos, a realidade dos serviços de saúde nem sempre responde às necessidades de saúde e expectativas sentidas pela população, pelo fato de, muitas vezes, não dispor de profissionais habilitados para realizar educação em saúde. Para que este tipo de problema seja solucionado, é preciso que se dê início a uma nova forma de planejamento e avaliação do que é oferecido à população, sendo fundamental refletir sobre as representações imbricadas na mente dos profissionais que desenvolvem esse cuidado.

De acordo com Conversani (2004, p. 4), muitos profissionais da área da saúde (médicos, cirurgiões-dentista, enfermeiros, assistentes sociais, agentes comunitários, entre outros) têm abordado a questão da educação em saúde com a população como uma ação autoritária, “apenas para transmissão de conhecimentos

não pertinentes às necessidades sociais e desvinculadas das condições de vida dos indivíduos”. Declara que na maioria das intervenções em saúde há interação, direta ou não, entre sujeitos (profissionais e usuários) o que implica práticas educativas autoritárias (como historicamente esteve presente nas várias abordagens da saúde pública) ou estas podem ser revestidas de uma concepção integrativa sobre o processo saúde-doença.

As ações educativas em saúde precisam estar voltadas para a formação crítica dos sujeitos, visando à transformação da realidade social e política, no sentido que eles aumentem o controle sobre suas próprias vidas, fornecendo qualidade à vida cotidiana.

Para Pedrosa (2003), as atividades desenvolvidas pelas instituições e serviços de saúde são, na maioria das vezes, práticas hegemônicas centradas na doença e no atendimento individual, que ditam ações pontuais, focalizadas nas especificidades dos programas de saúde (diabéticos, hipertensos, gestantes, nutrízes, crianças, adolescentes, entre outros). São prescritivas, individualistas, e autoritárias, voltadas principalmente para mudança de hábitos. Por outro lado, afirma haver também uma concepção contra-hegemônica de educação em saúde, de promover a saúde e considerando os sujeitos ativos, com autonomia para intervir no seu modo de vida. As práticas educativas contra-hegemônicas voltadas para a concepção dialógica vêm romper com a verticalidade da relação profissional-usuário de transmissão de conhecimentos e priorizar a relação educativa com a população.

Alves (2005) considera a existência de práticas hegemônicas e contra hegemônicas, mas também reforça a predominância de práticas educativas hegemônicas. Essa autora delinea dois modelos de práticas de educação em saúde: o modelo tradicional (que focaliza a doença e a intervenção curativa, com repasse de informações verticalizadas) e o modelo emergente-dialógico (envolve os indivíduos nas ações e práticas de saúde, tendo o diálogo como instrumento essencial, e reconhecendo os saberes dos sujeitos).

O quadro comparativo entre as concepções tradicional e emergente-dialógica de acordo com Alves (2005) e suas principais diferenças e características encontra-se exposto em seguida, e podemos visualizar claramente os aspectos divergentes entre um modelo e outro, adaptado por Fernandes (2010):

Concepção Tradicional	Concepção Dialógica
Centrado na doença biologicista/ Reduccionista	Individual/ coletivo
Prática Verticalizada / Autoritária	Prática horizontal / dialógica
Legítima saber científico / Impositiva	Valoriza aos diferentes saberes populares
Relação de subordinação / opressão	Relação democrática
Transmissão de conhecimentos / informação	Construção compartilhada de conhecimentos (autônomos)
Culpabilização dos sujeitos (Mudança de hábitos)	Valorização da cidadania (conscientização crítica)
Punitiva / Repressora	Libertadora / Emancipatória
Estilo de vida idealizado (Desvinculada da realidade)	Vinculada à realidade
Normativa/ Prescritiva	Estratégica
Usuário – objeto (passivo)	Usuário - Sujeito ativo
Metodologia reduzida	Utiliza diferentes metodologias e espaços
Preconceituosa	Respeito pelo outro / alteridade

Figura 1: Comparativo entre as concepções tradicional e dialógica de Educação em Saúde.

Referindo-se à prática educativa no âmbito do trabalho em saúde, verifica-se que esta é indissociável do cotidiano de trabalho dos profissionais. A educação em saúde é uma prática inerente ao cuidado humano, e ainda inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS. A forma de abordagem é que irá se diferenciar de um profissional para outro, de acordo com suas percepções sobre o objeto de suas ações.

Assim, pensando nos propósitos da educação em saúde na APS, apontamos para a necessidade de promover reflexões tanto para os profissionais quanto para os usuários dos serviços de saúde, acreditando sempre no potencial transformador da educação em saúde para modificação e aprimoramento do modelo de saúde vigente.

2.2 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS

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

Dada a polissemia do termo educação em saúde, ao realizar a busca no site da BVS para o descritor a ser utilizado nas bases de dados para a revisão de literatura, procurei a hierarquia da palavra Educação em Saúde. Observei que ela se encontra englobada em vários temas que envolvem a saúde, porém com focos diferenciados. Uma vez que a área de interesse nesse momento diz respeito à Saúde Pública, foi dentro dessa lógica que foi encontrado o termo promoção da saúde e educação em saúde.

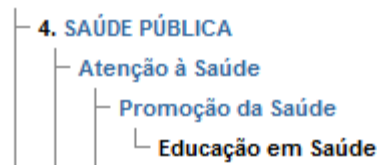


Figura 2 : Hierarquia do termo Educação em Saúde

Fonte: Portal de Pesquisa da BVS

Através dessa hierarquização da palavra é que norteio a construção de um histórico do desenvolvimento da educação em saúde no país, passeando pela história da Saúde Pública no Brasil, a conquista pelo direito à saúde, o estabelecimento da AB e da ESF, focando na análise da consolidação da Educação em Saúde no nosso país dentro da perspectiva de Promoção da Saúde.

As ações de educação em saúde no Brasil têm, em suas raízes, estratégias autoritárias, tecnicistas e biologicistas voltadas para um viver higiênico, com práticas preventivas isoladas e direcionadas para as classes populares, que eram vistas como passivas e incapazes de iniciativas próprias favorecedoras da manutenção da saúde individual e coletiva (GOMES e MERHY, 2011; REIS, 2006).

Datadas ainda do período colonial, as ações de saúde direcionadas à população ficavam sob responsabilidade da Igreja e associações beneficentes e

irmandades religiosas. Apenas no período conhecido como Primeira República é que começam algumas modificações no setor saúde, com o olhar do Estado direcionado para o controle das doenças, o que envolvia a educação da população para o saneamento e medidas preventivas, como as vacinas (ESCOREL E TEIXEIRA, 2008; SANTOS E FARIA 2003).

Smeke e Oliveira (2001) afirmam que as primeiras práticas de educação em saúde desenvolveram-se no final de século XIX e início do século XX, voltadas para o controle de epidemias que prejudicavam a economia agroexportadora, focadas apenas na necessidade do Estado em garantir a higiene do local. Assim, a educação em saúde era denominada de “Educação Higiênica”, para o combate às epidemias e saneamento dos portos. Essa prática se efetuava de forma extremamente disciplinadora, com predomínio de campanhas autoritárias e imposição de condutas ditadas pelos que tinham conhecimento científico (VASCONCELOS, 1999).

Na década de 20, com a ocorrência da urbanização, surge a chamada “Educação Sanitária”, onde as ações não eram mais tão autoritárias como no período anterior, mas o Estado ainda mantinha forte controle sobre a população. Segundo Vasconcelos (1999), nesse período o sujeito ainda possuía papel inativo no processo educativo, sendo culpabilizado individualmente pelas doenças que o acometiam.

A educação em saúde, dentro da perspectiva sanitária, considerava o sujeito como um depositário de conhecimentos, partindo do pressuposto de que o profissional era o detentor de todo o saber para a saúde e que o sujeito não tinha conhecimento suficiente. O sujeito era culpabilizado caso viesse a adoecer, por não ter adotado as medidas de prevenção ditadas por um educador. Nesse sentido, Acioli (2008) considera que as práticas inspiradas no higienismo pressupõem a necessidade de mudar a vida das pessoas pobres, ensinando-as hábitos de higiene e cuidados para “ter saúde”, limitando-se ao simples repasse de informações para a população.

Ainda nessa fase, a “polícia sanitária” dedicava-se ao confinamento de enfermos e à vacinação compulsória da população, através da imposição de condutas e relegando a educação a um segundo plano. A atenção à saúde voltava-se também às classes mais favorecidas e à classe média por meio do oferecimento de serviço de médicos generalistas (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

A partir da década de 1940, algumas transformações começam a ser verificadas no campo da educação em saúde: aos sujeitos que até então haviam sido culpabilizados individualmente pelos problemas de saúde que os acometiam e dos quais não se esperava mais do que a assimilação passiva das prescrições normativas dos profissionais de saúde, uma importância relativa passa a ser observada no sentido de envolvê-los no processo educativo (ALVES, 2005).

Já no final dos anos 50 e início dos anos 60, os movimentos sociais ganham espaço e Paulo Freire propõe uma nova pedagogia, que possibilita que educador e educando construam saberes a partir do diálogo. Freire (2005) caracteriza duas concepções de educação: a bancária, onde o educador é quem sabe e a educação torna-se um ato de depositar o saber, nega a dialogicidade e faz uma divisão entre oprimidos e opressores; e a problematizadora, que se fundamenta na relação dialógico-dialética, onde ambos aprendem juntos, ambos possuem algum saber. Valoriza o saber do educando e instrumentaliza-o para a transformação de si mesmo e de sua realidade. De acordo com Vasconcelos (1999), vários profissionais de saúde incorporaram o método de educação de Paulo Freire na assistência à saúde, revisando suas práticas educativas e tornando o diálogo um importante instrumento do processo ensino-aprendizagem da população. No entanto, esse processo foi interrompido com a instalação do regime militar no Brasil, pela expansão do modelo médico-privatista e da medicina curativa, e a educação não obteve espaço significativo.

Alves (2005) nos lembra que, no início da década de 1960, teve um advento da então chamada “Medicina Comunitária”, onde se pode verificar um apelo à participação da comunidade para a solução dos problemas de saúde nela vivenciados. Entretanto, por trás deste apelo de participação comunitária parecia “camuflar-se” o mesmo discurso da culpabilidade dos sujeitos, com a ressalva da culpabilização passar da individualidade para a coletividade.

A partir dos anos 70 começam a surgir movimentos sociais que lutaram pela Reforma Sanitária, com o intuito de garantir o direito e o acesso à saúde, buscando reverter ainda a lógica de assistência à saúde no Brasil. Era em meio a um cenário de insatisfação que a população buscava defender a saúde como questão de cidadania. Em resposta às reivindicações, começou a ser implementada uma

proposta de medicina comunitária que empregava técnicas simplificadas, de baixo custo e que valorizava os aspectos preventivos da saúde (STOTZ, 2005).

Neste contexto de luta/reivindicações dos movimentos sociais (em que se reuniam intelectuais e populares), Alves (2005) diz que foi um ambiente propício para a retomada das propostas pedagógicas de Paulo Freire, e os profissionais de saúde eram estimulados, de certa forma, a revisarem suas práticas por uma nova forma de ver a saúde e a educação em saúde.

Wendhausen e Suape (2003) destacam que as concepções de saúde e de educação em saúde sofreram fortes influências de dois movimentos mundiais na década de 80: as Conferências de Alma-Ata e de Ottawa, pois estas trouxeram uma diferenciação dos enfoques tradicionais de saúde. A OMS passou a propagar uma maior amplitude conceitual à saúde, passando a considerar a importância dos determinantes sociais, econômicos, ambientais e culturais.

A Primeira Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata ocorreu em 1978 e teve repercussões no mundo todo, e esta muito influenciou e contribuiu para avanços na forma de pensar a saúde brasileira. Essa Conferência trouxe os conceitos de atenção primária e norteou uma mudança na lógica de assistência à saúde da população (OMS, 1979).

Anos mais tarde, acontecia a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Ottawa, no Canadá, em novembro de 1986, que enfatizou a importância da Atenção Primária em Saúde defendida pela OMS como a chave para uma promoção da saúde de caráter universal. Nessa conferência, foi elaborada a famosa Carta de Ottawa, em decorrência dos progressos alcançados após a Declaração de Alma-Ata e a partir do documento da OMS "As Metas da Saúde para Todos". Esse documento passou a ser uma referência permanente na reflexão sobre os determinantes sociais em saúde em todas as conferências que seguiram e na evolução conceitual da promoção da saúde (OMS, 1986).

A Carta de Ottawa ampliou o conceito de promoção da saúde para além de um estilo de vida saudável, indicado como pré-requisitos básicos para alcançar saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade; retirando da corporação médica o privilégio

na definição de garantir isoladamente a saúde coletiva, demandando uma nova forma de pensar e gerir o setor saúde.

Vale ressaltar que a concepção de Saúde e Educação em Saúde estava na efervescência de debates e construções em todo âmbito internacional, mas também nacional.

Nesse período, acontecia no Brasil a 8ª Conferência Nacional de Saúde, também no ano de 1986, onde diversos representantes da sociedade e do governo se reuniram para debater sobre o quadro de saúde da população brasileira, o qual significou um movimento de âmbito nacional em defesa da saúde, que também (assim como a Carta de Ottawa) definiu saúde em seu conceito mais ampliado, não apenas restrito à ausência de doenças, mas reconhecendo a saúde como resultado das condições de vida e como direito de cidadania. As propostas da 8ª CNS incluíram uma extensa pauta de caráter reivindicatório, como a questão dos recursos humanos, o caráter multiprofissional da composição das equipes, a atenção primária e a educação em saúde (BRASIL, 2011).

Seguindo a evolução temporal dos fatos na conquista de direito dos cidadãos à saúde no Brasil, foi promulgada a Constituição Federal de 1988, cujo Artigo 196 diz que “a saúde deve ser um direito de cidadania e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário e universal às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p 133).

A Constituição Federativa trouxe, no seu bojo, a obrigatoriedade de implantação de um Sistema de Saúde Público, ressaltando que o direito à saúde estava relacionado à garantia pelo Estado de condições dignas de vida e de acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação em todos os níveis de atenção. Foi através da Constituição Federal que foi evidenciada a necessidade de reestruturação do Sistema de Saúde, apontando como resultado a criação de um Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988).

No período anterior à criação do SUS, as ações educativas não eram vistas como prioridade, e quando praticadas, seu objetivo era domesticar as pessoas para obedecerem às normas e condutas. Assim, os trabalhadores da saúde tiveram poucas oportunidades para refletir sobre as práticas educativas por eles

desenvolvidas nos serviços de saúde (ACIOLI, 2008). Com a criação do SUS em 1990, pode-se considerar que foi um marco para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema, uma vez que se instaurou uma nova forma de pensar, de estruturar, de desenvolver, de produzir serviços e assistência em saúde, sendo que a universalidade de acesso, a integralidade da atenção, a equidade, a participação das comunidades e a descentralização tornaram-se os princípios do novo sistema (BRASIL, 1990).

Porém, essa implantação do novo sistema se deu com controvérsias. Segundo Feuerwerker (2005), com o início da vigência do SUS, a saúde pública brasileira passa a protagonizar uma história de conflitos de interesses, uma vez que o país vivenciava uma disputa de modelos de saúde entre o médico assistencial privatista e o modelo assistencial sanitarista, sendo que os profissionais apresentavam dificuldades para incorporar os objetivos da nova política de saúde, bem como a dificuldade de colocar em prática a efetivação dos seus princípios e diretrizes. Essa forma de vivenciar a implantação do SUS trouxe reflexos nas práticas desenvolvidas, uma vez que toda mudança gera resistência até que haja uma adaptação.

A partir de então, após a implantação do SUS de caráter público, com princípios e diretrizes comuns em todo o território nacional regulados pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 (BRASIL, 1990), ocorreram tentativas de organizar o sistema de saúde. Como uma estratégia para organização do modelo de saúde até então vigente, surgiu a Atenção Básica em Saúde², passando a ser considerada como ponto de partida para um atendimento à Saúde Pública eficiente e eficaz (VASCONCELOS 1999).

² A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. No Brasil, a atenção básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Sousa (2014) afirma que a APS³ surgiu como uma estratégia para reorientar a organização do sistema de saúde, tendo como pressuposto responder as necessidades da população, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais para promover a saúde como direito social. Starfield (2002) define a APS como um conjunto de serviços de sistema de saúde que oferece acesso na porta de entrada do sistema, com a finalidade de promover a saúde.

Posteriormente à incorporação da atenção básica na rede de atenção à saúde, foram lançados programas para melhor operacionalização da APS no país, sendo que o Programa de Agentes Comunitários (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) foram fundamentais para se consolidar o que passou a ser conhecida como Estratégia Saúde da Família. A partir de 2006, o Ministério da Saúde passou a considerar o programa como uma estratégia, e assim a ESF tinha como principal objetivo reorganizar a atenção básica em substituição do modelo tradicional, hospitalocêntrico, que priorizava ações curativas. Surgiu com o propósito de superação desse modelo de assistência à saúde, visto como excludente e responsável pela insatisfação popular até então presentes na vida dos sujeitos (BRASIL, 2001).

A ESF foi reafirmada pela Política Nacional de Atenção Básica a ser a estratégia prioritária para expansão e consolidação do SUS. Dentre as ações preconizadas pelos integrantes das equipes de ESF, “emergem as ações educativas como ferramenta essencial para incentivar a auto-estima e o autocuidado dos membros das famílias, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e comportamentos” (MACHADO ET AL, 2007, p. 337).

Em Souza (2014, p 176), encontramos que “a lógica da promoção da saúde é fortalecer a população com o desenvolvimento de sua capacidade de cuidar de si, não só do ponto de vista do cuidado em saúde, mas em todos os fatores ligados à sua vida”, sendo que é através da educação em saúde que podemos fazer isso com

³ A Atenção Primária à Saúde–APS é considerada pelo Plano Municipal de Saúde de Juiz de Fora como o centro de comunicação das redes assistenciais, sendo eleita pelo nível central da gestão como um dos eixos prioritários de organização da rede assistencial em Juiz de Fora. Apesar do termo Atenção Básica recomendada pela PNAB, utilizaremos nesse trabalho o termo APS quando formos nos referir a esse nível de atenção à saúde, no município de Juiz de Fora.

mais efetividade. Dessa forma, a inter-relação entre promoção da saúde e educação em saúde é notória no cenário da Atenção Básica.

Nessa concepção de integralidade das ações e do indivíduo, a Atenção Básica torna-se um espaço favorável para o desenvolvimento da educação em saúde, e ainda contribuindo para o desenvolvimento dos sujeitos - tanto dos profissionais, quanto dos usuários e comunidade -, atores importantes do processo educativo, mesclando a realização de atividades para promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

Fernandes (2010) entende que as práticas educativas em saúde “não são apenas uma atividade a mais que se realiza nos serviços de saúde, mas uma ação que reorienta a globalidade das práticas ali executadas”, contribuindo para superação do biologicismo, da não aceitação das iniciativas por parte da população e ainda superação da imposição de soluções técnicas restritas para problemas sociais globais que dominam a medicina atual. A articulação entre os saberes e os sujeitos está pautada na prática educativa e de acordo Paulo Freire (2011, p. 47) “saber ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou sua construção”.

Desse modo, as reflexões que partem das leituras realizadas sobre o percurso histórico da educação em saúde e através da minha prática no cenário da APS inserida nas equipes de ESF fazem-me concordar com Guerreiro (2012), quando afirma que a educação em saúde como fenômeno em representações sociais é tema de grande relevância social, apresentando diferentes concepções de acordo com o período histórico e grupo social em que se insere.

2.3 ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria 648/GM de 28 de março de 2006 caracteriza a Atenção Básica como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL 2007, p. 12).

Ainda de acordo com a PNAB, a Atenção Básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe. Este mesmo documento define algumas atribuições comuns a todos os profissionais da saúde, bem como as específicas de cada categoria profissional, sempre direcionados para a efetivação na prática dos princípios e diretrizes do SUS.

Visando a operacionalização da AB, definiram-se algumas áreas estratégicas para atuação: eliminação da hanseníase; controle da tuberculose, hipertensão arterial e diabetes mellitus; a eliminação da desnutrição infantil; e áreas específicas de atuação de acordo com a saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde bucal; e a promoção da saúde. Entre as diversas ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família, nesse estudo abordaremos a educação em saúde.

Com o sucesso após a operacionalização da atenção básica como porta de entrada na rede, e após êxitos alcançados com a ampliação do PSF, a ESF se consolidou como a principal estratégia para garantir o acesso às ações de saúde para a população adstrita, a partir de uma interação efetiva entre trabalhador e usuário/família e de uma nova relação com a comunidade.

A ESF é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Tais equipes possuem uma composição mínima constituída por: médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem, e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou

especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2012).

Dentre os objetivos da ESF destaca-se a produção social da saúde, por meio da troca de informações e experiências entre os profissionais de saúde e a comunidade, através das ações de educação em saúde, sendo uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a ESF. Para tanto, espera-se que essa equipe esteja capacitada para efetivação de uma assistência integral e contínua às famílias da área adstrita, desenvolvendo processos educativos para a saúde voltados para melhoria do autocuidado dos indivíduos (BRASIL, 2007), desenvolvendo ações tanto para prevenção de doenças como para promoção da saúde.

Porém, para a reorganização da atenção básica a que se propõe a Saúde da Família, reconhece-se a necessidade de reorientar as práticas de saúde através do estabelecimento de vínculos de compromissos e de co-responsabilidade entre os serviços, entre os profissionais da saúde e os usuários dos serviços, sendo estas características fundamentais para garantir a longitudinalidade do cuidado. A atuação na ESF requer dos profissionais a capacidade de reestruturação das ações, tendo como foco a saúde da população. Sendo assim, faz-se necessário a ampliação das práticas voltando-as às estratégias de promoção da saúde e de prevenção de doenças interligadas à prática de cuidado.

Nesse sentido, Franco e Merhy (2006) indicam que o profissional deve incorporar novas formas de desempenhar suas práticas enfatizando a escuta, o acolhimento, compromisso, vínculo, entre outros, como forma de promover o cuidado, a autonomia dos indivíduos, a proteção e a defesa da vida.

Franco & Merhy (2005) afirmam que o trabalho nos estabelecimentos de saúde é tradicionalmente organizado de forma parcelada, verticalizada, com o médico no centro do processo de atendimento ao usuário. O trabalho fragmentado, super especializado, centrado em um único saber, focado nos procedimentos e exames, são fatores que dificultam a interação dos profissionais com o seu próprio trabalho, com seus pares e com os usuários.

Apesar de todas as conquistas advindas da organização do sistema com a implantação do SUS, a especialização do cuidado à saúde, a distância do sujeito

nos processos de cuidado e as grandes diferenças entre o que pensam os usuários e os trabalhadores e/ou gestores da saúde têm se configurado como uma grande tensão na construção do modelo de saúde sonhado, chegando, algumas vezes, a diminuir o acesso dos usuários ao sistema ou sua exclusão. Sendo assim, podemos constatar o desafio de formar profissionais para atuar no sistema de saúde devido à própria complexidade que o cotidiano de trabalho exige (BATISTA e GONÇALVES, 2011).

Eventualmente, um ou outro profissional pode imaginariamente pensar que seu saber e fazer se sobrepõe aos dos outros trabalhadores da saúde. Porém, ao analisarmos a micropolítica do trabalho em saúde verificamos que ali se processa uma rede de relações entre todos os envolvidos na produção do cuidado (FRANCO, 2006), mas todos são fundamentais para a execução de um trabalho conjunto, em equipe. E essa noção da importância do trabalho em equipe deve ser estimulada desde a graduação dos profissionais de saúde, para que não haja sobreposição de saberes, ou pior, hierarquização de saberes.

O trabalho em saúde é coletivo, realizado por diferentes profissionais e seus saberes: não há trabalhador de saúde que consiga sozinho dar conta do complexo objeto do ato de cuidar: o mundo das necessidades de saúde. Realiza-se por profissionais que se inserem na intervenção direta da ação em saúde, como: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas etc.; e por um grupo diversificado de trabalhadores que atuam indiretamente nos serviços, mas que suas atividades são fundamentais para a assistência, como: porteiros, cozinheiros, funcionários dos serviços gerais e administrativos, onde todos sem exceção são “dependentes” do trabalho que é executado com o fim de manter uma unidade de saúde em condições de biossegurança adequadas (FRANCO; MERHY, 2005).

Anterior às estratégias atualmente adotadas que colocam o sujeito como centro das ações, o modelo hegemônico na atenção à saúde pautava-se numa visão individualista, desconectada de seu contexto social e particular, centrado no enfoque biológico, nas tecnologias duras, o que leva a abordagem ao usuário fragmentada e mecanicista. Este modelo ainda vem sendo perpetuado nas instituições formadoras da área da saúde, e infelizmente segmenta saberes e indivíduos, sendo de fundamental importância que se pense em estratégias para integrar as práticas de saúde e oferecer uma assistência integral, conforme preconiza o SUS.

Moretti-Pires e Bueno (2009), discutindo a formação profissional para atuação no SUS, constataram a escassez de trabalhos que analisassem as três profissões de nível superior da ESF em conjunto - médicos, enfermeiros e dentistas- sendo que muito se publica sobre cada profissão separadamente, sendo importante o olhar para a abordagem multiprofissional. É importante que os estudantes comecem desde a graduação a trabalhar em equipe, e é necessário que estudos multiprofissionais sejam cada vez mais estimulados e compartilhados.

O ideal de profissional que se deseja para atuar no SUS, ou seja, aquele que incorpore em suas ações os princípios desse sistema, pode ser atingido se reconhecermos as necessidades e o poder criativo de cada um, ouvir o que cada um tem para dizer e refletir sobre a prática profissional inicialmente cheia de valores e de significados, os quais, muitas vezes, se perdem pelo caminho (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Souza (2014), quando fala em formação, não se refere apenas àquela institucionalizada, e considera ainda que não há como falar de saúde coletiva, ou da ESF, ou de educação em saúde, sem se reportar à formação do pessoal de saúde.

“Embora a ES seja feita para as comunidades, quem a faz também deve ser sensibilizado e transformado por ela. Acreditamos que essa transformação deva se dar justamente no processo de formação desse sujeito como profissional. Assim, quando esse sujeito chegar para trabalhar nas comunidades, ele já estará sensibilizado e instrumentalizado, ou pelo menos, já terá desenvolvido a capacidade resiliente de intervenção nos cotidianos”. Souza (2014, p 174-175).

De encontro ao pensamento de Souza (2014), as Diretrizes Curriculares dos Cursos da Saúde definem como objetivo:

“Levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender, que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar e integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.”

Souza (2014) diz ainda que o tema educação em saúde deveria ser “matéria/disciplina” nos currículos de formação do pessoal da saúde e ser considerada de grande importância”. Avalia que a formação influencia a ação e considera que se o ensino é feito sob a égide de paradigmas biomédicos, teremos profissionais formados para atuarem segundo esse paradigma, o que pode trazer certa imobilização e comodismo, encontrado nas pessoas que “não fazem porque não aprenderam na faculdade”.

Fernandes (2010) considera que uma das razões para o descompasso da educação em saúde pode ser o despreparo dos profissionais que a realizam. Lembra ainda que também seja possível que o conhecimento que compôs o aporte teórico desses profissionais, durante sua formação, não tenha produzido maior estímulo no sentido de assimilar o princípio da integralidade na relação entre profissional e usuários dos serviços, favorecendo uma intervenção em saúde para além da doença, com apreensão de necessidades mais abrangentes dos sujeitos. O olhar do profissional deve ser totalizante, com apreensão do sujeito biopsicossocial, e a abordagem do profissional não deve se restringir a uma assistência curativa, só com foco na doença, mas buscar compreender necessidades mais abrangentes.

Fernandes (2010) reconhece que a principal crítica relacionada à educação em saúde atual adotada na ESF tem sido referente a não consideração das necessidades e dos determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos em saúde. Ao tomar os usuários como objeto das práticas educativas e carentes de um saber sobre a saúde, os profissionais perdem de vista que os comportamentos são orientados por crenças, valores e representações sobre o processo saúde-doença.

Com isso, tal autor afirma que a relação entre profissionais e usuários se dá de forma assimétrica, um detendo conhecimento técnico - científico e o outro apenas precisa ser informado. Essas relações sociais estabelecidas necessitam ser alvo de reflexão dos profissionais que atuam nesse cenário da ESF, e a educação em saúde pode ser um campo que possibilite o desvelar de representações sociais importantes nesse cotidiano vivido.

Lunelli (2006) aborda a educação em saúde como um instrumento capaz de promover o empoderamento das comunidades, pautado numa relação dialógica entre os atores sociais envolvidos no processo educativo, reconhecendo e

valorizando os diferentes saberes e a determinação social do processo saúde-doença em seus diversos aspectos.

Rodrigues e Santos (2010) apontam que a educação em saúde tem se tornado uma importante ferramenta para o trabalho das equipes na ESF, e indica ainda a necessidade de ampliarem os estudos e pesquisas sobre o tema.

Diante dessa abordagem multiprofissional das equipes de ESF, a análise das representações sociais dos profissionais sobre educação em saúde pode elucidar pensamentos, atitudes, concepções e representações sobre tal objeto no cotidiano desses trabalhadores.

3 DESENHO TEÓRICO E METODOLÓGICO DO ESTUDO

3.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO MARCO TEÓRICO

A Teoria das Representações sociais (TRS) é uma teoria sobre a produção dos saberes sociais. Quando pensamos em saberes, nos referimos a qualquer saber, ligados aos conhecimentos em geral, mas a TRS está especialmente dirigida aos saberes que se produzem no cotidiano, e que pertencem ao mundo vivido (JOVCHELOVITCH, 1998).

Para Jodelet (2001), uma característica marcante da representação social é a forma de conhecimento resultante do senso comum, aquela que é compartilhada e elaborada socialmente, ou seja, que permite a construção de uma realidade comum aos indivíduos pertencentes ao grupo social. A autora ressalta que ao estudar as representações sociais, deve-se buscar meios de articulação entre os mais diversos campos, sendo eles os afetivos, sociais e mentais, valorizando sempre a cognição, a linguagem e a comunicação.

Esta reflexão é também reforçada por Moscovici (2012), ao discorrer sobre a afirmativa de que o comportamento de indivíduo que está inserido em um grupo é significativamente influenciado pelas representações criadas pela sua coletividade, sendo estas representações entendidas quase como objetos materiais, por serem provenientes das ações e comunicações das pessoas.

A TRS vem sendo continuamente incorporada às pesquisas nas áreas da saúde, da educação, das ciências humanas, entre outras. Devido à sua grande amplitude na análise de fenômenos distintos, sua utilização tem sido recorrente para investigações de cunho subjetivo e cada vez mais tem ganhado força na área da pesquisa qualitativa. Guareschi e Jovchelovitch (2012) enfatizam que a TRS está, atualmente, no centro de um debate interdisciplinar sobre a relação das construções simbólicas com a realidade social.

Essa Teoria se originou na Europa, em 1961, com a publicação de um estudo realizado por Serge Moscovici, na França. A partir da proposta original de Moscovici, surgiram três propostas complementares e com ênfases diferentes para o estudo

das representações sociais: a proposta por Denise Jodelet, com uma abordagem compreensiva abrangente; a de Willem Doise que enfatiza os aspectos sociológicos e ligados aos determinantes de produção das representações; e a de Jean Claude Abric que enfatiza os aspectos cognitivos da construção das representações sociais enquanto sistema estruturado e organizado de conteúdos, e propondo inclusive uma teoria derivada, a "Teoria do Núcleo Central", muito utilizada e difundida nas pesquisas sociais. (ARRUDA, 2002).

Moscovici (2012) reconhece o dinamismo dos processos sociais, reconhecendo nos indivíduos capacidade para compreender, recriar e transformar sua realidade. Para este autor, as representações sociais tanto são normativas, inserindo objetos em modelos sociais, quanto são prescritivas, servindo de guia para ações e relações sociais, sendo essa a idéia que norteará a construção do presente trabalho.

Moscovici (1978, p.67) enfatiza que a representação social se mostra como um conjunto de proposições, reações e avaliações que dizem respeito a determinados pontos. "Mas essas proposições, reações e avaliações estão organizadas de maneira muito diversa segundo as classes, as culturas ou grupos, e constituem tantos universos de opinião quantas classes, culturas ou grupos existem".

Cada universo de opinião tem três dimensões: a atitude, a informação e o campo de representação ou a imagem. A informação relaciona-se com a organização dos conhecimentos que um grupo possui a respeito de um objeto social; o campo de representação ou imagem remete a idéia de modelo social, ao conteúdo concreto; a atitude diz respeito à orientação global em relação ao objeto representado, à tomada de posição, como o sujeito age frente ao objeto de investigação (MAZZOTTI, 2008).

Para Moscovici, as representações sociais se formam principalmente quando os indivíduos encontram-se expostos às instituições, aos meios de comunicação de massa e à herança histórico-cultural da sociedade. As representações são imagens que condensam um conjunto de significações, de sistemas de referências que permitem a interpretação de acontecimentos, elas dão sentido ao inesperado e desconhecido, contribuindo assim para os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais (MOSCOVICI, 1978).

As Representações Sociais têm papel fundamental nas relações sociais e respondem a quatro funções essenciais: permitem que os atores sociais adquiram conhecimentos e assimilem à sua rotina de vida diária de forma que seja compreensível; situam os indivíduos e os grupos no campo social e definem a identidade destes grupos; são também guia para a ação e tipo de estratégia cognitiva adotada por cada grupo ou indivíduo e justificam certos comportamentos de um grupo em relação a outros grupos sociais (ABRIC, 1998).

De acordo com o pensamento de Moscovici (1978, p. 27), “uma representação é sempre uma representação de alguém tanto quanto de alguma coisa”, isto é, uma representação é sempre de um sujeito para e sobre um objeto, logo, a representação é a reprodução de um objeto que é socialmente valorizado (MOSCOVICI, 1978).

Moscovici (1978, p. 26) descreve que “a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos”. Ressalta que se pode deduzir o que um indivíduo vai fazer de acordo o que ele diz, sendo “a fala uma preparação para a ação”, ou vice-versa, sendo que a comunicação possibilita determinar as representações.

Moscovici (2012) declara que as representações são sempre um produto da interação e comunicação e elas tomam forma a qualquer momento, cabendo ao pesquisador apreendê-las. E sendo produto, elas sinalizam ações futuras e justificam ou esclarecem as passadas.

De acordo com Guareschi e Jovchelovitch (2012), o campo das interações sociais, onde os sujeitos se encontram para falar, discutir, negociar, e entender a vida, é o lócus sobre o qual a TRS dirige seu olhar epistêmico, tentando entender como a realidade social constrói a gramática e a dramática dos símbolos que povoam nosso cotidiano e nos movem à ação.

Para Moscovici (2012), as representações sociais têm a finalidade de tornar familiar algo não familiar, e isso não é uma tarefa fácil. Tornar algo que não é conhecido em algo concreto, perceptível, exige que o indivíduo reflita intensamente sobre o objeto de investigação, para que possa entender o universo que está inserido e interiorizar a representação social que tem sobre o mesmo.

Para que esse processo se concretize, Moscovici (2012) descreve dois mecanismos: a ancoragem e a objetivação. A ancoragem está associada à forma como as pessoas tornam familiar o que lhes são desconhecidos; é a aproximação do sujeito com o objeto, funcionando como um ponto de referência e fixação da idéia. Após resistência pela falta de conhecimento de determinado objeto, damos-lhe nome e o categorizamos. Assim representamos aquilo que não é costumeiro em nosso universo familiar. Ainda, segundo Moscovici (2012), é impossível classificar sem nomear. Assim, classificar e dar nomes são dois aspectos da ancoragem das representações.

O outro mecanismo que gera as representações sociais é o de objetivação: concretiza o abstrato, transformando o abstrato em concreto, recriando e transformando a realidade; é o ato de reproduzir um conceito em uma imagem. Nesta perspectiva, ancorar e objetivar seriam tornar familiar, classificar, nomear e imaginar algum objeto, pessoa ou situação. Ao dar nome a algo o indivíduo é capaz então de imaginá-lo e representá-lo. A interação entre os construtores, ancoragem e objetivação, permite compreender o processo de construção de uma representação social e possibilita a compreensão de comportamentos de sujeitos diante de um determinado objeto (MOSCOVICI, 2012).

Assim, pode-se concluir que as representações sociais exercem papel fundamental na dinâmica das relações sociais e práticas, sendo determinada pelo próprio sujeito através de sua vivência, pelo sistema social e também ideológico no qual ele está inserido, e ainda pela natureza dos vínculos que esse sujeito mantém com esse sistema social (ABRIC, 1998).

As representações sociais são manifestadas em palavras, sentimentos e condutas e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais. Estabelecem a construção de saberes individuais e coletivos sobre o objeto de representação.

Michaliszyn (2006, p. 138) vai ao encontro do exposto quando concorda que as representações sociais são muito particulares, devendo considerar que cada indivíduo e cada grupo social interpretam a realidade e os fatos nela presentes à sua maneira. Aponta que é fundamental que tenhamos o cuidado de lembrar a cada instante que “o campo da educação em saúde, ao caracterizar-se por diversos modelos e diferentes paradigmas, traz consigo representações sociais particulares e

próprias das distintas realidades a que se encontram submetidos os sujeitos que nele atuam”.

Oliveira et al (2001) reforça a importância de realizar-se pesquisas no campo das representações sociais relacionadas às práticas educativas no intuito de intervir nas questões de saúde, uma vez que permitem apreender processos e mecanismos desenvolvidos pelos sujeitos em suas relações sociais que dão sentido ao objeto de estudo.

Na Atenção Primária, cenário em que desenvolvi grande parte de minhas atividades profissionais, o cuidado em saúde e as práticas educativas ganham sentido como ações intencionais, e socialmente determinadas. Diante disto, os pressupostos da TRS se apresentam como sendo coerentes para fundamentar teoricamente o alcance do objetivo proposto, uma vez que as concepções sobre educação em saúde podem ser representadas pelos profissionais que realizam tais atividades em sua prática cotidiana.

Assim, a investigação proposta buscou a representação social sobre educação em saúde pelos diferentes profissionais de nível superior que atuam na ESF, no intuito de apreender quais são as atitudes desses profissionais, as concepções que têm sobre e como representam tal prática, uma vez que a TRS descreve e explica fenômenos cotidianos em suas dimensões cognitivas, afetivas e sociais, através da elaboração compartilhada de conhecimento, o que vai de encontro ao objeto central de investigação desse estudo.

A Teoria das Representações Sociais possibilitou a compreensão e o significado das práticas de saúde, da relação desses profissionais com a sociedade e vice-versa, e de como as representações podem modificar o trabalho desenvolvido por esses sujeitos em seus processos de trabalho em saúde.

3.2 O MÉTODO DO ESTUDO

Elegeu-se a utilização do método de investigação qualitativo de pesquisa, com caráter exploratório descritivo. Silva e Silveira (2006) referem que a pesquisa qualitativa é sensível ao contexto no qual ocorrem os eventos estudados, sendo um tipo de pesquisa caracterizada como compreensiva e holística.

Este tipo de enfoque da pesquisa corresponde à forma de compreender e analisar a realidade, privilegiando os aspectos subjetivos dos atores, as percepções, a relevância dos fenômenos pelos significados que eles têm para o sujeito pesquisado (TRIVIÑOS, 2007), fato também indispensável quando se analisa representações sociais, que é o foco do presente trabalho.

A pesquisa qualitativa permite visualizar questões particulares e subjetivas relacionadas aos significados das ações e das relações humanas, pois se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Desta forma, trabalha com um universo de motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Desse modo, essa abordagem permite a interpretação e o entendimento dos significados das experiências humanas vividas (MINAYO, 2011; MINAYO, DESLANDES e GOMES, 2012).

Essa abordagem favorece a construção de novas formas de tratar os assuntos, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2010). Turato (2011) reforça que a pesquisa qualitativa buscará interpretar o que as pessoas dizem sobre o fenômeno estudado, e o que fazem ou como lidam com isso.

Segundo Minayo (2011), compreender é o verbo da pesquisa qualitativa: compreender relações, compreender valores, compreender atitudes, compreender crenças, compreender hábitos, compreender representações, e a partir desse conjunto de fenômenos humanos, compreender e interpretar a realidade.

Portanto, alicerçada na abordagem qualitativa, buscamos alcançar as representações sociais dos profissionais que atuam na ESF sobre educação em saúde no seu cotidiano de trabalho, quais as práticas são desenvolvidas no

processo de trabalho educativo junto à população, e o que pensam sobre o impacto de tais ações na vida dos envolvidos, como possíveis potencialidades referenciadas.

3.3 OS CENÁRIOS DA PESQUISA

O estudo foi realizado em Unidades de Atenção Primária à Saúde que adotam a ESF no município de Juiz de Fora, compondo a rede de Atenção Básica desse município, localizado na Zona da Mata, região sudeste de Minas Gerais. A cidade tem uma área de extensão de 1.435,664 km² e tem 516.247 habitantes, de acordo com último censo realizado (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Mapa de Minas Gerais/Juiz de Fora



Fonte: IBGE

Figura 3: Mapa de Minas Gerais, destacando em vermelho o município de Juiz de Fora, região da Zona da Mata Mineira.

Em Juiz de Fora, a municipalização da saúde começou a ser estruturada a partir das discussões desencadeadas com o surgimento das primeiras leis que sustentam o SUS, na década de 90- Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, e Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do

SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (JUIZ DE FORA, 2003).

O município de Juiz de Fora é composto por áreas urbanas, áreas rurais e ainda alguns distritos, conforme o mapa a seguir:

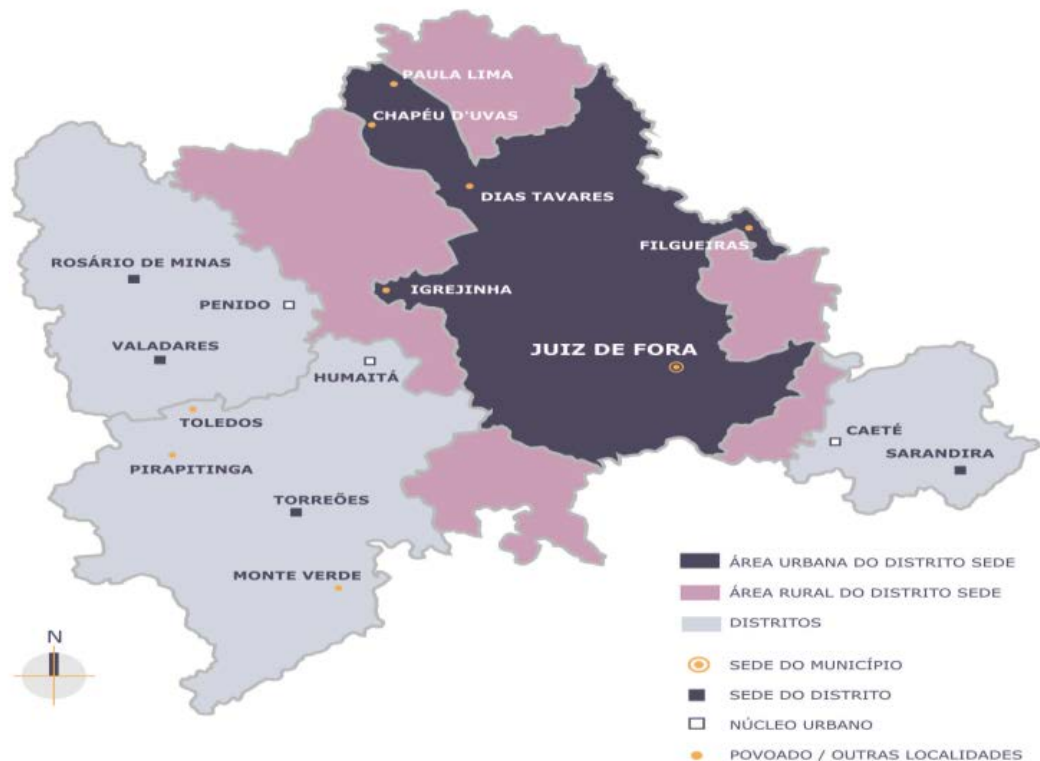


Figura 4: Mapa de Juiz de Fora, especificando regiões da área urbana, rural e distritos.

A Estratégia Saúde da Família foi sendo implantado de forma gradativa na rede básica de atenção à saúde, sendo que nem todas as UAPS funcionam com o atual modelo; algumas unidades atuam segundo o modelo tradicional de atenção à saúde; uma tem o Programa de Agentes Comunitários e uma ainda mescla modelos mistos na mesma Unidade de Saúde (JUIZ DE FORA, 2003).

Conforme o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (JUIZ DE FORA, 2014), a Atenção Primária à Saúde foi eleita pelo nível central da gestão como um dos eixos prioritários de organização da rede assistencial, sendo a ESF eleita como estratégia de implantação de APS no município. A estrutura de saúde em rede da APS é feita a partir da distribuição das UAPS em regiões sanitárias bem delimitadas, fortalecendo a APS e suas interfaces com as diversas Unidades de Atenção.

Através de consulta realizada no Plano de Saúde 2014-2017, o município conta com 62 UAPS, distribuídas entre a área urbana e rural, de forma que 39 UAPS atuam com a ESF, 22 com o modelo tradicional de assistência, 01 com o Programa de Agentes Comunitários e 01 em modelo misto, conforme os quadros a seguir:

UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE			
Região Sanitária	UAPS	POPULAÇÃO	Nº EQUIPES
Região 7 - Norte/Noroeste	Esplanada (T)	7586	1
	Monte Castelo (ESF)	10770	3
	Industrial (T)	6711	1
	Jardim Natal (ESF)	6779	2
	Milho Branco (ESF)	8481	3
	Joquei Clube I (ESF)	7788	2
	Joquei Clube II (ESF)	7266	2
	Cidade do Sol (ESF)	5094	2
TOTAL	8	60475	16
Região 8 - Norte	Nova Era (ESF)	9338	3
	São Judas Tadeu (ESF)	6240	2
	Santa Cruz (ESF)	10733	4
	Benfica(T)	18325	1
	Vila Esperança (ESF)	8550	3
	Barreira do Triunfo (ESF)	3577	1
TOTAL	6	56763	14
Região 5- Nordeste	Nossa Senhora das Graças	21430	1
	Bandeirantes (ESF)	9023	3
TOTAL	2	30453	4
Região 6 - Nordeste	Parque Guarani (ESF)	3186	1
	Filgueiras (ESF)		2
	Granjas Bethânia (ESF)	3561	1
	Gramma (T)	8790	1
TOTAL	4	15537	5
Região 3 - Leste	Linhares (ESF)	13378	5
	São Sebastião (ESF)	8179	3
	São Benedito (ESF)	8911	3
TOTAL	3	30468	11
Região 4 - Leste	Santa Rita (ESF)	4813	2
	Marumbi (ESF)	9027	3
	Progresso (ESF)	9247	3
	Nossa Senhora Aparecida	6423	2
	Alto Grajaú (ESF)	7373	2
TOTAL	5	36883	12

Figura 5: Distribuição das UAPS de acordo com as Regiões Sanitárias (2014) e números de equipes em cada Unidade.

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2014-2017.

Região - Centro/Sul	Centro Sul (T)	37666	1
	Santa Cecília (ESF)	9326	3
TOTAL	3	60552	5
Região 9 - Oeste	Santos Dumont (MISTA)	15825	1
	São Pedro (PACS)	24627	1
	Borboleta (T)	9698	1
TOTAL	3	50150	3
Região 11 - Sul	Cruzeiro do Sul (T)	6565	1
	Santa Luzia (ESF)	14743	4
	Santa Efigênia (ESF)	8422	2
	Vale Verde (ESF)	7372	3
	Ipiranga (T)	15033	1
	Teixeiras (ESF)	10595	3
TOTAL	6	62730	14
Região - Sudeste	Retiro (ESF)	5526	2
	Jardim Esperança (ESF)	5389	2
TOTAL	2	10915	4
Região 2 - Sudeste	Santo Antonio (ESF)	9276	3
	Bairro de Lourdes (T)	9368	1
	Jardim da Lua (ESF)	3564	1
TOTAL	3	22208	5
Região 12 - Sudeste	Vila Ideal (ESF)	6072	2
	Vila Olavo Costa (ESF)	3108	1
	Furtado de Menezes (ESF)	6666	2
TOTAL	3	15846	5
Região do Campo	Paula Lima (T)	1536	1
	Chapéu D'Uvas(T)	716	1
	Dias Tavares(T)	767	1
	Igrejinha (ESF)	2499	1
	Humaitá (ESF)	2257	1
	Penido (T)	522	1
	Valadares (T)	1052	1
	Rosário de Minas (T)	865	1
	Toledos (T)	437	1
	Torreões (ESF)		1
	Pirapitinga (ESF)	2474	1
	Sarandira (T)	472	1
	Caeté (T)	726	1
Jacutinga (Volante)	1309	1	
TOTAL	14	15632	14
ESF	39	265026	88
TRADICIONAL	22		22
MISTA	1	15825	1
PACS	1	24627	1
TOTAL	62	468612	112

Figura 6: Distribuição das UAPS de acordo com as Regiões Sanitárias (2014) e números de equipes em cada Unidade.

O critério de inclusão das Unidades para cenários da pesquisa consistiu, primeiramente, em ser UAPS que adotassem a Estratégia Saúde da Família.

A delimitação de tal critério de inclusão se deveu ao fato de a ESF se constituir na base de sustentação para a reorientação do atual modelo de saúde, sendo espaço fundamental para realização de atividades de educação em saúde, sendo considerados espaços de produção e aplicação de saberes, que contribuem para a reflexão crítica e participativa dos sujeitos, incluindo tanto os profissionais quanto os usuários dos serviços.

Diante ainda do grande número de equipes elegíveis para a coleta de dados, uma vez que são 39 UAPS com ESF, e cada uma delas com número diversificado de equipes - variando de 01 a 04 equipes por UAPS-, definiu-se o segundo critério de inclusão no intuito de envolver o máximo de profissionais da equipe multidisciplinar, sendo incluídas para coleta de dados as UAPS que apresentassem a composição para além da equipe mínima recomendada pela PNAB. No município de Juiz de Fora, além da equipe mínima, contamos com a atuação de cirurgiões-dentistas e assistentes sociais.

Foi realizado contato telefônico com os responsáveis pelas UAPS para investigação do quantitativo de profissional de nível superior, e se estas trabalhariam com equipe mínima ou com incorporação de outros profissionais. Diante do grande quantitativo em se trabalhar com todas as equipes de ESF compostas por profissionais além da equipe mínima, optou-se por trabalhar apenas com uma região sanitária (e suas sub-regiões).

Através desse contato telefônico, identificou-se que as três sub-regiões sanitárias que compõem a região Sudeste dispõem de 100% das equipes com quadro de pessoal além da equipe mínima, ou com incorporação do assistente social ou com incorporação do cirurgião dentista, apresentando a seguinte composição:

Tabela 1: Quantitativo de profissionais elegíveis para a realização das entrevistas.

Região	UAPS	Profissionais *
Sudeste	Retiro Jardim Esperança	2 médicos/2 enfermeiros/1 dentista
		2 médicos/2 enfermeiros/1 dentista
2-Sudeste	Santo Antônio Jardim da Lua	3 médicos/3enfermeiros/2 dentistas
		1 médico/1 enfermeiro/1 assistente social
12-Sudeste	Vila Ideal Vila Olavo Costa Furtado de Menezes	2 médicos/2 enfermeiros/3 dentistas
		1 médico/1 enfermeiro/2 dentistas
		2 médicos/2 enfermeiros/2 dentistas/1 assistente social
TOTAL	7 UAPS	39 profissionais

Fonte: Elaboração da autora.

* Dados consultados via telefone com responsável pela UAPS.

3.4 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Minayo (2010) afirma que quando elegemos os participantes de um estudo, devemos ter em mente quais seriam os indivíduos com vinculação mais significativa para a investigação do objeto proposto. Turato (2011) concorda que a escolha dos sujeitos deve ser referente àqueles que possam originar informações substanciais sobre a temática do estudo.

O critério de inclusão consistiu em serem profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, dentistas, assistentes sociais) que estivessem atuando nas UAPS da região Sudeste com ESF no município de Juiz de Fora, na ocasião da coleta de dados. O critério de exclusão incluiu trabalhadores que estivessem de férias/licença no período da coleta de dados, ou que se recusassem a participar da pesquisa, ou ainda que não tivessem assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

A princípio, através de contato telefônico com as UAPS em dezembro de 2014, constatou-se que o quantitativo de profissionais de nível superior de tais

categorias seria no total de 39 profissionais, porém, após recusas e indisponibilidade, a coleta foi realizada com 30 profissionais.

A participação foi condicionada à aceitação voluntária em participar da pesquisa, sendo que para tal consentimento os 30 entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), após exposição a respeito dos objetivos do estudo, sigilo das informações e aspectos legais do mesmo.

3.5 OS CUIDADOS ÉTICOS DA PESQUISA

Anterior à sua execução, a pesquisa foi submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, via plataforma Brasil, contemplando a Resolução 466/12, que dispõe sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos, sendo aprovado pelo Parecer Consubstanciado número 1.089.185, em junho de 2015 (ANEXO B). Foram encaminhadas, juntamente com o projeto de pesquisa, as devidas autorizações da Secretaria Municipal de Saúde (APÊNDICE E) e da Instituição Proponente (APÊNDICE D), bem como o TCLE (APÊNDICE C) para análise dos aspectos legais que continham no mesmo.

Conforme orientação da Resolução 466/12, os dados e resultados dessa pesquisa serão transferidos para um pen-drive, bem como serão arquivadas as cópias impressas e assinadas dos TCLE. Tais materiais serão mantidos com a pesquisadora por cinco anos após o término da pesquisa, sendo posteriormente destruídos.

3.6 A COLETA DE DADOS

Após aprovado pelo Comitê, e precedendo à coleta de dados, foi feito contato com o responsável pela Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SSAPS) para autorização para realização da pesquisa. Posteriormente, foi efetuado contato com

os gerentes das 07 UAPS da região Sudeste, contempladas pelo modelo da ESF, para apresentar a proposta da pesquisa, e feito contato com os profissionais da equipe que participariam do estudo, explicando brevemente a pesquisa e agendando um horário para realização da entrevista, de forma que não atrapalhasse sua rotina diária.

A assinatura no TCLE precedeu a realização das entrevistas, as quais foram gravadas em áudio através de aparelho mp3 e posteriormente transcritas as falas dos participantes para realização da submissão ao software de gerenciamento de dados textuais e posterior análise dos dados gerados. Esse tipo de técnica permite discorrer sobre o tema sem se prender à indagação, dando liberdade ao sujeito para discorrer sobre o tema questionado (MINAYO, 2010, 2011).

Os dados foram coletados através da realização de entrevistas semi-estruturadas com um roteiro contendo questões norteadoras. Bauer (2002), Trivinos (2007), Minayo (2010), Turato (2011) são consensuais ao afirmarem que a entrevista se configura como a principal ferramenta utilizada pelos pesquisadores no campo das ciências sociais na obtenção de informações subjetivas. Sá (1998) defende a coleta de dados por meio de entrevistas como indispensável em qualquer estudo de representação social, enfatizando que o material discursivo deve ser produzido pelos sujeitos da forma mais espontânea possível.

A técnica de entrevistas permite obter informações subjetivas, com maior possibilidade de construção dos significados dos acontecimentos narrados pelos entrevistados (MINAYO, 2010; TRIVIÑOS, 2007). A modalidade de entrevista escolhida foi a da entrevista semi-estruturada (roteiro da entrevista no apêndice), que de acordo com Triviños (2007), valoriza a presença do investigador, sem retirar a ênfase na fala livre do sujeito pesquisado.

Segundo Minayo (2010), a utilização de entrevistas é um importante instrumento para elucidar informações pertinentes ao seu objeto. Afirma que:

“[...] o que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações é a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados,

em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.”

Sendo assim, optou-se por trabalhar com a realização de entrevistas individuais com os profissionais, de junho a setembro de 2015, dando a oportunidade de se pronunciarem sobre a temática da educação em saúde no seu cotidiano de trabalho. A entrevista foi conduzida a partir de um roteiro (APÊNDICE A), e duraram cerca de 10 a 30 minutos. O roteiro continha dados de identificação, experiência profissional, tempo de atuação na UAPS e na ESF, e questões norteadoras referentes à educação em saúde praticada no cotidiano. As entrevistas foram gravadas e após transcritas as falas dos participantes para posterior leitura e organização no gerenciador de dados OpenLogos.

Os profissionais, de forma geral, foram muito receptivos em receber a pesquisadora, apesar da dificuldade em acertar um horário para a realização das entrevistas, uma vez que os quadros de horários desses profissionais já estavam reservados para atendimentos, sendo necessários vários deslocamentos até a mesma Unidade para agendar com os profissionais. Um fato que facilitou minha inserção nos campos foi o que já tinha conhecimento de alguns membros da equipe que foram entrevistados, pois quando fazia parte da Residência Multiprofissional em Saúde da Família participava de reuniões de educação permanente oferecidas pela SSAPS e reuniões com os supervisores das UAPS.

3.7 A ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após realizar a transcrição das informações das entrevistas na íntegra, foram realizadas leituras sistemáticas do conjunto de informações colhidas. Para a organização do material, foi utilizado o gerenciador de dados textuais OpenLogos⁴.

⁴ O OpenLogos, desenvolvido pelo Professor Dr. Kenneth Rochel de Camargo Jr., do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, trata-se de um software que vem sendo utilizado nas pesquisas de Ciências Sociais e na saúde pela sua praticidade e simplicidade, e encontra-se disponível, gratuitamente, para os pesquisadores que desejarem utilizá-lo.

Foi utilizado o programa OpenLogos na versão 1.0.2, dada a necessidade de organizar informações a partir de textos extensos e não estruturados, gerados através das transcrições das entrevistas. O OpenLogos é um gerenciador de dados textuais, com a função de armazenar e organizar os dados para análise em uma base de dados (CAMARGO JUNIOR, 2009).

O software conta com recursos para marcar e recuperar fragmentos de texto com códigos, além de tabular esses códigos e palavras em múltiplos documentos. O programa gera uma tabela com uma lista de todas as palavras que ocorrem na base de dados em uso, para, posteriormente, ser utilizada na tabulação (CAMARGO JUNIOR, 2009). O programa permite na fase de rerepresentação dos dados a organização de acordo com a frequência de palavras e códigos que apareceram, e ainda coloca disponíveis os trechos representativos de cada código.

A análise dos dados se deu por meio da Análise de Conteúdo, que é uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social (BARDIN, 2011).

Bardin (2011, p. 37) define a análise de conteúdo como um “conjunto de técnicas de análise das comunicações”. Sendo assim, observamos que há várias maneiras de analisar o conteúdo de uma pesquisa, ressaltando que na análise de conteúdo temática propõe-se descobrir os núcleos de sentido, cuja frequência de aparição pode significar algo para o objeto de estudo escolhido (BARDIN, 2011).

De acordo com Bardin (2011, p.50), a análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça, é uma busca de outras realidades por meio das mensagens. Ressalta que, por meio da palavra proferida, se busca analisar e compreender os significados, os valores, as crenças, as idéias, os anseios e as mentalidades que se estão exteriorizando. Assim, Sá (1998) defende a análise de conteúdo como uma referência útil e relevante para o tratamento de pesquisas sobre representações sociais, para se buscar os significados manifestos e latentes presentes nos discursos dos entrevistados.

Dentre as modalidades de análise de conteúdo, a análise de conteúdo temática foi a escolhida como a mais apropriada para o estudo, uma vez que tal modalidade de análise busca identificar os “núcleos de sentido” expressos na fala.

Para tal, Caregnato e Mutti (2006) compreendem que a construção de categorias para análise deve ser conforme os temas que emergem do discurso das entrevistas.

Para realização de tal análise temática, Bardin propõe uma seqüência baseada nas seguintes etapas:

- (1) pré-análise= fase de organização do material, com realização de leitura flutuante/superficial para identificar a estrutura da narrativa com palavras-chave, envolvendo a escolha dos documentos já pré-selecionados.
- (2) exploração do material= fase em que os dados/informações são codificados em palavras, símbolos, substantivos, verbos, adjetivos e outros.
- (3) tratamento dos resultados e interpretação= categorização dos elementos segundo semelhanças e diferenças. Deve-se atentar para os significados manifestos e latentes do material analisado.

Na perspectiva da Análise de Conteúdo temática, focalizamos para análise dos dados coletados através das entrevistas o agrupamento em categorias, que funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias, segundo reagrupamentos analógicos. Para tal, foi utilizado o OpenLogos, com criação de códigos, que seriam as unidades temáticas e serem desveladas no texto.

Os códigos criados no OpenLogos para seleção das falas encontram-se descritos no quadro a seguir, e suas respectivas definições:

Figura 7: Quadro com códigos criados para posterior categorização das representações sociais, e suas respectivas definições.

CÓDIGO	DEFINIÇÃO
Saúde	O que os profissionais definem como necessário para se ter saúde, seja no seu conceito ampliado considerando aspectos físicos, mental, social, qualidade de vida; ou focado no modelo de atenção à cura com foco na doença e ou medicalização.
Educação em Saúde	O que os profissionais definem como sendo educação em saúde, consideram sujeitos ativos ou passivos, contribuem para autonomia, focam nas necessidades, ou é vista como uma obrigação e atribuição da ESF; objetivos da educação em saúde (promoção, prevenção, orientação).
Prática educativa individual conservadora/tradicional	Prática educativa realizada de forma individual com os usuários, considerando-os como sujeitos PASSIVOS, apenas para TRANSMISSÃO de conhecimentos, visando modificação de hábitos sem considerar o que o sujeito já conhece.
Prática educativa individual emergente/dialógica	Prática educativa realizada de forma individual com os usuários da ESF, considerando-os sujeitos ATIVOS e AUTÔNOMOS, com DIÁLOGO e TROCA entre os envolvidos, visam TRANSFORMAÇÃO de conhecimentos já adquiridos.
Prática educativa coletiva conservadora/tradicional	Prática educativa realizada de forma coletiva, considerando sujeito PASSIVO, apenas para TRANSMISSÃO de conhecimentos, visando modificação de hábitos sem considerar o que o sujeito já conhece (reprodução do conhecimento desvinculado da realidade). Exposição de aulas ou palestras. Aprendizagem vista como retenção de informações e demonstrações do que foi transmitido.
Prática educativa coletiva emergente/dialógica	Prática educativa realizada de forma coletiva, considerando sujeitos ATIVOS e AUTÔNOMOS, com DIÁLOGO e TROCA entre os envolvidos, visam TRANSFORMAÇÃO de conhecimentos já adquiridos, sujeito relaciona conhecimentos novos e prévios com a sua realidade. Prática crítica, reflexiva e transformadora. Autonomia e criatividade para agir no contexto.
Comportamento da equipe	Cita o papel da equipe ou membros dessa no desenvolvimento das atividades, ou o não envolvimento com as práticas educativas.
Potencialidades e Dificuldades	Percepção dos profissionais entrevistados sobre as POTENCIALIDADES da educação em saúde e DIFICULDADES para operacionalização dessas práticas na ESF.

Fonte: Dados da pesquisa.

Assim, através da análise de conteúdo, buscou-se analisar as representações sociais dos profissionais de nível superior sobre educação em saúde no contexto da ESF, de acordo com o que revelou as falas dos sujeitos.

Para abranger a proposta deste estudo, damos seguimento à análise das categorias definidas a partir dos temas codificados. A seguir os capítulos de discussão dos resultados, estruturados da seguinte forma:

- 4.1- Caracterização dos participantes da pesquisa;
- 4.2- As representações sobre saúde dos profissionais da ESF;
- 4.3- As representações dos profissionais sobre educação em saúde: prevenir doenças ou promover saúde?
- 4.4- Representações sociais sobre o processo educativo pelos trabalhadores da ESF;
 - 4.4.1- Práticas educativas tradicionais e/ou dialógicas?
 - 4.4.2- Potencialidades e fragilidades no processo educativo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram selecionados com base em 07 UAPS da região Sudeste de Juiz de Fora - MG, cada uma contendo entre 1 a 3 equipes de ESF, compostas por médico, enfermeiro, assistente social e cirurgião dentista- nível superior elencados para a coleta de dados. Do total de participantes inicialmente elegíveis para a pesquisa (39 profissionais), esse número foi reduzido para 30, sendo que obtivemos:

- 03 profissionais estavam de licença médica na época de realização da coleta;
- 01 estava de férias;
- 03 se recusaram a participar da pesquisa, alegando falta de tempo para responder à entrevista e sobrecarga de trabalho na UAPS;
- 02 por motivo de redução de quantitativo na equipe: na época de investigação do projeto de pesquisa eram membros das equipes, e na época da coleta não faziam mais parte do quadro de funcionários.

É importante destacar que, inicialmente, pensamos no critério de incluir apenas os profissionais que estivessem atuando nas UAPS há pelo menos 06 meses, mas visto que a educação em saúde é um contínuo na prática cotidiana, abandonamos esse critério por entender que tal tema esteja inserido, direta ou indiretamente, nas práticas de todos os profissionais, independentemente do tempo de atuação no cenário, e as representações sociais que os mesmos têm sobre tal objeto podem modificar ao longo do tempo.

Os participantes foram identificados de acordo com a categoria profissional e a ordem de realização das entrevistas, sendo que a categoria médico está representada pelas siglas MED, enfermeiros por ENF, cirurgiões dentista por DENT, e assistente social por ASSIST; e os números arábicos que seguem foram de acordo com a ordem de realização das entrevistas.

A seguir apresento quadro com características referentes à pós-graduação, tempo de atuação na UAPS e na ESF, e faço a explanação textual de outras características não detalhadas no quadro, uma vez que o detalhamento das mesmas permitiria a identificação dos participantes e ocasionaria em potencial quebra de sigilo:

Tabela 2: Caracterização dos participantes do estudo.

IDENTIFICAÇÃO (categoria+número entrevista)	Pós-Graduação (área)	TEMPO NA ESF	TEMPO NA UAPS
MED 01	Saúde da Família	1a e 2m	1a e 2m
MED 02	Saúde da família e geriatria Outra área	08 anos	07 anos
ENF 03	Outra área	01 mês	01 mês
ENF 04	Saúde da Família Outra área	14 anos	09 anos
ENF 05	Saúde da Família Outra área	11 anos	11 anos
DENT 06	Saúde da Família Outra área	-----	19 anos
MED 07	NÃO TEM NENHUMA PÓS-GRADUAÇÃO	02 anos	02 anos
DENT 08	Outra área	-----	18 anos
ENF 09	Saúde da Família Outra área	12 anos	12 anos
MED 10	NÃO TEM NENHUMA PÓS-GRADUAÇÃO	03 anos	02 anos
DENT 11	Outra área.	-----	11 anos
DENT 12	Saúde da Família Outra área	-----	16 anos
ENF 13	Outra área	04 anos	03 anos
ENF 14	Outra área	02meses	02 meses
MÉD 15	Saúde da Família	01 ano	01 ano
ENF 16	Outra área	10 anos	02a e 10m
DENT 17	Saúde da Família	08 anos	01 semana
MÉD 18	NÃO TEM NENHUMA PÓS-GRADUAÇÃO	06 meses	06 meses
ASSIST 19	Saúde da Família	02 a e 4m	04 meses
MÉD 20	Saúde da Família Outra área	20 anos	13 anos
DENT 21	Saúde da Família Outra área	-----	02 anos
ENF 22	Outra área	12 anos	08 anos
ENF 23	Outra área	01 mês	01 mês
ENF 24	Saúde da Família	18 anos	09 anos
DENT 25	Outra área	-----	03 meses
ENF 26	Outra área	02 anos	02 anos
ENF 27	Outra área	11 anos	11 anos
MÉD 28	Saúde da Família Outra área	14 anos	09 anos
MÉD 29	Outra área	09 anos	04 anos e 6 meses.
MÉD 30	Saúde da Família	19 anos	19 anos

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com tais dados, em relação à categoria profissional, foram entrevistados 12 enfermeiros, 10 médicos, 07 cirurgiões dentistas, e 01 assistente social.

Quanto ao sexo, dos 30 entrevistados, 25 são do sexo feminino e 05 do sexo masculino, o que demonstra a maior prevalência do sexo feminino no cenário da APS, o que também foi encontrado em outros trabalhos, onde a maioria dos profissionais que atuam na APS são mulheres (GAZZINELLI ET AL, 2013; PINAFO ET AL, 2011).

No que diz respeito à idade dos participantes, metade têm até 40 anos e a outra metade acima de 40 anos, sendo a idade mínima de 25 anos e a máxima de 62 anos.

No aspecto formação, 03 não tinham nenhuma pós-graduação, 15 tinham especialização em saúde da família e 12 tinham especialização em outras áreas, específicas de cada profissão. Percebemos que a procura por uma especialização na área de Saúde da Família foi muito freqüente entre os entrevistados, pois a maioria tem a pós-graduação já concluída ou apresentaram desejo em cursar, para se sentir mais capacitado para atuar nesse cenário.

Analisando o tempo de atuação nas UAPS, observamos que 07 profissionais estão há menos de um ano nas UAPS (23%), 08 profissionais têm de 01 a 03 anos na UAPS (27%) e 15 profissionais estão há mais de 4 anos nas referidas instituições (50%). Essa questão da longa data atuando no mesmo território é um facilitador das atividades na Atenção Primária à Saúde, uma vez que as próprias características de proximidade do território propiciam a questão do vínculo com a população e a confiança entre usuário e equipe. Por outro lado, vemos que o número de profissionais que atuam nesse cenário através de contratos temporários é muito alto, e pode dificultar o desenvolvimento de um trabalho contínuo com a população da área de abrangência.

Após essa caracterização dos participantes, apresentamos uma tabela adaptada de acordo com os códigos criados no OpenLogos, para visualização da freqüência em que cada código apareceu nos discursos dos entrevistados, de acordo com a categoria profissional:

Tabela 3: Frequência em que os códigos apareceram nos discursos dos entrevistados (Adaptação da tabela gerada pelo OpenLogos)

CÓDIGO	CATEGORIA PROFISSIONAL				TOTAL
	ENF (n=12)	MED (n=10)	DENT (n=7)	ASSIST (n=1)	
Saúde	14	18	09	02	43
Educação em Saúde	26	24	15	02	67
Prática educativa individual conservadora	05	06	02	0	13
Prática educativa individual emergente	07	12	07	01	27
Prática educativa coletiva conservadora	05	03	04	0	12
Prática educativa coletiva emergente	14	14	02	03	33
Comportamento da equipe	18	22	04	04	48
Potencialidades e Dificuldades	43	40	23	0	106

Fonte: Dados da pesquisa.

Apesar de não ter sido um trabalho com foco quantitativo, a frequência de relatos em cada código pode indicar aspectos importantes sobre os conteúdos das representações, o que nos permite compreender como se dá o processo de formação das representações desses entrevistados. Seguiremos com a discussão das representações sociais que emergiram nos discursos.

4.2 AS REPRESENTAÇÕES SOBRE SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DA ESF

Com base no discurso dos profissionais participantes desse estudo, verificou-se que os entendimentos que os mesmos têm sobre a definição de saúde influenciam diretamente nas práticas que realizam em seu cotidiano. Sendo um profissional que define saúde em seu conceito ampliado, provavelmente o mesmo terá ações integralizadas, considerando o ser humano como um todo; e se o indivíduo visualiza saúde em seu conceito restrito, apenas como ausência de doenças, possivelmente terá ações de acordo com o controle dos problemas de saúde, focado na prevenção de doenças.

Os participantes definem saúde no seu conceito ampliado, demonstrando o conhecimento de documentos que nortearam a elaboração de tal conceito:

Saúde é ter educação, ter condições de vida, trabalho, transporte, todas as condições mínimas pra ter uma dignidade na sua vida, e que aquilo vai contribuir na melhoria da sua saúde. A parte de lazer, tudo isso incluído. Então é um conceito bem amplo, de saúde né. É um conceito mais ampliado, que inclusive é o que tá na constituição, né, na lei 8080, aquela coisa toda, né. (DENT 11)

Bom, saúde, como a própria Organização Mundial de Saúde, que ela até refez o conceito, é um completo bem estar físico, social, mental, e ambiental também. Então se esses quatro parâmetros eles não estão sólidos, se as políticas públicas não funcionam, se todos não trabalham em conjunto, aí falta a saúde. Então aí que é o conceito básico de saúde. (MED 15)

Bom, saúde eu considero no conceito ampliado, e que ultrapassa essa noção de saúde enquanto só ausência de doença, né. Pra mim, eu entendo que vai muito além disso. É, até se a gente for parar pra pensar nos determinantes sociais de saúde, puxando um pouco até pra minha área, mas que sem dúvida interferem diretamente na questão da saúde, que é a questão da moradia, né. Aqui no bairro mesmo a gente observa que essa questão, é uma vulnerabilidade muito grande, né, se comparado com outros bairros, isso é muito presente. E como que essas questões de moradia, higiene, saneamento básico, questão da renda, questão do trabalho, do transporte, do acesso ao lazer e outros espaços, né, como que

isso, ou a ausência disso, interfere na saúde das pessoas, principalmente da comunidade aqui, né. Então assim, eu acho que saúde é um direito fundamental do ser humano, a própria lei orgânica coloca isso. (ASSIST 19)

Lunelli (2006) interpreta que a discussão acerca do conceito de saúde é relevante, tendo em vista que as concepções de saúde embasam e permeiam as ações nessa área. Afirma ainda que o termo tenha sofrido importantes evoluções conceituais durante toda a história da humanidade.

A conceituação do que se entende pelo termo saúde guarda estreita relação com o contexto histórico e com a cultura que está inserido, sendo que as noções do que pode ser considerado “ter saúde” mudam com o passar do tempo. O conceito de saúde enquanto ausência de doenças figurou como verdade absoluta durante a evolução conceitual desse termo, remetendo-se a um modelo assistencial focado na doença, e voltado para práticas individuais, fragmentadas, privilegiando ainda ações pontuais.

Essa noção reduzia o ser saudável apenas restrito à dimensão física, corporal, deixando de lado outros aspectos considerados, atualmente, de igual relevância para ser saudável. Em 1946, a Organização Mundial de Saúde passa a definir saúde como “o completo estado de bem estar físico, mental e social”. Esse conceito ampliado de saúde, que veio a ser amplamente difundido mais tarde e incorporado nas práticas de saúde, foi fundamental para ampliar inclusive as políticas públicas, focando na integralidade das ações e direito à saúde.

Alguns documentos foram importantes para contribuir nessa visualização da saúde em seu conceito ampliado: o texto da 8ª Conferência, a promulgação da Constituição Federal, as leis orgânicas da saúde - Lei 8080 e Lei 8142.

Em ocasião da VIII CNS, a saúde passa a ser definida no seu conceito ampliado como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1986).

Em 1988, a Constituição Federal, em seu artigo 196, descreve saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença, e de outros agravos e ao

acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Já em 1990, a lei 8080 traz a redação de que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Verificamos, em suas representações, que os profissionais entrevistados reconhecem a influência de fatores no estado de saúde da população, tal como o conceito ampliado reforça, e citam algumas características do local que podem influenciar também o estado de saúde da população:

Bom, é aquele velho conceito, né. Não é só ausência de doenças, né, aquilo que a gente aprende lá na faculdade. Ter saúde eu acho que engloba, por exemplo, não só não ter comorbidades, mas ter também, por exemplo, a questão social aí é importante. Igual às vezes a gente vê na Estratégia Saúde da Família, principalmente em bairros onde os níveis socioeconômicos são mais complicados, a gente vê que a maioria dos casos que a gente atende é tanto relacionada a isso, ou seja, a deficiência, por exemplo, ao lazer, do acesso ao lazer, né, a deficiência no acesso ao bem estar. (MED 07)

Eu não acho a minha população saudável, porque saúde não é só você estar bem fisicamente. Você tem que tá com todo um contexto, você tem que tá bem fisicamente, você tem que ter alimentação em casa, você tem que tá com um salário legal, você tem que ter uma estrutura familiar, e às vezes faltando alguma dessas coisas você não tá saudável, né. E infelizmente uma população que tem uma área que é invasão, e que tem muita droga, então assim. Eu acho que a minha população é muito adoecida. (ENF 24)

Ter saúde não é só ausência de doenças, ter saúde é a pessoa conviver bem, em sociedade, na comunidade, ela ter momentos de lazer, ter objetivos de vida, ter satisfação pessoal e profissional, isso tudo faz parte da saúde. Eu não considero que as pessoas aqui são saudáveis não, porque dentro do conceito de saúde plena, as pessoas aqui são muito adoecidas. Elas têm muita dificuldade pelo bairro, e nossa equipe tem muitas pessoas idosas, e eu vejo muita doença, muita patologia, muita falta de lazer, muita falta de objetivos aqui, das pessoas aqui. (ENF 27)

Então, ter saúde é uma coisa ampla, né. Mas é você conseguir viver no dia-a-dia com qualidade e sem ter que, com qualidade, fazer suas atividades sem prejuízo de alguma coisa. Além disso, também ter convivência com a família, vínculo com os amigos, de forma saudável, praticando também atividades físicas, às vezes é necessário procurar um médico ou enfermeiro pra tá auxiliando, mas tentar sempre uma melhoria da qualidade de vida, de certa forma, sempre que possível. (MED 18)

Para além das questões biológicas de definição, alguns profissionais falam do papel do profissional e do próprio governo, como a importância da garantia do direito à saúde e o acesso aos serviços, bem como a restrição de saúde como algo a ser “ofertado” à população, condicionando a oferta de saúde à presença ou não de profissionais para oferecerem o cuidado, como pode ser explicitado pelos recortes a seguir:

Na minha opinião, você ter saúde é você ter acesso ao serviço público de saúde. (MED 01)

É uma assistência que não seja tão precária. Aí, assim, aqui nesse bairro, tá meio que precário devido à falta de profissionais. (ENF 03)

Através da análise dessas falas, percebemos que os profissionais revelam o conhecimento de fatores que influenciam no estado de saúde dos sujeitos, e ainda na operacionalização da oferta dos serviços que deveriam ser garantidos pelo Estado, conforme o texto constitucional elucidada, de acordo com os apontamentos acima.

Destacamos ainda nas representações a responsabilização do sujeito no seu processo de produção e manutenção de sua saúde, sendo que suas atitudes são consideradas como propícias ou prejudiciais ao seu atual estado de saúde:

Então, ainda não posso considerar que é uma área saudável, ainda falta muita coisa ainda pra gente conseguir. Mas acho que não é nem questão de atendimento, de medicamento, acho que em questão mesmo de cultura, sobre a alimentação

saudável, prática de atividade física, de você se preocupar com você mesmo, e com a sua saúde. Isso eu acho que ainda falta, acho que é mais cultural, deles terem hábitos saudáveis, e isso aqui é difícil. Até também por uma questão financeira, né. E a minha área de trabalho é lá, lá no alto, que inicialmente era área de invasão que depois virou, com saneamento básico, iluminação, calçamento, tem comércio, tem tudo direitinho lá em cima. (MED 28)

Gazzinelli (2005) direciona uma análise para a dificuldade em produzir mudanças comportamentais, uma vez que os comportamentos são, muitas vezes, culturalmente arraigados. Defende ainda que uma mudança de hábitos e/ou comportamentos não deve se dar apenas em virtude da aquisição de novos conhecimentos porque também tem relação com a percepção, valores, representações simbólicas, relações de poder, crenças e de sentimentos, tanto dos profissionais quanto dos usuários. Assim, é necessário considerar as particularidades dos sujeitos, seu contexto de vida, suas aspirações e necessidades demandadas.

Apesar de todo o discurso considerando as subjetividades do indivíduo e os aspectos dos determinantes sociais de saúde, ainda temos representações que revelam a questão da saúde apenas no fato de estar com alguma patologia ou não. Não reconhecem o conceito ampliado de saúde, e reduzem o ser saudável a não estar com alguma doença, e ainda um depoimento em que o entrevistado se mostrou contraditório ao definir o conceito de saúde, quando faz referências a documentos oficiais:

Olha, ter saúde, como ia dizer outros profissionais, né, é ausência de doenças. Ter saúde pro Ministério é ausência de doenças, né, pela Organização Mundial de Saúde, mas eu já considero que saúde é a pessoa conviver com alguma comorbidade, mas que ela não atrapalhe no seu cotidiano, tendo qualidade de vida. (DENT 12)

Saúde é sentir-se bem, a meu ver. É não ter doenças, saber contactar com as pessoas, ter um bom relacionamento afetivo, isso tudo pra mim é saúde. (MED 20)

Ter saúde pra mim é não ter doença, né. E... Viver bem. Saber viver e viver bem. Saber aproveitar suas oportunidades. Pra mim isso é saúde. (ENF 22)

Para Acioli (2008), o enfoque educativo restrito à prevenção ainda hoje é muito freqüente nos serviços de saúde, sem incorporar a compreensão dos fatores determinantes dos problemas de saúde ou ainda, as necessidades e saberes da população trabalhada. Conforme afirmam Schall e Struchiner (1999), a par dessa noção ampliada de saúde, persistem diversos modelos ou diferentes paradigmas de educação em saúde, os quais condicionam diferentes práticas, muitas das quais reducionistas, o que requer mudanças de posturas, questionamentos e o alcance de perspectivas mais integradas e participativas.

4.3 AS REPRESENTAÇÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: prevenir doenças ou promover saúde?

Essa categoria sobre a temática das concepções de educação em saúde abordará as representações elaboradas pelos profissionais quanto aos conceitos teóricos que os mesmos têm sobre o tema e a interface com o trabalho cotidiano no cenário de investigação, evidenciando a polissemia de interpretações atribuídas ao objeto e a visualização desse conceito atrelado à prática desenvolvida. Através da análise dos discursos, evidenciamos que os profissionais têm certa dificuldade em definir o termo educação em saúde, mas quando solicitados a falar sobre sua prática, conseguem esclarecer aspectos do processo educativo, tanto com relação à prevenção de doenças como à promoção da saúde.

Percebe-se que a educação em saúde encontra-se presente no cotidiano de trabalho das equipes, de forma consciente ou inconscientemente, sendo realizada de forma intencional ou automática. Alves (2005) concorda que toda ação em saúde é considerada uma ação educativa, e os profissionais que foram entrevistados nessa pesquisa reconhecem que a ação educativa é uma prática inerente ao cuidado em saúde.

Pinafo et al (2011) verificaram que o próprio reconhecimento que o profissional tem de seu papel enquanto educador em saúde impulsiona-o à prática educativa, avançando para uma compreensão de educação em saúde não só como uma prática prevista e atribuída à ação profissional, mas que se constitua como uma prática indissociável e inerente à ação do cuidar em saúde, aspecto que também foi evidenciado nas representações, como percebido nos recortes a seguir:

Pra mim, educação em saúde, ela engloba uma série de atitudes, né. E essa educação em saúde eu posso tá passando ela na minha cadeira, ou de forma coletiva, eu vejo dessa forma. Então educação em saúde a gente tá fazendo o tempo todo, no início e durante o tratamento a gente tá conversando. E eu acho de suma importância a gente tá sempre trabalhando prevenção, promoção, a todo o momento, do jeito que der, seja no corredor, seja na cadeira, seja coletivo. (DENT 08)

Olha, eu pelo menos assim, tento fazer a cada momento que o paciente tá aqui. Tanto num acolhimento ou nas próprias consultas de enfermagem. Mas assim, a cada momento que eu estou com paciente aqui eu tento desenvolver esse lado, entendeu? De tá orientando, no que eu posso contribuir pra ele. Então eu acho que assim, a todo o momento. (ENF 13)

Bom, na verdade, essa educação em saúde eu acho que é meu dia-a-dia. Meu dia-a-dia aqui no consultório. Toda vez que vejo a pessoa estou perguntando da alimentação, da atividade física, como é que tá, se tá caminhando, se tá alimentando direito. E orientando, quando você tem que se preocupar, quando você não tem que se preocupar. O que é normal, o que não é? O que é uma doença nova que tá aí e tem chance de você adquirir ou não? O que você pode fazer pra estar protegido? Então no meu dia-a-dia eu acho que educação em saúde é feita todo dia. Trabalho de formiguinha, todo dia trabalho de formiguinha falando um pouquinho, falando um pouquinho, alguns eu consigo, muitas eu não consigo, mas eu acho que é por aí. (MED 28)

Eu defino que educação em saúde, eu imagino que é um contínuo na minha prática, né. A partir do momento que eu venho pra uma Unidade de Saúde como médico e num bairro de periferia, eu já chego desenvolvendo um papel de educador porque é uma responsabilidade que a gente assume com a comunidade. E quando surge o vínculo, esse vínculo que a gente tem com os pacientes dentro da ESF a gente tem que ter esse vínculo, e isso nos permite ser, como eu vou dizer, além de sermos profissionais de saúde, ser um profissional educador aqui. E a educação em saúde é isso, é um contínuo pra mim, então eu vou tá fazendo educação em saúde dentro de uma consulta, em um atendimento que não seja de consulta, a todo o momento a gente tá abordando a questão da educação em saúde. É tentar traduzir a nossa linguagem técnica pra linguagem do paciente, né, e o principal é fazer com que ele saia daqui, que ele tenha absorvido alguma mensagem, e que ele consiga levar um pouquinho disso e multiplicar. Então como eu te falei, é um contínuo, a nossa prática tem que estar associada à educação em saúde, né. (MED 29)

As representações expressas vão ao encontro de achados de outras pesquisas, quando refletimos sobre o papel educador do profissional de saúde. Smeke e Oliveira (2001) e L'Abbate (1994) concordam que todo profissional de

saúde é um educador em potencial, considerando ainda que o seu reconhecimento enquanto sujeito do processo educativo é essencial para a sua prática consciente.

Pelicioni e Pelicioni (2007) afirmam que a abordagem educativa deve estar presente em todas as ações para promover a saúde e para prevenir as doenças, facilitando a incorporação de idéias e práticas corretas, que passem a fazer parte do cotidiano das pessoas, de forma a atender às suas reais necessidades.

No entanto, quando o profissional refere ser uma prática automática, é importante refletirmos sobre esse automatismo, quando os profissionais referem que estão, a todo o momento, desenvolvendo educação em saúde. Esta conotação apresenta certa ambigüidade em sua interpretação, pois ela pode estar sendo vista como uma estratégia de implementação do cuidado e inerente às práticas de saúde, ou pode ser interpretada como uma associação à reprodução de ações que os profissionais já têm por hábito desenvolver, não sendo refletida intencionalmente como uma prática de cuidado.

Para além da reflexão sobre o papel do profissional no desenvolvimento das práticas, é necessário o olhar voltado também para o papel do indivíduo nessa relação, refletir sobre a individualidade de cada sujeito e qual é a necessidade que o mesmo apresenta. Em nossa pesquisa, apesar de reconhecerem a importância e a necessidade de tais atividades no cenário estudado, é importante destacar que alguns profissionais vêem a educação em saúde como uma atividade obrigatória a ser cumprida, e não destacam a importância dos indivíduos no processo educativo:

Então, é uma atividade que é inerente à pessoa, eles (equipe) têm que cumprir, e não você ficar lembrando todos os dias da obrigação. (ENF 05)

Então, vamos ter que fazer coletiva, em determinadas situações dos ciclos de vida, né. (MED 10)

A educação em saúde deve ser desenvolvida por todos os profissionais de saúde, conforme definição de suas atribuições básicas (BRASIL, 2011). É uma atividade comum a todos os membros que compõem a equipe de SF, mas o profissional só apreende o significado da educação em saúde quando a realização de tal atividade traz sentido para o seu trabalho, conforme afirmam Smeke e Oliveira

(2001), sendo assim fundamental buscar ouvir desses profissionais o que essas ações representam no seu cotidiano profissional.

Embora a educação em saúde seja considerada inerente à prática profissional por diversos autores, muitos profissionais a concebem como um simples processo de transmissão de conhecimentos, reduzindo-a ao ato de passar, repassar, informar, orientar, depositar conhecimentos (BESEN et al, 2007; RIOS e VIEIRA, 2007; SILVA, ROTENBERG e VIANA, 2004; WENDHAUSEN e SAUPE, 2003).

Podemos perceber essa postura através do discurso de alguns profissionais, quando demonstram que o paciente deve apenas receber as orientações, informações e demonstrações de técnicas, e o fato de não perceberem um resultado palpável nas atitudes ou uma modificação de hábitos é visto como um desestimulador das ações:

Ó, acho que educação em saúde é você tentar levar, promover, por exemplo, desenvolver algum tema e levar isso pra população, né. Levar isso pra equipe, né. A gente procura dar algum conselho daquilo que é melhor pra ele, pra ele tentar melhorar a saúde, né. Às vezes a educação em saúde é complicada porque às vezes a gente fala, fala, fala, faço promoção, prevenção e não adianta. (ENF 04)

Eu acho até difícil porque às vezes até a pessoa já ouviu falar, mas você pegando e fazendo assim, no ao vivo e a cores, eu acho que funciona mais. Tem bastante gente aqui que, até pra minha surpresa, tem seguido as orientações direitinho. (DENT 06)

A população daqui não é educada, não digo nem educada não, ela não foi domesticada pra isso. A educação assim, o nível de educação é muito precário. Se você tiver uma sala com 30 pessoas de manhã ali naquela coisa de espera ali, se dois ou três prestarem atenção é muito. O nível aqui, infelizmente, tanto de educação quanto de, nem sei se eu posso falar... É educação mesmo, não é nem só instrução não. Tem a instrução que é pouca, tem a educação que é baixíssima. E tem um imediatismo. (ENF 22)

Vasconcelos (1999) acredita que a educação em saúde com foco apenas na transmissão de informações faz com que a população aceite soluções levadas

prontas pelos profissionais, sem valorizar a possibilidade do indivíduo em contribuir no processo de recriar o conhecimento, considerando suas crenças, valores, culturas. Tal conduta potencializa a verticalidade da relação profissional-usuário presente nas práticas educativas autoritárias e afasta o indivíduo dos serviços de saúde.

Essa postura de transmissão de informações nos remete ainda ao que Freire (2005) chamou de “educação bancária”, sistema que vê o sujeito como depositário de conhecimentos, o educador como detentor exclusivo do saber e o usuário como receptor passivo, sem considerar conhecimentos prévios que o mesmo tenha, nem o contexto de vida inserido. Nesse aspecto, a prática é verticalizada e assimétrica, pois desconsidera que o usuário também seja dono de seu conhecimento, e o vê como aquele “que apenas precisa ser informado”, como destaca Fernandes (2010) sobre o caráter passivo de transmissão.

Verificamos que, em suas representações, os profissionais relacionam a educação em saúde apenas ao ato de prevenir doenças, como se esse fosse seu único objetivo. O foco na prevenção de doenças ainda é muito presente no discurso dos profissionais, o que também foi encontrado no estudo de Bessen et al (2007), realizado com enfermeiros, médicos e dentistas de equipes de SF, sendo o discurso permeado por orientações preventivas.

A postura profissional voltada para a cura ou prevenção de doenças exacerba o enfoque ao atendimento curativista, visando somente a patologia e não as particularidades do sujeito. Pelas falas dos participantes, percebemos que a concepção de educação em saúde enquanto prevenção de doenças é predominante em todas as categorias profissionais, que acabam por reduzir as práticas ao controle de corpos saudáveis:

Educação em Saúde! O que a gente tenta praticar aqui é a prevenção, né. Porque pra você ter uma boa saúde, você tem que tá prevenindo as doenças. E tem muitas coisas que são preveníveis, né. A gente tenta fazer educação, a manutenção, intervir nas intercorrências, e acho que é isso! Então a gente vai falando tudo com eles pra eles terem a noção de como lidar com essas doenças. (ENF 05)

Eu sempre faço a conversa com as pessoas na prevenção, sempre que inicio um tratamento, pra todo mundo. Porque no dia que a pessoa senta na minha cadeira, eu até falo com eles que a parte mais importante não é o que eu vou tratar, é o que eu estou ensinando pra eles aprenderem a não ficar doentes de novo. (DENT 06)

E eu acho que a educação em saúde é a ferramenta mais importante da prevenção, que aí é onde a gente consegue mudar esse hábito, essa cultura de não valorizar a prevenção e aí consegue trabalhar a educação em saúde. (MED 09)

A educação em saúde é muito importante, principalmente na Atenção Primária, que é o que vai fazer com que a população às vezes não, que evite adoecer, por exemplo, né. A gente tá instruindo, informando, fazendo grupos educativos, informando sobre a importância de prevenir as doenças, tudo isso. O fato de informar a população, de tá atuando junto com ela pra prevenir as moléstias depois, é muito importante porque você vai diminuir os agravos futuros pras pessoas e suas famílias. (MED 18)

Eu acho que educação em saúde é você prevenir o que se torna doença. Se você faz a prevenção, você não vai ter doença. Ou se tiver, vai ter menos complicações, né, a complicação vai ser bem menor. Pra mim, eu acho que a prática educativa com relação à saúde é isso. É você tentar evitar complicações das doenças. (ENF 22)

Assim, eu acho que na Atenção Primária a gente trabalha o tempo todo com educação em saúde, porque a gente trabalha com prevenção. Muitas vezes acaba que a demanda espontânea não é a prevenção, porque muitas vezes eles já vêm com a doença instalada. Mas assim, o Programa de Saúde da Família é justamente pra gente trabalhar a questão da prevenção, o preventivo, a puericultura, os grupos de direitos reprodutivos, hipertensão e diabetes, acho que isso tudo aí entra na prática educativa, né. (ENF 26)

Estudo semelhante realizado por Gazzinelli et al (2013), que buscou apreender as representações sociais dos profissionais sobre educação em saúde encontrou resultados semelhantes ao desse estudo: as concepções sobre educação em saúde das diversas categorias profissionais entrevistados foram relacionadas à prevenção, educação, orientação, capacitação, conhecimento, informação, grupos,

instrução, saúde, condições de vida e troca, associando essas palavras ao termo indutor educação em saúde.

Na presente investigação, assim como o achado por Gazzinelli et al (2013) e Silva et al (2006), o foco em repassar orientações e informações para a população é um traço marcante nas práticas educativas na AB, com uma abordagem preventivista da educação em saúde, e com direcionamento para as ações programáticas da AB, privilegiando os aspectos exclusivamente biológicos, em detrimento dos sociais, emocionais e comportamentais.

Amancio, Carvalho e Rodrigues (2012) ressaltam que os programas de educação e saúde não se limitem a iniciativas que visem apenas informar a população, mas que possam ir além do fato de só transmitir informações.

A prática de educação em saúde em nosso estudo foi referida como o passar de informações, de orientações prontas, sem considerar as opiniões da população, como mostra os depoimentos a seguir:

Ó educação em saúde são as medidas que a gente tenta proporcionar à população, medidas educativas, medidas de orientações, né. (MED 01)

Acho que pra mim é isso: orientar, que o pilar fundamental da APS, é a orientação. Então pra mim educação em saúde é isso: informação que é o pilar básico. (MED 07)

Mas eu acho que o que mais vale, assim, o coletivo é válido também, mas o que mais vale é você educar a pessoa individualmente, né, porque cada um tem a sua peculiaridade, onde você tem que atingir naquele determinado ponto, né, Como é uma população mais carente, eles gostam de qualquer tipo de atenção, de conversar, de qualquer orientação dispensada eles são gratos e eles aceitam direitinho. Se eles fazem eu já não sei, mas eles aceitam a orientação numa boa. [...] então, o que a gente tem feito é durante as consultas mesmo de educar, de orientar, falar o que tem que ser feito dentro das possibilidades de cada um, né. (MED 10)

Então o que eu faço mais é questão de orientação dentro do consultório, quando eu faço os atendimentos de puericultura, pré-natal, preventivo, que atendo individual. (ENF 24)

Segundo Alves (2005) e Pedrosa (2006), educar para a saúde vai muito além de só prestar uma assistência curativa, inclui também dar prioridade tanto às intervenções preventivas como às ações de promoção da saúde, englobando a integralidade das ações.

Nos estudos de Bessen et al (2007), Pinafo et al (2011) e Gazzinelli et al (2013), dos profissionais entrevistados, poucos deles apresentaram a concepção de promoção da saúde em seu processo de trabalho educativo, sendo também predominantes as concepções relacionadas a prevenção de doenças e atenção às demandas curativas.

No presente estudo, duas categorias profissionais citaram a questão da promoção da saúde nas suas representações, citando esse termo específico em suas definições, porém, muitos participantes deixaram implícitos em seus discursos aspectos relevantes que também visam à promoção da saúde, e levam a um enfoque da saúde para além da prevenção de doenças:

De tá orientando, no que eu posso contribuir pra ele. Aí assim, eu faço a prática educativa orientando, em grupo e individual. Acho que seria mais prazeroso pra nós enquanto profissionais da Atenção Primária tá trabalhando essa questão mais diretamente, de educar, de prevenir, de promoção da saúde, aquela coisa que a gente fala, né. (ENF 13)

Essa questão da educação em saúde, até fazendo um nexo da minha compreensão de saúde, eu acho que a educação em saúde ela funciona como um instrumento muito importante de promoção da saúde, né, que é na noção que a gente pensa hoje do conceito ampliado, então promoção e prevenção. (ASSIST 19)

E na ESF o que a gente vê de significado: promoção, prevenção, recuperação. (ENF 23)

A ESF representa uma estratégia importante para uma prática educativa que vise à promoção da saúde voltada para o contexto geral de vida da pessoa, por meio de um conjunto de atividades orientadas a melhorar as condições de bem-estar e o acesso aos serviços. Algumas características próprias da AB fortalecem a educação em saúde nesse cenário, a saber: a proximidade de localização no território da

população da área de abrangência, a presença de uma equipe multidisciplinar para atuação, a consideração da contextualidade, as ações de integralidade e a educação em saúde.

Dessa forma, a educação em saúde é considerada como uma importante ferramenta que visa promover a emancipação do sujeito, desde que os envolvidos no processo a percebam como possibilidade de transformação, e desenvolvam ações educativas que favoreçam o fortalecimento da autonomia, o que requer a inter-relação entre os sujeitos do processo educativo, e incluindo a valorização de todos os saberes (LUNELLI, 2006).

Nesse cenário da APS e considerando as especificidades da ESF, é nítida a importância do ato de compartilhamento do poder, troca e construção compartilhada de saberes, sendo fundamental enfatizar que “fazer do SUS uma realidade vivida e não só assegurada em lei, requer o protagonismo de sujeitos dotados da capacidade de compreender o mundo e a si mesmos e de atuarem sobre ele, com autonomia e consciência” (BRASIL, 2014, p.10).

Pinafo et al (2011) destaca ainda que, embora a visão de educação em saúde seja a transmissão de conhecimento à população, e que as atividades sejam centradas na prevenção de doenças, há por parte de alguns trabalhadores o discurso de ensinar a população a ter consciência, conscientizar de como a saúde é importante, mostrando a ambivalência da concepção educativa presente, o que vai de encontro ao achado nesse estudo, conforme explicitados nos discursos:

Então, educação em saúde é exatamente isso. É oferecer ferramentas para que a população possa, por exemplo, a própria população, o próprio usuário, possa reconhecer alguma situação que ele mesmo possa se ajudar. (MED 07)

E assim, educação em saúde é importante porque você pode estimular também a participação da pessoa, do usuário, pra ele mesmo ir criando essa consciência do que pode fazer pra melhorar sua qualidade de vida, e assim, conseqüentemente, melhorar a sua saúde, né. (ASSIST 19)

Para além das questões visando à autonomia e emancipação dos sujeitos, outro fator de destaque nas representações foi com relação às interações sociais

nas práticas de educação em saúde e o compartilhamento dos saberes entre os atores sociais envolvidos no processo educativo.

Vasconcelos (1999) sugere que para se ter um cuidado adequado, é necessário que tenhamos saberes compartilhados, ou seja, uma interação entre saber científico e saber popular, baseado no diálogo e na troca de saberes, em que ambos ensinam e aprendem ao mesmo tempo. Silva, Rotenberg e Vianna (2004) em sua pesquisa encontraram como resultado que os profissionais entendem educação em saúde como um processo, valorizando questões como diálogo, reflexão, troca de saberes.

Pinafo et al (2011) também fala da questão da troca de saberes, troca de experiências, onde os profissionais aprendem com os usuários e os usuários com os profissionais, ressaltando o caminho para a aprendizagem mútua, e essa troca foi evidenciada nos discursos dos profissionais:

A partir do momento que a gente instiga discussões, quando você está fazendo a prática, principalmente a coletiva, o exemplo que um vai dar para o outro, daquilo que faz, daquilo que deu certo, daquilo que deu errado. Na verdade, eu acho que é uma troca de experiências quando a gente faz esse trabalho educativo, né. (DENT 08)

Eu acho que é através das práticas educativas que a gente consegue evitar muita coisa, né. Só que é o que eu falei, né, depende do usuário querer também, né. Nossa, acho que a gente evita muita coisa através dos grupos, e quando eles participam é uma troca muito boa. (ENF 26)

O diálogo de acordo com as necessidades dos sujeitos também foi citado nos depoimentos, sendo que os profissionais consideram a contextualização de suas ações para um cuidado de qualidade. É imprescindível, para efetivação das ações educativas, que o usuário seja percebido como o centro e principal razão de ser dos serviços de saúde, e tais características foram evidenciadas nas representações dentro do processo de trabalho. A consideração do usuário como um ser humano integral, que deva ser atendido nos serviços de saúde de acordo com os princípios que o SUS preconiza, utilizando de todo o potencial das características da APS para

melhor conhecer o usuário e considerar todos os aspectos que interferem na sua saúde.

Os depoimentos a seguir demonstram a postura dos profissionais de comprometimento com a sua prática, visando sempre o melhor para aquele que atende, e situando o usuário como centro do cuidado:

A patologia, a gente tem que aprender que no Brasil a gente separa o ser humano por pedacinho, se ele tem um problema no dedo eu o mando lá pro “dedologista”, tem um problema na ponta do nariz, eu nem mando pro otorrino porque tem um especialista em ponta de nariz, e é isso que a gente não tem que fazer. A gente tem que ver o ser humano como um todo, como um ser bio-psico-social e ambiental. Onde que ele tá inserido? Onde ele mora? O quê é que tá acontecendo? Por quê que essa dor dele tá toda hora aparecendo? Como é que tá a casa dele? O que ele tá sentindo? Essas perguntas, tão fáceis que ninguém faz. Você tá sentindo o que? Tá acontecendo alguma coisa na sua casa, fulano? E é aí que a gente começa a descobrir os problemas. (MED15)

Quando eu comecei a trabalhar havia um equívoco, assim. Eu entendia que no Programa Saúde da Família que a enfermeira tem que ir onde o povo está. Quando eu cheguei pra trabalhar eles achavam que a enfermeira tem que ficar dentro da Unidade, atrás da mesa. Essa mesa aqui nada mais é que, é pra que eu faça meus registros, mas eu tenho que ir aonde o povo tá, não é só ficar aqui. Então eu tinha um técnico de enfermagem equivocado que falava que eu não trabalhava, só vivia na comunidade, conversando, jogando conversa fora, ao invés de trabalhar. E eu falava pra ele: eu sou enfermeira de saúde pública, eu vim pra cá, eu vou fazer aqui o que eu entendo de PSF, e, por favor, me deixa fazer o que eu quero. O povo gosta de coisa diferente, menina. E a gente tá aí pra ensinar e pra aprender, sabe? Então, é de acordo com o tema e a gente faz escalas pra organizar o serviço. Isso tudo cansa, mas é muito bom. E você tem que gostar de fazer. Ah, eu amo esse trabalho! Eu amo mesmo! Eu amo! O fato é que se você não gostar, não tiver tesão pelo seu trabalho é melhor você nem sair de casa. (ENF 27)

Para além de um cuidado focado nas demandas apresentadas, esses profissionais reconhecem a importância de fazer uma análise da realidade e

identificar os problemas e necessidades de saúde da população, para que as informações sobre saúde e doença sejam discutidas com os indivíduos, conforme afirmam Alves e Aerts (2011).

Esses depoimentos revelam que os profissionais enxergam no cotidiano as possibilidades de cuidar para além da prevenção da doença e da própria demanda dos pacientes, buscando a promoção da saúde de forma ampla. Para Gutierrez et al (1997), a promoção da saúde aponta para a transformação dos indivíduos no intuito de estimular a tomada de decisões para uma melhor qualidade de vida, tanto individualmente quanto coletivamente.

Nas representações expostas acima, os profissionais fazem uma crítica ao então modelo de saúde vigente e às condutas adotadas por outros profissionais, que focam e valorizam o atendimento biologicista, fragmentado e super especializado, deixando de lado particularidades do sujeito importantes para o processo de cuidar. Assim percebemos que há preocupação com a transformação das práticas de saúde para o fortalecimento de um sistema de saúde público e eficaz, sendo a educação em saúde nesse cenário considerada como uma “ferramenta potencial de transformação nas relações de trabalho e na realidade do sistema de saúde” (Pinafo et al, 2011, p. 218).

Nesta visão mais progressista da educação em saúde, os participantes do nosso estudo revelam um caminho para um aprendizado mútuo, quando dizem que estão ali “para ensinar e para aprender”. Através dessas representações, percebemos um discurso propulsor de mudanças, tanto para a conscientização dos usuários quanto do perfil do profissional em busca de um modelo de atenção mais integral.

Após essa explanação das representações sobre educação em saúde em seus aspectos normativos ou teóricos e a prática realizada de acordo com o foco às demandas e/ou necessidades de saúde dos usuários, seguiremos com a abordagem de acordo com a prática realizada pelos profissionais.

4.4 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O PROCESSO EDUCATIVO PELOS TRABALHADORES DA ESF

Dentro dessa categoria de análise, discutiremos as representações sociais dos profissionais sobre o processo educativo que se dá no cotidiano de trabalho das equipes na ESF. Para melhor visualização didática, esquematizamos visualmente a divisão de tal categoria:

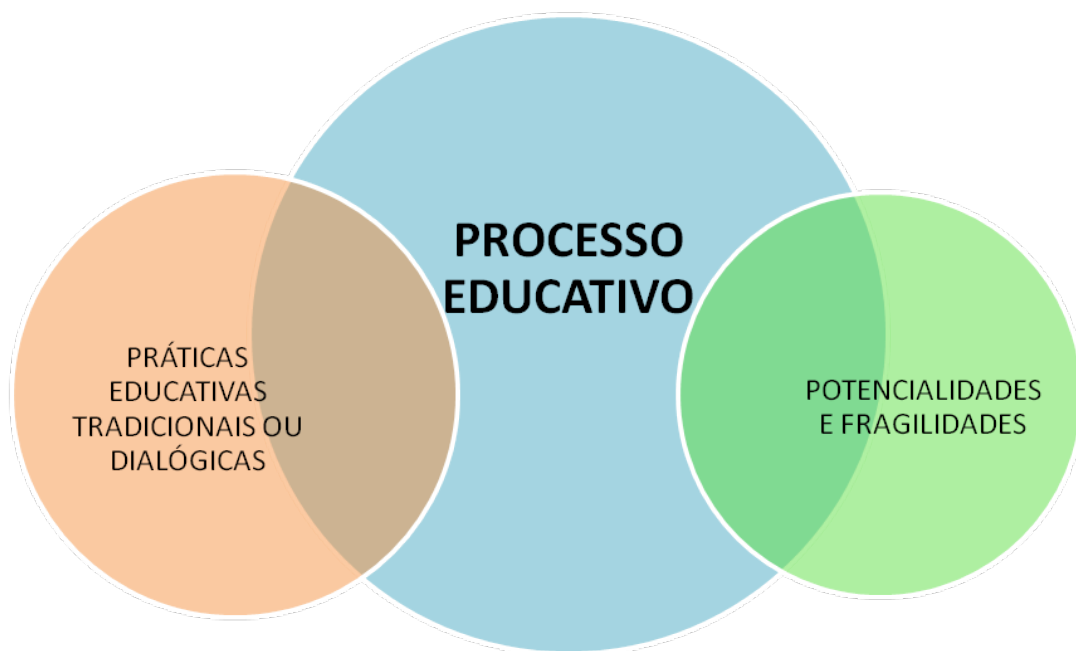


Figura 8: Divisão da categoria Processo Educativo.

Fonte: Elaboração da autora.

Dessa forma, procederemos à discussão sobre as representações dentro de cada eixo apresentado, sendo que dentro da subcategoria “Práticas educativas tradicionais ou dialógicas”, abordaremos como os profissionais representam tal prática no seu cotidiano; e no eixo “Potencialidades e Fragilidades”, abordaremos aspectos que podem propiciar ou dificultar o desenvolvimento do processo educativo e o papel da equipe multiprofissional.

4.4.1 PRÁTICAS EDUCATIVAS TRADICIONAIS E/OU DIALÓGICAS?

Antes de realizar a análise das representações dos profissionais sobre a prática educativa que desenvolvem, descrevemos os modelos de delineamento da prática da educação em saúde no cotidiano. Para Alves (2005), a prática da educação em saúde pode ser delineada em dois modelos extremamente distintos: o modelo tradicional e o modelo dialógico.

O modelo tradicional é fundamentado no referencial biologicista do processo saúde doença, e tem como foco a assistência curativa. Estabelece a abordagem por uma comunicação unidirecional, de caráter informativo, sendo que o profissional tem o papel de informar os hábitos e comportamentos saudáveis, ou seja, são ditadas e impostas ao usuário o que se deve fazer para ter a manutenção de sua saúde, e o profissional espera como resultado que o usuário assuma novos hábitos de vida após esse processo de transformação. A relação estabelecida entre profissional e usuário se dá de maneira verticalizada, com o profissional sendo o detentor do saber e considerando o usuário carente de informação e de saber, precisando apenas ser informado, de forma passiva, não considerando as crenças e valores do indivíduo. O foco desse modelo recai sobre a mudança de atitudes e comportamentos individuais para a prevenção de doenças.

Já o modelo dialógico considera o diálogo como instrumento essencial nas relações, e o objetivo é transformar os saberes já existentes no indivíduo. Coloca como fundamental o aspecto de conhecer o indivíduo, suas crenças, valores, hábitos e condições em que vive, envolvendo a escuta do sujeito. O foco desse modelo busca envolver o indivíduo nas ações de saúde, diferente de impor alguma conduta a ser adotada de forma passiva. Considera os conhecimentos do indivíduo e ressalta sua autonomia para seu autocuidado, para que o mesmo participe ativamente na sua busca por conhecimentos.

Semelhante aos modelos apontados por Alves (2005), Vasconcelos, Grillo e Soares (2009) fala da existência dos modelos hegemônico e contra-hegemônico, com características bem próximas: o hegemônico valoriza o saber técnico científico do profissional, desvaloriza o saber da população e não reconhece direito do indivíduo de ter acesso ao conhecimento para então tomar suas decisões com

autonomia. O contra-hegemônico vai de encontro à efetivação dos princípios do SUS, trabalhando com a integralidade de atenção, vínculo, humanização, prática do acolhimento, e práticas focadas nas necessidades dos sujeitos, priorizando as relações entre os diferentes atores sociais envolvidos no processo educativo, para que haja uma troca entre equipe multiprofissional e principalmente entre equipe e usuário.

Dentro desses dois modelos delineados⁵, podemos dizer que a proximidade do usuário e família dentro dos serviços de AB facilita a ocorrência do modelo dialógico, mas nas práticas cotidianas o tipo de abordagem dependerá da forma como o sujeito representa a educação em saúde nesse cenário. Santos et al (2012) concordam que atenção básica é um local privilegiado para desenvolver ações de educação em saúde, devido a maior proximidade com a população e incentivo à promoção e proteção da saúde, conforme as próprias características da AB. Sendo assim, a ESF se configura como estratégia fundamental para o alcance das ações de educação em saúde.

Através da análise das representações sociais dos profissionais da ESF sobre a educação em saúde no que diz respeito às práticas cotidianas desenvolvidas, percebemos que foram citadas tanto características do modelo tradicional quanto do modelo dialógico, mas a prevalência de referências foi de atividades pautadas no modelo dialógico (conforme exposição na tabela 3).

Iniciaremos as discussões sobre o modelo tradicional adotado nas práticas de educação em saúde relatadas pelos profissionais, sendo estas realizadas de forma individual e/ou coletivas, ressaltando as principais representações que emergiram do discurso da prática desses trabalhadores.

No que tange à realização de práticas educativas tradicionais realizadas de forma individual, percebemos que os espaços utilizados para a transmissão de informações são as consultas individuais, e o sujeito não é visto como ativo nesse processo. Sobre o caráter coletivo, percebemos que as ações são realizadas de acordo com as áreas programáticas que a AB direciona para atendimento, ou dos ciclos de vida, ou das próprias patologias crônicas e situações específicas.

⁵ Após referenciar os modelos citados por Alves (2005) e Vasconcelos, Grillo e Soares (2009), utilizaremos no corpo desse trabalho a referência aos modelos tradicional e dialógico de Alves, por entender que a própria nomeação esclarece características de ambos os modelos.

O profissional age como se o sujeito apenas precisasse ser informado sobre hábitos a se adotar para conseguir um estado de saúde, e não foca no diálogo e na troca entre os envolvidos, apenas em demonstração de atitudes e a verificação da apreensão do que foi ensinado/demonstrado (Fernandes, 2010). A relação se dá de forma unidirecional, conforme aponta os depoimentos a seguir:

Como é que eu vou te explicar o que eu faço? Eu tento colocar na cabeça da pessoa que ela tem muito mais chance, principalmente as mais nervosas, se ela tiver uma vida saudável, ela pouco vai vir na Unidade. Então essa prática educativa eu tenho feito muito individualmente. (ENF 22)

Então, meu trabalho de educação em saúde, por exemplo, eu faço durante o tratamento. Então assim, no dia da consulta, da limpeza, por exemplo, é uma remoção de tártaro, acabou a limpeza eu faço toda a explicação da higiene bucal. Mostro no modelinho, tenho uma arcada aqui, mostro como escova, passo fio dental naquele modelinho, depois peço pro paciente fazer no modelo também. É uma educação de higiene. (DENT 21)

Durante o tratamento eu cobro dele a escovação, então automaticamente você tá dando palestra pra ele individual também, né. (DENT 17)

É complicado, você fala pro hipertenso que tem que diminuir o sal, você tem que parar de comer muita gordura. Aí volta dali um tempo, aí a esposa vem junto na consulta e conta: ele não parou não, tá. E isso é meio que, toda vez que ele vem eu tenho que falar, toda vez tem que falar. Esses são difíceis porque aí já vem culturalmente, da roça, acostumados a comer aquela carne de porco gordurosa e eu não consigo tirar esse hábito. O hábito adquirido eu não consigo tirar. (MED 28)

Além das demonstrações de técnicas corretas sem considerar o que o sujeito sabe, a utilização de palestras verticalizadas e a oferta de materiais previamente elaborados, também foi citado pelos entrevistados. O foco para a atividade palestra também foi evidenciado nos estudos de Jesus et al (2008) e Teixeira e Oliveira (2012), com uma postura conservadora e autoritária de se fazer educação em saúde.

A imposição de condutas ou comportamentos a serem seguidos pelos usuários dos serviços é uma constante nos serviços de APS, e a forma que o profissional valoriza as mudanças de hábitos vai interferir no sucesso ou no fracasso de sua prática. Pelo depoimento acima, onde o profissional diz que o hábito adquirido ele não consegue mudar, percebemos certa impotência deste frente a não modificação do hábito desejado.

Silva et al (2009, p. 1458) ressalta o aspecto de comportamento da população na busca por tratamentos curativos e a não valorização de ações preventivas, o que vem sendo historicamente construído, e isso leva os profissionais a sentirem-se pressionados a atender demandas curativas, pois, para estes autores, “a comunidade espera respostas imediatas das ações de saúde que participam”. Podemos perceber esse imediatismo e a resistência em aceitar as orientações dos profissionais:

A maioria das pessoas não segue o que a gente orienta, e querem resultado, como se fosse um passe de mágica, que tivesse tudo tranquilo. E não é assim que funciona, né. Querem tudo sem esforço. Porque é óbvio que tomar medicação todo dia é algo difícil, né, fazer uma dieta pra determinado tipo de dieta que tem algumas restrições alimentares, é difícil mesmo de seguir, mas tem que se fazer um esforço, né. (MED 10)

Por exemplo, a questão da atenção crônica, diabéticos e hipertensos, a questão educativa, eu faço, assim, orientações mesmo, orientações verbais ou às vezes escrita. A maioria adere ao tratamento, mas infelizmente tem algumas situações que a gente sabe que o paciente é diabético e não faz a dieta. E não adianta falar. Tem dose máxima já de medicação, e vem aqui com alguma descompensação e a gente sabe direitinho o paciente que tá fazendo ou não a dieta, né. (MED 07)

Se você tiver uma sala com 30 pessoas de manhã ali naquela coisa de espera ali, se dois ou três prestarem atenção é muito. (ENF 22)

Destaca-se nas representações desses profissionais a referência ao comportamento dos usuários frente às orientações, associando a não adesão aos comportamentos prescritos a uma “desvalorização” pela população das ações educativas realizadas, o que também foi evidenciado no estudo de Silva et al (2009).

Esses autores afirmam ainda que a população não “dá importância” ao discurso educativo dos profissionais da saúde, não sendo possível ter um produto de resultado concreto, como se o objetivo fosse a modificação de hábitos, e se isso não é alcançado, não são válidas as práticas.

A resistência da população às mudanças e a não valorização das atividades educativas também foi encontrada em outros trabalhos (MELO, SANTOS E TREZZA, 2005; SILVA ET AL, 2009), e os profissionais criticam essa postura da população, que ainda tem o foco do serviço no atendimento voltado para suas demandas curativas, emergenciais.

A obrigatoriedade na participação de algumas atividades planejadas pela equipe também foi citada pelos entrevistados, onde os próprios colocam a participação como obrigatória para que o usuário consiga ter acesso a algum bem ou serviço oferecido, e citam que algumas práticas realizadas só há participação se houver uma “compensação”, um sistema de recompensa.

Essa questão de grupo eu vejo assim, que isso vai muito pela troca, o grupo de Direitos Reprodutivos elas vêm porque precisam do cartão da mulher pra depois conseguir pegar remédio; os grupos de hipertenso, se você chamar eles fora do dia, porque a gente sempre faz antes dos grupos, porque eles já estão com a consulta marcada de hipertenso com o médico, então a gente faz uma palestra assim, antes dessa consulta, porque se você marcar um dia separado eles não vem, eu já tentei fazer isso várias vezes e eles não vem. O grupo de tabagismo, quem fazia era outro enfermeiro, mas também porque que eles vêm no grupo de tabagismo? Porque eles estão interessados no adesivo, nos remédios pra poder parar de fumar. (ENF 09)

Então assim, o pessoal chega (na palestra), o dentista já dá uma instrução de higiene, fala de cárie, o que causa, como prevenir, fala da doença periodontal, a importância dos dentes pra tudo e não só mastigação, mas estética, fonação, digestão, então a gente dá essa explicação a mais pra eles nessa reunião, e todo mundo já sabe que tem que vir nessa reunião pra começar o tratamento. (DENT 21)

As atividades coletivas, dentro do modelo tradicional, são voltadas para áreas programáticas já definidas para serem trabalhadas, e o trabalho cotidiano se volta para esse foco. Albuquerque e Stotz (2004) concordam que muitas vezes as atividades de educação em saúde são conduzidas de acordo com o programa ou campanha da ocasião, deixando de lado a integralidade do processo educativo junto à comunidade.

Essa discussão sobre a integralidade nos serviços de saúde é longa e complexa, mas, conforme afirma Machado et al (2007), esse aspecto deve perceber o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ainda em seu contexto familiar, meio ambiente e sociedade na qual se insere. Sendo assim, em outras palavras, devem-se considerar as singularidades de cada indivíduo para cuidar do mesmo da forma mais adequada.

Os programas específicos para atuação na AB dão um direcionamento para as práticas a se desenrolar nos territórios, mas essas não devem ser as únicas que os profissionais devam realizar, inclusive pensando no conceito ampliado de saúde. Nesse aspecto, Silva (2008) nos traz que é um desafio para os profissionais da ESF trabalhar com normas e procedimentos programáticos em saúde sem fazer deles seu único eixo de atenção.

Se atividades programáticas já delimitadas para acontecerem nas UAPS são pré-determinadas por algumas instâncias superiores, muitas dessas práticas são consideradas apenas como atividades obrigatórias na visão dos trabalhadores, e podem então representar um encargo a mais para os profissionais nesse cenário, levando-os a desenvolver práticas dentro do modelo tradicional e apenas para cumprir a obrigação de tal.

Então segunda feira a tarde é reservada para gestantes, aí geralmente a gente faz a parte de pré-natal faz uma consulta com o enfermeiro e uma consulta com o médico, onde a gente faz as orientações. Na terça feira a tarde, é puericultura, dedicado as crianças, da mesma forma também revezando enfermeiro e médico, aí é agendado, a gente orienta as mães, faz a pesagem, tem as medidas todas. (MED 01)

É. Enquanto não tinha começado a reforma, as práticas educativas que a gente faz na forma de prevenção seria:

através dos grupos de prevenção da saúde da família, esses de hipertensão, diabetes, puericultura, gestantes, e alguns tipos de palestras que a gente fazia em colégios, igrejas do bairro. (DENT 12)

Do hipertenso, na hora que a gente vai aferir a PA, a gente orienta da alimentação, da caminhada, da ingestão de líquido, mas é só, não tem como fazer mais nada. O diabetes aqui é bem falho, entendeu. O diabetes vem um na semana às vezes, pra ver a glicose, porque já tem um cadastro de todos eles que já tem o aparelho em casa e só vem aqui pra pegar a fita. Então ele já tem um controle mediante ao médico, então a gente (enfermeiro) não tem tanto contato. (ENF 03)

Tem aqui o grupo de Direitos Reprodutivos, que tem acessoria da Faculdade, a gente faz eventos, por exemplo, agora Outubro Rosa a gente vai focar na mulher, então faz preventivo, pede mamografia, faz assim um sábado mais dedicado à elas. O novembro azul é dedicado ao homem, a questão do câncer de próstata, então a gente faz uma coisa mais dedicada pro homem. Então a gente vai focando nessas coisas, direcionado para os programas que APS visa atender, né. (MED 28)

Esse direcionamento das atividades a serem desenvolvidas é importante para a organização e padronização das ações, mas as práticas não devem se limitar em cumprir apenas o delimitado. É preciso que se ampliem as atividades e o foco das ações, atuando junto com a população sobre os determinantes sociais, políticos, econômicos e culturais que influenciam o processo de saúde e de adoecimento dos sujeitos.

No que se refere às práticas educativas dialógicas (ou emergentes, como nomeação do código criado no OpenLogos), percebemos a presença de muitos elementos que consideram a participação dos sujeitos no processo educativo, considerando-os como ativos, reforçando sua autonomia perante sua situação de buscar a saúde, considerando ainda aspectos como o diálogo, a troca entre os atores sociais, a transformação de conhecimentos já adquiridos.

Notamos, nas representações, que os participantes citam a ocorrência de poucas práticas individuais, e muitas coletivas, não significando que umas ocorram mais que outras, mas denotando a importância atribuída às atividades coletivas realizadas.

Dentro das representações, percebemos que a prática dialógica deva se pautar na comunicação com o público-alvo das ações, focando nas particularidades de cada indivíduo, partindo da experiência do sujeito para pensar numa estratégia de melhorar a saúde, reforçando a importância do diálogo e o incentivo ao empoderamento dos sujeitos, bem como a troca de experiências. Essas características que propiciam uma prática voltada para a atenção ao sujeito de forma integral emergiram nos discursos:

Eu e a enfermeira da minha área a gente faz muito no consultório, porque é a oportunidade que a gente tem de dialogar com a pessoa e fica mais tranquilo, mais fácil. (MED 28)

Mas eu acho que o objetivo principal é prevenir o paciente, tentar mudar hábitos nesse paciente através da educação, e também fazer ele compreender o seu tratamento, porque as vezes a gente esquece de educar o paciente no tratamento. Então não basta uma receita médica, né, você tem que trabalhar com esse paciente pra ele entender o que é aquilo, pra ele se sentir senhor do seu tratamento, pra ele fazer a parte dele, acho que se chama de letramento, é o quanto o paciente entendeu disso. (MED 29)

A própria terapia em grupo, a conversa, um vai contando a experiência pro outro. (MED 15)

As características reveladas nas representações acima indicam possibilidades de ação para uma prática educativa problematizadora, quando fala dos aspectos da prática voltada para o diálogo, troca de experiências, estímulo ao empoderamento e reflexão sobre sua situação de saúde, pois percebemos que há uma valorização das relações entre usuário e trabalhador no contexto da atenção prestada.

Pereira (2003), ao discutir os diferentes tipos de tendências pedagógicas, aborda as pedagogias críticas, enfatizando a pedagogia libertadora ou da problematização, e afirma que essa possibilita uma prática educativa em saúde mais participativa para a população. Utiliza o termo *empowerment* englobando o desenvolvimento de atitudes, habilidades e consciência crítica sobre sua realidade

vivida. Assim, quando os participantes falam de pautar a relação no diálogo, de levar o paciente “a se sentir senhor do seu tratamento”, evocam a necessidade e importância de incluir esse usuário como sujeito ativo e participante de sua realidade social.

Pereira (2003) defende que “a prática educativa norteada pela pedagogia da problematização é a mais adequada à prática educativa em saúde”, tanto no que se refere a benefícios para os usuários quanto para os profissionais, pois ao mesmo tempo em que valoriza o saber do educando, instrumentaliza-o para a transformação de sua realidade e de si mesmo, possibilita acesso às informações para exercer participação ativa nas ações de saúde, e ainda possibilita o desenvolvimento contínuo de habilidades no trabalhador de saúde, contribuindo para um trabalho criativo no cotidiano.

A presença do diálogo e da troca de experiências nas relações cotidianas das equipes com a população é um aspecto que contribui para diminuir o distanciamento entre profissional e usuário, levando à horizontalidade do cuidado sem a imposição de condutas, contribuindo ainda para uma construção compartilhada de saberes e estimulação do protagonismo dos sujeitos no seu próprio processo educativo.

Uma característica importante na definição das práticas que são realizadas é com relação à consideração das necessidades dos sujeitos. É preciso que o profissional tenha sensibilidade de se colocar no lugar do outro e reconhecer qual é a demanda que o paciente traz até o serviço de saúde, e identificar se a oferta dos serviços atende à sua necessidade no momento. Os entrevistados desse estudo representam a consideração das necessidades dos sujeitos em suas práticas cotidianas a partir do momento que buscam contextualizar o meio em que vivem e se relacionam, e a consideração das particularidades dos indivíduos. Eis abaixo alguns depoimentos em que vemos que o olhar voltado para as necessidades ocorrem, e o profissional busca a melhor estratégia para conduzir sua prática:

E quando eu cheguei, eu tinha muita adolescente grávida, eu tenho na área muitos problemas com álcool e drogas, transtornos psiquiátricos, depressão, e aí quando eu cheguei, eu percebi que eu escutava muito assim: ah, mas as meninas querem ficar grávidas porque elas querem, e eu escutava esse tipo de conversa. E eu percebi que o grupo de direitos

reprodutivos não funcionava. E aí o que eu fiz? Remodelei o grupo. Eu diminuí os dias, porque não tem nenhum protocolo que diga que tem que ser três encontros, então isso é mentira. Claro que faltavam bastante, é o se colocar no lugar do outro: você vai poder faltar três vezes no seu trabalho pra você vir a um grupo? O encontro eu faço em um dia só, e nesse um dia, eu já faço, depois do final do curso, eu faço a consulta de planejamento familiar, e a mulher já sai com o método prescrito, tudo no mesmo dia. Coloquei caixas de preservativos em todas as salas, todas as salas aqui do posto tem, então eles vem, eles param na porta, e entram pra pegar camisinha, principalmente os adolescentes. De 2013 pra 2014, só seis gestantes foram atendidas no grupo de direitos reprodutivos em um ano, de 2014 até hoje que eu peguei o grupo, que já deu um ano também, eu atendi 170 mulheres e homens também. Então, é uma diferença bem gritante né. Então aí agora eu te pergunto: elas que queriam ficar grávidas? Não, não era. Não existia educação em saúde pra que elas pudessem escolher e isso é fundamental. (MED 15)

Aí a gente tem grupos de gestantes, que a gente tenta orientar, fazer realmente uma educação, com aspectos relevantes pra eles sobre a gravidez, gestação, amamentação, aquela coisa toda, aí a gente tenta fazer isso. A questão dos hipertensos e diabéticos, quando a gente faz o grupo é uma alegria danada, a gente traz temperos, explica, faz aquilo que eles gostam, e isso divulga o grupo. (ENF 13)

Então, geralmente o grupo que a gente faz a gente faz em roda, e dependendo a gente aborda temas específicos deles, e às vezes a gente pergunta o que eles querem também pra gente tá levando nos próximos grupos. Igual teve o último que eu fui que a fisioterapeuta tava trabalhando com eles a questão de osteoporose, prevenção de quedas, então primeiro ela perguntou como que era, se eles sabiam o que era isso, se tinham alguém que eles conheciam, então eles vão falando e aquilo ali vai construindo o conceito deles, né. E depois a gente vai fechando, né, desmistificando o que é mito, o que é verdade, mas sempre levando em consideração aquilo que eles falam, né. A gente não tem os temas programados assim, não. A gente tem mais ou menos em mente aquilo que a gente vai abordar durante, mas a gente leva bastante de acordo com o que eles vão levantando. (ENF 16)

A gente pode formar um grupo pra falar de uma doença, eu posso fazer uma, enquanto eles estão esperando uma consulta, posso então abordar um tema, e quando a gente faz uma visita na casa da pessoa a gente é um agente educador, é nesse momento que a gente vê um hábito lá na residência e

tem que tentar, não ser imponente e corrigir, mas tentar mostrar o aspecto do porque não é feito de outra forma, então eu reforço que a educação em saúde deva ser um contínuo. (MED 29)

Dessa forma, considerando a prática educativa uma importante atividade que visa promover modificações no processo saúde-doença, tanto os profissionais da saúde quanto os usuários dos serviços de saúde devem ser participantes ativos para o alcance da qualidade de vida. É importante destacar que ambos devem estar comprometidos para as mudanças nos paradigmas de atenção à saúde das transformações sobre o foco do cuidado no modelo biomédico e com a reorientação de modelos assistenciais, onde o sujeito se torna ator participante no seu processo de cuidado.

Freire (1980) reforça a questão da autonomia do sujeito e de sua concepção crítica da realidade, afirmando que a conscientização é um compromisso histórico, onde os profissionais de saúde assumem papel fundamental no escopo da dimensão da educação em saúde, devendo se comprometer de fato com a vida do outro e adotar novas formas comunicativas na relação profissional usuário.

Essa consideração dos conhecimentos prévios e o incentivo para o usuário se envolver nas práticas educativas é algo de fundamental importância para o trabalho coletivo, uma vez que sujeitos ativos e participativos também irão contribuir para a saúde da população.

O sentimento de pertença a um grupo e o incentivo das relações entre os próprios usuários da comunidade é algo que a ESF pode estimular, melhorando assim o nível de saúde da população como um todo. Essas características do compartilhamento de experiências, do vínculo entre os indivíduos, a confiança entre profissional e usuário devido a tempo de convivência são marcantes no cotidiano, e favorecem o desenvolvimento das atividades na ESF.

4.4.2 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES NO PROCESSO EDUCATIVO

Considerando que as representações sociais são uma preparação para a ação (Moscovici, 1978), podemos perceber nas RS elaborados pelos trabalhadores que atuam na Estratégia Saúde da Família sobre a educação em saúde, com certa dualidade: como um campo de potencialidades para promover a educação em saúde, ou indicando fragilidades para efetivar a prática educativa nos cotidianos das equipes, reveladas pelos discursos desses profissionais.

De acordo com Pinafo et al (2011), algumas situações que podem facilitar o desenvolvimento das práticas educativas se referem às próprias características que a AB estabelece, como o fato de atender a uma população pequena, ter um contato mais próximo com pacientes, a questão do vínculo com o profissional.

A proximidade do profissional com seu território de atuação permite um conhecimento da realidade local e viabiliza uma maior interação nas práticas educativas, reduzindo o distanciamento entre profissional e usuário, favorecendo o vínculo, a confiança, e facilitando o trabalho cotidiano, conforme apontam os recortes a seguir:

Mas as poucas atividades educativas que a gente tem feito eu vejo que têm sido válidas, tem muita aceitabilidade da população, gostam de vir, gostam de participar, até porque a gente já conhece os nossos usuários. E aí tem uma credibilidade, entendeu? Eu chego pra uma gestante minha e falo: fulana, nós vamos fazer um grupo de gestantes, que ela já me conhece, já sabe o jeito que a gente trabalha, então provavelmente ela vem no nosso grupo, porque ela sabe como que vai ser, por causa da credibilidade, que a gente tá aqui presente com ela o tempo todo, dá um tratamento continuado. Então eles gostam de vir. (ENF 13)

Os técnicos de enfermagem que eu tenho são concursados, de longas datas, então eles ajudam a beça porque já conhecem a população. (ENF 03)

Aqui a gente cria esse vínculo, eu tô aqui já tem três anos, então muitos pacientes já me conhecem assim. Já chegam me procurando, já sei a demanda, já sei o que é real, o que é

verdade e o que não é no que ele fala, e por a gente ter o agente comunitário ele ajuda muito nessa questão, entendeu? Porque eles que convivem com a população, todos são moradores aqui do bairro, eles sabem, a fulano joga um verde, fulano não é bem assim não. (ENF 13)

Por isso que eu acho que a Estratégia Saúde da Família você tem que ter um perfil pra isso, e o vínculo com a comunidade é extremamente importante, eu acho muito importante, esse negócio de alta rotatividade que acontece atrapalha. Eu falo que eu tenho sorte porque como eu estou aqui há muito tempo, eu acho que tudo, todas as coisas são mais fáceis, eu já conheço todo mundo, até quem não é da minha área, então... Eu acho que facilita muito o trabalho, eles têm uma confiança no trabalho da gente, e isso é muito bom. (MED 30)

Monteiro, Figueiredo e Machado (2009) revelam a questão do vínculo como um importante instrumento do trabalho educativo na SF, sendo considerado um potencial facilitador de uma aprendizagem significativa em saúde.

Discutindo essa questão do vínculo entre profissional e usuário, Schimidt e Lima (2004), afirmam que tal vinculação se dá pelo fato de ocorrer uma aproximação entre profissional e usuário, sendo que o vínculo ajuda ainda na estimulação da autonomia do usuário, pois quanto mais se conhece, mais se pode incentivar a participação do usuário nos serviços de saúde, sendo que a atividade educativa possa ser considerada significativamente como potencializadora da autonomia dos sujeitos.

Outra potencialidade encontrada em nosso estudo foi também referida nos estudos de Santos e Backes (2009), onde foi verificado que a prática educativa em grupo ajudava na diminuição do fluxo de atendimento na Unidade, com relação à possibilidade da prática educativa em encurtar o tempo das consultas, diminuir a demanda curativa, e ainda ser um facilitador para evitar tanto o adoecer das populações, quanto para evitar os encaminhamentos a outros pontos da rede, conforme demonstra os depoimentos a seguir:

Eu penso que se pudesse gastar mais tempo com isso, eu acredito que ia funcionar mais. Inclusive até as consultas iam ser mais rápidas, porque eles já iam vir com aquilo

conscientizado, não ia precisar de eu ficar, toda consulta eu bater na mesma tecla, né. (MED 02)

Pra evitar que esse paciente chegue lá na frente, na atenção secundária ou terciária, a gente orienta aqui, tenta buscar aqui e trazer algumas informações pra poder levar pra eles. Porque o grau de resolutividade na APS é grande, a gente consegue sim fazer um bom trabalho preventivo, até pra não sobrecarregar outros pontos da rede. (MED 07)

Então Atenção Primária não é só pra tratar gripe, Atenção Primária de qualidade é muito mais que isso. É pra orientar esse paciente pra que ele não chegue a ter um câncer, pra que ele não chegue a ter um infarto, pra que ele saiba cuidar do corpo dele, pra que ele não chegue até a atenção secundária e terciária. E que os que chegarem na secundária ou terciária sejam os que realmente precisam. (MED 15)

Não, eu acho que são essenciais. São essenciais mesmo. A gente reclama da demanda, mas se você fizer um grupo diminui a sua demanda, porque é um grupo ali que você está trabalhando em grupo. (MED 30)

A possibilidade de diminuição de gastos para o sistema foi citada como potencialidade da prática educativa, uma vez que as atividades de educação em saúde dispõem poucos recursos, sendo de baixo custo, e possibilitando ainda a melhoria dos níveis de saúde da população através de intervenções que evitem o adoecimento, conforme relatos que se seguem:

Se começar a fazer as práticas de grupos educativos, de fazer risco epidemiológico pra saber do que a população tá precisando, e entrar com toda essa parte de saúde coletiva, tentando melhorar a população em termos preventivos, além de economizar pro governo, né, porque é mais barato, você vai conseguir melhorar a saúde da população. (DENT 12)

E também diminuir inclusive os custos, gastos pro sistema de saúde, né. Então é muito importante você agir na prevenção, na educação, pra poder ter um ganho futuro, pra poder evitar tanto que as pessoas adoçam, quanto pra também ajudar ao governo, pra poder evitar gastos desnecessários. (MED 18)

O estabelecimento de parcerias também é considerado importante no trabalho com as populações, sendo que a intersectorialidade deve ser incentivada, no intuito de articular ações interdisciplinares tanto de assistência, como de promoção da saúde e prevenção de doenças, inclusive Machado et al (2007) diz que a sustentabilidade PSF requer esse estabelecimento de parcerias intersectoriais. Em nosso estudo, foi destacada a realização de ações junto à comunidade, de acordo com as necessidades demandadas:

Eu vou à escola ainda. Nós fazemos aqui a intersectorialidade. A escola municipal aqui perto já me ligou porque semana que vem eu tenho uma prática lá, se eu poderia ir lá fazer alguma atividade. Aí eu sempre converso com a coordenadora pedagógica pra ver o que ela tá precisando. De repente ela fala que a gente tá precisando falar do HPV porque as meninas não quiseram vacinar na escola por questões evangélicas. Ou às vezes eu tô precisando falar do tabagismo na adolescência, que esse ano o Ministério vai trabalhar a prevenção na adolescência. Muitos começam a fumar com 12, 14 anos. (ENF 27)

Um aspecto potencial para o fortalecimento das práticas educativas é com relação ao desenvolvimento do trabalho em equipe, preconizado pela PNAB (BRASIL, 2007). Os profissionais reconhecem a importância do trabalho multidisciplinar, cada qual com sua visão sobre o cuidado em saúde. Os participantes revelam que a importância da equipe é fundamental para um trabalho continuado e de qualidade, conforme apontam os relatos:

Mas é isso, é você saber educar a população, e a equipe trabalhar em conjunto, cada um aqui sabe o que tem que fazer, e a gente conversa e essa conversa vai fluindo: olha, me ajuda com tal coisa, não consegui resolver o problema de fulano, vamos resolver o problema dele, tô precisando de você. Então, é assim que tudo funciona. (MED 15)

E aqui na Unidade a gente percebe que toda a equipe se envolve, gosta muito, tanto que a gente tem muitos grupos aqui, fazem aqui na UAPS, fazem na casa de outras pessoas também, na igreja, inclusive os agentes têm seu próprio grupo também, né. Toda a equipe gosta muito e tá sempre

participando, é muito bom porque você tem uma ajuda de todo mundo, entendeu. Você nunca fica sozinho tentando fazer algo que vai ser em vão, porque tá todo mundo ali te ajudando e se envolvendo, precisando eles estão por perto. Às vezes você vai em outras unidades e tipo assim, é o médico de um lado, o enfermeiro do outro, e os agentes também de outro, então não funciona. E quando trabalha todo mundo junto, aí a idéia da Estratégia Saúde da Família funciona, né. É muito bom, e aqui funciona. (MED 18)

É, então, eu acho que isso funciona muito bem aqui, a equipe tem um comprometimento muito grande, né, assim, com essas ações, e eu fico muito feliz, porque eu também acho que isso é o “carro-chefe” da Atenção Primária, né. E o que eu acho mais positivo assim, com relação à educação em saúde, eu acho que é a questão do trabalho interdisciplinar, porque não adianta eu, só com o meu conhecimento, fazer uma atividade educativa. A gente precisa correlacionar com as outras formações pra poder ter êxito nas ações. (ASSIST 19)

Ah, é. Esqueci de falar também dos acadêmicos, que trabalham com a gente, pertencem à equipe. Esse pessoal tudo contribui também com a comunidade, né. Eles também passam informações, eles vão e fazem salas de espera, é uma troca muito interessante de informações, freqüenta a comunidade através de visitas domiciliares. Eu tava falando da equipe e estava esquecendo essa turma de universitários, que também contribuem aqui. Então o processo educativo aqui é muito intenso, esse contato. E tem que ter essa interação, né, entre profissionais. (MED 20)

A importância dos alunos enquanto membros da equipe é um traço marcante das UAPS dessa região, uma vez que das 07 Unidades escolhidas como cenário para coleta, apenas uma delas não recebe alunos de instituições formadoras da cidade. Os profissionais reconhecem a importância desses alunos para o desenvolvimento de atividades, e que ainda auxiliam os profissionais no planejamento de atividades cotidianas.

Embora reconheçam as potencialidades do processo educativo na APS, os trabalhadores se deparam com vários desafios cotidianos que dificultam a realização da prática educativa, como a escassez de recursos tanto materiais quanto humanos, falta de estrutura física adequada na unidade, acúmulo de tarefas e sobrecarga do profissional, foco nas atividades curativas em detrimento das preventivas, a

precarização do vínculo empregatício, e a ausência de trabalho interdisciplinar entre membros da equipe.

Diversos autores ressaltam dificuldades para o desenvolvimento de práticas educativas na APS, com relação à ausência de infra-estrutura ou espaço físico inadequado, a indisponibilidade de material educativo, carência de recursos audiovisuais e também de recursos humanos (JESUS et AL 2008; SILVA, ROTENBERG E VIANA 2004 ; MELO, SANTOS E TREZZA, 2005).

O atendimento centrado na demanda espontânea, característica citada por muitos dos entrevistados, leva a uma escassez do tempo para um atendimento adequado, e uma certa aceleração no atendimento para dar conta de atribuições previstas podem comprometer a realização da prática educativa. Franco e Merhy (2006) concordam que o modelo assistencial “procedimento-centrado” foca seu principal compromisso no desenvolvimento de procedimentos, com ênfase quantitativa, e não nas reais necessidades demandadas pela população.

Em nosso estudo foram citadas diversas características que podem dificultar a operacionalização das práticas educativas, como a falta de recursos materiais e humanos, espaço físico inadequado, a sobrecarga de trabalho, a cobrança por produtividade e exigência de números de consultas, a resistência e não valorização da população em aderir às práticas e às orientações, o tempo delimitado do contrato empregatício por dificultar a continuidade do cuidado, conforme recortes das entrevistas expressam:

Mas o tempo é muito curto de consulta, então não dá. O ideal seria se a gente fizesse grupos educativos, mas o tempo acaba com a gente, consome sabe, Andréia. Te engessa muito. Eu tento fazer a cada consulta, mas fica muito restrito, e as pessoas são muito resistentes, toda mudança a pessoa é muito resistente. E aquilo, o tempo é muito curto. Eu acredito que é muito importante a educação em saúde, sem dúvida nenhuma. Esses grupos educativos com certeza. Só que a gente, médicos, a gente não tem muito tempo. Entendeu?(MED 02)

Eu sou contratada da Prefeitura por um ano. Quando acabar o meu contrato vem outra pessoa para o meu cargo. Por esse motivo não tem como a gente montar projeto nenhum. Acho que a maior dificuldade para mim é que você não consegue montar nenhum projeto devido ao tempo do seu contrato.

Porque tudo que eu tentar montar em um ano, vai por água abaixo porque ano que vem vai vir outra enfermeira e vai mudar tudo de outra forma. [...] Só que tem que ter espaço físico e tem que ter profissional, e no momento eu não estou tendo. (ENF 03)

E que é um dificultador, mesmo, que eu encaro assim, é a própria população. Eles deveriam valorizar os grupos, eles deveriam estar presentes... Às vezes a gente até coloca estímulos materiais, um brinde, uma comida, um lanche, um café, vai ter isso, vai ter aquilo, aí você vê que a frequência aumenta. Mas o problema é que nós não temos insumos pra isso. A gente não tem esse fornecimento pela prefeitura, até de um café, então tem que sair tudo do bolso da gente. E assim, nem mesmo material assim, de cartazes, canetas, a gente não recebe nada, é tudo tirado do nosso bolso. Pra ornamentação do local, né, pra enfeitar alguma coisa a gente se ajeta. Então é a sua fala e a vontade do usuário, é o que funciona, e mais nada. (ENF 05)

E assim, Andréia, a consulta, como ela não tem um tempo muito grande, às vezes a gente aborda uma coisa, mas não dá pra você ficar falando muito tempo, diferente de um grupo, né, que você pode pegar ali e mostrar várias coisas, né. Na consulta individual você passa mais uma informação de uma maneira mais sucinta, não dá tanto pra esmiuçar, por causa do tempo mesmo, você sabe que tem uma outra consulta ali depois, né. (ENF 16)

Olha, são práticas assim, ainda bem... Como que eu vou te falar... A gente faz muito rápido, então a gente ainda não tem assim, a gente não elabora uma aula, por exemplo, a gente não elabora um material que possa ser passado para os pacientes, porque a gente não tem esse tempo, entendeu? (MED 10)

Os profissionais entrevistados defendem ainda a realização da prática educativa coletiva, como os grupos educativos, e citam algumas características que são resultado dessa atividade, e contribui para a saúde da população:

E coletivamente, a gente faz os grupos de educação em saúde, que quando a gente trabalha em grupo a gente tá abrangendo uma população maior, e sempre que trabalha em grupo tem um ganho de inter-relação entre as pessoas, então os próprios participantes trocam idéia, trocam experiência, informações, fazem vínculos que acabam ajudando a pessoa a aceitar mais

as coisas que a gente fala, né, aquilo que os profissionais falam. Então é muito importante essa ação coletiva também, que dá muito certo, e a gente acaba pegando ele todo. Eu e a outra médica, a gente pensa muito igual, assim, com relação a grupos. A gente acha que é muito importante, sabe, não adianta você só fazer um milhão de consultas, um milhão de atendimentos, e tipo assim, não vai ter uma resolutividade tão grande quanto você pegar e fazer um grupo. Porque às vezes na consulta eles não falam, e surge alguma coisa diferente no grupo, sabe, tem vergonha de perguntar, e às vezes alguém pergunta menos inibida, e já começa a perguntar, então, é importante, eu acho muito bom. E sem falar que é mais descontraído do que uma consulta, né. (MED 18)

Esse depoimento revela também outro aspecto interessante também defendido por muitos profissionais que foram entrevistados, com relação ao enfoque quantitativo que se dá para os atendimentos na APS. Defendem que o importante não é a quantidade de consultas que foram realizadas, mas sim a qualidade do atendimento que foi feito. Atualmente, no município de Juiz de Fora, as UAPS estão vivenciando a implantação do Plano Diretor da APS, que consiste em uma padronização das atividades que estão sendo desenvolvidas, e para tal, cada Unidade elaborou suas metas de acordo com as características da sua população.

Um aspecto que chega a ser angustiante, nas palavras do entrevistado, é com relação à delimitação de tempo para cada atendimento programado, e a educação em saúde acaba ficando em segundo plano, conforme o relato evidencia:

Eu acho que o tempo é uma questão muito crítica pra gente, é uma questão importante, e nós médicos estamos muito apreensivos com essa questão do Plano Diretor que tá chegando agora porque pelo que nós estamos vendo lá na grade de horários, esse tempo tá sendo limitado em um intervalo muito pequeno. Porque cada atendimento deverá durar uma média de 15 minutos, então como que em 15 minutos você vai atender um paciente, acolher bem, trazê-lo pra sala, escutar a demanda dele, a ampliação do conceito de saúde, e as queixas e as buscas, que nem sempre são pela doença, né, e a consulta às vezes é a única oportunidade naquele mês. Trabalhar um pouquinho com eles sobre mudanças de hábitos e liberá-lo sem ter gastado muito tempo, porque os outros estão esperando e a gente também tem os

nossos horários pra cumprir. Então o tempo pra mim é uma situação muito crítica, é muito às vezes chega a ser angustiante, você pensar em tempo pra fazer educação em saúde. (MED 29)

Outros entraves citados por Pereira e Servo (2006) que comprometem a execução da educação em saúde dizem respeito à sobrecarga de trabalho, a pouca disponibilidade de recursos - tanto materiais quanto humanos - e a cobrança pela produtividade. Carvalho (2016) revela aspectos que comprometem o funcionamento da rede de atenção à saúde envolve os recursos humanos, citando a sobrecarga de trabalho dos profissionais, a precarização do vínculo empregatício, bem como a falta do trabalho interdisciplinar entre os membros da equipe de SF.

Reis, Scherer e Carcereri (2015), ao falar do vínculo empregatício, afirmam que quando se propicia estabilidade e segurança funcional, os trabalhadores desenvolvem suas atividades tranquilos, motivados e com compromisso, enquanto que Carvalho (2016) defende que o contrato temporário configura-se como uma ameaça para o estabelecimento do vínculo entre profissional e população atendida, e dificulta o estabelecimento de projetos futuros.

O trabalho em equipe é um dos pontos fortes da APS, e quando o mesmo é efetivado nas práticas cotidianas, têm-se muitos benefícios para a população e para os profissionais também. Porém, quando esse não ocorre como preconizado, o desenvolvimento das práticas nesse cenário acaba sendo prejudicado. Com relação à categoria profissional do cirurgião dentista, este não faz parte da equipe mínima do PSF, e por vezes, não se envolve nas atividades educativas realizadas, e não se sentem pertencentes à equipe, se isolando do restante da equipe, fato também evidenciado no estudo de Carvalho (2016). Pelos recortes das entrevistas abaixo, percebemos uma insatisfação dos dentistas quanto a não incorporação como parte da equipe multiprofissional, e por isso justificam a não realização de práticas educativas com os demais membros da equipe de ESF:

Eu falo que é uma pena, assim, porque desde que eu entrei na prefeitura, depois a gente fez cursos de pós-graduação pra trabalhar na Saúde da Família, e até hoje, por questões políticas eu creio, não se conseguiu incluir o dentista no PSF

em Juiz de Fora. Até a integração com o restante da equipe do PSF fica prejudicada, porque assim... Até o consultório aqui é mais afastadinho. (DENT 06)

Falta esse sair da Unidade que eu te falei. Isso a gente não faz porque não somos PSF, mas dentro da Estratégia Saúde da Família você tem essa visão fora da Unidade também, né. A participação dos dentistas nos grupos de tabagismo, isso seria super interessante e isso a gente não faz. Então a gente poderia ampliar essa educação em saúde, mas por enquanto não. A gente até evita mesmo fazer, porque a gente não recebe nada pra isso, a gente não recebe acréscimo nenhum de PSF. Então o que a gente faz é o tratamento aqui no consultório, o máximo é nossa reunião ali, fora isso a gente não faz. E mesmo se fôssemos PSF, às vezes eu me questiono, como é que a gente dividiria esse tempo? Como que a gente daria conta da demanda que a gente tem pra atender, que muitas vezes o pessoal que vem na reunião não consegue ser chamado todo mundo naquele mês, então já tem a outra reunião chegando e gente que ainda não foi chamada, então fica aquele acúmulo de demanda. Imagina se a gente ainda tivesse que reduzir nosso tempo de atendimento pra atividades educativas? Ficaria mais apertado ainda, né. (DENT 21)

Apesar de, em seus discursos deixarem transparecer a visão de saúde em seu conceito ampliado e não apenas restrito à parte bucal, suas práticas clínicas são focadas para atendimento de demanda, através de procedimentos curativos, restauradores. Ainda hoje, no município de Juiz de Fora, o cirurgião dentista não é incluído como pertencente à equipe mínima da ESF, sendo que seu cargo é de 20 horas semanais, o que dificulta o envolvimento desses com atividades em equipe multiprofissional.

Farias e Sampaio (2010) justificam esse isolamento do dentista do restante da equipe nas raízes de sua formação ainda, quando o mesmo é direcionado a priorizar a prática voltada para questões biológicas, e afirmam que as suas atitudes podem influenciar no processo de trabalho em equipe, pois quando não se sentem pertencentes à equipe, não desenvolverão ações integralizadas com os demais membros que compõem a ESF. Através da análise dos discursos do profissional dentista, percebemos que a conclusão da pós-graduação em Saúde da Família foi citada como uma obrigatoriedade para atuar nesse cenário, pois quando tal

categoria fosse inserida nas equipes de SF seria um requisito obrigatório para ingressarem na equipe.

Porém, para que haja um efetivo trabalho em equipe na ESF, é necessário que todos os profissionais envolvidos possam reconhecer a importância do mesmo, tanto para a população, quanto para a própria equipe. O trabalho na ESF é um trabalho coletivo, e é fundamental que sua importância seja reconhecida pelos que a compõem para a execução de um trabalho de qualidade, para que de fato todos se comprometam com o cuidado que deve ser compartilhado com a população.

Nesse aspecto do trabalho multiprofissional no cenário da ESF, Gil (2005) nos diz que a formação de profissionais aptos para trabalharem nesse modelo de atenção torna-se um desafio para uma assistência voltada à promoção da saúde, uma vez que cada categoria profissional recebe um tipo de formação voltada à sua área específica, com focos diferenciados. Não é raro encontrar trabalhos que associam a figura apenas do enfermeiro ao desenvolvimento de práticas educativas, por esse ser o profissional mais voltado para práticas de cuidado.

Gazzinelli et al (2013), concordando com Alvarenga (2005) , afirmam que a categoria médica tem participação reduzida nas práticas educativas mais interacionistas, pouco se envolvem com o trabalho interdisciplinar, exercendo uma prática mais individualista desde a graduação. Gazzinelli et al (2013) afirmam que a formação das categorias de médicos e enfermeiros ainda está voltada para a valorização do saber científico, sob a influência do modelo biomédico.

No tocante ao trabalho multiprofissional, é de suma importância, assim, que as equipes de ESF possam trabalhar em conjunto, com o intuito de facilitar a construção de sujeitos autônomos e críticos, contextualizando com a realidade local, partindo da experiência dos sujeitos e das suas práticas, e que seja um trabalho contínuo.

Promover mudanças nas representações sociais desses trabalhadores, no que tange aos aspectos aqui abordados, é um processo longo, mas é preciso investir em ações que sejam capazes de transformar as características do modelo conservador de educação em saúde e seu foco, ainda direcionado para a prevenção de doenças.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise do discurso dos participantes dessa pesquisa, evidenciamos que as representações sociais que os profissionais têm sobre educação em saúde estão guiando as práticas realizadas (ou idealizadas). Entendemos que as RS constituem elementos essenciais à análise dos mecanismos que interferem na eficácia do processo educativo, e analisar essas representações mostrou-se como fundamental para desvelar os sentidos que os profissionais de saúde atribuem às suas práticas, bem como elucidar as relações com os valores e práticas sociais, para orientação de suas condutas e atitudes no cotidiano.

Importante citar a contradição existente nas representações, pois ao mesmo tempo em que os trabalhadores descrevem seus pensamentos sobre o objeto em questão, agem de forma diferenciada, englobando outros aspectos nas suas práticas, atribuindo sentido próprio às suas ações. A educação em saúde historicamente é baseada em um modelo arraigado de concepções restritas e focais, e uma mudança genuína para uma abordagem ampla é algo que demanda tempo para ser modificado. A substituição desse modelo vem ocorrendo de forma processual, conforme pesquisas apontam, e nesse trabalho ainda não pudemos encontrar de forma homogênea a prática emergente/dialógica.

Foi possível detectar que os participantes não têm um entendimento único para descrever o que entendem por “ser saudável”, sendo que os profissionais discorrem sobre o conceito ampliado de saúde, e alguns ainda têm uma visão restrita e restringindo saúde dentro do modelo biomédico, como a finalidade de prevenir doenças e proteger dos agravos à saúde, o que terá implicações diretas no seu processo de trabalho cotidiano.

Dentro da polissemia do termo educação em saúde, percebemos que os profissionais o concebem de variadas formas. Através das falas sobre a concepção de educação em saúde, percebemos que o enfoque das ações permanece voltado para a prevenção de doenças, com práticas direcionadas ao controle dos agravos, e ainda de acordo com os programas já delimitados de serem trabalhados pelo Ministério da Saúde, assim como atuação direcionada para atendimento das condições especiais nos ciclos e vida.

Apesar de terem as ações já preconizadas para serem desenvolvidas no cotidiano institucional, percebemos que muitos trabalhadores já desenvolvem atividades de acordo com as demandas da população, procurando saber o que eles gostariam de discutir, e pautando a relação construída no diálogo entre os saberes e em um compartilhamento de informações.

Ao discutirmos sobre as práticas educativas que são realizadas, tanto de forma individual ou coletiva, encontramos características do modelo dialógico e do conservador, sendo que os discursos demonstraram a predominância de práticas pautadas no diálogo, considerando os sujeitos ativos e detentores de saber, focando em suas necessidades. Os entrevistados relatam ainda algumas características da AB que favorecem a realização das práticas educativas, como o vínculo estabelecido, a confiança conquistada ao longo da convivência, e a oportunidade de trocas entre os envolvidos no processo educativo. A importância que os próprios profissionais atribuem à responsabilização do sujeito enquanto agente de mudanças no seu cotidiano, e o estímulo ao empoderamento do mesmo, foram encontrados nos discursos.

Não obstante ainda temos alguns depoimentos, que embora sejam minoria, denotam o caráter passivo e meramente transmissor das atividades educativas, onde os profissionais entendem a educação em saúde como uma atribuição ou obrigação a ser cumprida, e passam as informações aos usuários de forma passiva, apenas para “cumprir protocolo”.

Porém, apesar de todas essas contradições encontradas- e é comum ter ambigüidades quando tratamos de representações sociais-, podemos perceber que a prática educativa revelada pelos discursos está caminhando para uma perspectiva mais integral do indivíduo-foco das ações na AB, com um olhar biopsicossocial. Como uma limitação da abordagem utilizada, destacamos que não foi feita observação participante concomitante à análise das representações (apenas a realização de entrevistas individuais), sendo que podemos afirmar o que dizem os discursos, e não efetivamente o que fazem no cotidiano.

Sobre as potencialidades e fragilidades visualizadas na prática para a operacionalização do processo educativo na ESF, é curioso o fato de os profissionais citarem com grande frequência os aspectos que dificultam o desenvolvimento, inclusive citando a idealização de práticas desejadas se pudessem

contar com insumos que atualmente não dispõem, e ainda utilizando essa ausência para justificar a não realização de práticas.

Como potencialidades da educação em saúde, foram revelados fatores referentes à resolubilidade da AB, a possibilidade de redução da demanda curativa e tempo de cada consulta, o baixo custo das ações e a probabilidade de diminuir gastos excessivos com doenças no sistema de saúde, evitando a ocorrência de problemas e encaminhamentos para a rede de atenção à saúde. Ainda reconhecem a importância de um trabalho em equipe compartilhado, o que pode estreitar as relações estabelecidas tanto entre profissional e usuário, tanto entre profissional e restante da equipe.

As fragilidades para efetivação da prática educativa nesse cenário da ESF reveladas nos discursos foram com relação à escassez de recursos materiais, humanos, e estrutura física; a ausência de tempo pela sobrecarga de trabalho e cobrança quantitativa de procedimentos. Citam ainda uma “resistência” cultural da população no que diz respeito a não seguir orientações ditadas, e atribuem a uma falta de interesse e não valorização das atividades educativas, e alguns profissionais também citam a não valorização de práticas por parte da equipe. Outras fragilidades citadas foram com relação ao vínculo empregatício na forma de contrato por tempo determinado e o não envolvimento de algumas categorias profissionais nas atividades propostas, o que impossibilita o estabelecimento de um trabalho em equipe e de forma continuada, o que conseqüentemente prejudica o desenvolvimento de todo o trabalho conforme é preconizado para a ESF.

Importante destacar que essas condições tanto viabilizam ou inviabilizam o desenvolvimento na prática da educação em saúde, assim como justificam a presença ou ausência de tais atividades na UAPS, o que pode também impedir a diversificação de estratégias, que acabam ficando apenas no plano do ideal, e o profissional colocando que se tivesse acesso a tais recursos, poderia desempenhar melhor as atividades de educação em saúde.

Notamos, através da revisão bibliográfica sobre os aspectos conceituais, históricos e práticos da educação em saúde e através da análise das representações sociais dos profissionais sobre esse objeto, que a forma de visualizar o sujeito no cotidiano da educação em saúde vem se transformando ao longo do tempo, com mudanças positivas, considerando cada vez mais as

particularidades dos envolvidos, focando na autonomia e nas necessidades da população. Assim, conclui-se que é preciso ressignificar as práticas educativas para alguns profissionais, com vistas que as mesmas sejam entendidas como espaços de construção de saberes compartilhados, e não apenas como um veículo de transmissão de informações.

Acreditamos que, para a efetividade das práticas de educação em saúde na ESF, um trabalho em equipe é fundamental, e que as práticas vislumbrem incluir o cidadão no processo educativo, considerando todos os seus saberes e opiniões, para contribuir com um processo de mudança social, em que a população possa entender que são sujeitos e atores do seu próprio cuidado.

A prática educativa tem potencial de contribuição para a emancipação dos sujeitos, estimulando pensamento crítico-reflexivo. É preciso que os profissionais do primeiro nível de atenção estejam comprometidos com uma visão ampliada do cuidar, considerando as particularidades de cada indivíduo e o seu contexto de vida, e que possam ainda criar estratégias para um cuidar cotidiano efetivo.

Faz-se necessário ainda, a reflexão e ação por parte dos profissionais, de tentar desenvolver nos usuários um espírito questionador, para que os indivíduos queiram ser ativos nos processos de mudanças sociais, e que participem da construção coletiva do sistema de saúde.

Esse estudo das representações sociais dos profissionais da ESF sobre educação em saúde possibilitou vislumbrar a diversidade de significados e sentidos que tal objeto tem na prática profissional dos participantes, e que orientam as suas ações no cotidiano. Ao sinalizar, com os nossos resultados, que o modelo dialógico de prática educativa vem sendo desenvolvido por esse conjunto social de trabalhadores, acreditamos ser possível o compartilhamento de estratégias para preferir reestruturações importantes no processo de trabalho das equipes que atuam na ESF, no intuito de remodelar as práticas de saúde e incluir cada vez mais o usuário como centro do cuidado.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p. 27-38.

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.61,n.1, p. 117-121, jan/fev 2008.

ALBUQUERQUE, P.C.; STOTZ, E.N. A educação popular na atenção básica: em busca da integralidade. **Interface- Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v.8, n.15, p. 259-274, mar./ago. 2004.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v.9, n.16, p. 39-52, 2005.

ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.1, p. 319-325, 2011.

AMANCIO, A.S.C.; CARVALHO, G.S.; RODRIGUES, V. M. C. P. Valores na educação em saúde e a formação profissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 527-540, nov./dez. 2012.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA, K.B.C; GONÇALVES, O.S.J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.4, p.884-899, 2011.

BAUER, MW. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: Bauer MW, Gaskell, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 3ª edição. Petrópolis,(RJ) Vozes: 2002. p. 189-217.

BESSEN, C.B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n.1, p. 57-68, jan./abr.2007.

BRANDÃO, C.R. **O que é educação**. São Paulo: Abril Cultura; Brasiliense, 1985.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Brasília : CONASS, 2011. 197 p.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF: [s.n], 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em 05 de maio de 2014.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, DF: [s.n], 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em 05 de maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012. 110 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. 8 Conferencia Nacional de Saúde. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios**/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. –3. ed.– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3 ed. Brasília, 2010. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de Educação Popular em Saúde**. Brasília, 2014. 224 p.

BRASIL. Ministério de Educação. **Constituição**: República Federativa do Brasil . 1988.

BRASIL. Ministério da Educação. **Programa de Educação Tutorial-PET: Manual de Orientações básicas**. 2006. Disponível em : http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=338-manualorientabasicas&category_slug=pet-programa-de-educacao-tutorial&Itemid=30192.

CARVALHO, A.M.P. **Representações Sociais de trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família sobre o princípio da Equidade no cuidado em saúde aos portadores de doenças sexualmente transmissíveis**. Juiz de Fora-MG. 140f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2016.

CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. **Apresentando OpenLogos: um gerenciador de dados textuais**. Instituto de Medicina Social – UERJ, Rio de Janeiro, 2009. 15 p. Disponível em: <<http://openlogos.sourceforge.net/>>.

CAREGNATO, RCA; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006 Out-dez; 15(4): 679-684.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. C. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p.443-456, nov. 2008/fev. 2009.

CONVERSANI, D.T. N. Uma reflexão crítica sobre Educação em Saúde. **BIS-Boletim do Instituto de Saúde**. São Paulo, n.34, p. 4-5, dez 2004.

ESCOREL, S. ; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao Desenvolvimentismo Populista. In: Lígia Giovanella; Sarah Escorel; Lenaura V.C. Lobato; Antonio Ivo de Carvalho; José Noronha. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2008, p. 333-384.

FARIAS, M.R.; SAMPAIO, J.J.C. Integração da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família: a percepção dos profissionais. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.34, n.4, p.745-757, out./dez.2010.

FERNANDES, S.C.A. **As práticas educativas na Saúde da Família: uma cartografia simbólica**. Tese de doutorado em Ciências Sociais. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2010.

FEUERWERKER, L. Modelos técnico-assistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface**, v.9, n.18, p.489-506, 2005.

FLISH, T.M.P. **Práticas coletivas de educação em saúde na Atenção Primária à Saúde em Contagem, MG**. Dissertação de mestrado UFMG, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte: 2013.

FRANCO, T.B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in Pinheiro e Mattos (Orgs.) , **Gestão em Redes**; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 55-124.

FRANCO, T.B; MERHY, E.E. A produção Imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(orgs). **Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005, p.181-193.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980. 102 p.

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

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

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

GAZZINELLI, M.F.C.; MARQUES, R.C; OLIVEIRA, D.C.; AMORIN, M.M.M.; ARAUJO, E.G. Representações sociais da educação em saúde pelos profissionais da equipe de saúde da família. **Trab Educ Saude**, v.11, n. 3, p. 553-571, set./dez. 2013.

GUERREIRO, E.M. **Representações sociais de puérperas sobre educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal**. Fortaleza-CE. 111f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde). Universidade Estadual do Ceará. 2012

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

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 7-18, jan. 2011.

GUARESCHI, P.A. ; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. 13 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

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

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Populacional 2010**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=313670>>.

JESUS, M.C.P.; SANTOS, S.M.R.; AMARAL, A.M.M.; COSTA, D.M.N.; AGUILAR, K.S.M. O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no Programa Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Rev. APS**, v.11, n.1, p. 54-61, jan./mar. 2008.

JODELET, D. (org). Representações sociais: um domínio em expansão. In: **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17-44.

JOVCHELOVITCH, S. **Representações Sociais: para uma fenomenologia dos saberes sociais**. *Psicologia e Sociedade*, v. 10, n. 1, p. 54-68, 1998.

JUIZ DE FORA. Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental. Gerência de Promoção da Vida. Departamento de Atenção Primária. **Programa Municipal de Expansão da Saúde da Família**. Juiz de Fora, 2003.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Plano de Saúde 2014-2017**. Juiz de Fora: Secretaria Municipal de Saúde, 2014.

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

LAZARINI, W.S; SODRÉ, F; LIMA, R.C.D. Educação em Saúde como Estratégia de Gestão: Desafios para Atenção Primária à Saúde. In: SOUSA, M.F; FRANCO, M.S; MENDONÇA, A.V.M. **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes editora, 2014.

LUNELLI, T. **Equipes de saúde da família: concepções e práticas de educação em saúde**. Itajaí-SC. 107f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho), Universidade do Vale do Itajaí, 2006.

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

MACHADO, M.F.A.S.; MONTEIRO, E.M.M.; QUEIROZ, D.T.; VIEIRA, N.F.C.; BARROSO, M.G.T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v.12,n.2, p. 335-342, 2007.

MASCARENHAS, N.B; MELO, C. M. M. ; FAGUNDES, N. C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na atenção Primária. **Rev Bras Enferm**, Brasília ; v65, n 6, p. 991-999, nov-dez, 2012.

MAZZOTTI, A. J. A. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. **Revista Múltiplas Leituras**, v.1, n. 1, p. 18-43, jan. / jun. 2008.

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

MICHALISZYN, M.S. Educação em Saúde: da prevenção à promoção. In: MACHADO, P.H.B.; LEANDRO, J.A., MICHALISZYN, M.S. (Org) **Saúde coletiva: um campo em construção**. Curitiba: IBPEX, 2006. p 103-146.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31 ed. Petropolis, RJ: Vozes, 2012. 108 p.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30ª ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

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

MORETTI-PIRES 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 Enferm.**, São Paulo, v.22, n.4, p.439-444, 2009.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. 291 p.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 9 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. 404 p.

OLIVEIRA, D.C.; et al. **A teoria das Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar**. In: ALMEIDA, A.M.O.; SANTOS, M.F.S.; TRINDADE, Z.Z.(org). **Teoria das Respresentações Sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitek, 2001. p. 585-623.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Alma-Ata**. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Brasília, 1979. 64 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. In MINISTÉRIO DA SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/IEC, 1986. p 19-30.

PEDROSA, J. I. S. Promoção da Saúde e Educação em Saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Editora Hucitec/ OPAS, 2006. Capítulo 4, p. 77-93.

PEDROSA, J.I.S. É preciso repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social. **RADIS**, 13, set, p. 24-25, 2003.

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **Mundo saúde**, São Paulo, v.31, n.3, p.320-328, jul.-set. 2007.

PEREIRA ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad Saude Publica**; v 19, n.5, p.1527-1534, 2003.

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

PINAFO, E; NUNES, E.F.P.; GONZALEZ, A.D.; GARANHANI, M.L. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 201-221, jul./out. 2011.

REIS, D. C. Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais. In: GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C.; MARQUES, R. C. **Educação em saúde: teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p.19-24.

REIS, W.G.;SCHERER, M. D.A.; CARCERERI, D.L. O trabalho do cirurgião dentista na atenção primária à saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n 104, p. 56-64, jan/mar 2015.

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

RODRIGUES, D.; SANTOS, V.E. A Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil. **J Health Sci Inst**, v.28. n. 4, p. 321-324, 2010.

ROECKER, S.; MARCON, S. S. Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 701-709, out/dez. 2011.

RUIZ, M.L.; ROMANA, M.A, BATISTA, S.H, MARTINS, M.A. Jornal Vivo: relato de uma experiência de ensino-aprendizagem na área da saúde. **Interface Comun Saúde Educ.** 2005; 9(16):195-204.

SÁ, C.P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. 110p.

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

SANTOS, L.A.C.; FARIA, L.R. **A reforma sanitária no Brasil: ecos da primeira república.** Bragança Paulista: EDUSP, 2003. 204 p.

SANTOS, D.S. ET AL. Sala de espera para gestantes: uma estratégia de educação em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica.* Rio de Janeiro, v. 36, n.1, jan/mar 2012. DISPONÍVEL EM:
<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a10v36n1s2.pdf>

SCHALL, V. T.; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, p. S4-S6, Suplemento 2. 1999.

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

SILVA, C.M. Equidade e promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: desafios a serem enfrentados. **Rev.APS**, Juiz de Fora, v.11, n.4, p.451-458, out./dez. 2008.

SILVA, C.P.; DIAS, M.S.A; RODRIGUES, A.B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v 14, Supl.1, p.1453-1462, 2009.

SILVA, E. A. S. **Primeira infância: práticas educativas na estratégia saúde da família**. Dissertação de Mestrado profissional em Saúde Coletiva. 95 f. Universidade Federal de Goiás. 2012.

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

SILVA, J.M.; SILVEIRA, E.S. **Apresentação de trabalhos acadêmicos**: Normas e Técnicas. 4ª Ed. Juiz de Fora: Tempo, 2006.

SILVA, Maria A. et al. Enfermeiro & grupos em PSF: possibilidade para participação social. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 143-149, maio/ago. 2006.

SMEKE, E.L.M.; OLIVEIRA, N.L.S. Educação em Saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E.M. (Org). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: HUCITEC, p.115-136, 2001.

SOUSA, M. F. A reconstrução da Saúde da Família no Brasil: Diversidade e Incompletude. In: SOUSA, M.F; FRANCO, M.S; MENDONÇA, A.V.M. **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes editora, 2014. p. 40-76.

SOUZA LR. Uma reflexão sobre educação e saúde na estratégia saúde da família. In: ARCHANJO DR, ARCHANJO LR, SILVA LL. **Saúde da Família na Atenção Primária**. Editora IBPEX. Curitiba: pág 152-179. 2007

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STOTZ, E. N. A Educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 9-20, mar. 2005.

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

TEIXEIRA, E.; OLIVEIRA, D.C. Representações sociais de educação em saúde em tempos de AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67, n.5, p. 810-817, set./out. 2014.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1. ed. 15. reimp. São Paulo: Atlas, 175p, 2007.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 5ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. 685 p.

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

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.J.C; SOARES, S.M. **Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde**. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2009. 70 p.

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

APÊNDICE A- Roteiro norteador para entrevista

Pesquisadora: Andréia Aparecida Henriques Carvalho

Orientadora: Profa. Dra. Girlene Alves da Silva

IDENTIFICAÇÃO:

Categoria profissional e número da entrevista:

Sexo:

Data de nascimento (IDADE):

Data da entrevista:

Cargo/Função:

UAPS em que trabalha:

Formação profissional (Graduação e Pós Graduação):

Tempo de formado:

Tempo de atuação na instituição e na ESF:

QUESTÕES ORIENTADORAS DA ENTREVISTA:

- O que é ter saúde, na sua opinião?
- E no contexto do seu trabalho, me fale sobre educação em saúde?
- Fale sobre as práticas educativas que você realiza cotidianamente (Caracterização das práticas: para quem são direcionadas? individual ou coletiva? Onde são realizadas? Facilidades e dificuldades de realização).
- O que você acha das práticas educativas que são realizadas, ou por você ou pela equipe?

APÊNDICE B- Declaração de Infra-Estrutura das UAPS para coleta de dados**DECLARAÇÃO**

Na qualidade de responsável pelas Unidades de Atenção Primária à Saúde da cidade de Juiz de Fora- MG, AUTORIZO a realização da pesquisa intitulada “Representações Sociais dos profissionais de nível superior da Estratégia Saúde da Família sobre as práticas educativas em saúde” com os profissionais que tenham interesse de participar da pesquisa como voluntários do estudo e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Tal pesquisa será realizada sob a responsabilidade da pesquisadora Andréia Aparecida Henriques Carvalho, nas Unidades de Atenção Primária à Saúde da região Sudeste de Juiz de Fora-MG, que adotem a Estratégia Saúde da Família, sendo as dos seguintes bairros: Retiro, Jardim Esperança, Santo Antônio, Jardim da Lua, Vila Ideal, Vila Olavo Costa e Furtado de Menezes.

DECLARO que essas instituições apresentam a infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa.

Obs.: Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Juiz de Fora, 04 de maio de 2015.

Thiago Campos Horta
Subsecretário de Atenção
Primária à Saúde

Responsável pela Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde

APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Representações Sociais dos profissionais de nível superior da Estratégia Saúde da Família sobre as práticas educativas em saúde”. Nesta pesquisa pretendemos analisar as representações sociais dos profissionais de nível superior sobre as práticas educativas no contexto da Estratégia Saúde da Família. O motivo que nos leva a estudar essas representações sobre as práticas educativas é a necessidade de compreender de que forma concepções, atitudes, pensamentos e práticas influenciam o cuidado em saúde.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: os dados serão coletados através da realização de entrevistas semi-estruturadas com um roteiro contendo questões norteadoras, as quais serão gravadas em áudio através de aparelho mp3 e posteriormente transcritas as falas dos participantes para realização de categorização e análise dos dados. De acordo com a resolução 466/2012 do CNS, toda pesquisa envolvendo seres humanos apresenta algum tipo de risco. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos, uma vez que será utilizada entrevista para coleta de dados, é sabido que este é um tipo de procedimento que pode causar risco mínimo ao participante, ou seja, riscos presentes diariamente na vida de uma pessoa. A pesquisa contribuirá para a reflexão dos próprios entrevistados quanto a aspectos subjetivos do cotidiano das práticas educativas na área da saúde. Nessa perspectiva, espera-se que a reflexão proposta possa elucidar pontos importantes sobre a prática educativa no cotidiano de trabalho dos profissionais.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde-UFJF e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “Representações Sociais dos profissionais de nível superior da Estratégia Saúde da Família sobre as práticas educativas em saúde”,

de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 .

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Nome do Pesquisador Responsável: Andréia Aparecida Henriques Carvalho

Endereço: Rua Adayro Martins Rubio, 200

CEP: 36073234 / Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 88135536

E-mail: dedeiacarvalho2005@yahoo.com.br

APÊNDICE D – Autorização para realização da pesquisa da Instituição Proponente

DECLARAÇÃO


Na qualidade de responsável pelo Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (Instituição Proponente do estudo), AUTORIZO a realização da pesquisa intitulada “Representações Sociais dos profissionais de nível superior da Estratégia Saúde da Família sobre as práticas educativas em saúde” com os profissionais que tenham interesse de participar da pesquisa como voluntários do estudo e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Tal pesquisa será realizada sob a responsabilidade da pesquisadora Andréia Aparecida Henriques Carvalho, nas Unidades de Atenção Primária à Saúde da região Sudeste de Juiz de Fora-MG, que adotam a Estratégia Saúde da Família, sendo as dos seguintes bairros: Retiro, Jardim Esperança, Santo Antônio, Jardim da Lua, Vila Ideal, Vila Olavo Costa e Furtado de Menezes.

O pesquisador responsável pela pesquisa se compromete a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção de imagem, a não estigmatização dos usuários, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de auto-estima de prestígio econômico ou financeiro.

DECLARO que essa instituição apresenta a infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa.

Obs.: Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Juiz de Fora, 04 de maio de 2015.



Responsável pelo Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde- NATES
UFJF

Prof.ª Dr.ª Maria Teresa Bustamante Teixeira
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva / UFJF
Coordenadora

APÊNDICE E- Autorização para realização da pesquisa da Subsecretaria de Atenção Primária À Saúde (SSAPS) de Juiz de Fora-MG

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

À Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora – MG

Juiz de Fora, 04 de maio de 2015.

Prezado Senhor Thiago Campos Horta,

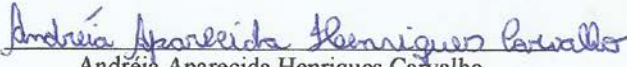
Venho solicitar de V. S. a autorização para realizar entrevistas com os profissionais de nível superior que trabalham nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) cobertas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Juiz de Fora. Atualmente faço parte do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* na modalidade de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. O trabalho conta com a orientação da Profª Gírlene Alves da Silva.

Esclareço que os depoimentos atenderão à finalidade de um trabalho científico, incluindo a elaboração do projeto de dissertação e relatório de defesa a ser apresentada para banca examinadora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora e divulgação em meio científico. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa. O título provisório é “Representações sociais dos profissionais de nível superior da Estratégia Saúde da Família sobre as práticas educativas em saúde”. Neste estudo pretendemos analisar as representações sociais dos profissionais de nível superior sobre as práticas educativas no contexto da ESF e estabelecer relações entre essas representações e o cuidado que os profissionais desenvolvem.

Ressalto que o referido projeto será encaminhado para análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF e todas as exigências éticas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde serão rigorosamente cumpridas.

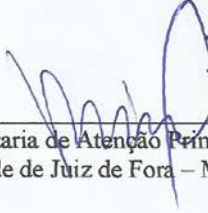
Desde já agradeço a atenção dispensada e coloco-me à disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,


 Andréia Aparecida Henriques Carvalho
 Pós-graduanda do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva
 Faculdade de Medicina – UFJF




AUTORIZADO EM (DATA): 04/05/15

ASSINATURA E CARIMBO: _____

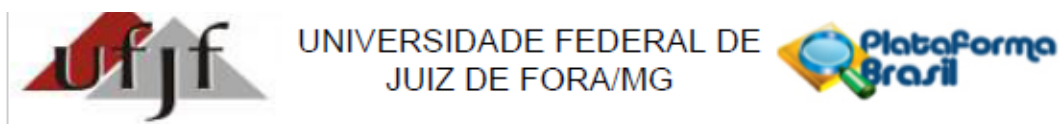

 Subsecretaria de Atenção Primária
 à Saúde de Juiz de Fora – MG

Thiago Campos Horta
 Subsecretário de Atenção
 Primária à Saúde

ANEXO A-FOLHA DE ROSTO

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa: Representações Sociais dos profissionais de nível superior da Estratégia Saúde da Família sobre as práticas educativas em saúde		2. Número de Participantes da Pesquisa: 39	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Andréia Aparecida Henriques Carvalho			
6. CPF: 083.268.566-65		7. Endereço (Rua, n.º): ADAYRO MARTINS RUBIO TERRAS ALTAS numero 200 JUIZ DE FORA MINAS GERAIS 36073234	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (32) 3235-1632	10. Outro Telefone: (32) 38135536
11. Email: dedeiacarvalho2005@yahoo.com.br			
12. Cargo: <i>Empenheira - Mestranda em Saúde Coletiva UFJF</i>			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>04 / 05 / 2015</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Universidade Federal de Juiz de Fora UFJF		14. CNPJ:	15. Unidade/Órgão: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE
16. Telefone: (32) 2102-3830		17. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>MARIA TERESA BUSTAMANTE TEIXEIRA</u> CPF: <u>568.600.307-63</u>			
Cargo/Função: <u>COORDENADORA ADJUNTA DO NATES</u>			
Data: <u>04 / 05 / 2015</u>		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO B- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Representações Sociais dos profissionais de nível superior da Estratégia Saúde da Família sobre as práticas educativas em saúde

Pesquisador: Andréia Aparecida Henriques Carvalho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44689615.4.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.089.185

Data da Relatoria: 21/05/2015

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

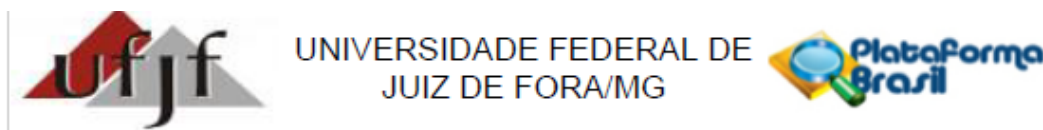
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N		
Bairro: SAO PEDRO		CEP: 36.036-900
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA	
Telefone: (32)2102-3788	Fax: (32)1102-3788	E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.089.185

realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Recomendações:

- Na metodologia substituir o termo sujeitos por "participantes".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Novembro de 2015.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 01 de Junho de 2015

Assinado por:
Francis Ricardo dos Reis Justi
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N	CEP: 36.036-900
Bairro: SAO PEDRO	Município: JUIZ DE FORA
UF: MG	Telefone: (32)2102-3788
Fax: (32)1102-3788	E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br