

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: AS INTERFACES COM AS
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

NÁDJA MARIA ALMEIDA SILVA ANDRADE

**JEQUIÉ/BA
2012**

NÁDJA MARIA ALMEIDA SILVA ANDRADE

**EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: AS INTERFACES COM AS
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora para obtenção do grau de Mestre.

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^a DSc. Ana Cristina Santos Duarte

Co-orientadora: Prof^a DSc. Alba Benemerita Alves Vilela

**JEQUIÉ/BA
2012**

A568 Andrade, Nádja Maria Almeida Silva.
Educação popular em saúde: as interfaces com as equipes de saúde da família/Nádja Maria Almeida Silva Andrade.- Jequié, 2012.
138 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Mestrado-Programa de pós-graduação em enfermagem e saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2012. Orientadora Prof^a. DSc. Ana Cristina Santos Duarte.

1. Educação em saúde 2. Saúde – Educação popular 3. Saúde da família – Educação popular I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 614.07

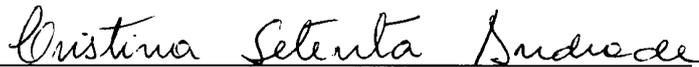
FOLHA DE APROVAÇÃO

ANDRADE, Nádja Maria Almeida Silva. Educação Popular em Saúde: As Interfaces com as Equipes de Saúde da Família. 2012. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-BA.

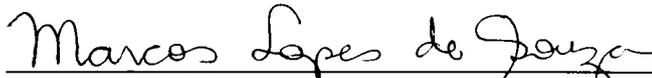
BANCA EXAMINADORA



Profª. DSc. Ana Cristina Santos Duarte
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



Profª. DSc. Cristina Setenta Andrade
Universidade Estadual de Santa Cruz
Examinadora



Prof. DSc Marcos Lopes de Souza
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Examinador

Jequié, 15 de fevereiro de 2012

Dedico e agradeço

A **Deus**, por me conceder saúde e força para encarar as barreiras (e foram muitas!) com as quais me deparei durante o trajeto de produção desta tarefa, sem Ele o labor seria duro, quiçá impossível. Autor por merecimento deste trabalho, força maior da minha vida, meu amor por Ti é inegociável. Obrigada, pela minha família, pelos meus amigos fiéis, que mesmo com todos os meus defeitos, me escolheram para dividir as suas vidas. Agradeço o pouco que eu tenho, pois o pouco Contigo é tudo o que preciso! Obrigada também pelos meus inimigos, pois graças a eles hoje eu sei o que eu **NÃO QUERO SER**, e por isso busco meu melhor! Sem Ti não teria conseguido chegar aqui. Amém...

Aos meus pais, amada **mãe** Celísia, exemplo de dedicação e amor à educação, mulher, mãe, esposa, amiga, educadora exemplar, força maior de amor que une toda a família, amado **pai** José Fernandes, homem de caráter ilibado, de altruísmo em favor da educação, mestre por nobreza, seu amor por nós ensinou-me a olhar o mundo com mais respeito. Amo vocês!

Ao meu amado **esposo**, Olival, por saber entender e apoiar minhas decisões, buscando entender minhas faltas como esposa, companheira, mãe, profissional e amiga. Seu apoio é fundamental para que eu prossiga minha caminhada. Obrigada pelo carinho, amor e pela certeza que os sonhos podem se tornar realidade.

Aos **filhos** amados, Gustavo, Marcelo e Nathália, que trouxeram alegria e entusiasmo à minha vida e a convivência familiar e por serem pessoas que sabem respeitar os seres humanos na sua essência.

AGRADECIMENTOS

Agradecer pode não ser uma tarefa fácil nem justa numa finalização de um trabalho. Por isso, considerando que essa dissertação não teve início no mestrado da UESB, para não incorrer no erro de esquecer alguém, **agradeço** de antemão **a todos** que direta ou indiretamente, gentilmente colaboraram na realização desta pesquisa e aos que, muitas vezes, sem o saber, estimularam-me com palavras de carinho e de amizade e que de alguma forma passaram pela minha vida e contribuíram para a formação da pessoa que sou hoje.

Ao **Programa de Pós-graduação** da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, nas pessoas do Prof. DSc. **Cezar Augusto Casotti** – Coordenador – e da Prof^a DSc. **Alba Benemérita Alves Vilela** - vice-coordenadora - pela oportunidade dada aos profissionais de saúde e educação para o aperfeiçoamento acadêmico, pela simplicidade e estabilidade com que conduzem o mestrado de saúde da UESB, e pelo apoio e incentivo a mim dispensados em momentos de desânimo.

Às **minhas orientadoras** Prof^a DSc. **Ana Cristina Santos Duarte** e Prof^a DSc. **Alba Benemérita Alves Vilela**, pela paciência, motivação e empenho e por compartilharam seu conhecimento orientando-me neste estudo, tornando possível a conclusão dessa dissertação. Obrigada pela acolhida generosa, por acreditarem em mim e pela colaboração para meu crescimento profissional e pessoal. Foi muito bom poder contar com vocês!

Aos professores da **banca examinadora**, Prof. DSc. Marcos Lopes de Souza e Prof^a. DSc. Cristina Setenta Andrade, que desde a qualificação estiveram presentes, contribuindo com valiosas observações para (re) organização do projeto de pesquisa e pelo carinho e presteza em dispor do seu tempo mais uma vez para participarem da banca de sustentação da dissertação, contribuindo com um novo olhar sobre o trabalho ora realizado, o que muito me honra.

Aos **professores do Mestrado** e em especial a Prof^a. DSc. Alba Benemérita, pelo incentivo e cooperação em diferentes momentos do curso e por dividir comigo uma

tarde de sábado para com toda paciência e sabedoria incentivar-me a seguir em frente, disponibilizando suas riquezas culturais e científicas para fazer valer esta produção.

Aos **colegas do Mestrado** que em todos os momentos de encontros buscaram motivar-me para a conclusão dessa dissertação, de maneira singular aos colegas dos grupos de pesquisa na sala de aula, Liane, Viviane, James, Lívia, Karla, Roseli e Murilo. A **Liane e Vivian**, obrigada por ajudaram de forma direta, orientando-me, impulsionando-me, mostrando-me o caminho a seguir e de forma peculiar a **Liane**, que esteve presente desde o primeiro momento da qualificação do projeto de pesquisa até a construção final dessa intensa, mas prazerosa obra. A **James** por compartilhar comigo o estágio de docência dividindo as tarefas, o aprendizado e os ensinamentos.

A todos os **funcionários do mestrado** que, com suas ações cotidianas, participam do nosso processo educativo, em particular a Neilma, que sempre me atendeu com muito carinho e atenção.

A todos os **alunos que tive e terei**, sem os quais o ato de ensinar/aprendendo e aprender/ensinando, não teria sentido. De maneira especial, aos alunos do Curso de Fisioterapia, segundo semestre de 2010.2 que nos recebeu com respeito, confiança e souberam aproveitar os momentos de ensinamentos e aprendizados.

A **Juliana S. Oliveira**, sua preocupação, seu empenho em motivar-me, sua alegria e entusiasmo a cada passo que eu dava, foi muito importante para que conseguisse concluir essa tarefa tão custosa. Obrigada por acreditar que eu sou capaz, quando eu mesma não estava mais acreditando.

Aos profissionais da **Equipe de Saúde da Família “SOL” e grupos organizados** da comunidade de referência da equipe, por nos acolheram com carinho para a coleta dos dados e realização das atividades educativas aceitando participar do estudo de modo tão gentil, contribuindo para elucidar as questões discutidas e pontuadas.

A colega do curso de especialização em planejamento, **prof. DSc Margarete Pereira Cavalcanti**, que acreditou em mim e muito contribui para construção do meu projeto para a seleção do mestrado. Mesmo distante, seus ensinamentos foram muito valiosos.

Aos meus **manos**, Dulce, Nando, Tânia e Cleyde, pelo carinho, amor e confiança, companheiros em toda minha caminhada, minha sustentação nos momentos difíceis, vocês traduzem, com exatidão, o que é viver no amor em família.

A toda minha **família**, em especial, aos meus sogros, Olival e Jandira, por sempre terem me tratado como filha, aos meus sobrinhos (as), cunhados (as) pela amizade e carinho a mim dispensados.

Aos **amigos especiais** de sempre, aqueles que sempre posso contar nos momentos alegres e tristes. Tenho plena certeza que Deus abençoa nossa amizade, por isso mesmo distante estaremos pertos. Com carinho, Roseli, Norma, Rosângela, Nara, Varlei, Carolina Texeira, Lenise, Sara...

A **Ritinha**, menina doce e amiga, que a mim tem dedicado muito carinho e amor, e que muito ajudou nas minhas atividades diárias do lar durante o árduo percurso deste estudo.

Aos **colegas de trabalho** do setor de faturamento de AIH do HGPV, que num momento profissional difícil, receberam-me com carinho, atenção e disponibilidade para ensinar-me um novo serviço, de forma especial a **Gilmar e Reginaldo** que confiaram na minha capacidade profissional.

Agradeço as críticas, pois elas nos auxiliam muito, agradeço a todas as pedras que tive que tirar do caminho, a todas as dificuldades enfrentadas, não fosse por elas, eu não teria saído do lugar, pois as facilidades nos impedem de caminhar.

MUITO OBRIGADA!

Torne sua vida tão significativa quanto possível. Faça isso por meio da prática espiritual, se puder. Isso consiste apenas em agir levando os outros em consideração. E se voce o fizer com sinceridade e persistência, pouco a pouco, passo a passo, será capaz de reordenar seus hábitos e atitudes e pensar menos em seu pequeno mundo de interesses e mais nos interesses de todas as pessoas. E encontrará paz e felicidade para si mesmo.

Dalai-Lama

RESUMO

As interfaces da Educação Popular com as Equipes de Saúde da Família são analisadas neste trabalho, tendo como referência as ações de Educação em Saúde e o potencial da equipe em desenvolvê-las. A inserção da Educação Popular em Saúde num sistema de saúde que ainda funciona de acordo com o modelo dominante, baseado na assistência clínica individual e curativa é examinada, procurando compreender como a equipe de saúde da família enfrenta essa contradição. Metodologicamente, é uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, realizada a partir de entrevistas semi-estruturadas, da observação participativa com utilização do diário de campo, além de revisão documental que permeou o processo de identificação dos processos educativos da Equipe de Saúde da Família a luz da Educação Popular em Saúde bem como identificou os limites e desafios enfrentados pela Equipe de Saúde da Família no processo da educação em saúde. Os suportes teóricos foram os princípios da prática educativo-dialógica aplicada à pedagogia da saúde com base nos autores que estudam a filosofia freireana, que trata da educação libertadora em que o indivíduo busca, de forma reflexiva, descobrir-se e conquistar-se como sujeito da sua própria história. Na análise de conteúdo, foram identificadas seis categorias: Atividades educativas realizadas pela equipe de saúde da família; Concepção dos profissionais de saúde sobre Educação Popular; As interfaces da Educação Popular em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família; Concepção dos grupos organizados da comunidade sobre o processo de educação em saúde; O partilhar dos grupos nos processos educativos; A esfinge e a singularidade da Educação Popular para os grupos organizados da comunidade. Os resultados mostraram que os processos educativos ainda são encaminhados como forma de transmissão de conhecimentos, distanciando-se da proposta da Educação Popular em Saúde. Também reflete acerca das concepções de Educação em Saúde que permeiam os discursos dos profissionais, assim como da comunidade e sobre a participação da equipe na capacitação comunitária para a construção da autonomia, cidadania e controle sobre os determinantes de saúde na perspectiva da Promoção da Saúde. Aponta para a importância da Educação Popular como forma de permitir maior vínculo e preparo da comunidade e equipe, nas ações de promoção à saúde de modo a aproximar as práxis da Educação em Saúde com a realidade social por meio do paradigma da Educação Popular. Na esperança de colaborar para a institucionalização das demandas e aprendizado de Educação Popular em Saúde, sugere-se a elaboração de projetos e atividades que possam conformar um plano de ações da Política de Educação Popular em Saúde para o município e a microrregião de Jequié, buscando cooperar com a construção de um SUS participativo e equânime.

Palavras-Chave: Educação em Saúde, Educação Popular, Saúde da Família

ABSTRACT

The interfaces of Popular Education with Family Health Teams are examined in this work, with reference to the actions of Health Education and the potential in developing them. The insertion of Popular Education in Health in a Health system that still works according to the dominant model, based on clinical curative assistance and individual is examined, looking to understand how the family health team confronts this contradiction. Methodologically, develops a qualitative research exploratory, descriptive, held from semi-structured interviews, participatory observation with use of the field journal, in addition to documentary review that permeated the identification process of the educational processes of family health Team to light of Popular education in health as well as identified the limits and challenges faced by the family health Team in the process of health education. The theoretical support were the principles of educational practice-Dialogic Dynamics applied to health pedagogy based on authors who study philosophy freirean, which deals with the liberating education in which the individual pursuit, so reflective, discover and conquer yourself as a subject of its own history. In content analysis identified six categories: educational activities carried out by the family health team; Design of health professionals on popular education; The Popular Education in Health interfaces and Family Health Strategy; Design of organized groups of the community about the process of health education; The share of groups in educational processes; The Sphinx and the uniqueness of Popular Education for organized groups of the community. The results showed that educational processes are still serve as a means of transmitting knowledge, and some professionals are unaware of their rationale being that most of them have educational practices and vertical patologizantes, distancing itself from the proposal of Popular Education in Health. Reflected on the conceptions of health education that permeate the speeches of professionals, as well as the community and on the participation of community empowerment team for the construction of citizenship, autonomy and control over health determinants in the perspective of health promotion. Points to the importance of Popular education as a way to allow for greater link and staging of community and team in health promotion actions so as to bring the practice of health education with social reality through the paradigm of Popular Education. Hoping to contribute to the institutionalization of demands and learning of Popular Education in Health, suggested the elaboration of projects and activities that might be brought into a plan of actions of Popular education policy on health for the city and the Northeast region of Jequié, seeking to cooperate with the construction of a participatory SUS of equitable.

Keywords: Health Education, Popular Education, Family Health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa da Microrregião de Jequié	67
Quadro 1 - Distribuição das Unidades de Saúde da Família conforme ano de implantação e localização, CNES, 2010, Jequié/BA	68
Quadro 2 - Relação das Equipes de Saúde da Família que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa	69
Quadro 3 - Categorias Temáticas e Subcategorias da Análise de Conteúdo	75
Tabela 1 - Perfil dos entrevistados da USF SOL, na cidade de Jequié-BA no ano de 2011	81
Tabela 2 - Perfil dos entrevistados dos Grupos Organizados da Comunidade da EqSF SOL, na cidade de Jequié-BA no ano de 2011.	83

LISTA DE ABREVIATURA

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS - Agente Comunitário de Saúde
AENJER - Associação dos Enfermeiros de Jequié e Região
AIS - Ações Integradas de Saúde
ASB - Auxiliar de Saúde Bucal
APS – Atenção Primária a Saúde
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEP - Comitê de Ética e Pesquisa
CF - Constituição Federal
CGMR - Colegiado de Gestão Microrregional
CLS - Conselho Local de Saúde
CMS - Conselho Municipal de Saúde
CNEPS - Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DIRES - Diretoria Regional de Saúde
EAD - Educação à Distância
EBMSP - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
EESP - Escola Estadual de Saúde Pública
EqSF- Equipe de Saúde da Família
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública
EP - Educação Popular
EPS - Educação Popular em Saúde
ES - Educação em Saúde
ESB - Equipe de Saúde Bucal
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FSESP - Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública
GM - Gabinete do Ministério
IAPM - Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Previdência Social
I/S - Instrutor Supervisor
MESP - Ministério da Educação e Saúde Pública
MOPEs - Movimento Popular de Educação em Saúde
MS - Ministério da Saúde
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCS - Plano de Cargo, Carreira e Salário
PSF - Programa de Saúde da Família
RS - Reforma Sanitária
SESAB - Secretaria de Estado da Saúde da Bahia
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS - Unidade Básica de Saúde
UESB - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UESC - Universidade Estadual de Santa Cruz
UEFS - Universidade Estadual de Feira de Santana
UFBA - Universidade Federal da Bahia
UnB - Universidade de Brasília

SUMÁRIO

AS PRIMEIRAS NOTAS DO ARTEFATO DA PESQUISA	16
1 APRESENTAÇÃO	17
2 INICIAÇÃO	20
CAPITULO I: VERSANDO A HISTÓRIA	24
3 POLÍTICAS DE SAÚDE E CONSTRUÇÃO DO SUS	25
CAPITULO II: UMA VISÃO PANORÂMICA DA SAÚDE DA FAMÍLIA	35
4 A ATENÇÃO BÁSICA E O ASSISTIR À FAMÍLIA	36
CAPITULO III: EDIFICANDO O SABER TÉCNICO E CIENTÍFICO: ATRELAMENTO IMPRESCINDÍVEL	43
5 ARQUITETANDO O CONHECIMENTO	44
5.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	44
5.2 A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E OS MOVIMENTOS POPULARES	51
CAPITULO IV: TRILHANDO O CAMINHO DOS ASTROS	64
6 O PEREGRINAR DA METODOLOGIA	65
6.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	65
6.2 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO	66
6.3 SUJEITOS DO ESTUDO	71
6.4 APETRECHOS E EXECUÇÃO DA COLETA DE DADOS	72
6.5 ANÁLISE DOS DADOS	74
6.5.1 Categorias de Análise	74
6.6 ENFOQUE ÉTICO	75
CAPITULO V: OBSERVANDO E PONDERANDO AS FALAS DOS SUJEITOS	77
7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	78
7.1 OBSERVANDO, PARTICIPANDO E APRENDENDO	78
7.2 ACOLHENDO OS DADOS DO ROTEIRO DAS ENTREVISTAS	81
7.3 ESTUDANDO E ANALISANDO AS CATEGORIAS	84
7.3.1 Atividades educativas realizadas pela Equipe de Saúde da Família	84

7.3.2	Concepção dos profissionais de saúde sobre Educação Popular	92
7.3.3	As interfaces da Equipe de Saúde da Família na perspectiva da Educação Popular em Saúde	95
7.3.4	Concepção dos grupos organizados da comunidade sobre o processo de Educação em Saúde	102
7.3.5	O partilhar dos grupos organizados nos processos educativos	104
7.3.6	A esfinge e a singularidade da Educação Popular para os grupos organizados da comunidade	106
	UMA VISÃO PANORÂMICA DA ARTE DERRADEIRA	110
8	REFLEXÕES FINAIS: REMATANDO O INACABADO	111
	REFERÊNCIAS	115
	APÊNDICES	125
	ANEXOS	130

AS PRIMEIRAS NOTAS DO ARTEFATO DA PESQUISA

O que vale na vida, não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher.

Cora Coralina

1 APRESENTAÇÃO

O tema da Educação em Saúde (ES) é central em minhas preocupações teóricas e práticas e atualmente venho buscando conhecer melhor processos educativos à luz da Educação Popular em Saúde (EPS).

Filha de professores, sempre vivi em um ambiente onde a educação era considerada a peça chave para o sucesso do ser humano. Apesar de ter escolhido a graduação na área da saúde, sempre tive um “pezinho” na educação, pois ao iniciar minha carreira profissional no hospital municipal de Itagi-BA, capacitei pessoas para atuarem na área da enfermagem porque na cidade não dispúnhamos de pessoal com formação para a área hospitalar. Também atuei como professora de biologia no Colégio Cenecista Padre Otacílio, na mesma cidade.

Após quatro anos e cinco meses atuando como enfermeira no hospital municipal de Itagi, fui aprovada em concurso público da Secretaria de Estado da Saúde da Bahia (SESAB), iniciando, assim, minha caminhada na saúde coletiva em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), afastando-me da área hospitalar. A atuação na unidade de saúde na cidade de Itagi possibilitou-me ter um convívio bem próximo com a comunidade, devido às atividades desenvolvidas nos programas de Tuberculose, Leishmaniose, pré-natal, campanhas de vacinação, sala de vacina e palestras educativas na área da saúde nas escolas.

Posteriormente, solicitei transferência e passei a atuar no setor da atenção básica na 13ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES), microrregião de Jequié-BA, que compreende vinte e cinco municípios, onde desempenhei atividades de coordenadora pedagógica dos cursos descentralizados, de auxiliar e técnico de enfermagem e do curso técnico de Agente Comunitário de Saúde (ACS), monitoramento, planejamento e avaliação das ações desenvolvidas na atenção básica dos referidos municípios, especificamente com a Estratégia Saúde da Família (ESF). Também desenvolvia ações na área da gestão do trabalho e educação em saúde, com os projetos HumanizaSUS, PlanejaSUS e MobilizaSUS, sendo que este último trabalha na perspectiva da EPS voltada para o controle social.

Além disso, atuei como enfermeira do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no município de Jequié, onde tive oportunidade de voltar a trabalhar diretamente com a comunidade. Todavia, o trabalho desenvolvido no

acompanhamento e implantação das Equipes de Saúde da Família (EqSF), me fez perceber que esta estratégia de equipe multidisciplinar, surgida com o desafio de trabalhar com populações adscrita e desenvolver ações de promoção e proteção à saúde, considerando a contextualidade, integralidade e a ES, é um terreno fértil para compreender que as ações educativas devem ser trabalhadas sob a luz da EP, aquela que proporciona transformação e emancipação dos sujeitos, uma educação libertadora, uma pedagogia freireana.

Continuo desempenhando ações de facilitadora nos cursos de: atenção à saúde da mulher, conselheiros municipais de saúde, capacitação pedagógica para enfermeiros(as) do PACS e das EqSF, treinamento introdutório (hoje Acolhimento Pedagógico) para profissionais das EqSF, selecionadora dos processos seletivos para ACS no estado da Bahia, tutora do curso de Educação a Distância (EAD) de Qualificação de Gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) e Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia (EESP).

Ao mesmo tempo sou membro do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Jequié como representante da categoria dos trabalhadores estaduais de saúde, portanto atuo diretamente com a participação popular e controle social. Todas essas atividades possibilitaram-me atuar com processos educativos, acendendo em mim antigos questionamentos a respeito da eficácia das ações educativas.

Minha inserção como docente nos cursos técnicos profissionalizantes, bem como facilitadora nos processos de capacitação técnica, proporcionou-me não só a aquisição de *capital* cultural (grifo nosso), mas também a construção de trajetórias profissionais mais longas, exigindo maior reflexão sobre o processo ensino/aprendizagem. Passei a ampliar o meu olhar e refletir que as práticas pedagógicas e a atuação em práticas educativas são, muitas vezes, reflexos das mudanças sociais que ocorrem no mundo do trabalho. Esses diferentes lados da minha vida vão estar presentes nesta dissertação, como não podia deixar de ser, intensificando ora mais, ora menos cada uma das discussões.

Este estudo utiliza referenciais da história da ES e da EPS, da formação dos movimentos sociais e a história do SUS com ênfase nos modelos de atenção, especificamente a ESF.

Logo após vem a metodologia apontado a esquematização idealizada do tipo de estudo, cenário, caracterização dos sujeitos e instrumentos de coleta dos dados, bem como a forma utilizada para a análise dos dados.

Como último item do estudo, elaboramos as reflexões finais, versando sobre o significado da ES para profissionais de saúde e grupos organizados da comunidade, onde pontilhamos nossas recomendações, sugerindo uma maior aproximação dos sujeitos da pesquisa com o tema abordado.

2 INICIAÇÃO

Mas, por que analisar o processo de Educação em Saúde voltado para a Educação Popular em Saúde na Estratégia de Saúde da Família? Por ser aquele, em que o saber popular em confronto com o saber técnico constrói o saber coletivo (DEL'REY, 2000), entendendo que a ESF veio como modelo de re-orientação das práticas de promoção, prevenção à saúde.

A escolha por esse tema concebe uma tomada de posição e ao mesmo tempo, um caráter profissional na expectativa de rever as práticas diárias das EqSF, enquanto práticas educativas, pois o projeto mobilizaSUS proporcionou-me conhecer melhor a pedagogia freireana, aquela que busca o diálogo entre saberes científicos e saberes populares, portanto, uma forma metodológica para trabalhar com as comunidades na perspectiva de envolvê-las como co-responsáveis pela promoção à saúde.

Portanto, como sanitarista atuando na atenção básica da regional, motivada pela preocupação em proporcionar aos profissionais das EqSF um melhor preparo pedagógico para atuação nos processos de educação em saúde junto às suas comunidades de referência, busquei estudar o método da EPS, na esperança de instrumentalizá-los a alcançarem melhores resultados nas ações de promoção à saúde.

O advento da Conferência de Alma-Ata proporcionou a elaboração de políticas públicas voltadas para uma assistência à comunidade antes do adoecimento, na perspectiva de transformar o estilo de vida e o saber da população sobre os condicionantes e determinantes do processo saúde/doença, por isso, entendendo que a ES tem um papel relevante na transformação do ser humano, pensamos em atrelar à ESF, processos educativos que oportunizem o diálogo, conseqüentemente, o encontro das pessoas.

Com a oportunidade de ingressar no Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), direcionei meu projeto de pesquisa para refletir a respeito da ES das EqSF e dos atores educacionais envolvidos neste processo educativo, e após a seleção, sendo aprovada para a linha de pesquisa educação em saúde e sociedade, tive chance de continuar com o projeto.

Partindo do pressuposto de que o processo educativo na área da saúde vem sendo trabalhado pelas EqSF com o firme propósito de intervir nas condições de saúde da comunidade, para construção de uma atenção realmente integral à saúde, procuramos compreender nesse estudo, se o paradigma da EPS é utilizado no processo de ES pela EqSF, entendendo assim como Silva (2010, p.15), “que pesquisar é fazer vir à tona o que se encontra, muitas vezes, praticamente na superfície do vivido”.

Inquirimos como marco teórico nesse estudo as ideias de Paulo Freire, educador que deu início ao processo de discussão de uma educação libertadora, hoje, também conhecida como EP. Ele aponta a educação compartilhada, problematizadora, como um fator responsável pela luta dos direitos do cidadão, proporcionando uma participação ativa das pessoas na construção da cidadania.

Quando realizávamos encontros mensais na sede da 13ª Dires com os profissionais das EqSF dos municípios da microrregião de Jequié, em sua maioria, enfermeiras, sempre surgiam relatos das dificuldades na reorganização da APS com foco no usuário. Dificuldades essas, apontadas como local para realização das atividades; escassez de material educativo; pouca participação da comunidade e, conseqüentemente, pouca adesão às orientações repassadas; pouco apoio por parte da secretaria de saúde, dentre outras.

Foi a partir desses questionamentos que elaboramos e constituímos o objeto de pesquisa, visando acompanhar o processo de gestão da educação em saúde nas EqSF e analisar suas capacidades, potencialidades e dificuldades na indução, desenvolvimento e consolidação de práticas de educação em saúde, utilizando a pedagogia freireana, ou seja, a EPS. Para tanto, levantamos as seguintes questões de pesquisa que servirão de base para responder aos anseios das pesquisadoras. De que maneira as EqSF trabalham os processos de educação em saúde? O paradigma da EPS é utilizado no processo de trabalho educativo das EqSF? Quais as dificuldades e facilidades para as EqSF utilizarem o paradigma da EPS no desenvolvimento das ações educativas?

Para guiar a busca de respostas a tais questionamentos, traçamos alguns objetivos.

Objetivo Geral: Analisar se e como as Equipes de Saúde da Família trabalham com o paradigma da Educação Popular em Saúde como forma de

educação em saúde no município de Jequié-Bahia, na perspectiva de garantir uma promoção à saúde tendo a comunidade como co-responsável pelo processo.

Objetivos Específicos: Verificar o processo de Educação em Saúde das Equipes de Saúde da Família e sua interação com a comunidade de referência; Identificar as dificuldades e facilidades encontradas para realizar o processo de educação em saúde.

Assumimos neste estudo como um primeiro momento de exploração desse rico e vasto universo de pesquisa. O paradigma da EPS precisa ser amplamente analisado com o objetivo primeiro de fortalecer os processos educativos com vista à participação social e o processo de democratização no município na construção de políticas de saúde. Nesse sentido, essa dissertação é um apelo para uma aproximação com a temática sabendo-se, de antemão, que ela não se esgota neste estudo.

Assim sendo, dúvidas e questionamentos foram surgindo a cada etapa da pesquisa, e nós fomos retocando os caminhos e percebendo que, para melhor compreender os mecanismos da educação em saúde, com o paradigma da EP, tornava-se necessário a continuidade dos estudos. Por isso buscamos por autores como Albuquerque (2003), Brandão (2001), Freire (2002, 2003, 2005a, 2005b), Stotz (1994, 2004, 2005, 2007, 2009), Valla (1999), Vasconcelos (1991, 1999, 2000, 2001, 2003, 2004, 2007, 2009, 2010) e outros que fundamentam a filosofia freiriana e defendem os princípios da prática educativo-dialógica aplicada à saúde como forma libertadora em que o homem busca refletir, descobrir-se e conquistar-se como sujeito da sua própria história.

Desde modo, enfatizamos neste estudo que os processos educativos devem ser idealizados como uma proposta que se realiza nos serviços de saúde no dia-a-dia, entre os profissionais de saúde, as instituições e, especialmente, o usuário.

Nessa perspectiva, Vasconcelos (2004) identifica a existência de interfaces entre a população e os serviços de saúde, como os meios de comunicação de massa, e a interação cotidiana com os serviços, destacando o método da EP, sistematizado por Freire, como norteador da relação entre intelectuais e classes populares. Portanto, tivemos dois grupos de sujeitos participando da pesquisa, os profissionais da EqSF e grupos organizados da comunidade.

Somos conhecedores que as EqSF buscam proporcionar às comunidades, melhores condições de vida e saúde, articulada com a reorganização dos serviços e

necessidade de uso racional de recursos, tanto público quanto privado. Esse fato tem contribuído para mobilizar os profissionais da saúde, no sentido de assegurar uma práxis de educação em saúde em ato¹, utilizada como estratégia para viabilizar ações de promoção e prevenção. Uma educação que possibilite ao homem, uma consciência crítica, pois esta é primordial, sendo o primeiro passo para que este se torne livre, uma consciência “que lhe possibilita inserir-se no processo histórico como sujeito, evita os fanatismos e o inscreve na busca de sua afirmação” (FREIRE, 2005a, p. 24).

Entendendo que a ES é uma ação fundamental para garantir a prevenção, promoção a saúde e qualidade de vida da população, acreditamos que esta pesquisa poderá contribuir para a compreensão dos processos educativos, presentes nas relações que se estabelecem entre as EqSF do município de Jequié e suas comunidades de referência, na construção de saberes e práticas, ao desenvolverem trabalhos educativos conjuntos, com indicativos pertinentes à transformação social enquanto compromisso da melhoria da qualidade de vida e de saúde de todos os cidadãos.

Poderá provocar também um novo olhar dos trabalhadores de saúde e gestores a respeito do processo educativo no contexto dos direitos humanos à saúde, constituindo-se em campo fértil para reflexões do processo de EPS, entendendo que a educação é o fator fundamental para enraizar no indivíduo a concepção de agir favoravelmente na melhoria do nível de saúde pessoal, assim como contribuir para ações positivas para a coletividade.

¹ O trabalho em ato é o trabalho no momento em que este está sendo produzido (MERHY, 2002).

**CAPITULO I:
VERSANDO A HISTÓRIA**

Não há fatos eternos, como não há verdades absolutas.

Friedrich Nietzsche

3 POLÍTICAS DE SAÚDE E CONSTRUÇÃO DO SUS

Ao estudarmos sobre a história pregressa das políticas de saúde no Brasil constatamos que as mesmas passaram por profundas alterações passando de simples assistência médica a direito à saúde.

Soares e Motta (s/d) apresentam uma periodização para a história da República no Brasil, trazida por Madel Therezinha Luz, assim representada: Primeira República (1890-1930), Período Populista (1930-1950), Período Desenvolvimentista (1950-1960), do Estado Militar (1964-1984) e da Nova República (1985-1989).

A partir desta caracterização arriscaremos pontuar nesse documento, como ocorreu a formação do SUS e a perspectiva de um novo modelo de atenção à saúde a partir da reorganização da APS pela ESF e o desenvolvimento dos processos educativos nessa nova política de saúde.

A história nos conta que as políticas de saúde propriamente ditas, tiveram início efetivo em fins da década de 1910, e estavam associadas aos problemas gerados pelas doenças transmissíveis. Desde então, o setor saúde sofreu e sofre violenta determinação do capitalismo nacional e internacional, estando essas políticas relacionadas diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível separá-las (BAPTISTA, 2007).

Em consonância a essa situação, os processos educativos, não valorizados nessa década, mas existindo de forma maculada, valorizavam apenas a doença em detrimento do doente. A população em situações de doenças recorria ao que fosse viável a ela.

O assistir à saúde era uma prática sem qualquer regulamentação exercida por barbeiros ou práticos para pessoas que podiam remunerá-los. Existiam também os curandeiros e pajés derivados da cultura negra e indígena, que utilizavam as plantas, ervas e feitiços para tratar os doentes. Essa categoria era a mais acessível à população. Os jesuítas, que também atuavam como professores traziam um pouco de conhecimento da prática médica européia, utilizando principalmente a técnica do isolamento para cuidar dos doentes (BAPTISTA, 2007).

Entretanto, como a expulsão da Companhia de Jesus, em 1759, provocou-se a ruína da instauração do sistema educacional brasileiro, que só voltou a se organizar quando a família real portuguesa veio para o Brasil, em 1808. Deste modo

levantou-se a preocupação com as condições de vida nas cidades, possibilitando o início de um projeto de institucionalização do setor saúde no País e a regulamentação médica profissional. Foi assim que, pela primeira vez começou a se cogitar as concepções da vigilância à saúde, mais especificamente a vigilância sanitária, iniciando a implantação de atividades acadêmicas e culturais necessárias à instalação da Corte no Brasil (MATTA, 2007; BAPTISTA, 2007).

Ainda em 1808, foi inaugurada a primeira faculdade pública de medicina no país, localizada em Salvador–BA, com o objetivo de institucionalizar programas de ensino e à normatização da prática médica em conformidade aos modelos europeus, entretanto o ensino secundário, propedêutico, servia como preparatório ao ingresso nos cursos superiores locais e nas universidades no exterior (ALBUQUERQUE, 2003; BAPTISTA, 2007; LIMA, 2002).

Isso nos faz perceber que o cuidado com ações de prevenção serviam para evitar que classes sociais abastadas fossem penalizadas com as doenças ou moléstias, e para prevenir agravos na população produtiva, pois não havia ações educativas de promoção à saúde voltada à comunidade carente.

A educação técnica profissionalizante durante o império era ministrada por iniciativa de classes religiosas e/ou filantrópicas. Até a Proclamação da República, em 1889, praticamente quase nada se fez de concreto pela educação brasileira, embora a Constituição de 1824 já garantisse o ensino primário para todos os cidadãos (MANFREDI, 2002). Outrossim, nos primeiros anos da República, os anseios de mudança no campo da educação ficam praticamente restritos à legislação.

No movimento de Reforma Sanitária (RS) da Primeira República, caracterizada como Era do Saneamento, diante da epidemia de febre amarela, Oswaldo Cruz implantou ações de combate à moléstia, sendo uma delas a instituição da obrigatoriedade da vacinação contra a varíola (PAIM, 2003b). O Estado brasileiro começa a intervir sobre o perfil de mortalidade e morbidade por meio de campanhas sanitárias (SERRA; RODRIGUES, 2007).

É nesse panorama que o povo começa a se manifestar e ocorre a mais conhecida das revoltas populares ocorridas no Brasil: a Revolta da Vacina, de 1904. Ao contrário do que se pode presumir esta não foi apenas uma revolta contra a vacinação, mas uma revolta devido às precárias condições de vida da população. Foi um levante contra a carestia, tendo uma sequência de fatos que levaram à sua

eclosão, como as reformas urbanas de Pereira Passos e a própria vacinação obrigatória. Embora houvesse a presença de operários socialistas, estudantes, comerciantes e militares, a grande maioria dos revoltosos era composta pela população pobre (CHIOZZINI, 2005).

Assistimos assim, a união de várias classes da comunidade, um movimento popular em prol de uma luta contra as más condições de vida de uma comunidade, onde as ações pontuais eram voltadas apenas para uma campanha de massa, sem antes preparar o povo, com ações educativas para o entendimento da necessidade da vacinação.

Paiva (2003) nos revela que nesse período, vivia-se num contexto de baixa escolaridade, pois, a população do campo – maior parte da população brasileira - não sentia a instrução como necessidade imediata nem pressionava as autoridades no sentido de sua propagação. Assim, podemos deduzir o quanto a falta de informação, de conhecimento, “impede” (grifo nosso) o povo de ir em busca de seus direitos, ou seja, de condições dignas para viver.

Por isso que Rui Barbosa, apesar de não ser especialista da educação, mas sim, um grande jurista, já apelava às autoridades que pensassem sobre uma maneira de difundir o ensino, pois apenas nas grandes cidades via-se o precário crescimento da demanda da educação, conseqüentemente, precariedade nas políticas sociais.

No entanto Lima (2002) nos traz que as políticas sociais na Era Vargas (1930-1964) tiveram sua propagação devido à influência do Estado no campo das relações de trabalho e, posteriormente, para a legislação previdenciária, bem como foi considerável também, para a compreensão dos movimentos ocorridos no campo da saúde nesse período, ocasionando o aparecimento de um novo ator no cenário político nacional: o movimento sindical.

Mas isso só ocorreu porque os imigrantes traziam consigo a história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas que já tinham sido conquistados pelos trabalhadores europeus, daí influenciou na mobilização e na organização da classe operária no Brasil na luta pela conquistas dos seus direitos, principalmente no âmbito da regulação do trabalho (LIMA, 2006).

O mesmo autor revela que nesse período houve um crescimento da consciência das elites em relação à situação sanitária do País e da percepção de que o Estado nacional deveria assumir a responsabilidade pelas questões relativas à

saúde, assim, foram assentadas as bases para a criação de um incipiente sistema nacional de saúde, caracterizado pela concentração e verticalização no governo federal, que marcam o sistema de saúde até os dias de hoje.

Isso nos leva a deduzir que a organização do povo em grupos, juntamente com o estado, numa gestão democrática, possibilita a efetivação de ações que trazem benefícios para toda a comunidade.

Em 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça e introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação. É dessa forma as ações educativas começam a ser pensada pelos governantes. O termo sanitarista foi substituindo progressivamente o termo educador sanitário da Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), indicando especialização profissional e maior distinção entre as atividades científicas e as atividades de saúde pública. No Brasil, durante as décadas de 1950 e 1960, uma das mais importantes correntes de pensamento em saúde pública ficou conhecida como sanitarismo desenvolvimentista (LIMA, 2002; COSTA, 2009).

Percebemos nesse relato de Lima, a ação da educação como forma de transformação social e melhorias na qualidade de assistência a uma população. O autor destaca que,

Para o sanitarismo desenvolvimentista, o nível de saúde de uma população depende em primeiro lugar do grau de desenvolvimento econômico de um país. Esta concepção predominou durante a III Conferência Nacional de Saúde e é vista, pelo movimento sanitarista, como precursora das propostas posteriores de reforma do setor saúde e das teses consagradas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (LIMA, 2002, p. 84).

Entretanto, o desprezo dos governantes com as políticas públicas, comprometidas com o desenvolvimento social, levou o país a caminhar para um quadro de estagnação no setor. O investimento na saúde pública foi insignificante, e por conta disso, doenças antes erradicadas voltaram, o saneamento e as políticas de habitação populares foram desprezados, aumentando a pobreza e, principalmente, a desigualdade social (SERRA; RODRIGUES, 2007).

A relação pobreza-doença-subdesenvolvimento, desde a década de 1950, aponta a necessidade de políticas públicas de saúde e educação voltadas para melhorias das condições de saúde da população, respeitando o direito à saúde e à proteção social (PAIM, 2003b).

Nesse percurso histórico, podemos perceber a desigualdade no acesso aos serviços, baixa resolutividade, falta de integralidade na atenção, escassez de recursos financeiros e gestão centralizada. Esses problemas estimularam a formação de um movimento em prol da reformulação do sistema de saúde brasileiro, que veio culminar na redemocratização do país e o resgate da cidadania, com os movimentos sociais em plena efervescência.

Assim iniciam-se, as mudanças nos direitos de cidadania e na política social brasileira, considerando como mais importantes, o estabelecimento do voto secreto e do direito de voto das mulheres, a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e a criação do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos (IAPM) (SERRA; RODRIGUES, 2007).

Com um apanhado geral foi possível registrar que, as três primeiras décadas do século XIX formaram um período de supremacia das políticas de saúde pública, onde, o modelo de atenção em saúde era orientado para o controle de endemias e medidas de imunização, um modelo de atenção que empregava densamente as deliberações, em geral tecnocráticas e, também, adotava um estilo repressivo de intervenção, favorecendo o surgimento e a consolidação de uma estrutura administrativa centralista, e corporativista, dificultando a participação da população nas questões pertinentes à política de saúde (PAIVA, 2003).

Entretanto desde as décadas de 1940 e 1950 que a saúde é vista como um bem de valor econômico e que investimentos em capital humano eram fundamentais para o desenvolvimento das nações, especialmente nos países subdesenvolvidos. No final da década de 1950 e início de 1960 aquece o debate sobre o papel do Estado nacional na implantação de um efetivo sistema de saúde, tendo como marco a III Conferência Nacional de Saúde (CNS) (1963), que propôs a implantação da municipalização da assistência à saúde no Brasil, entretanto, a reação das forças sociais conservadoras levou ao golpe militar de 1964, interrompendo o debate que vinha se dando até então (LIMA, 2002).

A gestão do Estado nas mãos de militares teve como uma de suas peculiaridades, a centralização das políticas públicas, revertendo dessa forma o espírito da democracia que vinha sendo, implantado, mesmo de forma acanhada, nos períodos anteriores. As ações educativas e de saúde foram relegadas, por isso houve a superposição das doenças da pobreza.

Entretanto, na década de 1970 já se percebia a participação de profissionais de saúde nas experiências de EP, que trouxe para o setor saúde uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde (VASCONCELOS, 2009).

Mas os resultados e implicações da política autoritária e centralizadora, do período militar fez emergir uma grande insatisfação popular, entretanto essa insatisfação teve um saldo positivo tendo em vista que, como nos relata Vasconcelos (2004), o golpe de 1964 criou oportunidades para alternativas técnicas, baseadas no diálogo com o saber popular, para o enfrentamento dos problemas de saúde das classes populares, surgindo à margem da sociedade, a proposta do movimento sanitário brasileiro, coligado à EPS, marcada no seu início por uma resistência ao regime militar e ao sistema assistencial implantado.

Por conta desses movimentos, a luta contra a carestia, por saúde, educação, transporte, moradia e terra, tornou-se a cara da resistência à ditadura militar. Era a busca de participação nos espaços públicos, por meio dos quais fosse possível controlar e fiscalizar as ações governamentais nas prefeituras, secretarias, conselhos e colegiados (FANTINI, 2000).

Toda essa crise dos anos de 1970 a 1980 tornou o sistema de saúde desordenado, mal distribuído, inadequado e insuficiente para o atendimento a população menos abastada, ocasionando o nascimento de propostas alternativas de um modelo de saúde, que tivesse como pano de fundo a democratização, com participação popular; a universalização dos serviços de saúde; a relevância do sistema público, e a descentralização.

Com tanta pressão da comunidade e do movimento da RS, o Ministério da Saúde (MS), não teve alternativa senão organizar e convocar em 1980, a VII CNS, que teve como tema os Serviços Básicos de Saúde. Entretanto, essa conferência não deu bons frutos, pois em 1981, os próprios setores governamentais da área econômica e da Previdência Social, decretam falência do sistema e intensificam o debate público, tanto na imprensa como no Congresso Nacional, sobre a necessidade de mudanças.

Os movimentos populares de saúde iniciaram e inspiraram a discussão do modelo de saúde pública, descentralizado e universal, sob o pano de fundo da democratização e da participação comunitária. Esses movimentos cresceram com

tamanha intensidade que, sindicatos e partidos políticos também iniciaram uma fase de discussão e mobilização, centrada na questão da saúde.

Associações de moradores de bairros e favelas, movimentos de mulheres, sindicatos, Igreja e correntes políticas de oposição ao regime, passaram a denunciar a situação caótica da política de saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, reivindicando das autoridades soluções para os problemas criados pelo modelo de saúde vigente (BRASIL, 2002).

Também nessa época, os movimentos de internos e residentes médicos descontentes com o que qualificavam como um processo de massificação da consulta médica nas instituições públicas buscaram alianças e articulações com outros movimentos sociais, a fim de denunciar as más qualidades dos serviços médicos prestados à população (LIMA, 2006).

Nesta década, surge nas instituições acadêmicas, principalmente nos departamentos de medicina preventiva, o movimento sanitário, tendo como principal instrumento de divulgação de ideias a Revista Saúde em Debate do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES). A partir de então, foi se desenhando uma nova concepção de democratização do setor saúde, e com a participação do CEBES, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e da criação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), as mudanças foram sendo propostas e iniciadas (LIMA, 2006; COSTA, 2009).

Em 1986, acontece a VIII CNS, que veio a representar um dos mais importantes pontos de flexão na luta pela saúde no Brasil em toda a história. Essa conferência teve ampla participação popular, onde foram discutidos vastamente os princípios da RS, assentando como princípio do novo sistema a participação popular, a equidade, a descentralização, a universalidade e integralidade das ações de saúde.

Lima (2006) reforça esse relato recordando que os setores da sociedade civil, anteriormente marginalizados da tomada de decisão acerca das questões relativas à saúde, tais como sindicatos e organizações comunitárias, participaram em massa do evento. Pode-se considerar a VIII CNS um marco para as várias vertentes do movimento sanitário – o CEBES, a ABRASCO e os profissionais de saúde – assim como um lócus de constituição de novas vertentes, como os Movimentos Populares pela Saúde (MOPS) e os secretários estaduais e municipais de saúde.

Em 1987 o movimento da RS, alia-se a frente parlamentar da saúde e consegue junto à Assembléia Nacional Constituinte, a aprovação do texto constitucional que afirma a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Inicia-se assim, o nascimento de um novo sistema de saúde, que veio firmar-se em 1988, com a Lei 8080/90, com a proposta de enfrentar o desafio de manter qualidade de assistência à saúde para toda a população, enfocando a saúde como direito da humanidade no atendimento ao usuário dos serviços públicos de saúde.

A Lei Orgânica da Saúde, 8080/90, dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, cita que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros (BRASIL, 1990a). Essa Lei teve alguns artigos vetados pelo então Presidente da República, o Sr. Fernando Collor de Melo, pois esses artigos referiam-se a participação popular e ao financiamento. Todavia, com a reivindicação da comunidade, ainda no mesmo ano, foi instituída a Lei 8142/90, que dispõe sobre o financiamento e participação popular no SUS.

Essa Lei conjectura a participação dos movimentos sociais na elaboração de políticas de saúde e controle de sua execução, brotando assim a oportunidade da população participar da elaboração das políticas de saúde, por meio dos Conselhos Municipais de Saúde e das Conferências de Saúde que devem acontecer de 4 em 4 anos (BRASIL, 1990b).

Hoje, essa participação tem se ampliado por meio da constituição de Conselhos Locais de Saúde (CLS), onde a representação dos usuários nos conselhos de saúde e nas conferências deve ser paritário, aos demais segmentos. Esses Conselhos são espaços institucionalizados de participação dos movimentos sociais no SUS.

Vivenciamos assim, o nascimento do SUS promoção, uma luta de poucos para benefícios de muitos, como saldo positivo de um longo processo social que aponta mudanças na forma de garantir a atenção à saúde dos cidadãos.

O SUS torna-se então o conjunto de ações e serviços, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público devendo ser organizado de acordo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1990a).

Por meio da retrospectiva sobre o nascimento do SUS, podemos observar que, no Brasil, temos uma caminhada contínua no processo da RS, com mobilização de movimentos populares, e passagem de vários debates e lutas políticas na busca do fortalecimento e consolidação do sistema de saúde. Essas várias fases de evolução das políticas de saúde, mais especificamente a saúde pública, trazem o SUS com o desafio de manter uma assistência de qualidade para toda a população, na sua maioria carente.

A abertura dos serviços de saúde, não apenas de atenção básica, mas também de média e alta complexidade a extensas camadas da população anteriormente excluídas do acesso aos serviços e ações de saúde, revela o sucesso do nosso SUS, no entanto, temos de reconhecer que ainda não há conformidade técnica e política sobre como se implementar o SUS com os princípios da universalidade, equidade e integralidade para uma assistência de qualidade. A nossa Constituição cidadã já completou 23 anos e ainda temos muitas pessoas que não tem acesso ao sistema e vários cidadãos que não tem acesso ao sistema de saúde de forma adequada.

A comunidade brasileira tem lutado para garantir e manter o direito de assistência à saúde para todos, com implantação e implementação de ações que mudem a forma de assistir à saúde, lutando em defesa do sistema e da efetivação dos seus princípios e diretrizes, reafirmando a saúde como um valor e um direito humano fundamental, contribuindo dessa forma para a construção de um Brasil socialmente justo, no entanto, o SUS vem enfrentando sérios problemas de ordem econômica, pois vivemos numa sociedade capitalista.

Durante esses 23 anos de existência, o SUS vem sofrendo constantes transformações, decorrentes do esforço constante de gestores, técnicos e usuários, a procura de serviços mais resolutivos e com melhor qualidade. Muitas políticas, projetos e instrumentos foram criados, almejando direcionar, regulamentar, avaliar, alterar ou implantar ações adequadas para certas situações e territórios.

Uma das principais estratégias foi a instituição de uma estrutura normativa nos anos 1990, representado por quatro Normas Operacionais Básicas (NOB), de 1991, 1992, 1993 e 1996. Na década de 2000, foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), em duas versões, 2001 e 2002, e em 2006 veio o Pacto pela Saúde.

Até a publicação da NOB 96 todos os documentos legais que normatizam a constituição do SUS especificam o modelo de atenção à saúde com princípios gerais, que se confundem com os do próprio sistema. As NOBs 91 e 93 não traziam definição de um modelo de atenção, só a NOB 96 aparece com a definição de uma proposta de mudança de modelo para o sistema, baseada no Programa de Saúde da Família (PSF) e PACS como estratégias para a sua reestruturação (BRASIL, 2000).

Posteriormente, a NOAS volta a ressaltar a necessidade de especificar ações para conformar a atenção básica à saúde. A NOAS também normatiza um conjunto de ações de média e alta complexidade que devem ser garantidas no nível regional, entretanto, isso ainda não foi regulamentado na maioria dos estados. Por sua vez, o Pacto Pela Saúde vem representar um grande desafio e uma grande oportunidade de aprendizado para todas as esferas do SUS, tendo em vista que o mesmo estimula o debate, o aperfeiçoamento dos indicadores, a reflexão sobre a avaliação das ações para obtenção de resultados satisfatórios e desejáveis (BRASIL, 2006c).

Nos últimos anos as maiores conquistas da Política de Saúde no País, que se têm notícias, foi o arcabouço jurídico institucional que, apesar das oscilações de idas e vindas para que a descentralização se efetivasse, ele foi fortalecido pelo movimento de vários atores sociais que produziram transformações, conhecimentos, saberes, práticas políticas e modelos alternativos ao modelo contra-hegemônico vigente no país (BAHIA, 2001).

Todos esses documentos legais foram esboçados para instituir condições especiais nas negociações políticas no processo de descentralização e de consolidação do SUS, como garantia de mudanças que viessem atender as necessidades de saúde da população, para isso algumas propostas foram implantadas e implementadas e, dentre elas temos o PSF.

Passaremos agora ao capítulo II, onde iremos esboçar uma visão panorâmica do modelo de atenção básica, modelo este, que foi elaborado com a finalidade de garantir a mudança na forma de assistir ao cliente/usuário.

CAPITULO II: UMA VISÃO PANORÂMICA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

*Eu chamo de bravo aquele que ultrapassou seus desejos, e não aquele que venceu seus inimigos;
pois mais dura das vitórias é a vitória sobre si mesmo.*

Aristóteles

4 A ATENÇÃO BÁSICA E O ASSISTIR À FAMÍLIA

Na conjuntura de mudança do modelo assistencial da saúde no Brasil, duas estratégias de atenção primária têm sido utilizadas pelo MS: O PACS e a ESF. O primeiro foi institucionalizado em 1991 na FUNASA, e teve origem nos diversos movimentos populares que trabalhavam com agentes de saúde desde os finais dos anos 1970 e principalmente, na experiência com agentes comunitários de saúde do Estado do Ceará desde 1987 (ALBUQUERQUE, 2003).

O PACS configurou-se como a primeira estratégia a ser implementada, com o objetivo de auxiliar na promoção e prevenção da saúde na esfera domiciliar e local, por meio de ações simplificadas, com a proposta de substituição da ênfase da cura pela promoção da saúde atendendo assim, os pressupostos da Conferência de Alma-Ata (ÁVILA, 2006).

Essa estratégia veio atender o que havia sido recomendado na Conferência Mundial de Cuidados Primários de Saúde² – realizada em Alma Ata em 1978 - que preconizava a Atenção Primária à Saúde (APS), a promoção da Saúde e a participação comunitária como estratégia para melhorar os níveis de saúde das populações.

A Declaração de Alma Ata demarca como cuidados primários de saúde aqueles:

cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação (OMS, 1978).

Essa Declaração enfatiza, além disso, que os cuidados primários representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema, dando continuidade ao processo de assistência à saúde (OMS, 1978).

² **Cuidados Primários de Saúde:** entende-se como a acessibilidade de todos os indivíduos e famílias de uma comunidade a serviços essenciais de saúde prestados por meios que lhes sejam aceitáveis, através de sua participação integral e custos que a comunidade e o País possam absorver. Como tal, constituem o núcleo, como do desenvolvimento sócio-econômico geral da comunidade. (OMS/UNICEF, 1979).

Entre as normas definidas pelo MS para o PACS, destacamos os processos educativos e a referência de elo entre o serviço de saúde e a comunidade. A composição do referido programa seria uma enfermeira, a Instrutora/Supervisora (I/S), no acompanhamento de até 30 ACS, em território adscrito, tendo uma UBS como referência para a equipe (BRASIL, 2000).

Na segunda metade da década de 1990 o programa transforma-se em PACS/PSF, e em 1993, o MS inicia a implantação do PSF, como estratégia de mudança no modelo de atenção à saúde, mas só é efetivado em 1994, quando o MS, com vistas a dar continuidade ao processo de aprofundamento de implementação do SUS, aposta no PSF como uma estratégia para solidificação desse processo (PAIM, 2003a).

Entretanto, seu entendimento só é possível por meio da mudança do objeto de atenção, da forma de atuação e organização geral dos serviços e da reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios (BRASIL, 1999).

Inicialmente era visto com a concepção de medicina pobre para os pobres, onde o médico da família comporia uma equipe de saúde para assegurar qualidade, integralidade e efetividade ao primeiro nível de atenção, visando um atendimento tecnologicamente simples e pobre para gente pobre e simples. Três anos depois, a integração PACS/PSF foi apresentada como uma estratégia de reorganização da atenção básica.

No município de Jequié, de acordo informação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a implantação do programa ocorreu no ano de 1996 e, em 1999, eu tive oportunidade de trabalhar como I/S de uma das equipes desse programa, onde atuei por dois anos, realizando atividades diversificadas, desde supervisão dos ACS até os processos educativos, ainda de forma tradicional, utilizando muito pouco ou quase nada dos processos dialógicos.

Nesse documento enfatizamos o modelo de atenção básica, especificamente a ESF, entendendo ser esta a prioridade dos gestores para mudança no assistir à saúde de seus munícipes.

Desse modo, com a NOB 96, o PSF passa a ser chamado de Estratégia de reordenação do modelo de saúde vigente e assenta-se em equipes de saúde, em vez de ser na figura do médico da família, passando a ter como característica, o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar e passa a significar a probabilidade de transformação do modelo de assistência (PAIM, 2003a).

Starfield (2002) nos relata que o sistema de saúde no Brasil traz na história, uma mudança de nomenclatura, dos cuidados primários de saúde da Conferência de Alma Ata para atenção primária à saúde, como termo correspondente, e hoje é mais conhecida como atenção básica à saúde e Albuquerque (2003) descreve que foram as Ações Integradas de Saúde³ (AIS) que surgiram como precursora da atenção básica à saúde, já com uma referência à integralidade. Propostas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), as AIS sinalizavam para uma porta de entrada única, integrando os serviços ambulatoriais do INAMPS, dos estados e municípios.

Conseqüentemente, a atenção básica, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo 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 EqSF, dirigidas a populações de territórios⁴ bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006a).

Por isso deve orientar-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo⁵ e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006a).

Também a I Conferência Mundial de Promoção da Saúde, em 1986, em Ottawa destaca a necessidade de participação efetiva e concreta da comunidade para planejamento das políticas de saúde e traz algumas citações que representam uma concepção participativa de Promoção: Apoiar e capacitar os indivíduos para que eles, suas famílias e amigos mantenham um bom estado de saúde; aceitar que a comunidade é o porta-voz fundamental em matéria de saúde, condições de vida e bem estar geral e repartir o poder com o próprio povo (OMS, 1986).

Assim, entendemos que a ESF é a forma mais próxima de se conseguir esse vínculo com a comunidade, tendo em vista que a EqSF trabalha com populações

³ **AIS:** Estratégia política para integrar várias instituições que desenvolviam ações de saúde no Brasil, e favorecer o processo de descentralização. (ASSIS, 1998)

⁴ **Território** além de espaço geofísico inclui o espaço geopolítico, sócio-econômico, cultural, em processo contínuo de construção, onde distintos atores sociais em situação, na arena política, com seus interesses, nem sempre comuns, estabelecem relações, confrontos, e interferem neste espaço. Portanto, é um território processo, dinâmico, inacabado (AQUINO, 2001).

⁵ **Vínculo**, aqui compreendido como respeito, cooperação, comprometimento, cumplicidade, ética, enfim, confiança mútua.

adscrita. Sabemos que existem pensamentos diferenciados entre os pesquisadores, pois temos aqueles que centram as ações em informação e instrução sanitária, mas há também os que pensam e constroem um processo de conscientização da população, por entender que saúde é acima de tudo uma conquista (OMS, 1986).

Depois da Conferência de Ottawa, outras quatro conferências internacionais de Promoção da Saúde já foram realizadas, em Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997) e Cidade do México (2000), além da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Região das Américas, em Santa Fé de Bogotá, na Colômbia, em 1992. Em todos estes eventos, a participação comunitária tem sido ressaltada como um artifício apropriado para tornar eficazes as ações de Promoção da Saúde.

Essas ações vieram com o conceito ampliado de saúde que, com a interferência de ações nos fatores condicionantes e determinantes da saúde, necessariamente levam os profissionais a executarem ações intersetoriais com a participação da comunidade. A mobilização de pessoas para resolver problemas comunitários a partir da saúde são atos de caráter educativo, comumente baseado nos princípios da EP, contudo, muitas vezes os atores não se percebem disso.

No entanto, poucos são os governos comprometidos com a transformação da qualidade de vida da população, respeitando a cidadania, os seus direitos e pensando ações que garantam uma participação social consciente.

A ESF é sustentada no trabalho em equipe multidisciplinar, no atrelamento de compromissos e na co-responsabilidade da atenção às famílias. Anseia pela reformulação do modelo de atenção, que é pautado na cura de doenças, na atuação fragmentada dos diferentes trabalhadores, privilegiando a especialização e o atendimento hospitalar, para ir em direção à atenção integral ao indivíduo, na busca de perceber de uma forma mais ampla o agravo à saúde, intervindo por meio de ações não puramente curativas, mas também com promoção e prevenção, elegendo como eixo central o núcleo familiar, proporcionando aos indivíduos, sua autonomia no cuidado à saúde (BRASIL, 2006a).

Entretanto, o que temos assistido é que a concepção dos profissionais quanto ao atendimento continua centrada numa clínica que segmenta o indivíduo desvaloriza o saber do paciente, insiste na prescrição de mudanças de comportamentos e hábitos como forma de promoção da saúde. Nessa perspectiva acreditamos na EPS como possibilidade de mudanças por meio dos processos

educativos, onde a EqSF trabalhará a partir do conhecimento da comunidade, das suas vivências, vindo facilitar assim, a criação de vínculo da EqSF com a população.

Para Silva (2007) a ESF vem enfrentando dificuldades de se estabelecer como modelo de mudanças, pois no mercado de trabalho não encontramos profissionais com perfil e habilidade para trabalhar nessa nova proposta e isso tem sido uma das limitações para a efetivação da ESF e conseqüentemente do SUS.

Dessa forma Ceccim e Feuerwerker (2004) trazem como solução para sanar essa *deficiência* (grifo nosso), a articulação das instituições de ensino com o SUS por meio do quadrilátero da formação, ensino, gestão, atenção e controle social, na perspectiva de modificar a organização dos serviços e dos processos formativos, adotando a integralidade como foco central e assumindo como ponto de partida as necessidades de saúde apontadas pela população, entendendo que os processos educativos representam uma possibilidade de mudança do sistema de saúde.

Para que haja mudanças das práticas e da organização do trabalho das equipes, é necessário estruturar as capacitações com base na problematização do processo de trabalho, ou seja, utilizar a estratégia da EPS (BRASIL, 2003).

Em Jequié, os governantes iniciaram o processo de adesão à ESF em 1988, tendo início na zona rural com duas equipes e hoje alcança o número de 27 equipes.

A ESF foi implantada no município com o objetivo de reorganizar a Atenção Básica em base territorial definida, de acordo com os preceitos do SUS e além de seus princípios gerais a estratégia necessita:

[...] ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as EqSF atuam; [...] realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade [...]; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006a, p.8).

Desse conjunto de ações que devem ser garantidas, destacamos a *educação*, no que se refere a problemas que mais acometem a saúde dos indivíduos e aos procedimentos para sua prevenção e controle, dentre um grande elenco de outras ações assistenciais, por isso entendemos que os processos educativos devem conter na sua essência, propostas de trabalhos criativos com iniciativas para trabalhos comunitários e em grupo.

Assim sendo, os profissionais de saúde devem ser capazes de incorporar nas ações de saúde, práticas educativas em que, tanto profissionais como usuários aprendam e ensinem, respeitando e valorizando o potencial de cada um. Esse é ponto de vista da EP, da educação libertadora aludida por Paulo Freire, aquela em que o agir leva à transformação. Essas ações educativas devem ser desenvolvidas na perspectiva de interferir no agravamento à saúde da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida.

Entendendo assim como Ceccim (2005) que a formação do profissional da saúde, não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado.

Portanto, para legitimar a proposta da atenção básica com mudança no modelo de assistência à saúde, torna-se necessário compreender a EqSF como fundamental na arte de promover ações educativas, num processo contínuo, informando, orientando, educando e preparando os usuários, durante consultas, visitas domiciliares e em trabalhos de grupo.

Acreditamos assim, que o processo de educação em saúde, é uma ação fundamental dos profissionais das EqSF sendo essa, uma área de atuação em que os mesmos podem usar e abusar da criatividade, inovação e capacidade de improvisação. Consequentemente é de fundamental importância no trabalho da equipe, devendo ser mais valorizada pelos profissionais, sobretudo como ação transformadora que pode e deve contribuir para relação dos indivíduos no meio social como um todo.

Logo, os profissionais de saúde devem ser preparados *desde a sua graduação* (grifo nosso) para entender que o processo de educar em saúde deve ser um diálogo que se trava entre as pessoas com o objetivo de mobilizar forças e a motivação para mudanças, seja de comportamento, atitude ou adaptações às novas situações de vida (TREZZA et al., 2007).

Entendemos, assim, que, para ocorrer transformações no processo de agravamento à saúde, faz-se necessário estabelecer uma prática de educação em saúde, mais comunicativa e mais dialógica, de modo que as ações de saúde sejam mais

resolutivas e com maior envolvimento dos trabalhadores de saúde e usuários desses serviços.

A ESF apesar de estar sendo executada com desenhos diferentes pelo país, vem apontando para o desafio de mudanças no processo de trabalho em saúde, para o alcance da transformação a que se propõe (FRANCO; MERHY, 2007).

Desafios esses que apontamos como: formação e educação permanente que objetiva formular e implementar políticas e programas de educação no âmbito do SUS, institucionalizar o Processo de Educação Permanente dos Trabalhadores da Rede SUS; capacitar Conselheiros de Saúde por meio da EPS na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde coletiva por meio da educação, o desafio de consolidar a APS como ordenadora do sistema e o desafio do diálogo com a sociedade (BRASIL, 2009).

Para facilitar o entendimento de trabalho das EqSF nos processo educativos, discorreremos no capítulo III os temas da ES e da EPS.

**CAPITULO III:
EDIFICANDO O SABER TÉCNICO E CIENTÍFICO:
ATRELAMENTO IMPRESCINDÍVEL**

A educação é um processo social, é desenvolvimento. Não é a preparação para a vida, é a própria vida.

John Dewey

5 ARQUITETANDO O CONHECIMENTO

5.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Historicamente o Brasil teve poucos períodos de reflexão e inquietação com a educação, como vem tendo nas conjunturas atuais. Buscando fluir o que deixou de ser feito, podemos intuir os motivos, as políticas e os interesses que estão sempre fundamentando as Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e as políticas educacionais, para podermos compreender a conjuntura atual da nossa educação.

A história da educação é assinalada pelo autoritarismo e pela educação bancária e as práticas de saúde pelo clientelismo e assistencialismo mesmo nos espaços que hoje se nomeiam participativos, inclusivos, o que conjectura a necessidade de ponderações acerca de mudanças significativas das práticas educativas nos espaços das equipes de saúde, rumo a uma maturidade popular e universalização das lutas no campo da saúde pública.

Os estudos nos revelam que até a década de 1970, a ES no Brasil era basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas, subordinada aos seus interesses e as políticas de saúde eram voltadas para a expansão de serviços médicos privados, principalmente hospitais, onde as ações educativas não tinham espaço significativo (VASCONCELOS, 2004).

A construção da grade curricular das escolas médicas foi fundamentada no relatório Flexner⁶, propagado em 1910, no qual se propunha que o currículo fosse elaborado sobre um alicerce científico, iniciando o aprendizado fundamentado nas ciências básicas, e os estudos clínicos eram distribuídos em uma etapa posterior (FEUERWERKER, 2002).

Hoje somos sabedores que esse desenho curricular conserva a contemplação sobre a doença e pouco olha para o doente, tornando-se uma forma hegemônica nas instituições de ensino médico.

Dessa maneira, os processos educativos desenvolvidos nos serviços de saúde, tradicionalmente tem sido um instrumento de afirmação de um saber

⁶ **Relatório Flexner:** Em 1910, foi publicado o estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*¹, que ficou conhecido como o Relatório Flexner (Flexner Report) e é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial.

dominante, que responsabiliza os indivíduos pela redução dos riscos à saúde, ou seja, aplicação de uma educação bancária, aquela em que o educador apenas transmite a mensagem.

Albuquerque (2003) relembra que essa educação em saúde hegemônica, na medida em que trabalha cada patologia isoladamente, de forma centrada na mudança dos comportamentos individuais, sem valorizar a organização e a consciência popular, não tem construído a integralidade e pouco tem atuado na promoção da saúde de forma mais ampla.

A censura a essa política dominante levou os profissionais de saúde e religiosos, a pensarem uma forma diferente de realizar processos educativos, por isso hoje, as propostas de ES têm se voltado para uma educação cujas atividades se desenvolvem mediante situações formais de ensino-aprendizagem, funcionando como agregadas aos espaços das práticas de saúde, e que tem a intenção de proporcionar as crianças, adolescentes, adultos e idosos a compreensão dos problemas peculiares do local onde vivem, levando-os a conhecerem os seus direitos e deveres individuais e coletivos, e chamá-los a participar ativamente da formulação das políticas de saúde da comunidade a que pertencem (BRASIL, 2007).

Através de estudos e da própria vivência, podemos afirmar que a década de 1980, com a expansão dos serviços de APS, criou condições institucionais para fixar profissionais nos locais de moradia das classes populares, corroborando com Vasconcelos (2001) que nos traz o surgimento aos poucos, de experiências pioneiras que avançam bastante na superação do caráter mercantil, biologicista e alienador da prática médica dominante, embora espalhadas e pontuais.

Em 1988 a nossa Carta Magna, a CF, estabelece em seu art. 200 que “ao Sistema Único de Saúde compete: (...) III – ordenar a formação de recursos na área da saúde”. Em 1990, a Lei 8080 (BRASIL, 1990), repete esta competência, mas vai além, criando, entre outras, a comissão intersetorial de recursos humanos, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (art. 13). A mesma Lei traz em seu título IV (art. 27 a 30) à política de recursos humanos e outros aspectos e estabelece (...) I – organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal.

Também traz em seu Art. 205, que a educação deve ser garantida como direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a

colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (BRASIL, 1988).

Diante disso, perguntamos: “mas, quem educará os educadores? É necessário que se auto-eduquem e eduquem escutando as necessidades que o século exige, das quais os estudantes são portadores” (MORIN, 2008, p. 23).

A educação tem uma missão imprecisa de preparar as pessoas para a convivência humana e, portanto, para as relações sociais, o que implica a introjeção das normas e dos valores acordados e aceitos coletivamente, reproduzindo os já existentes. Ao mesmo tempo, esperam-se as mudanças e a quebra das tradições.

Desde a década de 1990, os Pólos de Educação Permanente em Saúde têm como estratégia fundamental às mudanças do trabalho no setor saúde, proporcionando o desempenho de atividades com reflexões crítica, compromissada e tecnicamente competente. Entretanto, somos sabedores que, para que isto aconteça há necessidade, de descentralizar e difundir habilidade pedagógica entre os trabalhadores da formação de graduação em saúde; entre os trabalhadores da saúde, entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde.

Visando atender essa necessidade, foi elaborada a Portaria 198/GM de 13 de Fevereiro de 2004 que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia do SUS, para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004). Essa política teve suas diretrizes definidas por meio da Portaria 1.996/GM em 2007 (BRASIL, 2007).

A relevância dessa política está na viabilidade de disseminar capacidade pedagógica por toda a rede do SUS, de forma que se cumpra uma das mais nobres metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino com mediação da educação/atenção na área de saberes e de práticas em saúde, ou seja, aprendizagem no exercício do trabalho (CECCIM, 2005).

A política de Educação Permanente foi implantada, mas os avanços não foram suficientes nas estratégias de operacionalização, pois implicam na qualificação de profissionais e na construção de sujeitos, assim sendo, não pode ser um fim em si mesmo, é preciso discutir como os serviços de saúde encaram as necessidades e os problemas da comunidade (CECCIM, 2005).

Por conseguinte, nós profissionais de saúde precisamos ter uma visão geral, de como a ES tem sido desenvolvida enquanto concepção e prática nas instituições de saúde e proceder a análise crítica do tipo de mensagens relacionadas à mesma.

Repensar as práticas, exige um olhar apurado sobre as próprias práticas, as ações e as atividades desenvolvidas, tarefa nada fácil para quem não aceita mudanças. Entretanto, sabemos que deve ser respeitada a conjectura da arte de ensino aprendizagem, tendo em vista que esse processo educativo realizado pelo profissional de saúde ainda envolve transmissão de conhecimento e orientações, por isso que, ainda hoje, as atualizações e as capacitações ainda não conseguem mobilizar todos os profissionais inseridos na saúde coletiva.

Foi pensando nessas melhorias nos ensinos de graduação voltados para inclusão dos educandos nos processos educativos que, algumas instituições de ensino superior realizaram mudanças em seus currículos optando pela metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), aquela centrada no estudante, no aprender a aprender, na integração dos conteúdos das ciências básicas e clínicas, além de conhecimentos interdisciplinares, e Pinheiro e Sá (s/d) acrescentam que, quanto ao processo de construção do conhecimento, apoia-se fortemente na teoria de Jean Piaget que pesquisou a maneira como a criança elabora o conhecimento, construindo a inteligência.

No Brasil, atualmente, diversas instituições de ensino em saúde utilizam a metodologia ABP, entre as quais podemos destacar a Faculdade de Medicina de Marília, a UNIFENAS em Belo Horizonte dentre outras e na Bahia a pioneira nessa metodologia foi a Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), hoje algumas outras adotam de forma parcial ou integral como a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), a Universidade Federal da Bahia (UFBA), a Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e a Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC).

Acreditamos que a experiência acumulada pela EP, segundo Vasconcelos (2004), em caracterizar os problemas a serem debatidos, articulá-los com a realidade social e encaminhar as soluções parciais num processo contínuo de ação e reflexão pode ser importante para que a ABP assuma características transformadoras que apontem para uma prática sanitária capaz de romper com as práticas técnicas individuais restritas a ações medicamentosas, tentativas de mudanças de comportamentos de risco e medidas de saneamento tradicionais. Uma

prática sanitária integrada a uma ação coletiva e solidária voltada a superar as raízes políticas, culturais e econômicas do sofrimento humano.

Nessa perspectiva, podemos afirmar que alguns gestores da educação e saúde têm se preocupado em desenvolver ações que busquem aproximar teoria e prática e de interagir conteúdos em uma estrutura curricular baseada em problemas, inspirados na teoria da problematização de Freire (2005a), em que o educador e educando refletem sobre o tema estudado, originando dessa reflexão, o diálogo entre educadores e educandos, elemento fundamental na construção do conhecimento, pois nesse ponto, nessa interação é que inicia o aprender a aprender, aprender com o mundo, aprender com o outro, entretanto ainda é muito pouco se considerarmos o universo de instituições de ensino na área da saúde no Brasil.

Portanto, sendo o diálogo o encontro entre seres, esse torna-se

[...] uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar idéias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de idéias a serem consumidas pelos permutantes (FREIRE, 2005a, p. 91).

Diante dessa citação, entendemos que, a educação deve conter no seu âmago um diálogo aberto e problematizador, que constitui, de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo, como bem coloca Freire (2005a), uma transformação da realidade opressora, em que, aos seres humanos é negada sua essência, sua historicidade, seu poder criativo.

Por ser encontro dos homens, o diálogo proporciona às pessoas uma reflexão do seu ser, do seu agir e do seu saber, quebrando obstáculos e buscando a transformação dos fatos. Sendo assim, essa reflexão deve ser no sentido de pensar, repensar, imaginar sob diversos aspectos o problema, a idéia. [...] É preciso alimentar o conhecimento com a reflexão, é preciso alimentar a reflexão com o conhecimento (MORIN, 2001).

Freire (2005a) coloca o diálogo como a fé no ser humano e no seu poder de transformação. Sem essa fé na sua condição humana e humanizante, o diálogo se ressentirá, e tornasse-a manipulação.

Entretanto, sabemos que, em alguns momentos, alguns trabalhadores devido a seus costumes, formação recebida, seus valores e sua visão de mundo criam

obstáculos no diálogo/encontro entre a equipe e o usuário, dificultando a comunicação, por conseguinte, para que isso aconteça torna-se necessário que sejamos conscientes de que não somos detentores do saber, portanto carecemos da colaboração dos outros.

Todavia, sabemos que para ser educador no desenvolvimento de atividades do cotidiano, não precisa ser especialistas em teorias da educação, teorias pedagógicas, ou em teorias da comunicação, mas, perceber a existência de conexões essenciais entre educação e sociedade, no sentido de que toda teoria sobre educação contém uma visão de mundo e de sociedade ou de uma ideologia (TREZZA et al., 2007).

Paulo Freire, em seu livro *Educação e Mudança*, pondera sobre o endividamento do profissional com a sociedade, da reflexão e da ação sobre a realidade, com o objetivo de transformá-la através da práxis, e também refere que,

o compromisso, próprio da existência humana, só existe no engajamento com a realidade, de cujas "águas" os homens verdadeiramente comprometidos ficam molhados, ensopados. Somente assim o compromisso é verdadeiro [...] Estamos convencidos de que o momento histórico da América Latina exige de seus profissionais uma séria reflexão sobre sua realidade, que se transforma rapidamente, e da qual resulte sua inserção nela. Inserção esta que, sendo crítica, é compromisso verdadeiro. Compromisso com os destinos do país. Compromisso com seu povo. Com o homem concreto. Compromisso com o ser mais deste homem (FREIRE, 2005b).

Isso nos remete a considerar que um processo educativo em saúde utilizando a concepção da EP como estratégia de mobilização de uma dada população é componente essencial no desempenho das ações educativas das EqSF. Enfatizamos também, que o relacionamento entre a equipe e toda a comunidade, com interação e senso comum entre ambos, é fundamental para mudança de comportamento das pessoas envolvidas e para o desenvolvimento da cidadania.

Skrsypcsak (2007) nos lembra de que educar para a cidadania importa assumir atitudes que permitam as pessoas pensarem criticamente as mudanças que se operam na sociedade. É fazer com que tenham habilidade de transitar nas diferentes dimensões do saber podendo intervir na resolução de problemas que cercam a sociedade, aceitando as responsabilidades daí decorrentes.

Portanto, no processo de descentralização de direito à saúde, os profissionais das EqSF devem ser capacitados para serem hábeis no cumprimento de distintos

papéis, desde a gerência da unidade de saúde, até a educação pela cidadania e bem-estar, utilizando o conhecimento para proporcionar a mobilização da sociedade em defesa do exercício de ser cidadão. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de coresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

Para que isso aconteça faz-se necessário, processos educativos baseados na linha freireana, onde o educador ou facilitador tenha consciência que “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou sua construção” (FREIRE, 2003, p.47).

Todavia, o estudo nos mostra que as ações educativas planejadas e executadas pelos profissionais, em sua maioria, são conduzidas de maneira que os educandos memorizem as informações repassadas por eles, ação essa, apontada por Freire como um mero ato de depositar, em que o profissional é o depositante e a população os depositários, surgindo assim a visão de concepção bancária

Na visão "bancária" da educação, o "saber" é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber. Doação que se funda numa das manifestações instrumentais da ideologia da opressão - a absolutização da ignorância, que constitui o que chamamos de alienação da ignorância, segundo a qual esta se encontra sempre no outro (FREIRE 2005a, p. 67).

Entretanto, é salutar refletirmos que essa metodologia vem diminuindo nos meios educativos dando lugar a outras formas de elaborar o aprendizado, em que a participação de educadores e educandos no processo de elaboração do conhecimento ocorrem de maneira participativa, mesmo ainda tendo dificuldades por questões outras como desconhecimento por parte de alguns gestores e profissionais da necessidade de mudanças no processo ensino-aprendizagem.

Nos serviços em que os profissionais comprometidos politicamente com a população não conseguem conquistar a hegemonia do seu funcionamento Vasconcelos (2001) assegura que também se desenvolvem práticas de saúde que valorizam a relação educativa com a população, buscam fortalecer as organizações populares, incentivar a participação popular e o controle social.

Assim, as experiências vão se multiplicando e ganham impulso com as mudanças decorrentes da Reforma Sanitária e com a repercussão nacional de algumas experiências comunitárias (ALBUQUERQUE, 2003).

Destarte que Vasconcelos (2001) expõe que pelo contato com várias dessas experiências, com numerosos profissionais nelas inseridos, podemos perceber que o

método da Educação Popular é um elemento estruturante fundamental para mudanças no processo de educação em saúde nas EqSF.

5.2 A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E OS MOVIMENTOS POPULARES

Para o filósofo grego Platão, a educação “consiste em dar ao corpo e à alma toda perfeição de que são capazes”. Para Kant, pensador alemão do século XVIII, significa “o desenvolvimento, no indivíduo, de toda a perfeição de que é capaz”. O escocês James Mill dizia que a educação tem por finalidade “fazer do indivíduo um instrumento de felicidade para si mesmo e seus semelhantes”. Entretanto, percebemos que esses autores afluem para um lugar comum, onde o ideal da educação é a perfeita realização da natureza humana, um processo que tem por fim conservar e transmitir a cultura, atuando como importante instrumento e técnica social (SOPHIA, 2001).

Conforme cita Noronha (2001), educação não mais como o simples acesso à escola e o acúmulo de conhecimento sistematizado, mas como uma ação ideológica e transformadora que, ao ampliar a visão crítica dos sentidos, articula recursos e reinventa laços sociais, possibilitando a participação de todos na construção de uma sociedade mais justa.

A visão de uma nova saúde pública apresentada na Carta de Ottawa leva à população a busca de novos caminhos pelos quais, a arte da educação tem fator fundamental para a prática do exercício da cidadania, para que a comunidade possa prosseguir participando ativamente da preparação de políticas públicas do setor saúde no sentido de promoção da saúde.

Portanto, não se pode falar de promoção da saúde, sem falar de processo educativo. O caminho da promoção à saúde é percorrido por meio da intervenção social, onde comunidade e trabalhadores traçam novas estratégias de trabalho e ações podendo levar ao rompimento de paradigmas tradicionais dos serviços de saúde (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

Nesse sentido, a integralidade, a interdisciplinaridade e a participação nas políticas de promoção à saúde, tornam indispensáveis práticas com

responsabilidades compartilhadas por todos os profissionais técnicos dos diversos setores envolvidos e a população.

Entendendo do mesmo modo de Albuquerque (2003) que o componente da educação é central na promoção da saúde e também pode ser entendido e executado sob óticas bem diferentes que vão desde o campo tradicional, que trabalha com uma educação formal, instrucional que desconsidera o saber do outro, até o campo de uma pedagogia crítica, onde se destaca a EP.

Assim, o método da EP, começou a se estruturar como corpo teórico e prática social no final da década de 1950, quando intelectuais e educadores ligados à Igreja Católica e influenciados pelo humanismo personalista que florescia na Europa no pós-guerra se voltaram para as questões populares. Paulo Freire foi o pioneiro no trabalho de sistematização teórica da EP [...] que passa a ser um objeto para a construção e ampliação da participação popular no gerenciamento e reorientação das políticas públicas (VASCONCELOS, 2004).

O popular passar a existir nos anos 1960 como uma realidade de vivências e saberes, como cultura popular, através de uma revolta cultural contra a ignorância e pela valorização da cultura do povo. Paulo Freire encabeça um movimento com as promessas de uma educação moderna na luta pela integração e inclusão (PAIVA, 2003).

A expressão popular foi agrupada como adjetivo à expressão educação porque no passado significou um universo amplo de práticas que desejavam dialogar profundamente com as definições dadas às práticas culturais. Recentemente, o termo popular foi invadido por uma mudança de padrões, dando a entender, o compartilhamento de saberes e o diálogo de sujeitos. Na área da educação, isto significa aprender com o outro e com a cultura popular, numa visão dialógica (SOPHIA, 2001).

Para Brandão (2001) a cultura como arte, ciência, política, ética e filosofia se constrói na história. É uma obra humana e brota de interações entre o trabalho e a comunicação das consciências. Em sociedades desiguais, governadas por interesse e conflitos de/entre classes sociais, culturas humanas são edificadas pelas práticas da vida, de regras e códigos de relações e de sistemas de sentidos que satisfazem a tais interesses e procuram tornar ocultos ou desvelam as origens sociais das desigualdades e as razões ideológicas e políticas dos conflitos.

Pode-se afiançar que a existência de um canal cultural entre os serviços de saúde e a população foi intuída nas primeiras iniciativas de EPS, tal como se organizaram nas periferias das metrópoles e das cidades do interior, entre os anos 1975 e 1985. Essas experiências foram sistematizadas em encontros populares e vieram a conformar o ideário do que se convencionou chamar de movimento da RS (STOTZ, 2005).

Não podemos deixar de lembrar que Paulo Freire foi um educador, profundamente comprometido com a sociedade, principalmente com as camadas populares. Ele propôs um método pedagógico que procura dar ao homem a oportunidade de redescobrir-se mediante a retomada reflexiva em que ele vai se descobrindo, manifestando-se e configurando-se como sujeito livre.

É importante recordar que as idéias de Paulo Freire tiveram influência do contexto social de onde viveu, no Recife, Nordeste brasileiro, uma das regiões mais pobres do país, onde teve também participação em movimentos sociais, portanto, Myles e Freire (2003) defendem que, o conhecimento se origina da experiência social e é reflexo dessa experiência.

Freire também foi profundamente influenciado por um movimento de ação católica em expansão, que veio a lançar as bases, para aquilo que se tornou conhecido, mais tarde, como o movimento da Teologia da Libertação (MYLES; FREIRE, 2003).

A igreja católica também foi uma extraordinária protagonista no Movimento Nacional de Educação Popular, ao lado da práxis freireana na descoberta do povo como agente de sua história, introduzindo o problema da participação na sociedade, revelando o caráter e a natureza da participação popular na política nacional (FANTINI, 2000).

A face pedagógica da EP nasceu e ampliou-se em diálogo com novas teorias e práticas de um “ouvir o outro” para educá-lo e para educar-se com ele, lembraria Paulo Freire. As propostas da EP são aquelas em que, o que importa deixa de ser o saber acumulado no professor-que-ensina e que deve ser “passado” aos seus alunos de uma maneira verticalizada e pré-estruturada, para vir a ser um saber que se arquiteta a partir e pelo que todos e cada um dos participantes de uma comunidade aprendente podem trocar uns com os outros (BRANDÃO, 2001).

Vasconcelos (2009) acrescenta que EP é o saber que norteia nos difíceis caminhos, cheios de armadilhas, da ação pedagógica voltada para a apuração do

sentir/pensar/agir dos setores menores para a construção de uma sociedade fundada na solidariedade, justiça e participação de todos.

Entendo ser a EP um caminho, ela não é algo parado, modifica-se com a transformação da sociedade, tendo em vista que é executada sob os princípios de cada comunidade.

A EP formulada por Paulo Freire, por isso conhecida também como pedagogia freiriana, conforme coloca Stotz (2009), versou sobre um método de educação de adultos como parte de um programa de mobilização popular. Tratava-se da construção de uma nova consciência social que provocava educadores e educandos num processo educativo e político, de maneira que o homem do povo pudesse ostentar-se enquanto sujeito da transformação de sua vida e, portanto, da sociedade que, em parte a determinava.

As contribuições de Paulo Freire levam o educador à consciência de si enquanto ser histórico que sucessivamente se educa num movimento dialético no mundo que o cerca. As idéias freireanas se articulam com os interesses na formação do educador, não perdendo de vista o caráter histórico do homem conexo sempre à prática social (STOTZ, 2009; VASCONCELOS, 2009).

Nesse sentido, os princípios da filosofia freiriana, servem como orientação para o processo de formação docente no que se refere à reflexão crítica da prática pedagógica que implica em saber dialogar e escutar, que supõe o respeito pelo saber do educando e reconhece a identidade cultural do outro (STOTZ, 2004).

Destarte, sabemos que o homem,

é um ser a um só tempo plenamente biológico e plenamente cultural, que traz em si a unidualidade originária. [...] A cultura acumula em si o que é conservado, transmitido, aprendido e comporta normas e princípios de aquisição [...] sendo que a cultura geral estabelece o diálogo entre a cultura das humanidades e a cultura científica, levando em conta uma reflexão sobre o conhecimento adquirido e o futuro das ciências. A falta de comunicação entre as duas culturas acarreta graves conseqüências para ambas (MORIN, 2001, p. 52).

A revisão da literatura nos permitiu perceber que, a situação crítica e de incertezas vivida no país, refletiram nas lutas por saúde, organizadas e realizadas por movimentos populares que cresceram nos anos de 1980 e início dos anos de 1990, assim, Vasconcelos (2004) retrata que os anos de 1980 foram primordiais para o desenvolvimento dos movimentos de EP, já que eles anunciavam novas possibilidades de gestão do espaço público e de composição política.

É nesta conjuntura histórica que emerge nos anos 1990, no Rio de Janeiro no grande Simpósio Inter-Americano de Educação para a Saúde, preparado pela Organização Panamericana pela Saúde (OPAS), o Movimento de Educação Popular e Saúde (MOPES), composto por profissionais de saúde de todo o continente. A insatisfação de alguns profissionais de saúde do Brasil assinalava a necessidade de um espaço diferente, que permitisse aprofundar as discussões sobre os desafios das práticas em saúde numa relação direta com a educação (FANTINI, 2000).

A mesma autora caracteriza os MOPES, como diferentes grupos sociais que buscam refletir, agir, encontrar novas perspectivas na luta por saúde e educação. São grupos formados por lideranças comunitárias e populares e por profissionais da saúde e professores e pesquisadores das universidades e programas de formação e das pós-graduações nas áreas de educação e saúde.

Em 1991, ocorreu o I Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde, no Hotel Glória, no Rio de Janeiro, que contou com a participação de educadores populares, professores, pesquisadores e profissionais dos serviços de saúde interessados no tema. Neste encontro, foi criada a Articulação Nacional de Educadores Populares em Saúde, sendo transformada, em 1999, na Rede Nacional de Educação Popular em Saúde (RedeEdPop), com a criação de alguns núcleos regionais (BRASIL, 2007).

Desse encontro, resultou a formação de uma Comissão Nacional de Articulação de Educação Popular e Saúde, composta por representantes de diversas regiões do Brasil, contando com aproximadamente 15 membros entre profissionais de saúde, lideranças populares e pesquisadores, com objetivo de manter acesa a perspectiva de fortalecer os espaços de aprendizagem, troca, acúmulo e reflexões sobre EPS. Essa Comissão se encontra uma vez por ano para definir estratégias e dinâmicas do movimento, e tem realizado e participado de várias atividades e noticia Boletim Nacional da Articulação entre Educação Popular e Saúde que circula trimestralmente desde 1992 (FANTINI, 2000).

Em agosto de 2001 tivemos o II Encontro Nacional de Educação Popular e Saúde em Brasília, conjuntamente com o Fórum de Promoção da Saúde da Universidade de Brasília (UnB). Contou com a participação de mais de 800 inscritos e 200 trabalhos apresentados. Uma série de experiências práticas como teatro de rua, mamulengos, música, cordéis, foram apresentadas nos intervalos, retratando a diversidade e o crescimento desta área (BRASIL, 2007).

Em 2003, por iniciativa de movimentos e práticas de educação popular e saúde, foi instituída a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS), que se propõe a pensar políticas públicas para o SUS, contribuir com as Conferências Nacionais de Saúde e, participar do desenvolvimento de processos de aprender-ensinar em saúde nos estados brasileiros. Assim, a EPS encontra-se acolhida na estrutura e na política desenvolvida pelo MS, articulada à Política de Educação Permanente para o SUS (BRASIL, 2007).

Em 2005 ela foi apresentada como componente da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS) coordenada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS), que possui dentre seus objetivos e atribuições à promoção da participação popular no SUS (BRASIL, 2007).

Em 2009, a SGEP, mobilizada pela necessidade de realizar a interlocução com os coletivos e movimentos de EPS, bem como fortalecer o apoio e o protagonismo destes no contexto do SUS para a implementação da gestão participativa de fato, através da portaria Nº 1.256/2009 criou o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS) no âmbito do MS, que é composto de um coletivo de trinta e seis membros titulares e seus respectivos suplentes, com representantes do governo e dos movimentos populares (BRASIL, 2009).

Em 2010, aconteceu o I Encontro Nordestino de Educação Popular em Saúde, na cidade de Camaragibe-PE, onde tive a oportunidade de estar presente e participar das rodas de diálogos, testemunhando as reflexões que estão sendo realizadas, para enfrentar os desafios da EPS na Gestão Participativa do SUS. Daí aguçou mais ainda a minha vontade de realizar esse estudo junto as EqSF na tentativa de identificar o nó dos processos educativos que, segundo relatos de enfermeiros da ESF da microrregião sul, a educação em saúde é a mais desafiadora das ações.

Nesse encontro tomei conhecimento da discussão que ocorre na internet com a RedeEdPop, que é composta de agentes de saúde, lideranças comunitárias, profissionais e técnicos, cujas discussões contornam os temas: educação e saúde; saúde e medicina comunitária; saúde da família e agentes comunitários de saúde; promoção da saúde; políticas públicas em saúde; organização e construção comunitária em saúde; globalização e saúde; exclusão social e saúde; subjetividade e saúde; religiosidade e saúde comunitária; espiritualidade e saúde comunitária; arte

e saúde comunitária; construção de alternativas em saúde, entre outros temas relacionados, sempre tendo como referencial teórico principal a EP (BRASIL, 2007).

Essa Rede tem suas ações e reflexões no campo da EPS no Brasil, América Latina e Espanha. Seu principal objetivo é a difusão e troca de experiências e o apoio às iniciativas coletivas dos participantes. As pessoas que dela participam, atuam com inserções diversas, que vão desde medicinas complementares, educação ecológica, até militantes políticos de atuação local ou nacional (ALBUQUERQUE, 2003).

Vasconcelos (2004) também nos traz que o objetivo dessa RedeEdPop é a adoção da EP como diretriz teórica e metodológica da política de educação em saúde do SUS.

Ao mesmo tempo em que me deliciava nas atividades do encontro conhecendo mais sobre essa forma de aprender e de ensinar, ficava matutando porque estados como Pernambuco e Alagoas dentre outros, estão tão avançados na perspectiva da EPS, e a Bahia ainda anda a passos tão lentos.

Temos o projeto do MobilizaSUS que foi criado para ser um espaço de reflexão das práticas de participação popular, na lógica da educação permanente visando a articulação de movimentos sociais, conselheiros, profissionais de saúde, educação e Ministério Público, na perspectiva de formar uma rede que dialogue com os movimentos populares, qualifique os conselheiros e articule as instituições públicas rumo à efetivação do Direito à Saúde (BAHIA, 2008).

Tive oportunidade de fazer parte desse projeto de forma ativa como articuladora, entretanto, ainda não se conseguiu efetivá-lo aqui na microrregião. Será que é a política partidária? Será falta de interesse e articulação dos profissionais e técnicos? Como a sede da Regional de Saúde e o município sede da microrregião têm profissionais de referência para a EP e não se faz uma parceria com a atenção básica dos municípios? Essas são reflexões que faço, mas são perguntas que não tem respostas fáceis, ou talvez tenham, mas prefiro guardar comigo.

Quiçá seja por isso que os sujeitos dessa pesquisa, profissionais e grupos organizados da comunidade da EqSF Sol desconheçam essa forma de trabalhar a ES, portanto, reforçamos nosso pensamento que devemos pensar a EPS, como uma metodologia apropriada para o trabalho educativo a ser realizado pelas EqSF, objetivando ampliar nos indivíduos a consciência crítica das causas reais dos seus

problemas e, ao mesmo tempo, atuar no sentido de mudança de atitudes e comportamentos, lembrando Freire (2003) que mudar é difícil, mas é possível.

A EPS baseada na filosofia de Paulo Freire pode e deve ser cultivada para proporcionar a comunidade, uma participação ativa no desenho da promoção à saúde, tendo em vista que a mesma expressa o comprometimento das pessoas na elaboração de proposta dentro do seu contexto social, diferenciando-se assim, de um treinamento ou de uma simples transmissão de informações.

Portanto, a EqSF por ter uma formação multidisciplinar, ao adotar a EP como pressuposto para as ações de educação em saúde, estará promovendo uma integração maior da cultura da humanidade com a cultura científica, favorecendo assim a assimilação das trocas de conhecimento, tendo em vista que a EPS é uma prática que proporciona a participação ativa da comunidade, levando à superação das situações que limitam o viver com o máximo de qualidade de vida que todos nós merecemos.

Entendemos, pois, que por meio do processo de ES com a pedagogia freiriana podemos melhorar nosso conhecimento e aprimorar as práticas, proporcionando um fortalecimento dos vínculos de compromisso e solidariedade com os colegas de trabalho, pois,

a educação em saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população” (VASCONCELOS, 2004, p. 68).

A EP tem como legados à pedagogia crítica universal, a noção de aprender a partir do conhecimento do sujeito, a noção de ensinar a partir de palavras e temas geradores, a educação como ato de conhecimento e de transformação social e a politicidade da educação (GADOTTI, 2000). Sua premissa mais importante deve ser *Saber Ouvir* (VASCONCELOS, 2007, grifo é nosso).

O adjetivo “popular” evidenciado no nome EP, não se refere à característica de sua clientela, mas à expectativa política dessa compreensão de educação: a edificação de uma sociedade em que as classes populares deixam de ser atores subalternos e explorados para serem sujeitos ativos e importantes na definição de suas diretrizes culturais, políticas e econômicas (VASCONCELOS, 2004).

Portanto, a EPS deixa de ser uma referência geral a qualquer curso não regular do sistema oficial, para tornar-se nome de um projeto de conscientização e

mobilização, produzindo a politização do social (GHIGGI, GONÇALVES, 2003), envolve atos pedagógicos que fazem com que as informações sobre a saúde dos grupos sociais contribuam para aumentar a visibilidade sobre sua inserção histórica, social e política, elevar suas enunciações e reivindicações, conhecer territórios de subjetivação e projetar caminhos inventivos, prazerosos e inclusivos (BRASIL, 2007).

Somos sabedores que quanto mais informações temos, mais capacidade de refletirmos, de elaborarmos decisões, portanto podemos assentir, assim que “a informação elimina preconceitos, esclarece sobre direitos, orienta para medidas de prevenção, encaminha os cidadãos para serviços públicos e pode, portanto, salvar vidas” (GARCEZ, 2006, p. 125).

Nesse sentido, acreditamos que, a EqSF trabalhando com o método da EP, que oportuniza as pessoas ensinar aprendendo e aprender ensinando, para melhorar as condições de saúde das camadas populares da sua área de abrangência, vão tracejando um novo campo de conhecimento, onde a comunidade aprenderá a identificar seus direitos e deveres no processo saúde-doença.

Assim, por meio da reflexão, as pessoas encontram-se e re-encontram-se num mundo comum, onde todos juntos podem criar e recriar projetos existenciais, por conseguinte acordamos com Vasconcelos (2010) que a EPS é também ampliar os meios de comunicação de um serviço e cuidar deles de forma que as reflexões e as propostas para os problemas da população possam ser discutidas e aperfeiçoadas com a participação dos diversos setores.

Mas, para que os serviços de saúde contemplem de fato as necessidades sociais das populações, precisam levar em conta, obrigatoriamente, o que as pessoas pensam sobre seus próprios problemas e que soluções espontaneamente buscam (VALLA, 1999).

O elemento fundamental da EPS é o fato dela tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior das classes populares. No trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e pela transformação da realidade, as pessoas vão adquirindo um entendimento sobre a sua inserção na sociedade e na natureza. Este conhecimento fragmentado e pouco elaborado é a matéria prima da EP. A valorização do saber popular permite que o educando se sinta “em casa” e mantenha a sua iniciativa. Neste sentido, não se reproduz a passividade usual dos processos pedagógicos tradicionais (VASCONCELOS, 2001).

Assim, entendemos que a EPS contribui para a formação de profissionais comprometidos com as questões sociais, e na medida em que se percebe como responsável e testemunha da construção coletiva do aprendizado torna-se mais engajado nas lutas pelo direito à saúde, com posturas acolhedoras e de construção da autonomia das pessoas e dos grupos sociais. Nessa perspectiva teremos oportunidade de pontuar e refletir sobre o processo de construção e condução da EPS nas EqSF.

Para Arroyo (2001), a EPS tem cinco pontos fundamentais: diálogo entre os sujeitos; educação vista como humanização; resgate da humanidade roubada; trabalho com a totalidade das dimensões dos sujeitos e a busca de matriz pedagógica apropriada para formação desses sujeitos.

Fica evidenciado assim, as várias interfaces da EPS com o processo de trabalho das EqSF, onde as ações devem ser desenvolvidas considerando o sujeito como um todo, de maneira humanizada, buscando resgatar no indivíduo o senso de responsabilidade com sua saúde, conseqüentemente com a saúde da comunidade.

As ações de EPS estimulam movimentos direcionados para a promoção da participação social no processo de elaboração e gestão das políticas públicas de saúde direcionando-as para o cumprimento efetivo das diretrizes e dos princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação e controle social (BRASIL, 2007).

Por conseguinte, Vasconcelos (2001) menciona que a EqSF ao articular-se com diferentes formações, estrutura aos poucos, uma prática de saúde alargada e não simplificada, em que as várias dimensões da doença passam a ser enfrentadas, respeitando assim os princípios do SUS. Com a pressão dos grupos populares locais, as dimensões coletivas dos problemas de saúde incorporam-se ao cotidiano dos serviços.

Mas, para constituirmos mudanças na percepção de trabalho dos atores envolvidos na ESF, faz-se necessário trabalharmos com um processo educativo que envolva e prepare toda a equipe, entendendo que as práticas educativas são de responsabilidade de todos os profissionais de saúde, bem como sua comunidade de referência. Tarefa um tanto árdua, visto que teremos que trabalhar com a formação de cada ser, pois para trabalhar processos educativos na perspectiva da pedagogia freiriana, os profissionais, segundo Diercks e Pekelman (2007), precisam ser

essencialmente dialógicos e, principalmente, ter humildade frente às críticas e dúvidas que possam surgir nos diferentes momentos de uma atividade educativa.

A flexibilidade, o saber trabalhar coletivamente, saber comunicar-se, ter intuição, gostar e enfrentar riscos, ter estabilidade emocional, são qualidades humanas essenciais na vida de um trabalhador da saúde e da educação (GADOTTI, 2000).

O ato educativo sempre foi e sempre será um desafio para educadores por isso Freire (2003), nos adverte que, ensinar exige riscos, aceitação do novo e rejeição a qualquer forma de discriminação. Assinala que, um dos fundamentos metodológicos das práticas de educação popular é orientar-se, não segundo um roteiro temático pré-definido, mas com base em contradições sociais e de situações-problema à nossa volta, lembrando que, toda prática educativa demanda a existência de sujeitos, um que, ensinando, aprende, outro que, aprendendo, ensina.

Conseqüentemente, entendemos que nessa metodologia de comunicação, diálogo, reflexão e trocas não há o sujeito que ensina e o sujeito que aprende, mas sim um facilitador, com a função de proporcionar o entendimento das informações solicitadas pelos participantes e promover condições favoráveis à aprendizagem por meio da dinâmica do grupo, reduzindo ao mínimo sua intervenção no curso do diálogo.

Por conseguinte é que a EPS se apresenta como uma metodologia que, segundo Carvalho (2007), possibilita ao sujeito que aprende refletir sobre sua realidade, buscar soluções e neste processo construir um conhecimento significativo.

A reflexão acerca da cultura popular, como agente propulsor do diálogo entre pessoas e destas com o mundo, é feita dentro da dimensão que ela vem se construindo ao longo dos anos, o mundo da comunicação (GONÇALVES, 2000).

A EPS está sendo aplicada em muitos serviços de saúde como formas alternativas de educação em saúde e tem significado uma ferramenta importante na perspectiva de uma assistência integral, vez que, como afirmam Silva, Ogata e Machado (2007) busca a ampliação da inter-relação entre as diversas profissões, especialidades, serviços, usuários, familiares, vizinhos e organizações sociais locais envolvidos num problema específico de saúde, fortalecendo e reorientando suas práticas, saberes e lutas.

Mas independente da iniciativa de alguns profissionais aderirem a uma nova maneira de realizar ações educativas, o setor saúde necessita que os profissionais, que não fizeram essa opção astuta, passem a repensar suas práticas e não se insiram no processo apenas por obrigatoriedade desses ou daqueles órgãos ou diretorias, pois estamos convencidos de que o momento histórico da América Latina exige de seus profissionais uma séria reflexão sobre sua realidade (...) da qual resulte sua inserção nela. Inserção esta que, sendo crítica, é compromisso verdadeiro. Compromisso com os destinos do país. Compromisso com seu povo. Com o homem concreto. Compromisso com o ser mais deste homem (FREIRE, 2002).

Acreditamos que assim, possamos vencer os obstáculos, em parte, da relutância de alguns profissionais que nem sequer acordam que é preciso assumir uma posição, um compromisso, e defendem-se com a imparcialidade profissional, não acreditando que mudar as práticas de saúde na atenção básica, é difícil, mas é possível.

A importância do processo de educação em saúde, não está só na ação educativa dos indivíduos, mas também nos cursos de atualização e capacitação para a equipe, preparando-a para a assistência, acolhimento dos usuários, como também esclarecer aos mesmos, a necessidade de participarem da gestão da saúde, por meio dos conselhos de saúde, objetivando a conquista de seus direitos de forma digna, tendo em vista que todos devem ter acesso e assistência à saúde de forma universal e integral.

Participar no sentido de incidir politicamente nas questões que dizem respeito à vida concreta das pessoas, como também, nos processos de tomada de decisão do Estado e dos governos, o que, por sua vez, afeta sempre de uma forma ou outra a vida concreta das pessoas (MORONI, 2005).

No setor saúde, a EP passou a se constituir, em vários serviços, não como uma atividade a mais que se desenvolve entre tantas outras, mas como um instrumento de reorientação da globalidade de suas práticas, na medida em que dinamiza, desobstrui e fortalece a relação com a população e seus movimentos organizados (VASCONCELOS, 2001).

Um dos elementos que fazem da EPS uma estratégia deve-se ao fato de se constituir na relação intrínseca entre educação e saúde, no reconhecimento de toda

ação de saúde como ação educativa, modificando os paradigmas do modelo atual (ALBUQUERQUE, 2003).

Assim, a mudança de prática dos profissionais de saúde, com utilização da metodologia da EPS, vai resultar num processo que valoriza essencialmente os saberes e práticas dos sujeitos usualmente desconsiderados devido a sua origem popular, facilitando assim o aprendizado do grupo. Os estudos nos mostram que muito vem sendo feito nessa perspectiva, buscando pensar os encontros entre teoria e prática no campo da saúde e no campo da educação.

Nas suas mais diversas formas de expressão, a EPS é também um compromisso político, um compromisso com as classes populares, com a luta por condições de vida e de saúde, pela cidadania e pelo controle social. Está diretamente ligada a valorização e construção da participação popular (STOTZ, 1994).

CAPITULO IV: TRILHANDO O CAMINHO DOS ASTROS

É uma ingenuidade pensar num papel absorto, num conjunto de métodos e técnicas imparciais para uma ação que se dá entre os homens, numa realidade que não é neutra. Isso só seria possível se fosse possível uma contradição: que o trabalhador social não fosse um homem sujeitado como os demais aos mesmos condicionamentos da estrutura social, que exige dele, como dos demais, uma opção frente às contradições constitutivas da estrutura.

Paulo Freire

6 O PEREGRINAR DA METODOLOGIA

6.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo é do tipo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. Descritivo porque pretende intuir sobre um fato, para elencar variáveis e hipóteses havendo flexibilidade quanto à coleta dos dados, cultivando familiaridade com o objeto de estudo, proporcionando embarcar em uma realidade específica e contemplar com propriedade os conhecimentos envolvidos na temática (TRIVIÑOS, 2009).

De natureza qualitativa, apoiada pela assertiva de Minayo (2010) que demarca essa aba metodológica como complementar, ao conjecturar que, se aplica ao estudo da história, das relações, representações, crenças, percepções e opiniões a partir das interpretações dos homens em relação ao seu modo de vida e construção dos pensamentos e sentimentos.

Vasconcelos apresenta uma relação das características da pesquisa qualitativa e da EP, quando afirma que:

A pesquisa qualitativa apresenta como característica certa indefinição inicial dos procedimentos de pesquisa a serem adotados, que se vão construindo no processo. É também característica da educação popular não centrar sua atenção principal na discussão de técnicas educativas, mas no jogo de interesses subjacente ao processo educativo e ao problema concreto abordado (VASCONCELOS, 2010, p.84).

Quanto à fase exploratória da pesquisa, Minayo (2010) destaca que, a mesma compreende a fase de seleção do objeto de investigação, de delimitação do problema, de definição dos objetivos, de construção do marco teórico conceitual, dos instrumentos de coleta de dados e da exploração do campo. O trabalho de campo é uma etapa essencial da pesquisa qualitativa, pois,

[...] no campo, os sujeitos fazem parte de uma realidade de intersubjetividade, de interação social com o pesquisador, daí resultando um produto novo e confrontante tanto com a realidade concreta como com as hipóteses e pressupostos teóricos, num processo mais amplo de construção de conhecimentos (MINAYO, 2010, p.105).

O desdobramento dessa etapa servirá para harmonizar um intercâmbio entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa. Gil (2002) acresce que esse tipo de pesquisa, proporciona maior intimidade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses, tendo como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Portanto, seu planejamento é bastante flexível, possibilitando assim, a consideração dos mais variados aspectos relativo ao fato estudado.

Esta pesquisa está inserida no campo da pesquisa social, aquela que envolve todos os aspectos relativos ao homem em seus múltiplos relacionamentos com outros homens, instituições sociais e sua produção simbólica (MINAYO, 2010).

6.2 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

O cenário dessa pesquisa foi construído por meio de uma faceta com o objeto da investigação no qual localizamos os sujeitos a serem pesquisados, as EqSF do município de Jequié-Bahia pela legitimidade das mesmas como foco reorganizador da atenção básica. Para compreendermos melhor essa escolha e termos maiores informações do campo de estudo, inicialmente delineamos o município de Jequié e em seguida relacionamos as Unidades de Saúde da Família.

O município de Jequié/BA fica situado na Região Sudeste do Estado, distando 364 km em relação à Capital Estadual, Salvador, especificamente entre a zona da mata e Caatinga, fato este que lhe confere um clima quente e úmido onde as temperaturas variam entre 15°C na estação do inverno e 38°C no verão, entretanto, por ser cercada de montanhas, há muito calor na cidade durante a maior parte do ano, e nos meses de janeiro e fevereiro a temperatura chega a 45°C. Essa é a razão que lhe confere o nome de “Cidade Sol” ou “Terra do Sol”.

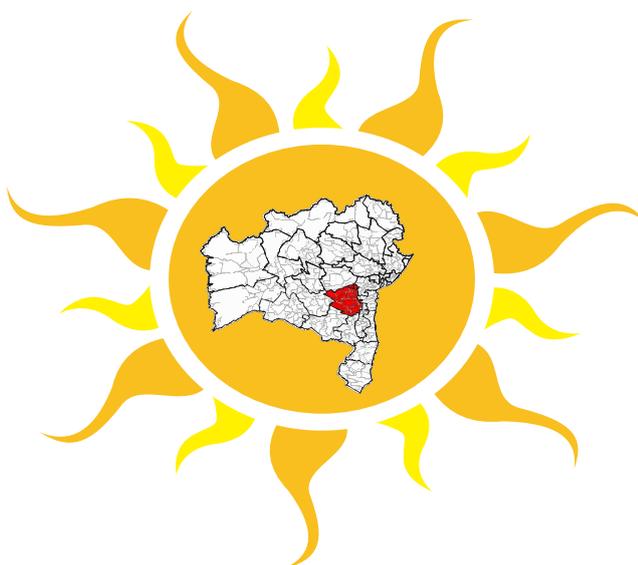
Limita-se ao Norte com os municípios de Lafaiete Coutinho e Jaguaquara; ao Sul com Boa Nova e Itagi; ao Leste com Ibirataia, Jitaúna e Gandu e ao Oeste com os municípios de Maracás e Manoel Vitorino. Possui relevo bastante acidentado, marcado pela presença de morros, serras e planícies.

O município de Jequié possui uma área de 3.035 Km² com uma população estimada em 151.820 habitantes, sendo que 49,15% são do sexo masculino e 50,85% do sexo feminino (IBGE, 2010).

Jequié é município sede da 13^a Diretoria Regional de Ensino (DIREC) que conta com 25 municípios e também sede da 13^a Diretoria Regional de Saúde que compreende 25 municípios. Dentre as 31 DIRES do estado, a 13^a é a que tem o maior número de municípios.

Referente às instituições de ensino, o município possui estabelecimentos particulares e públicos na categoria fundamental, médio e superior, sendo que o ensino superior possui cinco unidades, mas apenas uma pública, a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB e as demais são de caráter privado: a Faculdade de Tecnologia e Ciências – FTC, a Faculdade Integrada de Jequié – FIJ, e Faculdades Unidas de Pesquisa, Ciências e Saúde – FAPEC, e conta também com a instituição de ensino à distância, a Universidade do Norte do Paraná – UNOPAR.

De acordo a regionalização do estado - o Plano Diretor de Regionalização da Bahia - elaborado em 2001 por recomendação da Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS 01/2001, Jequié pertence à macrorregião Sul, que é composta por sessenta e sete municípios unificados em quatro microrregiões, que têm como municípios pólos: Jequié, Itabuna, Ilhéus e Valença, sendo a microrregião de Jequié a maior de todas, composta por 25 municípios, que juntos somam 505.282 habitantes (BAHIA, 2008). Abaixo, o mapa da Bahia (Figura 1) dentro do símbolo da cidade de Jequié, com destaque da microrregião de Jequié.



Fonte: Folder da I Mostra de Saúde da Microrregião de Jequié, 2011.

Quanto à rede municipal de assistência à saúde o município é bem servido com referência à Atenção Básica, pois, possui Centros de Saúde, postos de saúde nas zonas rurais, Unidade de Saúde do Conjunto Penal de Jequié; Unidade Móvel/expresso de saúde e 27 EqSF distribuídas em 19 unidades, dentre as quais 08 são unidades mistas (JEQUIÉ, 2009). No Quadro 1 fazemos um desenho das EqSF do município de Jequié.

Quadro 1: Distribuição das Unidades de Saúde da Família conforme ano de implantação e localização, CNES, 2010, Jequié/BA.

Nome da Unidade	Ano de Implantação	Localização
1. USF Waldomiro Borges de Souza	1998	Zona Rural
2. USF Isabel Andrade	1998	Zona Rural
3. USF Antônio Carlos Martins	1999	Zona Urbana
4. USF Isa Cléria Borges	1999	Zona Urbana
5. USF Milton Rabelo I	1999	Zona Urbana
6. USF Odorico Mota da Silveira	1999	Zona Urbana
7. USF Padre Hilário Terrosi I	1999	Zona Urbana
8. USF Padre Hilário Terrosi II	1999	Zona Urbana
9. USF Senhorinha Ferreira de Araújo	1999	Zona Urbana
10. USF Tânia Diniz C. Leite de Britto	1999	Zona Urbana
11. USF Rubens Xavier I	2001	Zona Urbana
12. USF Milton Rabelo II	2004	Zona Urbana
13. USF Aurélio Schiarretta I	2005	Zona Urbana
14. USF Aurélio Schiarretta II	2005	Zona Urbana
15. USF Gilson Pinheiro	2005	Zona Urbana
16. USF Giserlando Biondi I	2005	Zona Urbana
17. USF Giserlando Biondi II	2005	Zona Urbana
18. USF Ildfonso Guedes de Araújo	2005	Zona Urbana
19. USF Amando Ribeiro Borges I	2007	Zona Urbana
20. USF Amando Ribeiro Borges II	2007	Zona Urbana
21. USF José Maximiliano H. Sandoval I	2007	Zona Urbana
22. USF José Maximiliano H. Sandoval II	2007	Zona Urbana
23. USF Virgílio de Paula Tourinho Neto I	2007	Zona Urbana
24. USF Virgílio de Paula Tourinho Neto II	2007	Zona Urbana
25. USF João Caricchio Filho	2008	Zona Urbana
26. USF Rubens Xavier II	2009	Zona Urbana
27. USF Aurélio Schiarretta PRODECOL	2009	Zona Urbana

Fonte: Datasus/cnes Competência - 01/2010. Site Atualizado 30/09/2010.

Após identificarmos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) o quantitativo de EqSF no município, tornou-se imperativo a definição das equipes que poderiam participar do estudo, uma vez que, se fossemos trabalhar

com todos os sujeitos de todas as equipes teríamos um número muito elevado de pessoas e de unidades para elaborarmos um estudo qualitativo baseado na análise de conteúdo que nos propomos a trabalhar.

Dessa forma, empenhadas com o sucesso da pesquisa, almejando ir por caminhos que nos levem a atingirmos os objetivos descritos neste estudo, elencamos como critérios de inclusão dessa investigação: EqSF implantadas a mais de cinco anos no município; EqSF mínima preconizada pela Portaria GM 648/2006 (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS); EqSF com ESB implantada; EqSF em que a enfermeira possui mais de três anos de serviço na mesma; EqSF que tenha na sua comunidade, grupos organizados como Associação, Pastoral ou Conselho Local de Saúde. Dentre as 27 equipes, três respondiam aos critérios de inclusão, conforme Quadro 2.

Quadro 2: Relação das Equipes de Saúde da Família que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa.

USF	Categoria Profissional	Ano de inserção na equipe
USF Sol** Ano de implantação da equipe - 1999 Possui associação de moradores Possui Pastoral da Criança	Enfermeiro	1999*
	Auxiliar de Enfermagem	
	Técnico de Enfermagem	
	Médico	
	Dentista	
	ASB	
	ACS	
	ACS	
USF Lua** Ano de implantação da equipe - 1999 Possui associação de moradores Possui Pastoral da Criança	Enfermeiro	2000*
	Auxiliar de Enfermagem	
	Técnico de Enfermagem	
	Médico	
	Dentista	
	ASB	
	ACS	
	ACS	
USF Estrela** Ano de implantação da equipe - 2005 Possui associação de moradores Possui Conselho Local de Saúde	Enfermeiro	2005*
	Auxiliar de Enfermagem	
	Técnico de Enfermagem	
	Médico	
	Dentista	
	ASB	
	ACS	
	ACS	

*O ano de inserção das enfermeiras na equipe foi verificado através de diálogo com as mesmas, na reunião da coordenação municipal da atenção básica no dia 17/12/2011.

**O nome das equipes é fantasia para preservar a identidade dos sujeitos participantes da pesquisa.

Buscamos pelo tempo de três anos da enfermeira na EqSF, por entender ser esse um período razoável para concretização de vínculo com a população de referência, fator importante para desenvolvimento das ações de educação em saúde com a comunidade e optamos por essa categoria profissional como critério de inclusão da equipe na pesquisa, porque a rotatividade do profissional médico e odontólogo nas equipes é mais frequente.

O tempo de serviço da enfermeira na equipe e das ACS, foi considerado por meio do diálogo com as mesmas, porque ao acessarmos o CNES, constatamos que o mesmo encontrava-se desatualizado na informação de data de início de trabalho dos profissionais, pois por atuar na atenção básica da regional, conhecia a maioria dos profissionais das EqSF, conseqüentemente o seu tempo de atuação na mesma.

Apesar de termos três equipes que atenderam aos critérios de inclusão, trabalhamos apenas com uma, pois, o município trabalha de forma coesa os processos educativos e percebemos no momento da coleta que o paradigma da EPS não era conhecido pelos profissionais, por isso chegamos ao consenso que seria desnecessário entrevistar outros atores.

A unidade da equipe “SOL” fica localizada na periferia da cidade, entretanto comporta outra equipe, que não teve critérios para inclusão no estudo. O bairro tem uma infra-estrutura precária, onde a maioria das ruas não é pavimentada, dificultando muitas vezes a passagem de veículos. As residências, em sua maioria, são construídas com tijolos ou adobe.

Dos 921 domicílios cadastrados 847 estão ligados à rede de abastecimento de água, perfazendo um percentual de 91,97%, e uma parte significativa da população consome água potável, 72,42%. Quanto ao sistema de esgoto, a situação é ruim, apenas 277 domicílios, 30%, possuem ligação à rede de esgoto, 190, 20,63% utilizam o sistema de fossa e a maioria, 454, 49,29% dão destino aos dejetos a céu aberto. O sistema de coleta pública do lixo é realizado em 715 domicílios, 77,63%, 80 domicílios, 8,69% enterram o lixo e 126 domicílios, 13,68%, dão destino a céu aberto (JEQUIÉ, 2011).

Lamentamos o fato de saber que, apesar de existir a coleta, a população tem o hábito de jogar o lixo em terrenos baldios, fato esse que contribui para o adoecimento da população. Esse é um dos problemas da comunidade que pode estar sendo utilizado para realização de ações coletivas de educação em saúde, por meio da EP, 77,63%.

Na área existem três escolas públicas de ensino fundamental, sendo uma estadual e duas municipais, e em relação à organização social possui uma associação de bairro e a Pastoral da Criança.

A equipe é composta por um enfermeiro, um médico, dois auxiliares de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, um agente administrativo, dois agentes de serviços diversos, sendo que as duas últimas categorias servem às duas equipes.

De acordo com os dados do SIAB (JEQUIÉ, 2011) sua população adscrita é de 3.377 habitantes, distribuídos nas seguintes faixas etárias: de 0 a 4 anos, 249 crianças; de 5 a 14 anos, 855 escolares/adolescentes; de 15 a 49 anos, 1685 e de 50 a mais é de 594 habitantes, que correspondem a 921 famílias cadastradas, distribuídas em seis microáreas.

6.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Após definirmos o campo da pesquisa é importante decidirmos os sujeitos que farão parte dela, por isso, agora passaremos a caracterizá-los para atendermos os objetivos pré-estabelecidos, pois, o critério de escolha da amostra em pesquisa de natureza qualitativa não é numérico, embora o pesquisador, muitas vezes, precise justificar a delimitação de pessoas entrevistadas (MINAYO, 2010).

Definimos trabalhar com todos os profissionais de nível superior de cada equipe, dois ACS e dois auxiliares de enfermagem, entendendo ser um número expressivo para representar a categoria na equipe e dois membros de cada grupo organizado da comunidade.

Nossa preocupação não foi com a quantidade, mas com o alcance da investigação e a variante na arte de entendimento dos sujeitos desse estudo, que foi constituído em dois grupos: Grupo I: Profissionais da EqSF e Grupo II: dois grupos organizados da comunidade.

Portanto tivemos como sujeitos no grupo I: uma médica, uma enfermeira, duas ACS, duas técnicas de enfermagem, um dentista e uma ASB, perfazendo um total de oito (08) profissionais; no Grupo II tivemos dois membros da associação de bairro e dois da pastoral da criança, totalizando quatro (04) pessoas da comunidade

a serem entrevistados, assim perfizemos um total de doze sujeitos participando da pesquisa.

6.4 APETRECHOS E EXECUÇÃO DA COLETA DE DADOS

O fenômeno a ser pesquisado neste estudo se encontra inserido em um contexto da vida real, portanto, adotamos como procedimento de pesquisa, a entrevista semiestruturada e a observação participativa.

A entrevista semiestruturada é uma modalidade de abordagem que utiliza um roteiro onde aborda os aspectos essenciais da pesquisa em forma de tópico, que contemplem as informações desejadas. Possibilita uma maior aproximação entre o entrevistador e o entrevistado favorecendo as respostas espontâneas (MINAYO, 2010).

A entrevista semiestruturada (APÊNDICES B e C), e a observação participativa (APÊNDICE D), seguiram um roteiro, onde utilizamos também o gravador como forma de garantir o registro fiel dos depoimentos, mantendo um caráter informal e certo grau de espontaneidade, oportunizando a pesquisadora ficar frente a frente com a população pesquisada ampliando seus conhecimentos.

Neste estudo, a entrevista semiestruturada é delineada de forma diferente para os profissionais de saúde e grupos organizados da comunidade, objetivando amoldar-se linguisticamente para os sujeitos entrevistados, entretanto, os dois instrumentos são compostos de três partes e quatro questões abertas.

O roteiro das entrevistas dos profissionais de saúde, na primeira parte acomete o perfil dos entrevistados; a segunda parte referencia-se ao contexto de trabalho onde identificamos as características da equipe e da unidade de saúde e a primeira e última parte, composta de quatro perguntas abertas investe nos aspectos relativos às competências dos sujeitos quanto ao objeto da pesquisa.

O roteiro das entrevistas dos grupos organizados da comunidade, na sua primeira parte incide também sobre a caracterização dos sujeitos, na segunda parte caracteriza o grupo organizado da comunidade e por fim a terceira parte que consta das questões disparadoras ordenadas de quatro perguntas abertas onde versam os aspectos relativos às habilidades dos sujeitos quanto ao objeto da pesquisa.

As entrevistas com os profissionais de saúde foram realizadas na sede da equipe, o que proporcionou ao pesquisador a análise dos significados que os indivíduos atribuem as suas ações dentro do ambiente de trabalho em que convivem e constroem a sua vida profissional, entretanto, os sujeitos dos grupos organizados foram entrevistados na residência de um dos componentes da Pastoral da Criança.

O primeiro contato com a equipe proporcionou a pesquisadora, conhecer as características da população a ser pesquisada, e, de maneira informal, os entrevistados se familiarizaram com os assuntos a serem abordados. Durante esse primeiro contato também foi discutido a forma como as entrevistas seriam realizadas, e como as mesmas podiam ser agendadas, de maneira a evitar deslocamentos desnecessários. Além disso, também foi explanado que a participação da pesquisadora durante as atividades educativas que a equipe viesse a promover seria de forma direta, como se a mesma fizesse parte da equipe. Foi nesse primeiro contato que a pesquisadora ficou informada que a comunidade possui dois grupos organizados: a Pastoral da Criança e a Associação de bairro.

A passagem da pesquisadora pela atenção básica da regional facilitou o entrosamento com os profissionais, pois todos já se conheciam de outros momentos de trabalho. Esse primeiro contato proporcionou o estreitamento de laços, e permitiu maior fluência entre entrevistados e pesquisadora.

A coleta dos dados compreendeu quatro etapas: estudos bibliográficos sobre a temática da pesquisa; o primeiro contato com as equipes a serem pesquisadas; a realização das entrevistas e o diário de campo, onde, nesse último, armazenamos os dados coletados durante a observação participativa nas atividades educativas.

Quanto à observação participativa, ela consiste na participação real do pesquisador com a sociedade ou grupo, se incorpora, confunde-se, e compartilha das atividades normais da comunidade (MARCONI; LAKATOS, 2008).

A nossa observação participativa aconteceu em dois momentos distintos e locais diferentes, e foi programada junto à equipe, de acordo agenda para realização das atividades educativas.

6.5 ANÁLISE DOS DADOS

Após a transcrição das gravações, seguiram-se as etapas operacionais da Análise de Conteúdo empregando a categorização dos dados, dos quais emergiram categorias que para Bardin (2009) é uma intervenção no arranjo de elementos constitutivos de um conjunto, por distinção e, logo após, por reagrupamento de acordo o gênero, com critérios antecipadamente definidos, ou seja, é o ato de recortar, classificar e dispor fatos ou idéias segundo as similaridades, as quais são utilizadas como etapas da análise temática que é uma técnica que busca o recortar o agrupamento das entrevistas por meio de um feixe de categorias esquematizadas sobre os conteúdos, que, segundo Minayo (2010), busca descobrir os núcleos de sentido com o propósito de estabelecer uma comunicação que tenha um significado para o objetivo analítico a ser pesquisado.

6.5.1 Categorias de Análise

Para elaboração das categorias, procedemos na primeira etapa com uma leitura flutuante do material coletado, na tentativa de constituir o corpus, ou seja, a busca de sistematizar as ideias, direcionar o desenvolvimento das mesmas com desenho em agrupamento conforme critério semântico, tendo por embasamento as declarações com sentido equivalente que surgiram ao longo das entrevistas, resultando em 231 classes temáticas. Partimos então para a segunda etapa, que se consistiu na exploração do material empírico com a realização da codificação dos dados. Seguiram-se a classificação e agregação dos dados, e em decorrência, as categorias temáticas com reagrupamento semântico, resultando na edificação de 06 categorias temáticas e 17 subcategorias.

A terceira etapa contemplou o tratamento dos resultados através das categorias temáticas e subcategorias, que para melhor visualização elaboramos o Quadro 3.

Quadro 3: Categorias Temáticas e Subcategorias da Análise de Conteúdo.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Atividades educativas realizadas pela EqSF	Tipo de atividade realizada pela equipe; Local das realizações das atividades educativas; Tema/público das atividades educativas; O compartilhar dos profissionais da EqSF nas atividades educativas.
Concepção dos profissionais de saúde sobre Educação Popular	Conhecendo a Educação Popular; Desconhecimento sobre a Educação Popular; Apreciação/imagem sobre a Educação Popular.
As interfases da ESF na perspectiva da EPS	Desafios profissionais para trabalhar as ações educativas; Desafios sociais para trabalhar as ações educativas; Desafios físicos para trabalhar as ações educativas; Facilidades para executar as ações educativas.
Concepção dos grupos organizados da comunidade sobre o processo de Educação em Saúde	Apreciação/imagem dos grupos organizados sobre a Educação Popular; A incógnita da Educação Popular para os grupos organizados.
O partilhar dos grupos organizados nos processos educativos	Participação dos grupos organizados nas atividades educativas; Ausência dos grupos organizados nas atividades educativas.
A esfinge e a singularidade da Educação Popular para os grupos organizados da comunidade	O emaranhar da Educação Popular; O simplório das atividades da Educação Popular.

6.6 ENFOQUE ÉTICO

Esta pesquisa foi expandida respaldando-se na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regula as pesquisas com seres humanos ponderando a observação dos benefícios, não prejuízo e ausência de danos com garantia do anonimato aos sujeitos do estudo (BRASIL, 1996).

Só foi dado início à coleta dos dados, em abril de 2011, através das entrevistas, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) sob o protocolo n. 225/2010 (CAAE: 0059.0.454.000-10) (ANEXO A), ofício da Coordenação do Mestrado (ANEXO B) e da autorização do então Secretário de Saúde do Município (ANEXO C). Todos os

sujeitos foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), apresentado em duas vias sendo uma via das pesquisadoras e a outra dos informantes do estudo. Os informantes do estudo foram comunicados que a qualquer momento eles poderiam desistir de continuar a participar da pesquisa sem qualquer restrição.

A identificação da EqSF e dos sujeitos foi demarcada no decorrer da pesquisa utilizando o nome SOL para a equipe por lembrar o codinome da cidade de Jequié como cidade SOL e de planetas para os profissionais, para acompanhar o nome da estrela maior. Todavia os sujeitos dos grupos organizados, foram identificados com nome de pedras preciosas, por entender que são as riquezas da EqSF. Esses codinomes foram instituídos para garantir o anonimato dos sujeitos

CAPITULO V: OBSERVANDO E PONDERANDO AS FALAS DOS SUJEITOS

Nessas sociedades, governadas pelos interesses de grupos, classes e nações dominantes, a "educação como prática da liberdade" postula, necessariamente, uma "pedagogia do oprimido". Não pedagogia para ele, mas dele. Os caminhos da libertação são os do oprimido que se liberta: ele é sujeito que se deve autoconfigurar responsabilmente.

Paulo Freire

7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesse momento em que esquadrinho a elaboração da análise, em que me debruço sobre as transcrições das entrevistas, sobre as leituras anotadas, busco insurgir deste mundo e ponderar sobre esta experiência. Esforço-me no escopo de trazer estímulos aos que pensam e atuam na educação comunitária e aos que me acolheram, buscando deste modo o respeito às diferentes identidades e diferentes técnicas de construção de saberes e experiências e a garantia dos direitos humanos.

Delineamos os dados coletados para atender os objetivos deste estudo, analisar se as EqSF trabalham com o paradigma da Educação Popular em Saúde como forma de educação em saúde, uma ação que proporciona ao indivíduo uma transformação de práticas e costumes.

Após a coleta dos dados foi possível descrever dados coletados durante as atividades participativas, bem como traçar algumas características dos sujeitos do estudo, da USF e da EqSF a partir das entrevistas, que também servirão de aporte para discussão dos dados.

Em relação aos profissionais de saúde as informações obtidas referem-se à idade, cargo/função, tempo de formação, tempo de atuação na equipe, regime de trabalho, vínculos empregatícios, áreas de especialização, participação no treinamento introdutório, participação em capacitação pedagógica. Quanto aos representantes dos grupos organizados, foram construídos dados alusivos, a idade, vínculo empregatício, tipo de trabalho e grau de escolaridade.

7.1 OBSERVANDO, PARTICIPANDO E APRENDENDO

Na primeira observação participativa foi possível constatar que a sala de reuniões não é adequada para os encontros com a comunidade. A primeira atividade que realizamos foi na sala de reuniões, onde agendamos um encontro com a comunidade das duas EqSF para esclarecimentos sobre a necessidade de implantação do Conselho Local de Saúde (CLS) e identificação de voluntários para

compor o mesmo. A atividade teve início logo no começo da manhã, antes mesmo das equipes iniciarem seus trabalhos do dia. Fizeram-se presentes nesse primeiro momento, a pesquisadora, as duas enfermeiras das equipes, seis ACS, e 10 pessoas da comunidade. Percebemos desde já, que a participação da comunidade e profissionais da equipe não foi a contento, tendo em vista que foram convidadas as comunidades de referência das duas equipes e o número de presente não foi significativo.

Fizemos um círculo com as cadeiras, insuficiente para o público presente, e a enfermeira da equipe pesquisada pediu-me para explanar sobre o regimento do CLS. Antes de iniciar a leitura do documento, solicitei aos presentes que falassem um pouco do entendimento deles sobre CLS a partir daí começamos nosso diálogo. Logo depois fizemos a leitura do regimento, sempre parando ao final de cada trecho para oportunizar a participação de todos, esclarecendo o que foi lido de maneira mais simplificada.

A dificuldade de participação ativa das pessoas num processo educativo ficou bem clara durante a reunião. Eles esperam serem solicitados, questionados para assim manifestarem-se, quando manifestam-se. Ficou evidenciado que a sala de reuniões não é adequada para as atividades educativas, pois além de ser pequena para a demanda, não possui refrigeração e o acesso é via sala de recepção dos usuários, o que inviabiliza a escuta em dias movimentados na unidade.

A segunda atividade participativa foi realizada em uma escola da comunidade com o tema da pré-conferência de saúde, e paralelo a isso, também estávamos realizando a eleição do CLS na mesma escola. Esse foi um fato interessante, pois já havíamos realizado as entrevistas e percebemos a ausência dos entrevistados dos grupos organizados, principalmente de um deles que relata, como dificuldade para execução dos processos educativos a inexistência do CLS.

Ao questionar a enfermeira da equipe de referência ao qual pertencem os grupos organizados da comunidade sobre a ausência dos entrevistados, a mesma informou que eles haviam sido convidados pelas ACS, mas que não quiseram comparecer. Como tinha o número do telefone de um deles realizei a chamada e fui informada pelo participante do estudo, que não havia sido convidado e que não poderia ir naquele momento. Esse fato demonstra que os ruídos existentes na

comunicação⁷ dos profissionais da equipe com pessoas da comunidade, pode estar atrapalhando a participação ativa da população nos eventos promovidos pela equipe, fato esse que sugere um estudo sobre a comunicação da EqSF com sua comunidade de referência, tendo em vista que se não existe comunicação adequada, a mensagem pode não ser entendida ou ser distorcida.

Realmente a participação da comunidade na pré-conferência de saúde foi muito pouca, pois, o CLS foi formulado para as comunidades de referência das duas equipes, e sendo o número de pessoas das duas equipes cadastrados no CNES em torno de 6.000 pessoas, o público presente não é representativo, pois na pré-conferência só se fez presente cinco homens, vinte mulheres e sete crianças, sendo que dez dos participantes eram candidatos ao posto de conselheiro. Entretanto, constatamos através da lista de presença da votação para o CLS que compareceu um público de 71 pessoas, ou seja, o interesse da comunidade em votar em seus candidatos foi maior, provavelmente pela campanha que os mesmos realizaram antes da votação. Assim sendo, apoiamos as falas dos entrevistados quanto à falta de interesse da comunidade em participar das atividades educativas, porque vivenciamos a pouca participação da comunidade nas atividades desenvolvidas.

Quanto à USF, pudemos constatar que possui dois consultórios médicos, dois de enfermagem, sendo as demais salas (consultório dentário, sala de procedimentos, sala de vacina e outras) únicas para as duas equipes. A estrutura física das UBS sugeridas pelo MS para atender a duas EqSF, deve conter de três a cinco salas de espera com uma área física que comporte 40 pessoas; uma sala de recepção com espaço para arquivo com capacidade para cerca de 8.000 prontuários; uma área para reuniões destinada as atividades educativas com acesso de forma que os usuários não necessitem transitar nas demais dependências da unidade (BRASIL, 2006b).

Deste modo, a realidade vivenciada no momento, no município de Jequié, não atende ao sugerido pelo MS.

⁷ Comunicação segundo Aurélio: ato ou efeito de comunicar-se. Ato ou efeito de transmitir e receber mensagens por meio de métodos e/ou processos convencionais. A mensagem recebida por esses meios.

7.2 ACOLHENDO OS DADOS DO ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Atendendo a segunda parte do roteiro das entrevistas identificamos as características da equipe e da unidade de saúde. Na caracterização da equipe foram apontados dados do nome da equipe, número de pessoas residentes na área, média de pessoa por ACS e adequação da sala de reunião para atividades educativas.

Tabela 1: Perfil dos entrevistados da USF SOL, na cidade de Jequié-BA no ano de 2011.

Entrevistados	Quantitativo
Sexo M	01
Sexo F	07
Idade 35 a 45	05
Idade 46 a 56	03
Tempo de serviço na ESF > 02 a 04 anos	02
Tempo de serviço na ESF > 05 a 07 anos	02
Tempo de serviço na ESF > 08 a 10 anos	04
Regime de trabalho celetista	05
Regime de trabalho celetista/cargo comissionado	01
Regime de trabalho contratado/cargo comissionado	02
Duplo vínculo empregatício	01
Nível Universitário	03
Nível Médio	05
Pós-Graduação	02
Treinamento Introdutório/Acolhimento Pedagógico	08
Participou de Capacitação Pedagógica	01

Fonte: Entrevistas semiestruturada dos profissionais e grupos organizados da comunidade.

No levantamento realizado foi possível identificar a predominância do sexo feminino na equipe, 87,5% o que confirma a força de trabalho feminino, identificando-se também que 100% da equipe estão na faixa etária produtiva, harmônico com maior maturação pessoal, o que nos leva a inferir que podem ser responsáveis por refletir melhor desempenho nas atividades pessoais e profissionais.

A preponderância de 75% de profissionais atuando na EqSF acima de cinco anos avigora o papel desta estratégia de reorientação da assistência em saúde, proporcionando maior construção de vínculo entre profissionais e usuários ensejando maiores informações sobre o território e população assistida, entretanto o tempo de trabalho da médica na equipe (2 anos e quatro meses) é sugestivo da rotatividade que esse profissional vem vivenciando na EqSF.

Segundo Campos (1997), o vínculo com os usuários dos serviços de saúde estende a eficiência das ações de saúde e melhora a participação do usuário durante a realização do serviço.

Entendemos que se 100% dos profissionais participaram do treinamento introdutório/acolhimento pedagógico, os mesmos encontram-se preparados para atuarem na estratégia como proposta de mudança no atendimento à saúde do indivíduo e comunidade, mas, sabemos também que isso não é totalmente fidedigno, quando observamos a falta de capacitação desses nos processos educativos que busca pela problematização para realização das ações educativas, possibilitando a participação da comunidade na construção do conhecimento.

Referente à pós-graduação, 66,7% dos profissionais de nível superior fizeram curso de pós-graduação Lato Sensu, na área de Saúde da Família (médica) e na área de capacitação pedagógica (enfermeira). Especificando o curso de capacitação pedagógica, apenas a enfermeira participou do mesmo, o que representa 12,5% dos entrevistados da equipe.

No quesito vínculo empregatício, os resultados demonstram que 87,5% possuem apenas um vínculo, o que oportuniza a realização dos trabalhos preconizados pela estratégia para garantia de um modelo assistencial⁸ que atue de forma integral, abarcando desde o adoecer e contornado no cuidado primário com promoção e prevenção à saúde.

Quanto a caracterização da EqSF, de acordo as falas dos entrevistados, possui uma população que varia entre 900 a 1000 famílias, que corresponde a um público estimado de 3.600 a 4.000 pessoas, obedecendo ao critério do MS de quatro pessoas por família. As falas dos sujeitos estão condizentes com os dados do SIAB/2012 que registra o acompanhamento de 3.377 pessoas. O número de pessoas por ACS é na faixa de 400 a 600, portanto, a equipe SOL acompanha um quantitativo de pessoas que atende a portaria GM 648/2006 (BRASIL, 2006a).

Com relação à estrutura física da USF esta funciona com duas EqSF e uma ESB que atende às comunidades de referência das duas equipes, daí o número de pessoas acompanhadas ser superior aos demais membros da equipe participante do estudo. A ASB e o cirurgião dentista atendem a uma demanda de 1700 famílias, ou seja, uma população estimada de 4.800 pessoas. Como já especificado acima, o

⁸ **Modelo Assistencial:** o modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las. (CAMPOS, 1989, p. 53).

condições dignas, além de apresentar dificuldades de participação na formulação das políticas públicas de saúde. Podemos perceber que o único vínculo existente é precário tendo em vista que a pessoa é contratada.

Quanto aos grupos organizados da comunidade, tínhamos três opções para escolha de dois deles: Conselho local de Saúde, Pastoral da Criança e Associação, entretanto o critério utilizado foi a existência dos mesmos na comunidade de referência da equipe, portanto, o Conselho Local de Saúde (CLS) ficou fora por ser inexistente na época da coleta dos dados, o que pode ser observado na fala de um dos sujeitos entrevistados, mas, foi implantado logo depois, durante as atividades educativas promovidas pela equipe da qual eu participei de forma ativa.

[...] acho que é **a própria coordenação da unidade** de saúde **convidar a comunidade**, a população **a ter conselho**. Nós **não temos** [...] **um conselho** [...] **mas é até difícil de criar um conselho** porque **quando voce cria é que é política**, se fosse política pública construtiva fica fácil, mas **tem gente ignorante** [...] **a união é muito pouca** [...] (Topázio).

O CLS deve ser criado nos territórios onde temos EqSF implantada, com a finalidade de proporcionar a participação social dos sujeitos no processo de democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema (BRASIL,1999).

7.3 ESTUDANDO E ANALISANDO AS CATEGORIAS

7.3.1 Atividades educativas realizadas pela Equipe de Saúde da Família

A Política Nacional da Atenção Básica preconiza que a ESF deve executar todos os programas de atenção primária, oferecer acolhimento à clientela reforçando o vínculo com a comunidade, promover atenção à saúde com integralidade da assistência, incluindo, portanto, os processos educativos (BRASIL, 2006a).

A educação permanente em serviço deve acontecer de forma contínua, proporcionando a comunidade acompanhada, condições de promover prevenção e promoção da saúde do indivíduo, da família e da comunidade, participando da construção das políticas de saúde do município.

Destarte isto se torna um tanto quanto complicado em ser realizado no município de Jequié devido ao fato dos profissionais de Nível Universitário (NU) da EqSF ocuparem cargos comissionados.

Geralmente o profissional enfermeiro é quem assume o cargo de gerente da unidade, ficando muitas vezes restrito a coordenação da unidade de saúde, dos técnicos de enfermagem e dos ACS, o que o leva muitas vezes a deixar a assistência à comunidade destinada apenas aos programas.

A gerência da equipe no município de Jequié tem se constituído em espaço próprio do enfermeiro, que é automaticamente considerado “o gerente” assim que ingressa na equipe. Não tem sido considerado perfil para a gerência, mas sim, a indicação política. A gerência é normativa e prescritiva, realizada sob comando da gestão central. O processo de trabalho gerencial é composto de ações burocráticas que ocupam a maior parte do tempo do enfermeiro (VIDAL, 2010).

O fato de possuir cargo comissionado deixa os profissionais de NU, vulneráveis às ações políticas partidárias municipais, o que ocasiona certa pressão para trabalharem de acordo a vontade dos políticos, isso muitas vezes desmotiva-o a realizar um trabalho de excelência, pois ele sabe que fazer promoção à saúde, trabalhar processos educativos com participação da comunidade, motivando-a a elaborar as políticas de saúde do município é uma tarefa árdua e arriscada, que pode acarretar na perda do seu cargo comissionado, a exemplo do episódio ocorrido em 2009 neste município.

Pensando Freire (2005a) os profissionais se tornam os oprimidos e os políticos os opressores, portanto eles sabem, por experiência, o quanto pode lhe custar trabalhar com a comunidade um processo que a liberte, tendo em vista que eles também precisam se libertar. Isso pode ocasionar a perda do próprio emprego ou portas fechadas para novos empregos.

Em Jequié, a melhor remuneração do enfermeiro na secretaria municipal de saúde é o de enfermeiro da EqSF, levando os políticos a firmarem acordo por esses cargos comissionados e, mesmo aquele profissional concursado, por assumir cargo na equipe, se encontra vulnerável, podendo a qualquer momento perder seu lugar nessa, o que nos leva a acreditar que tal fato tenha interferência nas ações educativas de cunho participativo e atitudes dos profissionais.

No ano de 2008 tivemos eleições municipais e em 2009, já com os novos gestores no legislativo e no executivo, vivenciamos um triste episódio no município

de Jequié. Até então, encontrava-me atuando na atenção básica da 13ª Dires e vivenciei uma situação drástica, onde 18 enfermeiras concursadas, com 10 anos de trabalho na equipe, foram exoneradas para atender ao pedido de políticos, correligionários da nova gestão, para ocupação dos cargos, a partir de interesses pessoais, corporativos e políticos, em detrimento da competência, da profissionalização e das relações compromissadas, sendo substituídos por novos profissionais, muitos deles recém formados.

A fragilidade dos vínculos trabalhistas dos profissionais colabora para a subserviência destes às vontades dos políticos e eleva o risco de partidarização da ESF (ALBUQUERQUE, 2003).

Endosso Batista Júnior, presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS) quando coloca que: Quem trabalha com a vida das pessoas não pode e não deve ser submetido à “lógica de mercado”, que em se tratando de saúde e da vida das pessoas, é um conceito absolutamente anacrônico e incompatível com a Reforma Sanitária (RS) e com os princípios da ética e do humanismo. (BATISTA JÚNIOR, s/d).

Esse fato causou descontentamento na comunidade que se mobilizou fazendo caminhada até a secretaria de saúde solicitando a permanência das enfermeiras. As enfermeiras exoneradas enviaram documentos para o Conselho Municipal de Saúde, para o Secretário de Saúde do Estado e para a Associação dos Enfermeiros de Jequié e Região (AENJER), que também fez sua parte, encaminhado documentação (ANEXO D) para Conselho Estadual e Municipal de Saúde, o Prefeito do Município de Jequié, o Presidente da Câmara de Vereadores de Jequié, o Delegado do COREN e para o Promotor Público, no intuito de fazer valer o que havia sido deliberado na 4ª CMS, que os (as) enfermeiros (as) das EqSF, seriam os (as) concursados(as) do município, mas tudo foi em vão, pois as deliberações da conferência não foram encaminhadas para o Legislativo, portanto não se tornaram resoluções, por isso não havia garantia perante a Lei Orgânica Municipal, como também nada foi feito pelas autoridades citadas acima.

Isso nos leva a deduzir que o Conselho Municipal de Saúde de Jequié, por ser um órgão deliberativo da saúde, ainda se encontra em fase de maturidade no que tange ao acompanhamento das decisões ocorridas durante as Conferências, deixando, portanto seus parceiros sem cobertura legal neste município.

Esse tipo de acontecimento nos permite inferir sobre a vulnerabilidade da política de saúde, deixando os profissionais de saúde refém da política partidária de alguns municípios, mesmo vivendo num estado dito democrático. Como dar impulso à promoção da saúde com integralidade da assistência, como ter qualidade de atenção, como realizar educação em saúde na perspectiva de liberdade do educando e do educador se o profissional não tem segurança no trabalho o qual está atuando? Como acreditar na participação popular se o povo não é ouvido, em detrimento dos favoritismos políticos? Ficam aqui algumas questões para nossa reflexão, pensando no que disse Paulo Freire.

Estamos a construir uma sociedade em que todos participam para o bem-estar de todos. Precisamos estar vigilantes contra aqueles que pretendem começar de novo o sistema de exploração das maiorias por uma minoria dominante (FREIRE, 2002, p.51).

Percebemos assim que, as políticas de saúde ficam a mercê dos acordos das políticas partidárias, consequência da precarização na política municipal de recursos humanos provocando a desmotivação dos profissionais de saúde em realizar um trabalho de promoção à saúde, voltado para a participação do povo.

A Lei 8142 estabelece que para receberem recursos federais os municípios e o Distrito Federal deverão contar com “(...) VI – Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.” Passaram-se 21 anos e isso ainda não se tornou realidade no município de Jequié (BRASIL, 1990b).

7.3.1.1 Tipo de atividade educativa realizada pela equipe de saúde da família

Das atividades educativas realizadas pela EqSF, as palestras e sala de espera foram citadas por 75% dos entrevistados, e somos sabedores que esse tipo de ação educativa não facilita o diálogo, geralmente são atividades de transmissão de conhecimento, dificultando as trocas de aprendizagem, em que “ao ensinar aprendo e ao aprender ensino” consentindo ao homem construir e reconstruir seu conhecimento (FREIRE, 2003).

Segundo o MS as capacitações devem ser estabelecidas de preferência com base nos problemas diários do serviço referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho (BRASIL, 2003).

A seguir apresentamos algumas falas que relatam as atividades que a EqSF vem desenvolvendo:

[...] **Sala de espera e Palestras** na comunidade [...] (**Saturno**).

[...] **Reuniões comunitárias; Palestras; Sala de espera e mutirões** [...] (**Terra**).

É prosaico entre os profissionais de saúde o cultivo da capacidade técnica em proporcionar educação em saúde como algo corriqueiro, comum, que não precisa ser aprendido, como se o saber técnico da academia fosse capaz por si só, de cumprir com essa formação, de prepará-lo para atuar como um facilitador do processo de aprendizagem. Por conta desse pensamento, dessa certeza, é que as atividades educativas frequentemente são realizadas tratando a população como usuária passiva, apática, onde o profissional transmite conhecimentos sobre as doenças e como cuidar da saúde, sem levar em conta o saber popular e as condições de vida dessas populações.

Essas práticas educativas, tão comuns no dia-a-dia dos serviços de saúde, são uma repetição do poder dominante e do saber médico, característicos, do chamado modelo flexneriano, que utiliza metodologia de ensino verticalizada e não problematizadora, ou, como dito por Freire (2005a), uma educação bancária, onde o saber é uma doação dos que se julgam sábios, aos que nada sabem, onde o educador vai impondo aos educandos os seus saberes, valores e crenças e não levando em consideração os conhecimentos e a cultura dos educandos. Acreditamos que dessa forma, “não pode haver conhecimento, pois os educandos não são chamados a conhecer, mas a memorizar o conteúdo narrado pelo educador” (FREIRE, 2005 p.79).

Costa (2009) expõe que as práticas de educação em saúde, ancoradas em posturas tradicionais e normatizadora, é fruto do legado higienista e ditatório de procedência e evolução da educação em saúde no Brasil.

7.3.1.2 Local das atividades educativas realizadas pela equipe de saúde da família

Creemos que o local para realizar atividades educativas deve ser o mais variado possível, desde a consulta clínica, até mesmo num simples bate papo na realização de um procedimento na sala de curativo, entretanto em tempo algum, identificamos nas falas dos entrevistados que esses instantes são utilizados como espaço de aprendizado, como pode ser verificado:

[...] nos **colégios** ou na **igreja**, palestras **na unidade** [...] (**Júpiter**).

[...] nas **escolas** e **igreja**; e aqui na **unidade** [...] com grupo assim, gestante, diabete [...] (**Marte**).

[...] na **comunidade**, nas **escolas**, **igreja**, [...] (**Vênus**).

Essas parcerias são apontadas apenas referentes aos espaços físicos, entretanto na realização das atividades essa integração é inexistente, fato esse comprovado por meio da participação direta da pesquisadora em duas atividades educativas promovidas pela equipe durante o período da coleta dos dados. Pretendemos portanto, que

o trabalho das equipes e das organizações de saúde deve apoiar os usuários para que ampliem sua capacidade de se pensar em um contexto social e cultural. Isto poderia ser realizado tanto durante as práticas clínicas quanto as de saúde coletiva. Caberia repensar modelos de atenção que reforçassem a educação em saúde, objetivando com isso ampliar a autonomia e a capacidade de intervenção das pessoas sobre suas próprias vidas (CAMPOS, 2003, p. 9).

A fala de Campos vem reforçar nosso pensamento que o trabalho educativo nas EqSF deve ser promovido à luz da EPS, que liberta, motiva e mobiliza a participação da comunidade nas políticas de saúde.

7.3.1.3 Tema/público das atividades educativas

A prioridade em trabalhar a educação em saúde com grupos programáticos e temas referentes aos mesmos, bem como as campanhas de momento, onde os profissionais aproveitam para realizar atividades que dizem educativas, ficou

bastante clara nas falas dos entrevistados. Entretanto, destacamos a atividade educativa na quadra, o jogo de futebol, pois o mesmo envolve no seu aprendizado a subjetividade e objetividade, orientadas por uma ação pedagógica criativa e transformadora, que se renova continuamente (ABIB; REIS FILHO, s/d). A fala dos entrevistados nos proporciona essa afirmativa.

[...] com grupos de **gestante; hipertensos, diabéticos**; dengue [...] **leva o grupo para a quadra**, faz exercício, joga bola, acompanhado pelo grupo da faculdade. (**Júpiter**).

[...] Palestras de **saúde bucal**, sala de espera, **tuberculose, hanseníase, vacinação**, [...] trabalhos na comunidade casa a casa falando sobre a **dengue** [...] (**Mercúrio**).

[...] agente fez educação, **planejamento familiar**, [...] (**Vênus**).

Assim, podemos constatar que, trabalhos em grupo são, muitas vezes, resumidos em consultas coletivas, onde um encadeamento de normas é ditado pelos profissionais para serem cumpridas pelos pacientes, sem ouvir as necessidades dos mesmos, sem maiores perguntas. Aos pacientes hipertensos, diabéticos, desnutridos, com verminoses, o profissional prescreve um tratamento medicamentoso, não investiga as causas, não troca idéias com eles sobre as causas sociais de sua doença, nem individual nem coletivamente (ALBUQUERQUE, 2003).

Essas práticas educativas distanciam da proposta de Promoção da Saúde preconizada pela ESF que almeja a integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e a comunidade (BRASIL, 2006a).

É preciso superar a atual situação, em que as grandes campanhas educativas em saúde são [...] muito pouco articuladas com o cotidiano de relação entre os profissionais de saúde e a população (VASCONCELOS, 2001).

7.3.1.4 O compartilhar dos profissionais da Equipe de Saúde da Família no desenvolvimento e participação das atividades educativas

Ponderando a relação pedagógica enquanto prática social, devemos refletir sobre a relação educador-educando, enfatizando a importância de conduzir o educando a tornar-se sujeito, capaz de raciocinar por si só, de superar as constatações puramente empíricas e imediatas dos fatos e desenvolver sua própria

capacidade de deduzir, de relacionar, de elaborar uma reflexão crítica e reflexiva mediante os acontecimentos do seu cotidiano (RODRIGUES, 2005).

A co-responsabilidade da equipe é visível no desenvolvimento das ações, pois 100% dos profissionais entrevistados disseram participar das atividades educativas, o que demonstra o interesse dos profissionais e o vínculo entre eles, conforme depoimento de um dos sujeitos do estudo.

[...] **Sim**, inclusive a última **eu mesmo que fiz** [...] com a participação dos ACS e da comunidade. [...] mas a participação foi muito a desejar [...] (**Netuno**).

Entretanto, ao serem questionados se a EqSF está realizando atividades educativas, identificamos discordância, quando dois profissionais relatam que no momento não estão realizando e seis respondem de forma positiva.

[...] **Sim** [...] (**Vênus**); (**Marte**); (**Mercúrio**); (**Júpiter**); (**Saturno**); (**Terra**).

[...] **Vinha. Já foi feito** [...], hoje agente **não faz** [...] já utilizei muito o meu próprio carro, muitas vezes [...] (**Netuno**).

[...] No momento **não** [...] esse ano mesmo não foi realizada ainda nenhuma atividade educativa, é 2011, [...] não ta tendo não [...] (**Urano**).

Enfatizamos que o processo educativo deve ser entendido como uma atividade do dia a dia dos profissionais, independente de temas, locais e platéia, as ações educativas devem ser realizadas no cotidiano das equipes, dos profissionais e da comunidade.

A educação em saúde para ser realizada no espaço de trabalho ou extramuros há necessidade de integração equipe/comunidade/equipe buscando informações teóricas que colaborem com a prática, bem como esclarecer os elementos que servem para afirmação de vínculo com os usuários tendo em mira uma mudança prosaica de postura.

Estes elementos se complementam e devem ser valorizados para o exercício da educação em saúde. Todos direcionam para o conhecimento que está atrelado à essência do ser, que por sua vez se liga às dimensões da vida, sendo compreendido entre o fazer, o ser e conhecer, uma relação indissociável e possibilitadora do viver (MORIN, 2008a).

7.3.2 Concepção dos profissionais de saúde sobre a Educação Popular

O processo educativo na visão de Paulo Freire não pode ser concebido sem estar vinculado às condições de vida e de trabalho dos sujeitos, pois é a partir daí, que passam a existir os anseios, as obrigações, as ambições e os ideais que devem ser considerados e embutidos neste processo, permitindo a aproximação das diversas realidades em que se cultivam as ações educativas, contribuindo para tornar a aprendizagem um ato em que o educador e educando construam juntos os conhecimentos numa permuta dialógica.

Pensando dessa forma, Arroyo (2001) corrobora que devemos recuperar a educação como dialogo de sujeitos que devem ser vistos como agentes que têm sua história, trajetória, cultura e valores sendo o ato de educar, um trabalho realizado com a totalidade dos sujeitos e não apenas com os aspectos específicos como comportamento.

7.3.2.1 *Conhecendo a Educação Popular*

Apenas dois entrevistados apontam conhecer o termo, EP, entretanto não sabem definir de que maneira podem trabalhar processos educativos à luz de uma educação em que o docente não ensina apenas os conteúdos, mas também educa a pensar certo (FREIRE, 2003).

Essa é uma das interfaces da ESF com a EPS, pois ambas têm como proposta a mudança na maneira de assistir as comunidades, assistir o individuo de forma integral, incluindo aí o seu preparo para conhecer e cuidar melhor da saúde individual e coletiva de uma dada população.

[...] **Sim** [...]. **Já ouvi falar** [...], mais não sei definir [...] (**Mercúrio**).

O horizonte que a EP traz é, segundo Brandão (2001), um processo educativo através do qual o sujeito não se vê apenas como um anônimo da cultura brasileira, mas como um sujeito coletivo da alteração da história e da cultura do país.

Deduzimos assim, que os profissionais da EqSF não estão aptos a atuarem como educadores no processo de ensino aprendizagem, na perspectiva de uma educação transformadora, utilizando a metodologia da problematização, pois, “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou construção” (FREIRE, 2003, p. 22).

Portanto, torna-se imprescindível a capacitação desses profissionais para que assim, possam, partindo desse ponto, iniciar uma nova etapa nas atividades educativas com a comunidade, na perspectiva de preparar-se e prepará-los para uma atuação mais responsável e comprometida com a promoção a saúde.

7.3.2.2 O além-mundo sobre a Educação Popular

É incontestável a contribuição dos processos educativos para a saúde, no reforço da prática para o trabalho e nas mudanças de atuação dos profissionais. Essas mudanças acontecem pela articulação teoria-prática, possibilitando maior interação entre o trabalhador e o usuário, como preconiza o Ministério da Saúde, ao avigorar que as técnicas de capacitação têm a intenção de transformar as práticas e a organização do trabalho. Entretanto, é notório em todas as falas dos sujeitos que a filosofia freiriana não faz parte da rotina dos profissionais da EqSF (BRASIL, 2003).

[...] **Não** [...] com esse nome não. **Educação popular?** [...] em termo de prática ou teoria? [...] (**Netuno**).

[...] já ouvi educação em saúde [...] educação **popular não** [...] (**Júpiter**).

O termo EP vem sendo trabalhado por profissionais de saúde e movimentos populares, desde a década 1960, quando Paulo Freire nos trouxe, com sua grande sensibilidade de educador, uma nova forma de pensar processos educativos com a comunidade. O município de Jequié, bem como a 13ª DORES, tem técnicos de referência para trabalhar processos educativos na perspectiva da EP, como então, esses profissionais da EqSF nunca ouviram falar nesse termo? Como fazer promoção à saúde se os profissionais não são atualizados para trabalharem processos educativos com o objetivo de prepara-se e preparar a comunidade a participarem das políticas de saúde do município?

Sobre essa controvérsia, Vasconcelos (2009) afirma a necessidade de uma apropriação de práticas em saúde voltadas para a educação, quando afirma que é essencial a transformação da cultura dos trabalhadores de saúde e dos usuários para se conseguir uma reorientação das políticas de saúde, investindo-se em atividades pedagógicas.

O ato de ensinar exige bom senso, exige comprometimento, exige reconhecer que a educação é ideológica, exige saber escutar, exige disponibilidade para o diálogo (FREIRE, 2003).

7.3.2.3 Apreciação/imagem dos profissionais da Equipe de Saúde da Família sobre a Educação Popular

Os arquétipos de ações educativas, inicialmente tinham como propósito lutar contra as patologias infectocontagiosas e parasitárias, e ao mesmo tempo classificava a população como passiva e incapaz de cuidar da sua saúde, considerando o conhecimento técnico científico como um dos mecanismos responsável por melhorar as condições de saúde da população. Este pensamento hegemônico permitiu que a educação em saúde fosse desempenhada sem considerar a população como participante do processo, envolvendo-a como sujeito das ações (VASCONCELOS, 2010).

A imagem que os profissionais têm da EP, demonstra que ainda hoje os profissionais de saúde atuam com a forma tradicional do ensino, aquela aprendida desde a infância.

[...] não sei definir. O que penso é que é **levar para a comunidade informação sobre a saúde [...]** (Mercúrio).

[...] Eu acredito que seja **algo [...]** de orientação [...] e a comunidade **mantenha autos cuidados pessoais na promoção da saúde [...]** (Netuno).

A transmissão, o empoderamento⁹ do saber científico ainda impera, entretanto mesmo relatando não saber definir, mesmo não trabalhando na linha

⁹ Empoderamento definido por Paulo Freire, onde as pessoas, grupo ou instituição empoderada é aquela que realiza, por si mesma, as mudanças e ações que levam a evoluir e se fortalecer (VALOURA, 2006).

freiriana, dois profissionais emitiram seu conceito aproximando-se do conceito de EP definido por Freire, o que pode ser verificado nas falas abaixo.

[...] **Chás caseiros** [...] (ex: erva cidreira para mal estar, [...] capim santo (calmante, insônia) [...] **Coisas isoladas que a comunidade acredita** [...] (**Terra**).

[...] Acho que está **ligado às crenças da população**. [...] não fazem o tratamento correto por crê em outras coisas [...] **saber o que eles têm de informação e a partir daí levar nosso conhecimento e recriar** [...] **trabalhar com a comunidade, re-educá-la e re-educar-se** [...] (**Saturno**).

Percebemos a necessidade da EqSF, trabalhar na perspectiva da integralidade, respeitando as diferenças e contexto social das pessoas. Para isso, torna-se necessário incluir, tanto na formação dos profissionais, como na educação permanente realizada com eles, conhecimentos sobre práticas complementares de cuidado com a saúde.

Para Freire (2003) o educador deve ter consciência que, embora diferente entre si, quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se ao ser formado, ou seja, quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. Também anuncia que a educação popular “[...] não pretende ser método de ensino, mas sim de aprendizagem; com ele, o homem não cria sua possibilidade de ser livre, mas aprende a efetivá-la e exercê-la” (FREIRE, 2005a p.18).

Portanto precisamos adotar estratégias que estimulem os educadores e educandos a sonharem juntos, a interrelacionar os fatos, tirando conclusões que lhes possibilitem estabelecer uma explicação por completo.

7.3.3 As interfases da Equipe de Saúde da Família na perspectiva da Educação Popular em Saúde

Identificamos como interfaces da EqSF com a EPS, a proposta de mudança que as duas trazem na sua essência: a maneira de assessorar a comunidade, assistir o indivíduo de forma integral para o conhecimento e cuidado com a saúde individual e coletiva de uma dada população.

Ultimamente existem duas grandes interfaces de afinidade educativa entre os serviços de saúde e a população: os meios de comunicação de massa e o dia a dia dos profissionais com a população nos serviços de saúde. A segunda interface, a

presença de contato próximo entre os vários atores envolvidos no processo educativo, permitindo um rico aprendizado dos caminhos de uma educação em saúde que reverencie a autonomia e estime a criatividade dos educandos. Neste sentido, os conhecimentos construídos nessas experiências mais localizadas são fundamentais para o norteamento das práticas educativas nos grandes meios de comunicação de massa, se o objetivo é uma metodologia participativa (VASCONCELOS, 2004).

Todavia, o resultado do nosso estudo nos faz corroborar com Assis e col. (2010) que coloca ser necessário adotar outras metodologias e/ou métodos que possam influenciar na formação e capacitação dos profissionais da ESF, ressaltando o método da problematização do processo, a aprendizagem significativa como diretriz e a ideia de que a educação deve ser feita no e para o trabalho, para que possam responder efetivamente às demandas dos usuários e dos serviços de saúde.

Assim sendo, traçamos como subcategorias as facilidades e desafios que a EqSF encontra no desenvolvimento das ações educativas.

7.3.3.1 Facilidades para executar as ações educativas

Das falas dos entrevistados emergiu a existência de vínculo dos profissionais da equipe entre si e com a comunidade, sendo esse fator de suma importância para a co-responsabilidade nas ações, o que facilita o atendimento aos problemas da comunidade.

Disponibilidade dos trabalhadores da equipe [...] (**Mercúrio**).

Boa vontade dos profissionais da equipe; capacitação técnica e idéias [...] (**Urano**).

[...] procuram **dentro das suas dificuldades e possibilidades, fazer o melhor**, [...] todos aqui se **dispõe** da melhor forma possível. [...] **interesse** em resolver uma situação, [...] o andamento das atividades aqui é feito por que **o profissional quer**, [...] maioria aqui **tem interesse em resolver** mesmo na dificuldade [...] em tentar **resolver pelo menos o mínimo possível** [...] (**Netuno**).

Entrosamento com a população e a **confiança** da população em voce [...] (**Saturno**).

[...] facilidade é porque eu **tenho muito conhecimento na área que eu trabalho há 15 anos** [...] sempre que eu convido para palestra educativa, **o pessoal participa, [...] vínculo que eu tenho com a comunidade.** Graças a Deus **a equipe da gente trabalha tudo junto e sempre participa** [...] (Marte).

Todavia, percebemos controvérsias ao ser referido por um dos membros da equipe o apoio da secretaria e a disponibilidade de material educativo, como facilitador no processo de trabalho das ações educativas, pois esses eventos são referenciados por outros sujeitos do estudo como uma dificuldade.

[...] Tudo que agente faz **a secretaria apóia.** **A equipe se dar muito bem,** quando **alguém é convidado sempre aparece** [...] (Júpiter).

[...] **DVD, material educativo [...] cartaz [...]** (Vênus).

7.3.3.2 Desafios profissionais para trabalhar as ações educativas

Os processos educativos que vêm sendo articulados pela equipe são centrados nas informações que os profissionais acreditam serem necessárias à comunidade, o que pode ser confirmado com a fala de Vasconcelos (2004) que muitas vezes a educação adquire comandos limitados, deliberados socialmente, quando deveria acatar às necessidades do dia-a-dia do educando, da cultura da comunidade.

A dificuldade em trabalhar temas como drogas, está no despreparo dos profissionais, desde a academia até as pós graduações que, segundo Vasconcelos (2007), os cursos de formação na academia e nas secretarias de saúde pouco têm priorizado a discussão dos difíceis caminhos, cheios de armadilhas, da ação pedagógica voltada para a apuração do sentir, pensar e agir de forma a se construir coletivamente as novas soluções sanitárias necessárias.

A ESF por trabalhar basicamente com a atenção básica é auto-limitada no seu desenvolvimento, apresentando limites como destacam os depoimentos dos informantes.

[...] quando o assunto é **abordar sobre drogas, alcoolismo,** [...] **a gente convida** eles para palestras **eles não vão [...]** **trabalhar com usuários de drogas** é um pouco dificultoso pra agente, [...] (Marte).

[...] porque a gente fala e a **comunidade às vezes não presta atenção, fica conversando, dispersa!** [...] (Vênus).

Percebemos também a necessidade urgente de uma política municipal para formação profissional em EP, que nos traz a possibilidade de apoio à fabricação descentralizada de materiais educativos, arquitetado de forma participativa com divulgação das ações educativas no atrelamento da problematização coletiva.

[...] Precisamos de [...] **capacitação dos profissionais para um melhor desempenho** [...] (Saturno).

[...] **fazer uma reciclagem entendeu** [...] (Netuno).

Como já apresentado anteriormente, a ESB trabalha com duas EqSF, o que vem dificultando a realização das tarefas não só educativas, mas também de assistência, pois, além de ter que acompanhar um número elevado de pessoas da comunidade, as EqSF não são entrosadas na realização das atividades. Por estarem vinculadas através da ESB, as duas EqSF necessitam unificar formas de trabalho que possibilitem uma construção coletiva das ações de saúde por meio de atividades educativas, priorizar o vínculo afetivo, como lembra Vilela e col. (2011) para que assim possam analisar e superar as dificuldades existentes.

[...] Foi uma atividade educativa na escola [...] Foi **promovida por uma equipe**, (Netuno).

[...] por eu **trabalhar com duas equipes**, acaba tendo um **grupo muito grande** para atender [...] **a procurar é grande para um único profissional** [...] Poderia **existir** aqui um **outro profissional** [...] que é a THD [...] para poder **mim auxiliar** em outras atividade [...] em **atividades educativas** [...] existia até dois anos atrás, **foi removida** [...] **deveria ter uma outra sala** com outro profissional **para poder dividir as tarefas** [...] (Netuno).

[...] **não tem parceria entre as duas equipes** da unidade. [...] Fizemos um seminário de saúde bucal, mas **infelizmente só uma equipe participou**, [...] a dificuldade **não foi elaborar, mas sim efetuar**, porque **a Secretaria de Saúde não disponibiliza o material. Empecilho entre as equipes, birra entre elas**; [...] (Urano).

A sensibilidade, a motivação da equipe na concretização das ações fica evidenciada quando um dos membros relata que apesar da secretaria de saúde não disponibilizar recursos financeiros para desenvolverem as ações que planejam, o trabalho é realizado mesmo assim.

[...] **As despesas com as atividades educativas** na maioria das vezes **recai sobre a EqSF** [...] (Terra).

O papel que deve ser exercido pelos gestores para proporcionar as EqSF um trabalho de qualidade, está sendo assumido muitas vezes pelos trabalhadores da estratégia. A Portaria GM 648/2006 é clara nas definições da obrigatoriedade dos gestores municipais disponibilizarem todo os artefatos necessários para viabilizar o trabalho das EqSF (BRASIL, 2006a).

7.3.3.3 *Desafios sociais para trabalhar as ações educativas*

Para que os serviços de saúde contemplem de fato as necessidades sociais das populações, precisam levar em conta, obrigatoriamente, o que as pessoas pensam sobre seus próprios problemas e que soluções espontaneamente buscam (VALLA, 1999).

É comum aparecer nas falas dos profissionais, a culpabilização da comunidade pelo insucesso nas ações educativas, mesmo não sendo uma atitude consciente, entretanto não se preocupam em saber qual o entendimento dela sobre o tema discutido, apenas informam: voce tem isso, deve fazer aquilo. Não leva em consideração a percepção dos indivíduos sobre o tema discutido. Freire nos faz refletir que nada adianta o discurso competente se a ação pedagógica é impermeável a mudança (FREIRE, 2003).

[...] **é uma área de risco**, [...] **é uma área muito violenta** [...] (**Marte**).

[...] Foi uma atividade educativa na escola [...] com a participação dos ACS e da comunidade. [...] **mas a participação foi muito a desejar, da comunidade** [...] (**Netuno**).

[...] **A falta de interesse da própria comunidade**, porque quando agente faz mutirão da dengue, **a comunidade não coloca em prática**, toda vez que agente vai **encontra o mesmo problema** [...] (**Vênus**).

[...] O pessoal da **comunidade dificulta as coisas**, [...] se for uma palestra aparece poucas pessoas, mas **se falar que tem brinde ai vem muita gente** [...] (**Mercúrio**).

É óbvio que a limitação dos problemas de saúde à sua dimensão biopsicológica traz como consequência a possibilidade de culpabilizá-lo pelo seu padecimento, probabilidade tanto maior quanto maiores as ênfases da medicina fundamentada em estudos epidemiológicos de que os problemas de saúde atuais

têm sua causa nos chamados comportamentos individuais de risco [...] compensar no nível individual problemas de caráter social é o papel fundamental a que os serviços de saúde são chamados a desempenhar (STOTZ, 2007).

[...] **a comunidade aqui é muito difícil** [...] o pessoal de **nível médio tem dificuldade de falar em público**, empurra para a enfermeira [...] (Mercúrio).

A falta de preparo dos profissionais de nível médio para atuarem nos processos educativos deixa clara a necessidade da continuidade das ações de educação permanente, principalmente aquelas voltadas para atuação com a proposta da EP, como ficou demonstrado nas falas dos sujeitos entrevistados.

[...] na gestão anterior o prefeito era atuante, **esse coloca dificuldade no deslocamento do profissional** até o local onde ta sendo a atividade [...] dificuldade também foi **à comunicação**. [...] **foi designado aos ACS** para fazer a divulgação [...] **a presença da comunidade ficou um pouco a desejar** não sei se é **falta de interesse às vezes, ou é o tema, ou a divulgação dos ACS** em relação a fazer a propaganda da atividade, [...] **dificuldade também de promover** [...] **a conversa paralela** às vezes acaba atrapalhando os profissionais [...] (Netuno).

[...] **esse governo ta dificultando tudo**, [...] (Saturno).

Percebemos claramente nas falas a falta de integração dos gestores do município com os profissionais da EqSF. Vivemos em uma sociedade dita democrática, que permite a participação da comunidade na formulação das políticas públicas, mas como participar se não há integração dos profissionais e comunidade com os gestores municipais? Acreditamos que essa falta de apoio dos gestores municipais se deve ao fato de que alguns deles ainda não conhecem a ESF, deste modo não estão sensibilizados para a necessidade de mudanças que apontam para um processo de trabalho mais humanizado, em que o usuário e a família devem ser vistos como matéria-prima essencial que carecerem uma afabilidade permanente e não apenas o assistir à saúde.

Notamos que a Secretaria Municipal de Saúde e a Prefeitura Municipal não conseguem acompanhar as mudanças exigidas para uma prática integral, o que torna um obstáculo no processo de trabalho das equipes e na própria participação do usuário em situar-se como coparticipante desta mudança. Ademais, é preciso não só uma transformação na formação dos trabalhadores do PSF, mas nas políticas de saúde integradas à política de formação de pessoal para o SUS, em que

o ensino e trabalho estejam voltados para a formação integradora, potencializando, assim, as competências para a integralidade do cuidado, focado nas necessidades de saúde do usuário/família (CARVALHO; CECCIM, 2006).

7.3.3.4 *Desafios físicos para trabalhar as ações educativas*

Buscar aprimorar a metodologia no trabalho com os grupos e melhorar a abordagem dos vários temas através de tecnologias é uma ação que deve ser colocada em prática de forma simples, bem como aprender a trabalhar com o que se tem de recurso disponível. Os processos educativos podem ser realizados em qualquer lugar, a qualquer momento, cabe a nós, nos prepararmos e propiciarmos condições para que isso aconteça, entretanto devemos ter muito claro o que entendemos por processos educativos, portanto também, o que significa educação em saúde.

[...] são duas equipes, **mas é uma única estrutura** [...] (Urano).

[...] **Precisamos de apoio da secretaria de saúde, falta material educativo**, [...] a secretaria não está nem ai [...] (Mercúrio).

[...] por ser uma **sala pequena**, [...] a porta fica aberta **a circulação acaba sendo o corredor principal** [...] tem uma **acústica muito, muito, muito alta**, [...] qualquer **aglomeração de pessoas** acaba **atrapalhando o andamento das outras atividades** [...] **dificuldade de promover uma atividade educativa** em um horário que ta tendo atendimento de outros profissionais. [...] acaba tendo um certo **tumulto pela estrutura do posto** [...] **deveria se re-pensar talvez a estrutura do posto** mesmo. [...] **Deveria ter um banheiro na sala do dentista** [...] (Netuno).

[...] **A manutenção do equipamento ta muito precária**. [...] quando o equipamento quebra e **agente fica parado duas a três semanas** [...] **ficamos sem autoclave aqui por 1 ano e uns dois ou três meses** [...] **as dificuldades são muito grande** [...] (Netuno).

[...] **Precisamos de local adequado**, [...] **não temos transporte, até as visitas acabaram** [...] (Saturno).

[...] **enfrentar as barreiras e não medir esforços** para alcançar o nosso objetivo de fazer, apesar das limitações. [...] **Falta de recursos** [...] **carro, som, recursos áudio visuais entre outros** [...] (Terra).

A dependência da EqSF à Secretaria de Saúde, bem como a falta de espaço físico adequado, tem criado barreiras para o desenvolvimento das ações educativas. O ato de ensinar requer criatividade, criatividade de espaço, criatividade de material

educativo, e isso tudo é possível quando se trabalha na perspectiva da educação dialógica, da educação participativa, afinal, como diz Freire (2003) minha função no mundo não é só o de quem constata o que ocorre, mas também o de quem interfere como sujeito de ocorrências [...], pois mudar é difícil, mas é possível.

7.3.4 Concepção dos grupos organizados da comunidade sobre o processo de Educação em Saúde

Percebemos nos depoimentos dos grupos organizados, a incorporação da concepção positiva de saúde acerca do processo saúde-doença, frente à necessidade de cuidar da saúde e ir à busca de informações que possam incorporar no cotidiano dos sujeitos, hábitos que permitam a melhoria da qualidade de vida.

Essa busca de informações poderá proporcionar o resgate e a construção da cidadania, e entender os anseios e dificuldades enfrentadas no dia-a-dia dos educandos, acolhendo-os por meio da escuta, do saber ouvir, a fim de que a aprendizagem seja edificada a partir dos referenciais e da cultura da população alvo.

7.3.4.1 Apreciação/imagem dos grupos organizados sobre a Educação Popular

A imagem sobre alguma coisa é feita por meio de informações, que se relacionam à acessibilidade de conhecimento, o estar em contato com assuntos variados, mas, no entanto não remota a ideia de interagir com esse conhecimento, pois, tal interação só é efetuada por meio do aprendizado, que pressupõe um artifício de troca construído de maneira próxima aos envolvidos no processo, produzindo percepções, produzindo significados segundo (BITTENCOURT, 2010).

As falas abaixo corroboram com a fala da autora.

[...] a saúde agente já deve pensar da infância até a juventude. Certos alimentos não podem, também medicamentos deve ter todos os cuidados [...] (**Esmeralda**).

[...] é de quem trabalha, é pedir ajuda é [...] passar o conhecimento que elas não têm sobre a saúde (**Rubi**).

[...] educação em saúde é capacitar as pessoas, [...] porque as pessoas não são capacitadas, inclusive os nossos agentes de saúde, [...] educar o povo pra o povo ter conhecimento [...] a pessoa só sabe o que é saúde quando perde a saúde, [...] (**Topázio**).

[...] Já ta dizendo, educar a saúde. Preparar a saúde. Fazer sempre reuniões, no finalzinho do dia, trazer sempre coisas novas para repassar pra o pessoal da saúde, [...] educar e dar condições de trabalho, [...] (**Quartzo**).

As reuniões, o pedir ajuda, o passar conhecimento e capacitar as pessoas são os entendimentos referenciados no universo dos grupos organizados da comunidade. Destarte que esses grupos ainda pensam a educação no modelo tradicional, onde eles são os ouvintes sem voz, apenas recebendo informações, tendo em vista que essas são atividades pontuais, distantes da proposta de problematização “que exige a presença de educadores e de educandos criadores, instigadores, inquietos, rigorosamente curiosos, humildes e persistentes” (FREIRE, 2003, p.26).

Portanto, como todos os profissionais da EqSF participaram da capacitação do acolhimento pedagógico, que os instiga a refletirem sobre o processo de trabalho, e as ações de cuidado na atenção básica, propomos que a EqSF passe a executar os processos educativos com a comunidade, por meio das necessidades da população, valorizando a família e a comunidade como os sujeitos do cuidado. A ESF conjectura a inclusão de novas práticas e formas de organização diferentes daquelas habitualmente encontradas, para tanto, faz-se necessário um olhar crítico sobre o processo de trabalho de suas equipes.

7.3.4.2 A incógnita da Educação Popular para os grupos organizados

Ao serem questionados sobre o conhecimento da EP, 75% diz não ter ouvido falar, o que, sendo confrontado com a fala dos profissionais, que também em sua maioria não conhece a proposta de Freire, fica demonstrado a necessidade de processos educativos para a EqSF com novas formas de trabalhar com a comunidade, onde a participação da mesma seja ativa nos processos de educação em saúde. Solla (2010) referencia ser imperativa a continuidade nas ações de investimentos na educação permanente dos profissionais, expandindo assim a inserção e participação dos usuários nesses processos.

Ainda não [...] (**Esmeralda**), (**Rubi**) e (**Topázio**).

Entretanto, mesmo não sabendo colocar as palavras, um dos sujeitos respondeu de forma a aproximar-se, em parte, da filosofia freireana.

[...] a educação popular em saúde vem da própria comunidade ter conhecimentos [...] (**Quartzo**).

Podemos perceber nitidamente que o conhecimento do sujeito sobre saúde remota ao conceito ampliado, onde a intersectorialidade é imprescindível para que os processos de promoção à saúde aconteçam. O esgotamento sanitário, mesmo não sendo de competência da EqSF foi relacionado ao ter saúde. As pessoas já têm um conhecimento formulado, mas precisam aprimorá-lo e aprofundá-lo, aprender a aprender.

[...] já ta dizendo, popular, então abrange muita coisa, [...] esse popular é o aglomerado de questões [...] atingir até o saneamento básico, [...] tudo ai vai se aglomerar, [...] e vem a educação [...] (**Quartzo**).

Estes testemunhos demonstram a dificuldade da comunidade vencer o modelo hegemônico e aceitar a lógica de fazer saúde de maneira ampla, com atividades de promoção e proteção trabalhando a integralidade, buscando a intersectorialidade, para junto à EqSF, vencerem os desafios de uma saúde plena.

O adjetivo “popular” presente no nome educação popular não se refere à característica de sua clientela, mas à perspectiva política desta concepção de educação: a construção de uma sociedade em que as classes populares deixem de ser atores subalternos e explorados para serem sujeitos ativos e importantes na definição de suas diretrizes culturais, políticas e econômicas (VASCONCELOS, 1999).

7.3.5 O partilhar dos grupos organizados nos processos educativos

O ser humano precisa ser percebido como sujeito da aprendizagem, como ser único, histórico, que possui as suas capacidades, habilidades, e que, a cada dia, busca uma transformação social. Entretanto, algumas peculiaridades dos indivíduos, constituídas por meio das relações indivíduo-ambiente e indivíduo-sociedade, devem

ser consideradas, tendo em vista que poderão influenciar positiva ou negativamente na aprendizagem, tais como as emoções, a motivação e as diferenças individuais, que devem ser trabalhadas a fim de auxiliar a prática educativa, oportunizando a reflexão a partir da capacidade de problematizar e de ordenar sistematicamente os referenciais para o entendimento da educação, facilitando assim a aprendizagem.

7.3.5.1 Participação dos grupos organizados nas atividades educativas

Aqui, percebemos mais uma contradição nas falas dos sujeitos dos grupos, pois tanto a coordenadora da pastoral como o presidente da associação relatam não serem convidados para participarem das atividades educativas, ao passo que seus associados afirmam que são convidados e que participam. Também fica clara a necessidade de criar laços da EqSF com os grupos organizados da comunidade, buscando uma melhor atuação da equipe nos processos educativos.

[...] Sempre participo, não somente eu, mas como também o presidente, [...] Agente participa sim, participamos. Lembro que houve uma inclusive que era sobre pesar as crianças, sobre dengue, [...] sobre até o bolsa família, pra que não deixasse vencer, [...] não largasse de fazer as coisas necessários para ter direito ao bolsa família [...] (**Quartzo**).

Entendemos que, a equipe é um grupo de pessoas que se junta para alcançar um objetivo em comum, portanto o trabalho deve ser compartilhado por todos, daí a necessidade de vinculação dos profissionais e dos serviços com a comunidade na perspectiva de promoção à saúde com ações intersetoriais, entendendo assim como Vasconcelos (2001), que a educação e saúde é um campo de prática e conhecimento do setor que tem se preocupado com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população, portanto Freire (2005b) complementa que deve ter respeito a linguagem, a cultura e a história dos educandos, só assim será possível criar condições para que as pessoas tomem consciência da realidade em que estão inseridas, dela apropriando-se criticamente.

7.3.5.2 Ausência dos grupos organizados nas atividades educativas

As contradições identificadas nesses relatos demonstraram que parece existir certo distanciamento entre a equipe e alguns usuários, o que pode ser um obstáculo para a satisfação de suas necessidades de saúde. Nesse sentido, a acessibilidade dos usuários às unidades de saúde, o acolhimento, o vínculo com a equipe e a humanização na produção do cuidado são essenciais para o fortalecimento da ESF.

Não [...] Só quem já é da unidade, que ai já faz, agora como eu que sou coordenadora não [...] (**Esmeralda**).

[...] Educativa não, eu fui convidado pra uma ou duas reuniões de combate a dengue só isso. Só pra o mutirão [...] (**Topázio**).

Somos convidados, mas ultimamente não tenho ido não [...] (**Rubi**).

Para sanar essas questões, Vasconcelos (2007) traz que a RedeEdPop em Saúde tem recomendado a adoção da EP como diretriz teórica e metodológica da Política de Educação em Saúde do MS e que esta política se torne uma estratégia prioritária de humanização do SUS e da conformação de suas práticas técnicas à lógica de vida da população, mediante a apreciação de formas participativas de relação entre os serviços de saúde e os usuários.

7.3.6 A esfinge e a singularidade da Educação Popular para os grupos organizados da comunidade

Ao serem entrevistados sobre as dificuldades para trabalhar os processos educativos, os sujeitos evidenciaram pouco entendimento sobre os mesmos. Com base na proposta da política de Educação Permanente da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) e do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) do MS, a partir de 2003, as práticas de educação, devem ser pautadas no pressuposto pedagógico definidos por múltiplos fatores como o conhecimento anterior, os valores sociais, as relações de poder, a organização do trabalho e da aprendizagem, dentre outros.

7.3.6.1 O emaranhar da Educação Popular para os grupos organizados

Os sujeitos da pesquisa evidenciaram dificuldade de entendimento sobre o funcionamento da ESF, o que demonstra que a EqSF precisa repensar uma forma de melhor acolher a comunidade, pois a ESF foi preconizada para ser a porta de entrada para a resolubilidade dos problemas de saúde da comunidade, entretanto, se não existe o acolhimento, visto como forma de facilitar o acesso aos serviços de saúde, conseqüentemente esse serviço também pode se tornar a porta de saída dos usuários.

Para isso faz-se necessário um esforço dos profissionais da equipe em exercitar o lado solidário que todo ser humano tem, quando ao atender algum cliente/usuário, coloca-se no lugar do outro para avaliar o seu sofrimento. Assim, cremos que a finalidade da ESF será entendida pelos usuários do sistema, estabelecendo o vínculo e corresponsabilização da EqSF e comunidade.

[...] as famílias não são estruturadas direito, [...] tem muitas crianças desnutridas, prematuras, a USF deveria acompanhar melhor, [...] elas deixam assim, vai à pastoral da criança, joga tudo em cima da gente, elas não acompanham, quer que agente acompanhe. Vai lá que eles dão multimistura, [...] (**Esmeralda**).

[...] É a falta de interesse, é de muitas famílias, que com o tempo elas deixam de levar seus filhos pra ter cuidado [...] saber com ta a saúde, [...] (**Rubi**).

[...] acho que é a própria coordenação da unidade de saúde convidar a comunidade, a população a ter conselho. Nós não temos [...] um conselho [...] mas é até difícil de criar um conselho porque quando voce cria é que é política, se fosse política pública construtiva fica fácil, mas tem gente ignorante [...] a união é muito pouca [...] (**Topázio**).

Também percebemos nas falas dos sujeitos da pastoral que suas respostas em torno das dificuldades do processo educativo foram formuladas, baseada no dia a dia de trabalho dos mesmos com a estratégia da pastoral. Essa visão de trabalho fragmentado é caracterizada pelo fato da sociedade estabelecer no indivíduo suas marcas, seus códigos. Assim, as reações, os reflexos, as condutas e os costumes serão encharcados de detalhes que são nada mais do que manifestações culturais, discurso social. Essas manifestações exprimem necessidades educadas socialmente, treinadas individualmente e aceitas coletivamente dentro de códigos compreendidos pelo grupo (ABIB; REIS FILHO, s/d).

[...] só tem dificuldade no momento, [...] Já houve bons tempos, [...] lembro porque até a comunicação entre a comunidade com a secretária era mais fácil, a secretária, os membros, o povo que tava na secretaria atingia o povão [...] com o agrão [...] porque a saúde da família ela [...] é uma alijada por lá, pela sec. de saúde, ela sem o apoio, sem o aval da sec. de saúde ela não funciona [...] (**Quartzo**).

[...] Existe dificuldade [...] quando a sec. de saúde [...] se nega, quando ela põe dificuldade [...] ai emaranha tudo [...] (**Quartzo**).

Assim como os profissionais da equipe, a comunidade também relata a falta de parceria da secretaria de saúde para realização das atividades da equipe, deixando claro que os gestores do município não participam de forma efetiva das ações de atenção básica realizadas pela equipe Sol.

7.3.6.2 O simplório das atividades educativas para os grupos organizados

Ao serem entrevistados sobre as facilidades para o exercício das atividades educativas, os sujeitos foram unânimes em responder que não visualizavam nenhuma facilidade em trabalhar os processos educativos, tendo em vista a falta de cooperação da comunidade. Essas falas exprimem a falta de vínculo entre a comunidade/comunidade e comunidade/EqSF, entretanto, advimos que, se as atividades fossem programadas e planejadas com a participação dos profissionais e da comunidade, a visão dos sujeitos seria outra.

[...] sempre a ajuda de um com o outro [...] (**Rubi**).

[...] Acho que nenhuma [...] (**Esmeralda**).

[...] Depende de união, a união é muito pouca [...] (**Topázio**).

[...] A facilidade [...] não tem não, [...] nenhuma facilidade [...] (**Quartzo**).

Estes depoimentos nos levam a inferir que os sujeitos dos grupos organizados estão necessitando de um trabalho educativo em que haja um encontro surpreendente dos educadores com os educandos, educandos com educadores, utilizando uma metodologia de ensino, problematizadora que estimula o viver a vida como uma magnífica arte de ensino e aprendizagem aprimorada em vivência-pedagogia crítica, assim, acreditamos, que eles possam ter uma visão diferenciada

dos processos educativos, passando a enxergar as facilidades do aprender a aprender.

A filosofia freireana nos mostra que o aprender a aprender é um processo de aprendizagem baseado na pedagogia problematizadora, em que o educador leva o educando a aprender pelo caminho da construção, ou seja, o “mestre” permite que através de sua própria experiência, através do “fazer”, o educando vá descobrindo, caracterizando a aprendizagem significativa “do fazer junto”, para que depois ele possa caminhar sozinho na produção do conhecimento.

Por isso colocamos a EP como parceira para conectar comunidade e equipe no desempenho das ações, pois segundo Vasconcelos (2000), ela é o modo de compartilhamento de agentes eruditos (educadores, educandos, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde e outros) neste trabalho educativo, pois busca uma reflexão pedagógica dos profissionais de saúde e grupos envolvidos num processo de participação popular, promovendo formas coletivas de aprendizado, dando impulso ao crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento dos problemas.

Em seu livro *Pedagogia da Autonomia*, Freire (2003) relata a fala de um operário que serve como reflexão para todos nós que trabalhamos com pessoas: “Não é o favelado que deve ter vergonha da condição de favelado, mas quem, vivendo bem e fácil, nada faz para mudar a realidade que causa a favela”.

UMA VISÃO PANORAMICA DA ARTE DERRADEIRA

Gosto de ser gente porque, inacabado, sei que sou um ser condicionado, mas, consciente de inacabado, sei que posso ir mais além dele [...] gosto de ser gente porque, como tal, percebo afinal que a construção de minha presença no mundo, não se faz no isolamento, [...] que não se compreende fora da tensão entre o que eu herdo geneticamente e o que herdo social, cultural e historicamente, tem muito a ver comigo mesmo.

Paulo Freire

8 REFLEXÕES FINAIS: REMATANDO O INACABADO

É impossível transmitir aqui, por essas tantas palavras o que só se é apreendido pela vivência das relações entre a comunidade, e a equipe, suas histórias, seus desafios, seus saberes. Mergulhei num processo vivo de aprendizagem, o qual me dispôs a compreender, de modo a se constituir verdadeiramente em experiência.

A investigação nos permitiu constatar a inexistência de uma política de EPS no município e que as ações educativas realizadas pela EqSF SOL continuam sendo de forma fragmentada, como no modelo tradicional, a exemplo da realização de atividades educativas com grupos programáticos, bem como a escolha por realização de palestras como atividade educativa, portanto uma comunidade passiva na construção de um aprendizado.

A pesquisa também nos proporcionou termos um olhar crítico a uma estratégia de saúde que parece operacional e apropriada, mas que, na prática, mal assegura assistência básica a comunidade de referência e que o modelo médico-assistencial de base flexneriana é hegemônico. Os profissionais de saúde da EqSF SOL atuam isoladamente, com pouca vinculação com o restante da rede de serviços do município e com predomínio da prática assistencial, e as ações educativas visando à promoção da saúde, quando realizada, se restringe à prescrição de mudanças de comportamentos individuais.

Entretanto, a partir do momento que entendermos que, o processo de prevenção/promoção/cura/reabilitação pode ser um processo pedagógico, que permite ensinar aprendendo e aprender ensinando, permitiremos o início da transformação das práticas, com ganhos importantes para a constituição de uma nova concepção de pensar a saúde, de envolver comunidades e usuários no processo de cuidar e promover a saúde.

A unidade de saúde não é suficiente para atender as demandas da população, tendo uma estrutura física imprópria para saciar as ações educativas da EqSF e os profissionais encontram-se desmotivados, para atuarem com um modelo que objetiva mudança na forma de assistir o ser humano, principalmente com referência às ações de promoção à saúde com atividades educativas.

A EPS, neste contexto, serve como instrumento apropriado para contribuir com a formação de cidadãos participantes e críticos, promotores da saúde coletiva e individual capaz de requalificar a promoção da saúde através da conscientização e organização popular e no processo de gestão municipal têm o poder de entusiasmar as ações e práticas de saúde, na solidez da integralidade e de um SUS realmente participativo.

É imprescindível estarmos sempre atentos para saber burlar as orientações que são direcionadas para quantitativo de consultas, realização de campanhas, organização da semana típica da equipe, para assim, tornar viável a realização de um trabalho educativo e participativo, sólido na comunidade. O apoio dos gestores à proposta da EPS como referencial das ações e práticas educativas, em torno do qual deverão se desenvolver as ações de promoção da saúde pode significar um diferencial para as dificuldades sentidas.

Entretanto, sabemos que não é fácil trabalharmos processos educativos que requerem mudanças de postura, de comportamento dos educadores e educandos provocando um conhecimento significativo, principalmente quando esse conhecimento resulta em processos de reivindicação de serviços públicos para a comunidade, pois os políticos se sentem ameaçados pelo trabalho conscientizador da equipe.

Entendemos que o conhecimento não é somente assimilar passivamente um saber, um conteúdo. Admitimos a ideia de que devemos partir de algo, mas para se construa esse conhecimento, esse algo deve ser transformado, repensado, adquirir novo significado e ser reelaborado. Isso pode e deve ser feito em conjunto, mas cada um, individualmente, precisa contribuir com sua parcela de intelectualidade e de ação.

A EqSF, principal eixo da gestão municipal da saúde, precisa de um diferencial para desencadear na prática processos de trabalho que garantam o cumprimento da integralidade e da intersetorialidade, pois isso foi e é um desafio permanente e difícil. A vivência tem nos mostrado que falar é muito diferente de realizar na prática, ações integrais e intersetoriais. A EP pode ser esse diferencial, pois propõe a construção/reconstrução do saber, do saber ser e do saber fazer através de conhecimentos pré-existentes.

Adotar a EP, nas ações educativas em saúde, permite a concretização da participação popular, para a solidificação do controle social no município. Efetivando

essas ações, estaremos iniciando um período precursor de conquistas sociais, no campo da saúde, onde se inquire a construção de uma política fundamentada nos princípios do SUS e na edificação de um sistema de saúde que assegure a inserção das comunidades mais pobres, aquelas que estão abolidas, viabilizando acesso a todos, sem discriminação, de forma equânime esquadrinhando o desenvolvimento de uma prática de ES que proteja, previna, promova e reabilite, através de iniciativas integradas e integrais.

Precisamos, portanto, garantir a implantação e implementação de uma política de ES que utilize a EP de forma continuada e regionalizada, buscando a integração e a socialização das ações de saúde, mantendo permanente mobilização junto às EqSF, universidades, grupos organizados da comunidade, seja capacitando ou facilitando às ações pertinentes a melhoria da qualidade de vida da população.

Ao conhecer e buscar entender o contexto e a realidade que os profissionais da EqSF SOL e comunidade de referência, estão inseridos, suscitou nas pesquisadoras o sonho de construir um Projeto de Educação Popular em Saúde na perspectiva de constituí-la enquanto estratégia de abordagem nas ações educativas na área de saúde, com propostas que possibilitem um trabalho diferenciado nas comunidades, voltado para um aprendizado coletivo, com inclusão da pedagogia freiriana, nos processos educativos promovidos pelas EqSF no município, ou mesmo na microrregião de Jequié.

Para que isso seja possível, necessitamos mobilizar os profissionais de referência da EP do município de Jequié, da 13ª Dires, da SESAB, da RedeEdPop do Núcleo Microrregional das Linhas do Cuidado em Educação Permanente para a Atenção Básica e outros, na perspectiva de preparar os profissionais das EqSF, representantes de grupos organizados da comunidade, e a partir daí, constituirmos os Núcleos de EPS no município e/ou na microrregião de Jequié.

Essa proposta também deverá ser apresentada no Colegiado de Gestão Microrregional (CGMR), tendo em vista que o mesmo é um espaço potente de discussão e deliberação, onde se pode apresentar e discutir a estruturação preliminar de uma política municipal de educação permanente para a atenção básica, na perspectiva de construção de uma rede regionalizada.

Assim, seremos capazes de ir além de um modelo assistencial, pois teremos capacidade de reorganizar e transformar a prática de saúde para além da assistência, tendo como foco de sua ação própria a reorganização do sistema de

saúde e como eixo norteador, a integralidade das ações e a responsabilidade sanitária com os seus munícipes.

Isso veio a se constituir numa das referenciais finais desta dissertação, que, no entanto, representa o início de um processo que deverá contar com a participação dos diversos atores envolvidos e de novos que venham a entrar em cena.

Os entraves desta investigação, dada à exiguidade do tempo que hoje concorre para conclusão do Mestrado, podem vir a ser superadas no futuro com o desejo acalentado da continuidade dos estudos em nível de doutorado, quando as lacunas teóricas poderão ser mais bem preenchidas. Rematamos, destacando a importância do vínculo da EqSF com a comunidade, no papel essencial de construção de trajetórias das políticas de saúde do município e na manutenção do padrão de qualidade das atividades de educação em saúde, voltadas para a promoção e prevenção com vistas à integralidade das ações. Reafirmamos a importância de se atentar para a relação equipe/comunidade como objeto de investigação no campo da educação em saúde.

REFERÊNCIAS

ABIB, Pedro Rodolpho Jungers, REIS FILHO, Juraci. **Jogo, futebol e técnica corporal**: Um olhar sobre a formação da técnica desportiva nas escolhinhas de futebol. Capacitação Docente e Responsabilidade Social. Robison Tenório e Reginaldo de Souza Silva (Org.) EDUFBA, s/d.

ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de. **A Educação Popular em Saúde no Município de Recife-PE**: em busca da integralidade. Tese de Doutorado Interinstitucional em Saúde Pública de Pernambuco. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Centro de Pesquisas Ageu Magalhães (2003).

AQUINO, Rosana et al. **Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família**. Salvador: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para saúde da Família, 2001. 183p.

ARROYO, Miguel Gonzalez. As bases da Educação Popular em Saúde. **RADIS – Educação Popular em Saúde** n. 21, Nov./dez., p. 7, 2001.

ASSIS, Marluce Maria Araújo. **A municipalização da saúde**: intenção ou realidade? Análise de uma Experiência Concreta. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 1998.

ASSIS, Marluce Maria Araújo et al. Cap. 4. **Produção do Cuidado no Programa Saúde da Família**: Olhares analisadores em diferentes cenários. Marluce Maria Araújo Assis, Maria Ângela Alves do Nascimento, Túlio Batista Franco, Maria Salete Bessa Jorge (Org.) Salvador: EDUFBA, p. 83-100, 2010.

ÁVILA, Maria Marlene Marques. **O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará**: o caso de Urubure. 2006. 158f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

BAHIA. Secretaria de Saúde. Instituto de Saúde Coletiva. Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família. **Manual para Treinamento Introdutório das Equipes de Saúde da Família**. Cadernos Técnicos, Salvador, n. 2, 2001.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. **Plano Diretor de Regionalização**. Salvador-BA, 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. História das políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (Orgs). **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 29-60, 2007.

BATISTA JÚNIOR, Francisco. **Gestão do SUS: O que fazer?** Presidente do Conselho Nacional de Saúde, representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da Central Única dos Trabalhadores (CNTSS CUT). (s/d). Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webfdp/gestaonosus.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2011.

BITTENCOURT, Isaiane Santos. **Educação em Saúde: conhecimento elaborado por enfermeiras e usuários**. 2010. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2010.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. A educação popular na área da Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** n. 8. fev., 2001, p.127-131.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF, Diário Oficial da União, 1990a.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília-DF: Diário oficial da União, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10 de Outubro de 1996**: Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996a.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS NOB SUS 01/96**. Brasília, DF, 1996b.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para organização da atenção básica de saúde**. Brasília-DF, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, DF, 2000. 119p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Seminário Internacional: Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. **O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO**. São Paulo-SP, 2002. 42p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 27 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde – Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 72p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília, 2006c. 76p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Cadernos de educação popular e saúde**. Brasília-DF, 2007b. 160p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.256, de 17 de junho de 2009**. Institui o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES, 2010. Disponível em: < http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipas.asp >. Acesso em: 26 out. 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In CECÍLIO, L. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p.29-87.

_____. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico**, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003.

CARVALHO, Yara Maria de; CECCIM, Ricardo Burg. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza, (org). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 149-180, 2006.

CARVALHO, Maria Alice Pessanha de. Construção compartilhada do conhecimento: análise da produção de material educativo. **Cadernos de educação popular e saúde**. Brasília-DF, 2007. p 91-101 - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

CHIOZZINI, Daniel. Revolta da Vacina: a saúde pública e um novo projeto sociedade. **Revista Com Ciência**. Versão eletrônica, disponível em <www.comciencia.br/reportagens/2005/06/06_impr.shtml>. Acesso em: 28 nov. 2011.

COSTA, Scheila Maria Franco. **O trabalho com grupos no Programa Saúde da Família na percepção dos pacientes participantes**: Criando Redes de Ajuda e Construindo Cidadania. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina, Botucatu, 2009. Disponível em: <http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/bbo/330040064078P9/2009/costa_smf_m_botfm.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2011.

D'EL-REY, Denise César Homem. Paradigmas de Educação em Saúde. **Ágere-Revista de Educação e Cultura**. Núcleo de Linguagem, Desenvolvimento e Ação Pedagógica/Programa de Pós-Graduação em Educação/Universidade Federal da Bahia. v. 2, n. 2, 2000.

DIERCKS, Margarida Silva; PEKELMAN, Renata. Manual para equipes de saúde: o trabalho educativo nos grupos. **Cadernos de educação popular e saúde**. Brasília-DF, 2007, p 75-86 - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

FANTINI, Maristela. Educação Popular e Saúde: Conquistas e Desafios no Contexto Brasileiro. In: Grupo de Pesquisa Educação Popular - Saúde e Cidadania Centro de Ciências da Educação (Orgs.). **Caderno de Debate Educação Popular e Saúde**, Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC julho de 2000. Florianópolis, Santa Catarina. Disponível em: <<http://www.gices.cjb.net>>. Acesso em: 09 out. 2010.

FEUERWERKER, Laura. **Além do discurso de mudança na educação médica, resultados e processos**. São Paulo: Hucitec, 2002.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, p. 55-124, 2007.

FREIRE, Paulo. **A importância do ato de ler: em três artigos que se completam**. 43. ed. São Paulo: Cortês, 2002.

_____. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

_____. **Pedagogia do oprimido**, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005a.

_____. **Educação e mudança**. 28. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005b.

GADOTTI, Moacir. **Perspectivas atuais da educação**. 2000. Disponível em: <<http://www.redepopsaude.com.br/varal/politicasaude/desafiosus.htm>> Acesso: 10 mai. de 2010.

GARCEZ, José Roberto. **O direito à comunicação: necessidade de uma política pública para promover a inclusão social**. Inclusão Social, Brasília, v. 2, n. 1, p.125-129, out. 2006 / mar. 2007. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/inclusao/index.php/inclusao/article/viewFile/63/84>>. Acesso em: 10 out. 2010.

GHIGGI, Gomercindo; GONÇALVES, Jussemar Weiss. O público e o popular na história da educação brasileira. In: ANPED. **Educação Popular**, n. 6, 2003. Disponível em: <www.anped.org.br/reunioes/26/tpgt06.htm> Acesso em: 11 out. 2010.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, Reonaldo Manoel. O “Água ® dente” da Cultura Popular com a Saúde. In: Grupo de Pesquisa Educação Popular - Saúde e Cidadania Centro de Ciências da Educação (orgs.). **Caderno de Debate Educação Popular e Saúde**, Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC julho de 2000. Florianópolis, Santa Catarina. Disponível em: <<http://www.gices.cjb.net.>> Acesso em: 09 out. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, **Censo 2010**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>> Acesso em: 10 nov. 2010.

JEQUIÉ. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2009**. Jequié, 2010. (Doc. 01).

_____. Secretaria de Assistência a Saúde / DAB – DATASUS. Secretaria Municipal de Saúde. **SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica**. Jequié-BA, 2011.

LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 22-106.

LIMA, Juliano de Carvalho. **História das Lutas Sociais por Saúde no Brasil**. Issn: 1808-799X, ano 4, n. 4, 2006, p 1-33. Disponível em: <file://C:\Documents and Settings\Administrador\Meus documentos\Minhas Webs\NED>. Acesso em: 5 set. 2011.

MANFREDI, Silvia Maria. **Educação Profissional no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2002.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura. **Políticas de saúde: Organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**, Ministério da saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MYLES, Horton; FREIRE, Paulo. **O caminho se faz caminhando: Conversas sobre educação e mudança social: (Orgs.) Brenda Bell, John Peters; tradução de Vera Lúcia Mello Josceline; notas de Ana Maria Araújo Freire**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. Edgar. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Tradução de Eloá Jacobina. 15. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2008. 128p

MORONI, José Antônio. O direito à participação no Governo Lula. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 284-304, set./dez. 2005.

NASCIMENTO, Maristela Santos. **Práticas da Enfermeira no Programa Saúde da Família: a interface da Vigilância da Saúde versus as Ações Programáticas em saúde.** 2003. 206f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2003.

NORONHA, Ana Beatriz. O diálogo deve ser aberto e problematizador. **RADIS – Educação Popular em Saúde** n. 21, Nov./dez., 2001, p.10.

OMS. **Declaração de Alma Ata**, 1978 [aprovada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/promoçaoalma.htm>>. Acesso em: 27 jun. 2010.

OMS/UNICEF. **Cuidados Primários de Saúde.** Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários. Alma-Ata, URSS: 6-12, Set., 1979, 64p.

OMS. **Carta de Ottawa**, 1986 [aprovada na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/promoçaoalma.htm>>. Acesso em: 27 jun. 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Médica Científica, 2003a, p.567-586.

_____. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro, Médica Científica, 2003b, p.587-603.

PAIVA, Vanilda. **História da Educação Popular no Brasil: educação popular e educação de adultos.** 6. ed. São Paulo: Loyola, 2003.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492-499. 2008. Disponível em: Scielo. Acesso em: 09 jan. 2012.

PINHEIRO, Carla Cristiane de Oliveira e SÁ, Maria Roseli Gomes de. **O professor e a construção do conhecimento no curso de Medicina da UESB.** Capacitação Docente e Responsabilidade Social. Robison Tenório e Reginaldo de Souza Silva (Org.) EDUFBA, s/d.

RODRIGUES, Vanda Palmarella. **Treinamento introdutório das equipes de saúde da família: um instrumento de transformação de práxis?** 2005. 228f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, Feira de Santana-BA, 2005.

SOARES, Nina Rosa Ferreira; MOTTA, Manoel Francisco Vasconcelos. **As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: <http://www.ufmt.br/revista/arquivo/rev10/as_politicas_de_s.html>. Acesso em: 11 dez. 2011.

SERRA, Carlos Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Henrique. O financiamento da Saúde no Brasil. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (Orgs). **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 195-225.

SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelina da; OGATA, Márcia Niituma; MACHADO Maria Lúcia Texeira. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Rev. eletr. enf.** v. 9, n. 2, p. 389-401, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>>. Acesso em: 11 jul. 2010.

SILVA, Juremir Machado da. **O que pesquisar quer dizer:** Como fazer textos acadêmicos sem medo da ABNT e da CAPES. Porto Alegre: Sulina, 2010, 95p.

SKRSYPCSAK, Daniel. **Pressupostos teóricos e especificidades da Educação Física** - Programa de Pós - Graduação em Educação. 2007. 154f. Dissertação (Mestrado em Educação), Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Santa Catarina, 2007.

SOLLA, Jorge José. **Dilemas e desafios da gestão municipal do SUS:** avaliação da implantação do sistema municipal em Vitória da Conquista (Bahia), 1997-2008. São Paulo: Hucitec, 2010. 347p.

SOPHIA, Daniela. Os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo. **RADIS - Educação Popular em Saúde** n. 21, Nov./dez., 2001, p.2.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

STOTZ, Eduardo Navarro. Saúde Pública e movimentos sociais em busca do controle do destino. In: VALLA Victor V.; STOTZ, Eduardo N. **Educação Saúde e Cidadania.** Petrópolis: Vozes, p. 123-42, 1994.

STOTZ, Eduardo Navarro; ARAUJO, José Wellington Gomes. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. **Saúde soc.** [online]. v. 13, n. 2, p. 5-19, 2004. Disponível em: scielo. Acesso em: 10 jul. 2010.

STOTZ, Eduardo Navarro; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; WONG UN, Julio Alberto. Educação Popular e Saúde - Trajetória, Expressões e Desafios de um Movimento Social. **Revista APS**, v. 8, n. 1, p. 49-60, jan./jun. 2005

STOTZ, Eduardo Navarro. Enfoques sobre educação popular e saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Cadernos de educação popular e saúde**. Brasília-DF, 2007, (Série B. Textos Básicos de Saúde), p. 46-57.

_____. Entre a academia e a rua: Victor Vincent Valla (1937-2009). **Interface** [online]. Botucatu, v. 13, n. 31, p. 461-466, 2009. Disponível em scielo. Acesso em: 10 jul. 2010.

TENÓRIO, Robinson; SILVA, Reginaldo de Souza. **Capacitação Docente e Responsabilidade Social**. (Org) UESB / EDUFBA. s/d.

TREZZA, Maria Cristina Soares Figueiredo; SANTOS, Regina Maria dos; SANTOS, Jirliane Martins dos. Trabalhando educação popular em saúde com a arte construída no cotidiano da enfermagem: um relato de experiência. **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 326-34, Abr.-Jun., 2007. Disponível em: scielo. Acesso em: 10 jul. 2010.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sócias**: a pesquisa qualitativa em educação. 18 reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

VALLA, Victor Vicent. Educação Popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Publica**. v. 15, sup. 2, p. 07-14, 1999.

VALOURA, Leila de Castro. **Paulo Freire, o educador brasileiro autor do termo empoderamento, em seu sentido transformador**. Residente do Programa Comunicarte de Residência Social 2005/2006. Disponível em: <http://www.paulofreire.org/pub/Crpf/CrpfAcervo000120/Paulo_Freire_e_o_conceito_de_empoderamento.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2011.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação Popular nos serviços de saúde**. São Paulo: Hucitec; 1991.

_____. **Educação popular e atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec/Ministério da Saúde, 1999.

_____. Os movimentos sociais no setor saúde: um esvaziamento ou uma nova configuração? In: VALLA, Victor V. (Org.). **Saúde e Educação**. Rio de Janeiro: Editora Ltda., p. 33-59, 2000.

_____. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, n. 8, p.121-126, fev. 2001.

_____. Educação popular e pesquisa-ação como instrumentos de reorientação da prática médica. In: Brennand Edna GG (Org.). **O Labirinto da Educação Popular**. 1 ed. João Pessoa, p 189-208, 2003.

_____. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67- 83, 2004.

_____. Educação Popular: Um instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Cadernos de educação popular e saúde**. Brasília-DF, 2007, (Série B. Textos Básicos de Saúde), p 18-29.

_____. Espiritualidade na educação popular em saúde **Cad. Cedes**, Campinas, v. 29, n. 79, p. 323-334, set./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>> Acesso em: 10 jul. 2010.

_____. **Educação popular e atenção à saúde da família**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

VIDAL, Lícia Marques. **Processo de trabalho na prática gerencial**: desafios para um novo 'fazer' em Saúde da Família. Dissertação 2010. 211f. (Mestrado em Enfermagem e Saúde). Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-Ba, 2010.

VILELA, Alba Benemérita Alves et. All. **Integralidade do cuidado no processo de trabalho das equipes de saúde da família no Brasil**: Desafio na formação de profissionais na área da saúde. Interfases multidisciplinares na saúde aplicadas na formação do profissional em Educação Física. Jair Sindra Virtuoso Júnior (org.). Uberaba: UFTM, 2011. 240p.

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA-UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM E SAÚDE NÍVEL MESTRADO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente termo em atendimento à Resolução 196/96, destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa: **“Educação Popular em Saúde: As Interfaces com as Equipes de Saúde da Família”**, desenvolvido pela mestrandia Nádja Maria Almeida Silva Andrade, sob a orientação das Prof^{as} DSc. Ana Cristina Santos Duarte e a Prof^a DSc. Alba Benemérita Alves Vilela, lotadas no Departamento de Ciências Biológicas (DCB) e Departamento de Saúde (DS) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Tem como objetivo geral “Analisar o paradigma da Educação Popular em Saúde no processo de trabalho educativo, das Equipes de Saúde da Família no município de Jequié- Bahia.” A proposta deste estudo emergiu a partir de reuniões realizadas com profissionais das ESF, que sempre relatam dificuldades de trabalhar o processo educativo, por isto estou convidando o (a) senhor (a) a participar da mesma, entendendo que este estudo poderá ser de extrema importância para contribuir na compreensão das relações que se estabelecem entre as ESF do município de Jequié e suas comunidades de referência, na construção de saberes e práticas, ao desenvolverem trabalhos educativos conjuntos, com indicativos pertinentes à transformação social enquanto compromisso da melhoria da qualidade de vida e de saúde de todos os cidadãos. Ao concordar em participar da pesquisa, o (a) senhor (a) precisará estar à disposição para submeter-se a uma entrevista semi-estruturada, onde responderá sobre atividades educativas realizadas pela ESF e grupos organizados da comunidade. Sua participação será voluntária e não obrigatória, e terá o direito de desistir de continuar participando caso se sinta desconfortável em responder alguma pergunta durante a realização da entrevista. Além disso, o (a) senhor (a) terá todas as informações que queira, antes, durante e depois da pesquisa. Garantimos também que seus dados pessoais não serão divulgados e que os resultados desta pesquisa serão publicados em revistas especializadas de forma que nenhum participante da mesma será identificado, permanecendo em anonimato. Se o senhor (a) quiser ou precisar de maiores informações sobre esta pesquisa, entre em contato com comigo na 13^a Dires, na av. Perimetral II, n. 840, CEP: 45.200-100 - Jequiezinho ou pelos telefones 3525-3801/3802 ou através do e-mail nadjaifi@hotmail.com e se aceita voluntariamente participar desta pesquisa, por favor, assine comigo este termo em duas vias.

Jequié-BA, ____/____/____

Assinatura do (a) Participante

Nádja Maria Almeida Silva Andrade

APÊNDICE B: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – GRUPO 01



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA-UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM E SAÚDE NÍVEL MESTRADO**

**EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: AS INTERFACES COM AS EQUIPES DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Roteiro para entrevista semi-estruturada

GRUPO 01- ESF

Nº do Entrevistado: _____

Data da Coleta: ____/____/____

1. Caracterização do sujeito:

- Idade: _____ Sexo: M () F ()
- Função/Cargo: _____
- Tempo de formado (a): _____
- Tempo de serviço na ESF: _____ Regime de trabalho. _____
- Tem duplo vínculo? Sim () Onde _____ Não ()
- Pós-graduação: Sim () Área _____ Não ()
- Participou do treinamento introdutório (Saúde da Família): () Sim () Não
- Participou de alguma capacitação pedagógica? () Sim () Não
Qual (is): _____

2. Caracterização da ESF:

- Nome da USF _____
- Sala de reuniões adequada para trabalhos educativos: Sim () Não ()
- Número de pessoas residentes na área _____
- Média de pessoas por ACS _____

3. Questões disparadoras:

1. A EqSF vêm desenvolvendo alguma atividade de educação em saúde na comunidade? Quais?
2. Você participa das atividades educativas realizadas pela EqSF?
3. Você conhece a metodologia da Educação Popular em saúde? Descreva.
4. Você sinalizaria algum limite ou desafio no desenvolvimento das ações educativas aqui na comunidade? E facilidades?

APÊNDICE C: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – GRUPO 02

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA-UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM E SAÚDE NÍVEL MESTRADO**

**EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: AS INTERFACES COM AS EQUIPES
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Roteiro para entrevista semi-estruturada
GRUPO 02 - Grupos organizados da comunidade**

Nº do Entrevistado: _____ Data da Coleta: ____/____/____

1. Caracterização do sujeito:

- Idade: M () F ()
- Vínculo empregatício: SIM () NÃO ()
- Tipo de trabalho:
- Grau de escolaridade:

2. Caracterização do grupo organizado da comunidade

- Número de pessoas que fazem parte do grupo:
- Tipo de grupo: Associação () Conselho Local de Saúde ()
Pastoral da Criança () Outro ()

3. Questões disparadoras:

1. O que voce sabe sobre o processo de educação em saúde?
2. Voce já ouviu falar de Educação Popular em Saúde? Fale um pouco sobre ela
3. Voce participa das atividades educativas realizadas pela EqSF? Quais?
4. Voce apontaria algum limite ou desafio para o desenvolvimento de ações de educação em saúde aqui na comunidade? e facilidades?

APÊNDICE D: ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA-UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM E SAÚDE NÍVEL MESTRADO****EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: AS INTERFACES COM AS EQUIPES DE
SAÚDE DA FAMÍLIA.****ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA**

- Carga horária de trabalho dos profissionais da EqSF;
- Número de ACS da equipe presente na atividade;
- Estrutura física da USF e do local para realização da educação em saúde;
- A semana típica e os horários reservados para a educação em saúde;
- Tipo de atividade de educação em saúde;
- Planejamento da educação em saúde pela EqSF;
- Metodologia empregada na realização da atividade educativa;
- Limites e desafios identificados durante o processo de realização da atividade de educação em saúde na equipe no PSF.

ANEXOS

ANEXO A: Protocolo do Comitê de Ética em Pesquisa - UESB

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Jequié, 24 de março de 2011

Of. CEP/UESB 107/2011

Ilma. Sra.

Nadja Maria Almeida Silva Andrade

Mestrado em Enfermagem e Saúde – PPGES/UESB

Prezado Senhor,

Comunicamos a V. S^a que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

Protocolo nº: **225/2010**

CAAE: **0059.0.454.000-10**

Projeto: ***Educação Popular em Saúde: As Interfaces com as Equipes de Saúde da Família***

Pesquisadores: ***Nadja Maria Almeida Silva Andrade (mestranda)***

Profa. Ana Cristina Santos Duarte e Profa. Alba Benemérita Alves Vilela (colaboradoras)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,


Prof^a. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB

ANEXO B: Ofício da Coordenação do Mestrado



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



Ofício 046/2011 - PPGES

Jequié 14 de Abril de 2011.

Ilmo. Sr. Belmiro Matos Catarino
Secretário de Saúde do Município de Jequié

Assunto: Autorização para a coleta de dados.

Prezado Secretário,

Solicitamos a V. Sr^a., autorização para que a mestranda Nadja Maria Almeida Silva Andrade, possa realizar coleta de dados nas Unidades de Saúde da Família, em continuidade ao projeto intitulado: “EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: AS INTERFACES COM AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA” aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UESB, sob o número de protocolo 225/2010, pertencente a linha de pesquisa de Educação em Saúde e Sociedade sob a orientação da prof^a. Ana Cristina Santos Duarte.

Sendo assim, solicitamos vossa colaboração em fazer os encaminhamentos necessários.

Atenciosamente,


Cezar Augusto Casotti
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem e Saúde - PPGES
UESB - Jequié


Belmiro Catarino Ribeiro Matos
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
DE JEQUIÉ
DECRETO 087/2011



ANEXO C: Ofício da Secretaria Municipal de Saúde / Jequié-BA



ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JEQUIÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

COMUNICAÇÃO INTERNA Nº. 315/2011

DO SERVIÇO/SETOR: *Departamento de Assistência à Saúde*

PARA O SERVIÇO/SETOR: *USF Milton Rabello I*

ATT: *Maria Madalena Torres*

ASSUNTO: ***Coleta de Dados***

Prezado(a) Senhor(a):

Informamos que a discente Nadja Maria Almeida Silva Andrade, do curso de Mestrado em Enfermagem da UESB, encontra-se devidamente autorizada a coletar dados nesta unidade de saúde para dar continuidade à pesquisa intitulada: "Educação Popular em Saúde: As Interfaces com as Equipes de Saúde da Família", sob orientação da docente Ana Cristina Santos Duarte.

Atenciosamente,

Alves
Leyniara Alves Novaes dos Santos
Diretora do Deptº. de Assistência à Saúde

Jequié, 19 de abril de 2011.

Recebi em: 25/4/11
Ass: *[Assinatura]*

ANEXO D: Ofícios encaminhados aos órgãos competentes



Jequié, 20 de Janeiro de 2009

Ao Srº José Jorge Pereira Solla
 MD. Presidente do Conselho Estadual de Saúde
 Salvador/BA



Carta de Esclarecimento ao Conselho Municipal de Saúde



Jequié, 20 de Janeiro de 2009

Ao Srº Luiz Carlos Amaral
 Exmº Prefeito Municipal
 Jequié/BA



Jequié, 20 de Janeiro de 2009

Ao Srº Ednael Almeida
 MD. Presidente da Câmara Municipal de Vereadores



Jequié, 20 de Janeiro de 2009

Ao Srº Charles Santos
 MD. Delegado do COREN
 Subseção de Jequié

REBIDO
 20/01/09
 [Handwritten signature]



Jequié, 20 de Janeiro de 2009

Ao Srº Dr. Mauricio Cavalcante

MD. Promotor Público

A Constituição Federal define a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. A inclusão da saúde no texto constitucional gerou um conjunto de leis voltadas à organização e implementação do Sistema Único de Saúde, a “Lei Orgânica da Saúde - Lei Federal 8080/90 e 8142/90”, além de inúmeros decretos, portarias conjuntas e portarias normativas do Ministério da Saúde.

Esse arcabouço legal do SUS deve ser de conhecimento dos gestores do sistema pois conhecer as normas e cumpri-las é, sobretudo, contribuir para o fortalecimento desse processo na direção do permanente aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

A Lei 8142/90, trata especificamente da participação da comunidade na gestão do SUS e institui as Conferencias de Saúde e o Conselho de Saúde enquanto instâncias legais que garantem a participação popular no SUS, diz ainda que o Conselho de Saúde tem caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão **homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo, neste caso, o Prefeito Municipal.** Ainda, segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 333/02 a participação da sociedade

¹ Avenida Rio Branco, 498 – Centro, sala 03. Ao lado da loja Bicho Papão. Em frente ao Cine Auditório.

RECEBEMOS
 EM 06/02/09
 APREIRA

organizada, garantida na Legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

Em Jequié, o Conselho Municipal de Saúde foi criado através da Lei Municipal 1.210 de 20 de setembro de 1991 e desde então esta instância colegiada tem cumprido o seu papel na construção da história do SUS local, deliberou e acompanhou a implantação da Estratégia de Saúde da Família desde o ano de 1998. No cumprimento da sua missão, o Conselho Municipal de Saúde aprovou após ampla discussão em plenária que o ingresso de profissionais enfermeiros nas Equipes de Saúde da Família deveria se dar mediante seleção pública interna e para garantir o cumprimento do que foi deliberado o próprio CMS acompanhou e fiscalizou os processos seletivos que foram realizados por profissionais que representavam instituições sérias e conceituadas (UESB, SESAB/DIRES e ISC/UFBA). Desta forma, todos os enfermeiros lotados nas Unidades de Saúde até o ano 2007 foram convocados para preenchimento das vagas existentes conforme resultado de Seleção Pública. Vale salientar que a grande maioria destes enfermeiros pertence ao quadro efetivo de funcionários públicos municipais, devidamente aprovados em Concurso Público.

É louvável e coerente a decisão tomada pelo Conselho Municipal de Saúde, pois cabe-nos ressaltar que para atuar na Estratégia de Saúde da Família o profissional necessita possuir um perfil diferenciado pois o trabalho exige além da competência técnica, envolvimento comunitário e perfil para o trabalho em equipe, desta forma, um processo seletivo é a forma mais justa e segura de recrutamento de pessoal conforme o perfil demandado para atuação em Saúde da Família

Nos tempos atuais, lamentavelmente, temos presenciado fatos que desrespeitam os princípios do SUS, violam o direito e as deliberações da participação popular numa clara demonstração de autoritarismo e desrespeito a legislação do SUS. Vivenciamos neste momento a DESCONSTRUÇÃO do Controle Social e o retrocesso dos avanços que foram conseguidos através dos movimentos sociais.

Os gestores municipais da saúde de Jequié resolveram desrespeitar as deliberações do Conselho Municipal de Saúde através da exoneração de 18 enfermeiras selecionadas que atuavam nas comunidades acompanhando famílias e promovendo saúde há vários anos. Estes profissionais eram cargos comissionados apenas por questão técnica para forma de pagamento, mas essa nova gestão municipal teve interesse nesses cargos como "CARGOS POLÍTICOS", contrariando o Controle Social, desconsiderando as prerrogativas legais que garantem a participação popular na gestão do SUS.

É vergonhoso perceber que no ano em que a Estratégia de Saúde da Família completa 10 anos de implantação em Jequié o governo municipal despreza tudo que foi construído até aqui, pois algumas destas enfermeiras que foram exoneradas já estavam vinculadas há 10 anos nas suas comunidades, não se respeita o vínculo que esta população construiu com estes profissionais de saúde, mais uma vez a gestão municipal demonstra desconhecimento e descompromisso com o SUS em nosso município. Jequié não tem o que comemorar numa data em que simbolicamente tanto representa para quem sonhou em um dia ver o SUS se efetivar como está previsto na Constituição Federal.

A Estratégia de Saúde da Família e Política Partidária não combinam, são contrárias entre si, pois a Estratégia de Saúde da Família traz na sua essência a intenção de oferecer a população ações e serviços de saúde com integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção básica, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde.

Como então vincular a Atenção a Saúde à Política Partidária?

O direito a Saúde e o direito a democracia no SUS são direitos legais, conseguidos no Brasil através de muito esforço dos movimentos sociais desde a década de 70. Como permitir que a Saúde Coletiva esteja à mercê de interesses político-partidários? Como permitir que o Controle Social seja ultrajado por demonstrações ditatoriais da gestão Municipal?

Sendo assim, conclamamos as autoridades competentes a intervir para fazer cumprir a Lei, devolver ao Controle Social, especificamente ao Conselho Municipal de Saúde de Jequié o que lhe é ao mesmo tempo direito e dever, suas competências definidas na Legislação do SUS:

- Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de Saúde.
- Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde.
- Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado:
- Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS;
- Acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos conselhos de saúde.

Atenciosamente,


Líane Oliveira Souza Gomes
Presidente da Associação de Enfermeiros de Jequié e Região
Associação de Enfermeiros de Jequié e Região
CORFEN nº 921