

ISAIANE SANTOS BITTENCOURT

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONHECIMENTO SOCIALMENTE
ELABORADO POR ENFERMEIRAS E USUÁRIOS**

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

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde e Sociedade

Orientadora: Prof.^a DSc. Alba Benemérita Alves Vilela

JEQUIÉ-BAHIA
2010

Bittencourt, Isaiane Santos.

B543 Educação em saúde: conhecimento socialmente elaborado por enfermeiras e usuários/Isaiane Santos Bittencourt.- Jequié, UESB, 2010.

169 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2010. Orientadora Profª. DSc. Alba Benemérita Alves Vilela.

Isaiane Santos Bittencourt
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Departamento de Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONHECIMENTO SOCIALMENTE ELABORADO POR ENFERMEIROS E USUÁRIOS

Data da aprovação __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a DSc. Alba Benemerita Alves Vilela
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Orientadora

Prof.^a DSc. Cristina Setenta Andrade
Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC
Examinadora

Prof.^a PhD. Denize Cristina de Oliveira
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ
Examinadora

À **Minha Mãe**, com seu exemplo de amor e dedicação, sempre presente na construção e concretude dos meus sonhos.

Ao **meu noivo**, sempre carinhoso e presente, até mesmo na distância, acreditando e incentivando meu trilhar acadêmico/profissional.

AGRADECIMENTOS

Ao meu **Senhor Deus** todo poderoso, agradeço pela dádiva da vida e direcionamento constante no trilhar dos meus horizontes, com caminhos iluminados de lucidez e amor foi mais fácil atingir meus objetivos;

Agradeço em especial a todas as pessoas que compartilharam comigo estes anos de construção de um trabalho acadêmico que modificou profundamente meu agir e refletir sobre a vida, tornando-me uma pesquisadora ciente da minha inconclusão enquanto ser humano e profissional, estando sensível à necessidade de sempre construir e desconstruir elos para aproximar as mudanças e tornar o impossível real;

Aos meus **pais**, Rosemeire e Haroldo, por tudo de bom que puderam semear no meu coração, oportunizando-me uma educação digna e um amor incondicional. Em especial, à minha **mãe**, sempre presente, atenciosa e carinhosa. Dedicada com amor a entender meus sentimentos, ansiedades e desejos, devo tudo a ti, minha rainha...

À minha **Orientadora**, Prof.^a DSc. Alba Benemérita, com quem puder caminhar durante esses anos, rumo a um crescimento intelectual e humano. A nossa relação foi além da relação formal orientador/discente: tornamo-nos amigas. Muito obrigada por todo o apoio e dedicação, foi muito bom saber em quem confiar todo este tempo.

Às professoras da **banca examinadora**, Denise Cristina de Oliveira e Cristina Setenta, pela disponibilidade, carinho e competência em dispor de tempo e energia para a apreciação do meu estudo. O aprendizado oportunizado no nosso encontro foi fundamental para o aprimoramento do estudo.

Ao meu **noivo**, Wandecly Jr., presente de Deus e dádiva dos meus sonhos. Obrigada pela paciência e apoio em um momento tão ímpar, incentivando-me a crescer, ao compreender a distância como passageira. Seu apoio é fundamental para que eu possa prosseguir, com a certeza em meu coração de estarmos sempre juntos.

Aos meus **irmãos**, Raniê e Haroldo Jr., por serem companheiros e amigos. Vocês são realmente muito especiais em minha vida. Amo vocês!

À minha **família**, meu porto seguro, sempre presente nos momentos alegres e tortuosos.

Aos **amigos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde**. Nesta turma tive muitas surpresas ao reencontrar pessoas queridas e amadas, e conhecer com muito carinho os novos amigos. Pude sentir que nos transformamos juntos, desenvolvendo-nos com o outro e para o outro. Em especial os amigos Daniella, Mara, Luciano, Washington, Fabrício e Lícia.

Em especial a **amiga** Emanuely, mais carinhosamente Manôh, super-amiga, sincera e carinhosa. Reencontramo-nos nos caminhos da vida, e foi maravilhoso poder conhecer e partilhar mais da sua sábia convivência. Obrigada pelos valiosos conselhos! Aprendi muito com você, no meu trabalho também há muito do que pudemos dividir de experiências.

À **amiga** Viviane, pessoa iluminada e muito especial, apesar do pouco tempo de convivência, soube me acolher como uma velha amiga possibilitando-me descobrir o quanto é importante a dedicação e o amor na realização de um desejo.

Aos **amigos de sempre**, meus queridos amigos, com quem posso sempre contar, nos momentos alegres e tristes. Tenho a certeza em meu coração de que estarão perto. Com carinho, Ildene, Vanessa e Clarinha, Jaqueline, Rosa, Heliana, Liu, Kikinho, Dja, Ranússia, Cristiane, Fernanda, Claudinha, Tia Gleide, Mirian, Tia Verônica...

Aos **amigos do Hospital Municipal Esaú Matos**, marcado por muito trabalho e aprendizado, o cotidiano do HMEM me propiciou conhecer amigos com um verdadeiro amor e dedicação pela profissão, sendo um marco referencial para a minha formação. Agradeço gentilmente a Joane, por entender a importância do desenvolvimento do mestrado em minha vida, colaborando sempre para a realização deste sonho. À amiga, Marilsa, pelas nossas inúmeras trocas de plantões, e aos amigos Nanda, Guga, Lis, Bela, Dri, Adriana, Regi, Rosa e Milca, pelo imenso carinho.

Aos **professores** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, pelos inúmeros ensinamentos e amável convivência, em especialmente César, Adriana, Luzia Wilma, Zenilda e Rita Boery.

Aos irmãos da **Igreja Presbiteriana do Brasil**, com muitas orações e fé pude, com certeza, guiada pelo Senhor Deus chegar até aqui. Muito obrigada a todos os irmãos que sempre oraram e torceram pelo meu sucesso.

Às **enfermeiras e usuários** da Estratégia de Saúde da Família, pelo compartilhar de saberes. Nos olhos de cada um pude ver e sentir a paixão e o envolvimento pelo trabalho, um trabalho vivo, ardente e doce.

Muito obrigada!

A inquietude não deve ser negada, mas remetida para novos horizontes e se tornar nosso próprio horizonte (Edgar Morin).

RESUMO

Na contextualidade das relações humanas, a conectividade ao social permite o desvendamento da objetiva subjetivação, implícita na natureza dos homens. Esse processo de conhecimento e transcendência, permeabilizado pela educação, fundamenta o aflorar de capacidades para a compreensão e intervenção na realidade cotidiana, estabelecendo como ponto de partida a necessidade permanente da sociedade de encontrar novos caminhos para o desenvolvimento cognitivo, social e afetivo. As pesquisas em Representações Sociais e Educação visam a apresentar uma aproximação ao universo de significados da coletividade, tendo como premissa a utilização de uma abordagem capaz de conhecer um objeto, ao mesmo tempo em que agrega o dinamismo e a interligação ao sujeito. Assim, inquietadas pela edificação de um modelo de atenção à saúde socialmente construído e partilhado nas definições múltiplas da cura e doença, promoção e recuperação, normatizações e direitos, buscamos o entendimento da educação em saúde como proposta propagada, e sem retorno de mudanças suficientes para a população e profissionais de saúde. Tivemos como objetivo: compreender as representações sociais de enfermeiras e usuários sobre a educação em saúde desenvolvida na Estratégia de Saúde da Família. A metodologia reportada foi qualitativa ancorada na Teoria das Representações Sociais, desenvolvida por Moscovici, optando pelo direcionamento da abordagem estrutural de Abric e Sá. Para responder a complexidade do objeto de estudo, utilizamos multimétodos de coleta e análise das informações. Transitando pela evocação livre de palavras, entrevista e observações, como recursos de obtenção de dados, e embebidas pela TRS, analisamos os resultados sob a perspectiva de apresentar os conteúdos e estrutura do significado social. A análise destas informações foi realizada com a Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. A análise e discussão dos dados oportunizaram direcionar em quatro categorias os conteúdos elencados pelo teste de evocação livre de palavras, e, corroborado pelos conteúdos da entrevista e observação as representações de enfermeiras e usuários, corporificaram-se nos seguintes elementos: multifacetada da educação em saúde; a travessia da formação à educação em saúde; participação da comunidade – um caminho possível?; e limites e possibilidades da educação em saúde. Como resultados mais expressivos, encontramos a educação em saúde situada na significação de enfermeiras pela concepção da essência transformadora e direcional capaz de provocar o envolvimento autônomo dos indivíduos. Contudo, o desenvolvimento prático destas ações na ESF ainda não permite a concretude da proposta de maneira ampliada. Prova encontrada pela consensualidade dos usuários em não indicarem alternativas de realização da educação em saúde. Estas considerações lançam-nos à percepção da necessidade de articular a gestão, os profissionais de saúde e usuários em um território de diálogo, onde os sentidos e significados dos grupos possam ser abstraídos e canalizados para instituir mudanças na realidade de trabalho.

Palavras-chave: Educação em saúde. Psicologia Social. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

In the contextuality of human relations the connectivity to the social allows the disclosure of the objective subjectivity, implicit in the nature of men. This process of knowledge and transcendence made permeable by education underlies the bloom capabilities, for understanding and intervening in the everyday reality. It is establishing as a starting point the permanent need of society to find new ways to cognitive, social and emotional development. The researches on Social Representations and education aim at providing an approach to the collectivity meanings universe, taking as its premise the use of an approach capable of knowing an object while it adds the dynamism and the interconnection to the subject. Thus, disquieted by building a health care model socially constructed and shared in the multiple definitions of healing and illness, promotion and recovery, norms and rights, we seek the understanding of health education as an excessively widespread proposal and without enough returning changes for the population and health professionals. It is developing as an objective model: understand the social representations of nurses and users about health education developed at the Family Health Strategy. The reported methodology was qualitative anchored in the Social Representations Theory developed by Moscovici, we chose the direction of Abric and Sá structural approach. To answer the study object complexity, we used multimethod for data collection and analysis. Moving through the free word evocation, interviews and observations as resources for obtaining data; and imbibed by TRS we analyzed data from the perspective of presenting the content and structure of the social significance, this information analysis technique was Bardin Content Analysis. Data analysis and discussion made opportune to direct the listed contents into four categories by the projective test of word recall, and corroborated by the interview and observation contents representations of nurses and users are materialized in the following elements: multifacets of health education; the cross from training to health education; community involvement a possible way? and limits and possibilities of health education. As more significant results, we found the health education located in nurses' significance by the conception of the transforming and directional essence capable of promoting the autonomic involvement of individuals. However the practical development of these actions in the ESF does not allow the concreteness of the proposal in an expanded way. Evidence found by the users' consensus of having not indicated alternatives for the implementation of health education, keeping themselves excluded and deleting themselves from participation. These considerations throw us the perceived need for joint management, health professionals and users in a dialogue territory, where the sense and meanings of groups can be abstracted and directed to institute changes in the work reality.

Keywords: Health education. Social Psychology. Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

- Figura1-** Mapa do Estado da Bahia, com destaque da cidade de Vitória da Conquista.....60
- Figura2-** Esquema de análise dos dados à luz da Teoria das Representações Sociais, Jequié-BA, 2010.....68
- Figura 3-** Área de trabalho do *Software Evoc 2000*, versão 5, abril de 2002.....69
- Figura 4-** Quadro de quadro casas estabelecido pelo *software Evoc 2000*, mediante evocação de enfermeiras acerca da educação em saúde, Vitória da Conquista - BA, 2010.....81
- Figura 5-** Quadro de quadro casas estabelecido pelo *software Evoc 2000* mediante evocação dos usuários da ESF acerca da educação em saúde, Vitória da Conquista - BA, 2010.....89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição quanto ao sexo das enfermeiras da ESF, Vitória da Conquista-BA, 2010.....	72
Tabela 2- Distribuição da faixa etária das enfermeiras da ESF, Vitória da Conquista-BA, 2010.....	73
Tabela 3- Distribuição quanto ao tempo de formação das enfermeiras da ESF, Vitória da Conquista-BA, 2010.....	74
Tabela 4- Distribuição quanto ao tempo de trabalho na ESF das enfermeiras, Vitória da Conquista-BA, 2010.....	74
Tabela 5- Distribuição quanto à quantidade de vínculos empregatícios das enfermeiras, Vitória da Conquista-BA, 2010.....	75
Tabela 6- Distribuição quanto ao número de especializações das enfermeiras, Vitória da Conquista-BA, 2010.....	75
Tabela 7- Distribuição da área de especialidade das enfermeiras, Vitória da Conquista-BA, 2010.....	76
Tabela 8- Distribuição quanto ao sexo dos usuários, Vitória da Conquista-BA, 2010.....	76
Tabela 9- Distribuição da faixa etária dos usuários, Vitória da Conquista-BA, 2010.....	77
Tabela 10- Distribuição dos anos de estudo dos usuários, Vitória da Conquista-BA, 2010.....	77

Tabela 11- Distribuição do tempo de cadastramento na ESF dos usuários, Vitória da Conquista-BA, 2010.....78

Tabela 12- Distribuição quanto aos agravos dos usuários, Vitória da Conquista-BA, 2010.....78

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1.** Elementos da estrutura das representações sociais de enfermeiras, acompanhados das frequências da ordem de evocação e frequência total, Vitória da Conquista -BA, 2010.....83
- Quadro 2.** Elementos da estrutura das representações sociais dos usuários da ESF, acompanhados das frequências da ordem de evocação e frequência total, Vitória da Conquista -BA, 2010.....91
- Quadro 3.** Distribuição das categorias e subcategorias que revelam as representações sociais de enfermeiras e usuários da ESF, Vitória da Conquista -BA, 2010.....98
- Quadro 4.** Descrição das subcategorias da primeira categoria, acompanhada da frequência e porcentagem, Vitória da Conquista -BA, 2010.....101
- Quadro 5.** Descrição das subcategorias da segunda categoria, acompanhada da frequência e porcentagem, Vitória da Conquista -BA, 2010.....116
- Quadro 6.** Descrição das subcategorias da terceira categoria, acompanhada da frequência e porcentagem, Vitória da Conquista -BA, 2010.....122
- Quadro 7.** Descrição das subcategorias da quarta categoria, acompanhada da frequência e porcentagem, Vitória da Conquista -BA, 2010.....129

Lista de abreviaturas

PACS - Programa de Agentes Comunitários em Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

TRS - Teoria das Representações Sociais

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PNEP- Política Nacional de Educação Permanente

PS - Psicologia Social

CMS - Conselho Municipal de Saúde

ACS - Agente Comunitário de Saúde

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEREST- Centro Regional de Saúde ao Trabalhador

CEO - Centro Especializado em Odontologia

CEMAE - Centro Municipal de Atenção Especializada

CEMERF- Centro Municipal Especializado em Reabilitação Física

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Sumário

Aproximação do tema: primeiras impressões

1 INTRODUÇÃO.....	17
--------------------------	-----------

A construção do conhecimento: recortes e conexões necessárias

2 REVISÃO DA LITERATURA.....	25
-------------------------------------	-----------

<i>2.1 Construção das concepções de educação: teoria crítica e teoria racionalista.....</i>	<i>25</i>
---	-----------

<i>2.2 Saberes em educação em saúde na busca por definições e entrelaçamentos à práxis profissional.....</i>	<i>36</i>
--	-----------

<i>2.3 Educação em saúde na perspectiva da formação profissional: um campo de saber em construção.....</i>	<i>41</i>
--	-----------

Os cenários das Representações Sociais

3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA PERSPECTIVA CONGRUENTE DE CONHECIMENTO.....	47
---	-----------

<i>3.1 Epistemologia, contribuições e processos sociocognitivos de formação das representações sociais.....</i>	<i>47</i>
---	-----------

<i>3.2 Abordagem estrutural da Teoria das Representações Sociais.....</i>	<i>52</i>
---	-----------

<i>3.3 Educação e representações sociais a conexão do eu com o outro nas multifacetadas da realidade social.....</i>	<i>55</i>
--	-----------

Desenho Metodológico

4 METODOLOGIA.....	59
---------------------------	-----------

<i>4.1 Tipo de estudo.....</i>	<i>59</i>
--------------------------------	-----------

<i>4.2 Campo de estudo.....</i>	<i>59</i>
---------------------------------	-----------

<i>4.3 Sujeitos do estudo e procedimento de coleta dos dados.....</i>	<i>63</i>
---	-----------

<i>4.4 Instrumento de coleta dos dados.....</i>	<i>65</i>
---	-----------

4.5 Questões Éticas.....	67
4.6 Análise e discussão dos resultados.....	67
Representações de enfermeiras e usuários da lacuna ao arco do pensamento social	
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	72
5.1 Caracterização dos sujeitos do estudo.....	72
5.2 Conteúdos e estrutura das representações sociais de enfermeiras e usuários da ESF.....	78
5.2.1 Representações das enfermeiras: expressão das teias sociais....	80
5.2.2 Representações dos usuários: enlaces da consensualidade.....	86
5.3 Apreendendo as bases de sustentação da educação em saúde de enfermeiras e usuários da ESF a construção de uma representação.....	96
5.3.1 Categoria 1: Multifacetadas da educação em saúde.....	100
5.3.2 Categoria 2: A travessia da formação à educação em saúde.....	115
5.3.3 Categoria 3. Participação da comunidade – um caminho possível?.....	121
5.3.4 Categoria 4. Limites e possibilidades da educação em saúde.....	128
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	136
REFERÊNCIAS.....	141
APÊNDICES.....	151
ANEXOS.....	158

Aproximação do tema: primeiras impressões

Se não esperas o inesperado, não o encontrarás (Heráclito).

1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema da educação em saúde teve início durante formação acadêmica na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, quando pude conhecer e praticar, a partir do quarto semestre de graduação, atividades variadas em Unidades Básicas de Saúde e no Programa de Saúde da Família, com um verdadeiro despertar para a relevância de unir o educar à saúde.

Além da experiência acadêmica, o trabalho profissional como enfermeira e coordenadora do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS), de uma Unidade Básica de Saúde, no município de pequeno porte no interior do estado da Bahia, de 2007 a 2009, assistindo os usuários nos programas de saúde (Hiperdia, Crescimento e Desenvolvimento, Sala de Imunização, Preventivo e Planejamento Familiar) e supervisionando o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, possibilitou-me vivenciar as dificuldades de aliar uma prática em saúde que unisse as atividades tecno-assistenciais à educação em saúde, haja vista a unanimidade das ações educativas de caráter pontual, a conjuntura de sobrecarga de trabalho, insumos materiais insuficientes e proposta fragmentada de atendimento com a dicotomia em programas assistenciais.

Neste ambiente dia-a-dia permanecia a desenvolver as atividades de rotina, a maior parte do tempo envolvida com a consulta individual, em especial o atendimento às gestantes. Apesar de perceber a necessidade de alterar a dinâmica de trabalho, o máximo que consegui instituir foram atividades educativas como sala de espera e reuniões com os grupos de gestantes e hipertensos.

Após aprovação no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB, para a linha de pesquisa educação em saúde e sociedade, tive a possibilidade de dar continuidade ao Projeto apreciado durante a Seleção, voltado para a educação.

Nesta vertente, surgiu o interesse em abordar essa temática, ao compreender a educação e a enfermagem com atuação no âmbito social, sinalizando a necessidade de conhecer o significado que a enfermeira e o usuário possuem acerca da educação em saúde, para inferir considerações acerca da prática do profissional e a influência na comunidade.

Desta forma, o processo educativo como amplamente propagado permeia a atuação humana, instrumentalizando a essência das sociedades para a compreensão e intervenção na realidade. O educar permite aos homens conhecer a si, conhecer os outros, conhecer o mundo e agir com base no princípio cognitivo, afetivo de fundo social. As múltiplas capacidades do ser humano são fruto de um sistema complexo, que encontra na educação uma maneira de perpetuar e desenvolver os conhecimentos das sociedades.

Ao atrelar a educação como um instrumento de envolvimento e transformação dos homens, encontramos-a com um papel relevante no cuidado à saúde, ao possibilitar o encontro das pessoas com um saber capaz de alterar a dinâmica do processo saúde doença. Neste direcionamento, desde a Conferência de Alma-Ata, os países têm adotado uma postura de elaboração de Políticas Públicas voltadas para o atendimento da população, antes do adoecimento, visando a alterar as condições de vida e o conhecimento da comunidade sobre as questões implicadas na saúde.

Tentando compreender a educação em saúde como proposta de trabalho nos serviços, sob as lentes da capacidade de transformação e emancipação dos sujeitos, encontramos no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da política de reorientação do modelo assistencial, a Estratégia de Saúde da Família, como um terreno fecundo para o entendimento da relação desta.

A ESF nasce com o desafio de trabalhar, no contexto das populações, os determinantes e condicionantes da saúde. Para atingir esta meta, contamos com o suporte de estar alocada no território da comunidade a ser atendida, foco nas ações de promoção e proteção à saúde, equipe multidisciplinar, além de considerar a contextualidade, integralidade e educação em saúde como dissolvidas em todas as atividades desenvolvidas.

A organização dos serviços de saúde pauta-se em bases conceituais, ideológicas e práticas de uma rede de atenção interligada, com fluxo ascendente de conhecimentos/saberes estruturados em políticas públicas que estejam em consonância com as necessidades de saúde da população. Todavia, as práticas históricas e socialmente construídas, na perspectiva do modelo assistencial médico-privatista, com foco no processo patológico têm influência na organização, execução

e representação dos usuários quanto ao cuidado instituído, alterando a dinâmica de trabalho nas instituições de saúde.

Neste cenário plural, as considerações pertinentes à educação enquanto elemento de relevância social levou-nos a pensar que, apesar das sabidas contribuições do agir pedagógico em saúde para a vida das populações, poucos avanços são encontrados na prática, remetendo-nos a entender a existência de dificuldades para a plena efetivação da educação em saúde.

Como a educação em saúde envolve uma realidade maior, alocada na organização dos serviços de atenção à saúde e no envolvimento de gestores, profissionais de saúde e população, entendemos como indispensável realizar um recorte, inserindo profissionais de saúde, expressos pelas enfermeiras, e a população como atores para o entendimento desta relação. A forma de expressão destes grupos no processo educativo poderá fornecer direcionamentos acerca da educação em saúde.

A prática da educação em saúde ocorre no cotidiano com a participação de profissionais de saúde e usuários. Os aspectos envolvidos na história, cultura, crenças, valores, ideologias, atitudes, afetividade, dentro outros, situa cada um destes sujeitos como um universo de significados capaz de predizer como a educação em saúde acontece e qual influência recebe.

Neste sentido, escolhemos trabalhar com a educação em saúde sob o olhar social dos significados, considerando os indivíduos como portadores de um saber construído e partilhado socialmente pela interação (JODELET, 2001).

A definição de enfermeiras e usuários como informantes do estudo pauta-se no discernimento que para entender a educação em saúde devemos recorrer aos envolvidos na relação. As enfermeiras possuem uma história de desenvolvimento profissional, tendo a educação permeando as diferentes fases da profissão, enquanto que os usuários são o centro do processo educativo, compondo como arranjo as condições de vida e vínculo com os serviços de saúde.

A possibilidade de abordar dois grupos sociais distintos, em um mesmo estudo, convalida-se na interação entre eles. Inicialmente pensamos em abordar a educação em saúde relacionada apenas às enfermeiras, contudo, após várias leituras sobre o tema, notamos a deficiência de estudos capazes de apresentar a

educação em saúde utilizando-se do sistema de significados de enfermeiros e usuários. Portanto, consideramos pertinente acrescentar a visão dos usuários como uma maneira de conhecer melhor o trabalho das enfermeiras acerca do assunto, devido à essência social dos indivíduos, as concepções e atitudes de um grupo podem ser reflexo das concepções e atitudes de outro grupo.

Assim, a educação está presente na relação de formação humana, com a permanente inquietação dos homens por conhecimento, gerida pela característica de inconclusão que a consciência humana pressupõe. Para a ocorrência do desenvolvimento intelectual, há necessidade de conhecer e aprofundar-se cada vez mais em universos novos de saber. Subsidiando a atuação humana, a educação propicia a construção/desconstrução/reconstrução do conhecimento, estimulando uma atitude crítica frente às situações da vida.

Sob esta perspectiva, adotamos a Teoria das Representações Sociais (TRS) como uma das possibilidades teóricas capaz de nortear como os indivíduos agem sobre a realidade, tendo como base e ordenamento um sistema de valores definido sob a influência social.

Para compreender e analisar estas perspectivas de significação, uma **questão** norteará este estudo: quais são as representações sociais de enfermeiras e usuários da ESF sobre a educação em saúde na cidade de Vitória da Conquista – BA, no ano de 2010? Para nortear a busca por tal resposta, alguns objetivos foram traçados. **Objetivo geral:** compreender as representações sociais de enfermeiras e usuários sobre a educação em saúde desenvolvida na ESF. **Objetivos específicos:** conhecer o conteúdo e estrutura das representações sociais de enfermeiras e usuários da ESF acerca da educação em saúde; relacionar as representações sociais da educação em saúde com o cotidiano observado na ESF; apontar os limites e possibilidades da educação em saúde na ESF.

A fundamentação do estudo na TRS possibilitou analisar o contexto de educação em saúde da ESF, sob a ótica das enfermeiras e usuários, haja vista que a práxis profissional relaciona-se a fatores elaborados socialmente, como a cognição, fatores psicológicos, sociais, históricos, imagens, categorias e teorias, possibilitando a articulação de conhecimentos acerca das concepções e atitudes deste fenômeno pesquisado.

Para justificar a abordagem do tema sob este enfoque, consideramos a pertinência de compreender qual sistema de apoio define as atitudes das pessoas. Com base na TRS, entendemos as tomadas de posição dos indivíduos como produto da historicidade da sociedade. As informações circulam através do discurso e da interação social, permitindo aos homens construir socialmente conjecturas consoantes com a realidade, e agir em função destas concepções (JODELET, 2001).

As Representações Sociais formadas pela sociedade no processo do viver humano nascem da necessidade eminente de entender e agir sobre os fenômenos. O homem é entendido como um ser indissociado do objeto. À medida que construímos representações sobre os objetos, definimos naquele objeto nossas impressões, e, ao realizar uma releitura do fenômeno, não conseguimos definir uma separação entre o puramente exterior e o interior a nós. Esta íntima relação permite um envolvimento profundo, tanto cognitivo, como afetivo e social na elaboração das representações (VALA; MONTEIRO, 2006).

Dada as características das representações de permitirem entender a contextualidade dos significados atribuídos em sociedade pelos homens, temos a utilização desta teoria nos estudos em educação. Para Madeira (2001), é uma opção teórica dentre tantas, ressaltando a natureza da educação como um fenômeno dinâmico e relacional, permitindo a apreensão dos sentidos desde objeto de forma articulada, superando o reducionismo fruto da pseudocientificidade.

A utilização das representações propicia estruturar um saber de um grupo sobre o objeto em determinada situação histórica e social. Assim, esta abordagem teórica possibilita a compreensão da educação em saúde como produto e produtora dos significados organizados por enfermeiras e usuários na circunstância de trabalho da ESF.

A historicidade e difusão social da educação em saúde na enfermagem e no cotidiano das populações expressa a relevância de abordar o tema sob o enfoque das representações sociais, admitindo a existência de elementos formadores, como a cultura, a ideologia, crença e história para a elaboração e edificação de condutas frente a este fenômeno.

Sabóia (2003) retrata a medicina social, com origem na França no final do século XVIII, como ação de intervenção no comportamento das pessoas, capaz de melhorar as condições de saúde. Neste momento a urbanização desordenada provocava uma série de problemas de ordem sanitária. A influência desta forma de assistir a população pode ser observada no desenvolvimento das práticas educativas no Brasil. No final do século XIX as práticas sanitárias baseadas na educação para a saúde eram consideradas como isoladamente capazes de instrumentalizar as pessoas para evitar as doenças que eram propagadas.

As ações coercitivas e punitivas eram comuns, com a utilização do Estado como aparato legal. Com influência deste cenário, em 1922, sob instrução das enfermeiras norte-americanas, surge a enfermagem profissional no Brasil.

Neste cenário, as enfermeiras eram formadas para atuação em saúde pública, como visitadoras, sob forte influência de uma ação normativa para a mudança de hábitos da população. Em 1960 ocorrem modificações no discurso da educação em saúde, voltando-se como uma prática pouco onerosa e capaz de intervir nas condições de vida da população. A Teoria da Problematização de Paulo Freire estimulou o surgimento de propostas ligadas à transformação dos sujeitos mediante o desenvolvimento da consciência crítica. Todavia a vigência do período militar impossibilitou a efetivação de tais propostas (VIEIRA, 2002).

A realização da Conferência de Alma Ata, em 1978, que tinha por meta atingir a “Saúde para todos no ano 2000”, estimulou o movimento da Reforma Sanitária, que contou com participação de intelectuais e profissionais de saúde, culminando na VIII Conferência Nacional de Saúde e promulgação do Sistema Único de Saúde, assumindo a educação em saúde um lugar fundamental na conquista da população por cidadania (SABÓIA, 2003).

Este breve relato da evolução geral da educação em saúde no Brasil envolve a enfermagem e a população com papel de destaque, possibilitando inferir a existência de representações nos dois grupos como uma herança histórica e atual da educação em saúde no panorama da Atenção Básica em Saúde.

Esta pesquisa foi dividida em quatro momentos, após uma breve aproximação do tema descrita neste tópico, seguimos com uma revisão da literatura englobando duas abordagens para a compreensão da educação: a perspectiva racionalista e a

crítica. Sinalizamos a educação em saúde sob o olhar da práxis, e as contribuições da formação profissional para a educação.

Após a revisão da literatura, apresentamos o eixo teórico do estudo expresso pela Teoria das Representações Sociais, composto pela epistemologia, contribuições e processos sociocognitivos de formação, além da abordagem estrutural das representações e um entrelaçamento entre a educação e as representações.

Em seguida, temos a metodologia responsável por aportar uma descrição detalhada do tipo de estudo, cenário, sujeitos e instrumentos de coleta dos dados, e a forma de estabelecimento da análise e discussão dos dados.

A análise e discussão dos dados aparecem como penúltimo item e envolve a caracterização dos sujeitos, apreciação da evocação livre de palavras dos informantes e apresentação das quatro categorias emergidas do trabalho.

Como último elemento, temos as considerações finais, retomando o universo de significado de enfermeiras e usuários situado na dualidade de concepções e práticas, sugerindo a necessidade de maior aproximação entre estes contextos de atuação.

A construção do conhecimento: recortes e conexões necessárias

A condição fundamental das possibilidades de um saber pertinente é o saber dos pressupostos fundamentais de todo saber (Heidegger).

2 Revisão da literatura

As questões compreendidas na educação e na saúde possuem relações que sugerem um estudo aprofundado. Visando a conhecer este universo de contextualização, desenvolvemos uma revisão da literatura para esclarecer conceitos e propor reflexões acerca do assunto. O delineamento desta revisão pautou-se na pesquisa eletrônica, na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, utilizando-se os seguintes descritores: educação; educação na saúde; educação permanente; formação profissional; educação crítica; educação racionalista; cuidado; Estratégia de Saúde da Família. Foram encontrados 13.520 artigos e 1.402 manuais, teses e dissertações.

Após filtragem para seleção de apenas textos completos, obteve-se 2.849 arquivos, que foram submetidos à leitura flutuante e selecionados apenas 54 para a leitura aprofundada e análise. Os arquivos selecionados versaram sobre quatro temas (concepções de educação; educação em saúde na ESF; organização dos serviços de saúde) que originaram os tópicos abordados nesta revisão da literatura. Ainda foram acrescentadas à revisão da literatura obras de Freire (2003, 2005, 2007a, 2007b) e Morin (1999; 2008a) visando a apresentar o estado da arte da temática.

2.1 Construção das concepções de educação: teoria crítica e teoria racionalista

Na atualidade, a educação possui um âmbito de atuação voltada para o desenvolvimento tecnocientífico e intelectual das sociedades. Diversos autores e estudos visam a conhecer as relações estabelecidas do processo educativo como estratégia de fomento à melhoria da qualidade de vida, tendo em vista o papel científico, filosófico, político e social de tal atividade (SAMPAIO, 2010).

A educação está inserida no processo constante de mudanças, fruto do legado da herança cultural, concomitante ao conhecimento desenvolvido no presente. As interações entre os sujeitos e os saberes responsáveis pela construção histórica e social de uma sociedade são propiciadas pela educação (SOEJIMA, 2008).

Histórica e conceitualmente, a educação interage com a diversidade e complexidade de atuação do ser humano, propiciando a construção e veiculação do conhecimento às atividades desenvolvidas cotidianamente. O processo

compreendido nesta relação estabelece vínculos entre a informação e o sujeito, numa perspectiva social de encontro. O fenômeno educativo apresenta-se sob prismas diferenciados, sendo necessário vislumbrá-lo sob a natureza histórica e social para perceber como os conceitos e posições foram modificados até ao entendimento atual de educação para a complexidade (VALLE, 2003).

Atualmente, duas concepções educativas, a Teoria Racionalista e a Teoria Crítica, ocupam o cenário de 'diálogo' sobre o delineamento e função do conhecimento, o racionalismo/positivismo e a teoria crítica. A primeira abordagem baseada no cartesianismo, expressão de Descartes, expõe uma natureza técnica, padronizada e fragmentada do saber. Objetivando desvelar a natureza em leis, generalizações universais e experimentalmente verificadas (SABÓIA, 2003).

Enquanto que a teoria crítica ancorada pelos fundamentos de emancipação e autonomia, presente nas obras de Paulo Freire entende que propiciar as condições necessárias para exercer a reflexão, ou seja, atitude racional/sensível e ética contextualizada com o universo são instrumentos fundamentais para a construção do saber (SABÓIA, 2003).

Todavia, antecedendo um aprofundamento acerca das vertentes educativas, faz-se importante, conhecer algumas características da natureza humana que subsidiarão um despertar para a relação existente entre a essência humana e o processo educativo. "A arte do encontro", presente na interação e convivência entre os homens possibilita reconhecer as particularidades existentes na definição da condução humana, com os âmbitos históricos e sociais responsáveis por propiciar a formação do homem. A condição para a humanização relaciona-se aos vínculos estabelecidos em sociedade gerando saberes/educação, assim somente o homem é capaz de criar novos conhecimentos (SOEJIMA, 2008).

O ambiente social possibilita o estímulo ou a inibição da educação, tendo em vista a capacidade do homem em adquirir as habilidades necessárias para conhecê-lo no convívio com o outro. A essência humana requer para o próprio crescimento uma constante buscar por horizontes novos e relações inimagináveis, possibilitadoras da concretude do humano (SOEJIMA, 2008).

Kant (1974) considera que o homem só se torna homem através da educação, ocorrendo uma transição do ser puramente biológico para o ser cultural e

social. Os fatores extrínsecos, presentes na educação intencional, concomitantemente aos aspectos intrínsecos da subjetividade de cada pessoa, possibilitam o desenvolvimento de potencialidades e habilidades das esferas física, intelectual e comportamental. Fomentando instrumentos necessários para a liberdade e autonomia dos indivíduos (RODRIGUES, 2001).

O mesmo autor referido acima, afirma que a educação para a autonomia se relaciona com as características de uma educação moral, intelectual e religiosa. Possibilitando aos homens se distanciar da animalidade que a esfera biológica impõe, e se aproximar da educação para si e para o outro na busca por cidadania, ou seja, uma educação transcendental, fornecedora de sentidos a existência humana (SOUZA JUNIOR; TOLEDO, 2004).

Rousseau (1973) corroborando com o pensamento de Kant (1974) adota o homem, como a mais bela criação da natureza devendo a educação ressaltar os aspectos positivos da essência humana. Considera as instâncias formais e não-formais como responsáveis pela aproximação do homem a sociedade, portanto, expressa o educar como ato social. A liberdade também é abordada como importante no processo de construção da identidade do homem, precedendo a autonomia, para que o pensamento flua criativamente necessita-se de liberdade (PAIVA, 2007).

Após conceber de maneira inicial as contribuições de Kant e Rousseau sobre a natureza humana, buscaremos pontuar algumas considerações acerca das vertentes educativas baseadas no racionalismo e na criticidade para constituir um arcabouço teórico de argumentação para a compreensão da educação.

As mudanças histórico-sociais ocorridas no século XV que culminaram na alteração da dinâmica de organização hierárquica da sociedade ocidental, com perda da hegemonia das verdades inquestionáveis do catolicismo. Propiciaram uma nova forma de pensar o conhecer, surgindo algumas concepções que buscando a verdade, se pautava na comprovação numérica para a certificação do achado encontrado. Destacando-se a abordagem de Descartes, com os instrumentos da razão, lógica/ matemática e dedução, que almejava encontrar respostas definitivas para as lacunas presente no conhecimento (PERES, 2008).

Nesta perspectiva, a compreensão do mundo e dos fenômenos da natureza estava pautada em uma lógica estabelecida, o papel do homem era de desvendar métodos capazes de mostrar como os fenômenos estão organizados. Para tanto, a matemática capaz de fornecer respostas exatas e verificáveis respondia aos parâmetros definidores de verdade, através da descrição objetiva das constatações encontradas. Ao seguir os passos de decomposição de uma idéia central em partes, há uma compressão das partes que compõem o todo, partindo da premissa que as partes compõem o todo, se conhecer as partes também se conhecerá o todo (PERES, 2008).

Esta forma de construir o conhecimento influenciou a organização da sociedade, refletindo na educação, com o estímulo a uma prática educativa, mecanicista responsável por privilegiar os métodos de observação, objetivação, experimentação e racionalização. Permitindo uma atuação reducionista com ação negativa para a construção de sujeitos críticos (PERES, 2008).

Além das contribuições de Descartes com o racionalismo, outro pensador, Augusto Comte, com trajetória metodológica semelhante defende uma abordagem objetiva na forma de produzir ciência. A compreensão desta abordagem também contribuirá para o entendimento das concepções de educação na atualidade.

A educação baseada no positivismo/racionalismo conforme Comte pauta-se no ensino enciclopédico relacionado à prática, com a finalidade de melhorar as condições de vida do homem. Fundamentada em postulados universais, norteia a descrição dos fenômenos naturais sob a perspectiva da existência de uma filosofia positiva. Primeiramente define uma hierarquia para as ciências, na seguinte gradação, grupo orgânico; grupo químico e grupo físico. Posteriormente estabelece uma cisão entre o saber concreto e o abstrato, sendo função das propriedades abstratas potencializarem a capacidade de indução e dedução para o estudo da natureza. E por último, abster-se de investigar as causas primeiras das coisas (JÚNIOR RIBEIRO, 2005).

A filosofia positivista com os postulados apresentados objetiva a melhoria das condições de vida da população, foi formulada a partir de leis específicas direcionadas as ciências, com as leis da positividade, leis estáticas do entendimento, leis dinâmicas do entendimento, leis da existência e leis da variação, a expressão do

saber. Os elementos estruturais dessa vertente estão organizados para a projeção de um sistema de educação baseado no conhecimento concebido por leis pré-determinadas responsável por conduzir a previsão de novos acontecimentos e conseqüentemente predição de atitudes específicas, tendo em vista a constância dos fenômenos (JÚNIOR RIBEIRO, 2005).

Dentre as obras de Augusto Comte o fundador do método positivista, a obra “Curso de Filosofia Positiva”, merece destaque, ao situar o positivismo como o último estágio do pensamento humano, inserindo o conceito de método científico como requisito de validade para o conhecimento, que culmina em verdades absolutas (COMTE, 1978). Apesar das conquistas propiciadas por esta abordagem, especialmente com a experimentação, o unidirecionamento fornecido pelo positivismo, não foi suficiente para definir uma compreensão da complexidade da realidade.

As características do positivismo, marcadas pela definição da estabilidade das leis que regem o universo e a condução humana influenciaram e influenciam a educação atual, o fruto deste processo expressa-se nos currículos multidisciplinares e fragmentados responsável pela formação das instituições de ensino. A verdade na perspectiva positivista está presente nos elementos da comprovação científica, experiência e superioridade das ciências exatas, haja vista que a estabilidade da sociedade só pode ser alcançada pelo consenso determinado pelas leis universais e comprovação inquestionável dos fenômenos como mediadora dos conflitos (JÚNIOR RIBEIRO, 2005).

O ensino enciclopédico de múltiplas disciplinas não garante o fomento de uma visão global dos eventos, esse processo de divisão, denota a desarticulação existente entre os saberes. Apesar de tentadora, não é ideal, a proposição de reduzir a complexidade do conhecimento em esferas estáticas e distantes minimizando as diversas dimensões da realidade a um ponto específico, subordinado a verificação rigorosa, observação e mensuração. A objetividade extrema subjuga o desenvolvimento de habilidades sensíveis capaz de permitir ao homem criar saberes próximos da realidade social, e de ser criativo em suas ações (SAMPAIO, 2010).

O pensamento de Comte foi amplamente divulgado e aceito, influenciando consideravelmente as diversas áreas de saber, não sendo diferente com as ciências da saúde e sociais. Que ao aceitar estes pressupostos de invariabilidade dos fenômenos regidos por ordens específicas e constantes, desconsiderando a ação humana como capaz de transformar a realidade (COMTE, 1978).

A partir da década de 80 do século XX, as constatações da ineficiência do método positivista para a compreensão da realidade social e consequente educação para uma verdade complexa, propiciou a busca por alternativas diferentes para complementar esta lacuna (SAMPAIO, 2010).

A centralidade em verdades absolutas com a não contestação dos fatos estimulou no decorrer da história, a construção prática e social de uma educação voltada para a transmissão teórica de conhecimento com uma relação técnica com a realidade, pois absorve informações em maioria descontextualizadas fruto de um processo de mera recepção fez e ainda faz parte da educação formal para gerar um significado social de não questionamento, de falta de discussões e reflexões, com efeito na apreensão da responsabilidade social dos indivíduos de uma sociedade (COMTE, 1978).

Neste contexto, a herança positivista presente na cientificidade da atualidade influenciou a formação de profissionais na área da saúde, ao pautar-se nos princípios de objetividade, fragmentação do saber e determinação de verdades absolutas para conduzir a educação. O modelo de formação resultado de tais postulados, possivelmente influenciou uma cultura de ensino em saúde distante de bases reflexivas, a exemplo do relatório Flexner em 1910, direcionado a estudantes de medicina que projetava um ensino dicotomizado com estímulo à especialização e separação humana do físico e do biológico (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Conforme abordamos no início deste tópico, em linhas gerais as concepções educativas atuais apresentam-se embasadas no racionalismo e na Teoria Crítica. Após discutir alguns aspectos do racionalismo voltado para a educação na perspectiva do positivismo e cartesianismo, apresentaremos os fundamentos da Teoria Crítica, para facilitar o entrelaçamento das duas abordagens educativas voltadas para a área de saúde.

Esta abordagem teórica também concorda com outras vertentes apresentada por autores como Freire (1999) com Teoria da Problematização; Sampaio (2010) com a educação transformadora e Morin (2008a) com a Teoria da Complexidade.

A Teoria Crítica será abordada como uma proposta abrangente representando uma alternativa ao racionalismo, postulada em premissas reflexivas. Foi criada a partir da década de 1960 sob influência da conjuntura social e política da época, visando propor questões para a discussão de uma educação emancipatória. O educar passa a considerar a situação social, econômica e cultural dos indivíduos, com foco na unicidade de cada pessoa no processo educativo de maneira contextualizada ao universo de relações que cada um desempenha. A estaticidade presente no racionalismo está distante da proposta emancipatória e dinâmica da educação reflexiva (ADORNO, 1995; TADDEI, 2000).

Histórico e especialmente vários autores abordaram esta temática, a exemplo da escola de Frankfurt e Habermas com a defesa da emancipação para uma sociedade democrática; nos Estados Unidos com Karl Popper com a Teoria da Falsificação, toda assertiva deve ser refutada até que se apure a essência dela; e no Brasil com a pedagogia libertária de Paulo Freire (TADDEI, 2000). Com a finalidade de atingir os objetivos instituídos neste estudo, a Teoria de Freire será discutida como foco da Teoria Crítica, justificando-se que essa abordagem libertária adéqua-se contextualmente a realidade exposta nesta pesquisa.

A pedagogia libertária de Paulo Freire compreende a autonomia como premissa para a construção do processo reflexivo. A liberdade estimula a capacidade de articular idéias e delinear ações frente às situações. A autonomia inicia-se no âmbito pessoal com o conhecimento de si para a definição da individualidade presente em cada ser, corroborando para a construção social de indivíduos reflexivos, com postura crítica em uma sociedade (FREIRE, 2005).

A proposta de criticidade presente na educação norteia contrapor a visão ingênua do ato de educar como promotor de toda mudança, bem como o oposto, expresso na completa contaminação da educação pela sociedade dividida em classes e socialmente desigual. Nestes pontos, a educação crítica objetiva estabelecer um diálogo de conflitos vislumbrando na realidade uma oportunidade de vincular o conhecimento a ação autônoma. Todavia, para uma atitude assim, faz-se

necessário que o homem tenha percepção da sua própria existência e consiga enxergar além do seu ser, contemplando o mundo a sua volta. Desvelando-se no homem concreto envolto nas relações sociais e na realidade que o compõe (FREIRE, 2003).

A atuação e reflexão do ser humano no contexto social dependem da relação estabelecida desse com o mundo, o fruto deste processo deve gerar transformação, entretanto as mudanças propiciadas vão depender do estímulo estabelecido, podendo ou não fornecer condições para o exercício do existir. O pensar autêntico para a transformação visa estabelecer o compromisso, à medida que precede a esta característica, a autonomia e a reflexão, possibilitando cada ser sentir-se integrante no mundo e em interação com ele para as mudanças (FREIRE, 2003).

Antecedendo a concepção da educação sob a ótica crítica, vale retomar a compreensão acerca da essência humana, concebida na inconclusão do existir, sendo a alteração da dinâmica da inconclusão permeada pela educação, em um ambiente social. Haja vista que a educação permite a cada ser se perceber como inacabado e buscar instrumentos para gerenciar essa inconclusão. Logo, estamos permanentemente inseridos no processo de educar, não existindo saber nem ignorância absoluta. Sendo tênue a linha de separação entre esses elementos, que podem ou não propiciar a reflexão do homem frente à realidade, para a partir desta estimular o desenvolvimento de uma consciência crítica envolvida pela historicidade e cultura das sociedades (FREIRE, 2003).

A construção da atitude crítica de uma sociedade e dos indivíduos que a compõe, perpassa vários estágios de desenvolvimento, vão desde a consciência intransitiva até a consciência crítica. Inicialmente a consciência intransitiva apresenta-se como uma etapa elementar, sendo as explicações da realidade fornecida por visões mágicas norteando as respostas aos problemas para ações simplistas com uma compreensão estática dos fenômenos (FREIRE, 2007a).

Posteriormente surge a consciência transitiva ingênua, geralmente é provocada por uma mudança brusca na esfera social, estando presente na junção do misticismo para as explicações dos fenômenos com os indícios de uma busca por compromisso social. O último estágio versa sobre a consciência crítica, com

evidências no compromisso com a realidade, já que os problemas são analisados de forma profunda e crítica (FREIRE, 2007a).

O homem como um ser social, estrutura as suas atitudes frente ao cotidiano nas relações histórico-sociais elaboradas. A expressão desta interlocução está presente na práxis humana. Fazendo-se necessário a tomada de consciência da realidade como instrumento para uma abordagem crítica articulada aos problemas da sociedade. Tendo em vista que a esfera social interage com as especificidades do homem transformando-o e propiciando saber, a organização da sociedade deve ser justa para sustentar condições de autonomia e liberdade dos homens, distanciando-se de uma educação vazia que preserva o homem neutro como simples depósito de conhecimentos sem comprometimento com a coletividade (FREIRE, 2007b).

Nesta abordagem, a educação proposta por Freire visa essencialmente colaborar com o desenvolvimento humano. Ao possibilitar mudanças na esfera individual e social dos indivíduos, haja vista que a percepção da necessidade de 'educar-se' de maneira permanente nasce do vislumbrar da incompletude de cada ser.

O processo contínuo de busca por saber responsável por alterar a dinâmica de tomada de decisão, possibilitando escolhas consoantes às necessidades de vida que culminam em uma formação política de sujeitos e não de objetos em uma sociedade. Tendo como premissa a formação humana nascida no ambiente social, na relação homem-mundo e homem-homem, essa condição delineia a situação individual e coletiva dos homens, possibilitando uma compreensão pessoal de atuação que gera os mecanismos de ação em uma sociedade (SOEJIMA, 2008).

A relação dinâmica entre os homens, mediada pelo mundo caracteriza a produção de saber elaborado coletivamente, através de uma educação dialógica e ativa.

Todavia, para alcançar tal assertiva, alguns elementos presentes na relação de construção do conhecimento com a atitude devem ser considerados, conforme aborda Freire, as questões referentes às situações-limites; atos-limites; e fronteira entre o ser mais e o ser menos mediam esta conjuntura. As situações-limites compreendem as dificuldades que surgem naturalmente na vida em sociedade,

sendo possíveis duas atitudes frente a elas, primeiro definir como uma dificuldade insuperável ou como superável. Ao agir conforme a segunda opção, busca-se instrumentos para transpor esta dificuldade, sendo denominada de ato-limite, gerando mobilização para a transformação da relação entre os sujeitos e o mundo. Ao atingir o objetivo de superar a situação-limite, surge um sentimento de ser-mais contraposto ao ser menos (SOEJIMA, 2008).

Estas modificações na estrutura de atitudes são embasadas na mudança de consciência individual e coletiva, transitando desde a consciência intransitiva até a consciência crítica, com estímulo ao processo de transformação social. São agregados à sociedade novos valores na tentativa de organizar uma sociedade mais democrática e humanizada. Além de influenciar na concepção/atitude de autonomia frente às adversidades da vida social, exigindo uma postura reflexiva para a construção de alternativas as problemas surgidos (SOEJIMA, 2008).

A compreensão das bases da Teoria Crítica na óptica de Paulo Freire representa uma estratégia de entendimento da educação como elemento necessário para as transformações sociais. Em específico na área da saúde, é comum o entrelaçamento a relevância da ação educativa postulada na reflexão e criticidade para a construção de uma atenção à saúde voltada para a autonomia.

Entretanto, as dificuldades de natureza teórica e prática dos profissionais de saúde em instituir tais elementos fundamentam-se em uma formação predominantemente voltada para a educação positivista/racionalista; as precárias condições sociais da população, na estrutura organizacional dos serviços de saúde incluindo as condições de trabalho. Culminando na necessidade de penetrar neste universo de múltiplos significados para debater a temática da educação.

Conforme foco deste estudo, o desenho histórico das concepções educativas contribuiu para o entendimento da práxis dos profissionais de saúde. Evidenciando que os subsídios fornecidos pela Teoria Crítica apesar de relevantes, ainda não estão completamente inseridos no processo de formação dos profissionais. A escola tradicional e racionalista responsável pelo estímulo a uma prática profissional dicotomizada e mecanicista que não consegue fomentar uma reflexão profunda acerca das questões que perpassam o processo saúde-doença, estão fortemente

presentes na formação atual. E conseqüentemente com baixo impacto nas mudanças das condições de saúde da população (BRASIL, 2004).

Acerca das questões envolvidas na formação profissional, são predominantes os currículos fechados e desarticulados, formadores de discente na perspectiva de atuarem imediatamente no mercado de trabalho. Esta maneira de gerir a educação propicia uma atuação descontextualizada da esfera social, com profissionais alheios as necessidades dos serviços de saúde. Tendo em vista que a área da saúde é composta pela estrutura econômica, social e cultural e requer para uma intervenção resolutiva uma abordagem complexa, que subsidiará instrumentos para construção de uma atenção à saúde diferenciada (BAGNATO; MONTEIRO, 2006)

Contribuindo com a filosofia da Teoria Crítica alguns autores como Morin (1999); Merhry (2002); Nietzsche (2009) apontam estes direcionamentos em seus trabalhos. Neste sentido, podemos relacionar com a educação em saúde, ao estimular o desempenho da reflexão/ ação dos modos de vida da sociedade.

No século XXI com o advento da globalização, mudanças estruturais na organização do conhecimento são despertadas, e uma nova era, a da complexidade nasce.

A educação complexa baseada nos estudos de Morin justifica-se na compreensão do homem em seu contexto, como um ser essencialmente diverso envolto em uma rede de relações que a simplicidade de deduções não consegue sanar. Interagindo com o conhecimento de forma a superar a fragmentação do saber imposta durante décadas (PERES, 2008).

A Teoria da Complexidade está fundamentada na teoria da *informação* relacionada à transmissão de sinais no processo da comunicação; da *cibernética* ciência que substituiu a causalidade linear pela curva causal; e dos *sistemas* que define que o todo é maior que a soma das partes (PERES, 2008).

Enquanto que a educação emancipadora voltada para as mudanças sociais devem abarcar a reflexão e complexidade como instrumentos basilares. Todavia a concepção teórica da educação não mantém relação direta de atuação na prática, para atingir a práxis. Assim, na enfermagem a formação profissional deve pautar-se em um ensino consoante com a criticidade para se possuir uma atitude complexa (PERES, 2008).

2.2 Saberes em educação em saúde na busca por definições e entrelaçamentos à práxis profissional

Na literatura atual é possível localizar uma diversidade de termos relacionados à educação em saúde, dentre eles: educação para a saúde, educação na saúde, educação em saúde, ações educativas, atividades educativas, educação popular, educação profissional, prática educativa (voltada para os profissionais e população), programa educativo e prática de ações educativas.

Durante a busca eletrônica na Biblioteca Virtual em Saúde, alguns termos apareceram correntemente, como: educação para a saúde, educação na saúde, educação em saúde. Sendo diferenciados brevemente como: educação para a saúde representa o alcance inicial à educação formal/tradicional para posteriormente possuir gerenciamento dos elementos que compõem a saúde; a educação na saúde se expressa na concomitância dos saberes da educação e da saúde em uma única esfera; e a educação em saúde significa a possibilidade de estimular nas pessoas a capacidade e habilidade de agir com responsabilidade no âmbito individual, familiar e comunitário (CHAGAS; XIMENES; JORGE, 2007).

Nesta perspectiva, optou-se por adotar o termo **educação em saúde**, com o objetivo de utilizar a expressão adequada a este trabalho, tendo em vista o significado. Assim, apresentaremos neste tópico, a produção de conhecimento da educação em saúde sob o prisma conceitual, reflexivo e representacional possibilitando uma aproximação do saber popular ao profissional.

Didaticamente, diferentes autores convergem para a definição da educação em saúde delimitando-a como um campo de atuação multiprofissional, atrelado aos objetos de investigação da educação e da saúde, que, quando instituída, oferece instrumentos aos indivíduos para ampliar o universo de compreensão, permitindo a adoção autônoma de atitudes de melhoria da qualidade de vida. Baseada nas necessidades de saúde visa a fomentar o enfrentamento de situações adversas, ao compreender os aspectos subjetivos, objetivos e sociais dos agravos utilizando-se da criticidade e reflexão (VILA; VILA, 2007).

Historicamente, a educação em saúde deteve conceitos e abrangência diferentes, consoantes com a conjuntura social. No Brasil, o período inicial de desenvolvimento da educação no setor saúde ocorreu em meados 1924, estando

atrelada à distribuição de material educativo impresso, como livros, folhetos e catálogos nas empresas e escolas, sendo denominada de educação sanitária ou higienista, pautada no modelo tradicional de apenas transmitir informações a um público restrito, considerando a população como incapaz de possuir atitudes de busca a saúde, utilizando-se da coerção do Estado que adotava medidas punitivas e obrigatórias para estabelecer tal ação, estando as atividades de educação atreladas aos interesses econômicos das classes dominantes e estado, baseadas na erradicação de agravos epidêmicos para o restabelecimento da força de trabalho (LEVY *et al*, 2003; VASCONCELOS 2010).

Na década de 70 do século XX, em razão do desenvolvimento de pesquisas na área de promoção da saúde e promulgação da Declaração de Alma-Ata, há influência dos movimentos de liberdade e justiça social, especialmente na América Latina e no Brasil. Neste contexto, apesar do regime autoritário instituído no país, as atividades de educação estão direcionadas para a educação para saúde, que, diferentemente da educação sanitária, está voltada para atingir um espectro global da população, postulando-se na prevenção de agravos e promoção da saúde. Entretanto, neste período, concomitantemente à expansão do setor privado, há um declínio significativo das atividades educativas, e progressão da atenção curativista (LEVY *et al*, 2003).

Na década de 80 do século XX, com o restabelecimento da democracia e criação do Sistema Único de Saúde, a participação da sociedade representa um instrumento de construção de uma atenção à saúde equânime e universal. Nestas diretrizes, o termo educação em saúde vem sendo utilizado como um elemento de diálogo entre gestores, profissionais de saúde e usuários, para a melhoria das condições de saúde da população. Sob influência da literatura de Freire, as premissas de autonomia e liberdade, situando os sujeitos como capazes de escolhas reflexivas, a educação em saúde pauta-se na compreensão da população como responsável e participante do processo de busca à saúde (LEVY *et al*, 2003).

As pesquisas no Brasil envolvendo a educação em saúde possuem papel de destaque na enfermagem, tendo em vista o grande número de estudos desenvolvidos, bem como a diversidade de entrelaçamentos abordados. Segundo levantamento realizado por Guedes, Silva e Freitas (2004), os tópicos relacionados à educação em saúde estiveram pautados nas situações de promoção da saúde,

prevenção de doenças e adoecimento, especialmente de adoecimento crônico; grupo de mulheres nas diversas fases do ciclo reprodutivo; questões sociais que influenciam as condições de saúde da população e necessidades de aprendizagem de pacientes no período perioperatório.

Tais focos sinalizam a lacuna existente no tocante à educação em saúde, enquanto instrumento global de fomento à melhoria da qualidade de vida da população, tendo em vista que a maioria das pesquisas encontradas relacionava-se a fragmentos da assistência à saúde.

Tendo em vista a proposta de ação da educação em saúde que expõe multifacetadas de atuação, agregada por diversos saberes para corroborar com uma atenção integral, uma abordagem fragmentada e descontextualizada da realidade não compreende a essência de transformação expressa na união das ciências da saúde e da educação. Para se promover uma ação dialógica de reflexão quanto à realidade pautada em conhecimentos empíricos, científicos e subjetivos da esfera de vida das populações, faz-se necessário envolver os usuários dos serviços de saúde em atividades de cunho permanente relacionadas à realidade de vida de cada localidade, buscando desvelar significados do exercício cotidiano para a promoção da saúde no nível individual e comunitário.

Conceitualmente os autores fornecem distintos significados à educação em saúde. Machado *et al* (2003) descreve como o ato de estimular a participação da comunidade com o objetivo de promoção da saúde, envolvendo os sujeitos com/sem agravos. Conforme afirma Vila e Vila (2007), apresenta-se como a união dos saberes da educação e da saúde com a finalidade de ampliar os horizontes de conhecimento tanto individual como coletivo, para a tomada de decisões autônomas e reflexivas. Para Oliveira e Gonçalves (2004) o processo de aprendizagem estimulado pela educação em saúde possibilita um fomento para a autonomia de decisões, propiciando conhecimento para a mudança de práticas e atitudes.

Neste aspecto, a educação em saúde, conforme abordagem descrita de alguns autores, converge para a transformação do sujeito mediante instrumentos educativos. Todavia, metodologicamente, a mudança de práticas e atitudes se relaciona para além dos aspectos normativos de transmissão das informações, conforme imposto historicamente pelo modelo biomédico.

Assim, a educação em saúde deve ultrapassar os horizontes de uma prática dicotomizada, pontual e pré-estabelecida, estimulando uma relação transversal dos saberes da educação com a saúde sob uma proposta pedagógica de trabalho, considerando os aspectos subjetivos ancorados no patamar sociocultural que envolve os mecanismos das atitudes dos homens. Pois, somente ações prescritivas que não permitam a participação da população são antecipadamente fadadas a não atingir o objetivo proposto da transformação dos sujeitos para a autonomia.

A proposta pedagógica da educação em saúde com vistas à autonomia dos sujeitos participativos pauta-se no desenvolvimento de potencialidades de cada ser pela metodologia crítica de atuação. A abordagem desenvolvida por Freire (2005) envolve a problematização como método para propiciar o encontro do conhecimento com a reflexão, gerando autonomia.

Outra vertente educativa diferente da problematização é a atuação tradicional, que possui desvios metodológicos, ao desconsiderar os sujeitos do processo, primando pela transmissão verticalizada das informações. Apesar dos estudos existentes sobre a educação em saúde, Machado e Vieira (2009) identificaram, na prática, a existência de imperícia técnica dos recursos humanos para executar a educação em saúde, corroborada pela dificuldade dos profissionais em confiarem na transformação dos sujeitos com os quais interagem.

Tais atitudes são possivelmente fruto do processo de formação que ainda hoje está baseado na abordagem biologicista e fragmentada do conhecimento, propiciando uma continuidade de ações higienista/sanitárias, caracterizando o profissional de saúde sob um enfoque educativo normativo, punitivo e culpabilizante, onde a população é observada sob a óptica individual, desconsiderando os determinantes sociais envolvidos no processo saúde-doença.

Nesta perspectiva, distanciando-se do modelo fragmentado e patológico no âmbito dos serviços de saúde, a ESF desponta como uma iniciativa que visa à reorganização das práticas em saúde, dentre elas a educação em saúde, elencada para uma atuação dialógica com os usuários, sob o enfoque de construção de saberes determinados pelas necessidades de saúde da população. Torna-se imprescindível, em primeira instância, conhecer os aspectos culturais, de crenças, valores e representações dos assuntos relativos à saúde das comunidades, bem

como promover a interação entre o universo teórico e os aspectos práticos da participação da população para atingir níveis adequados de saúde.

Os profissionais de saúde nestas premissas possuem um papel de destaque quanto aos aspectos relativos à educação em saúde, por serem responsáveis pela aproximação do saber técnico-científico ao popular, devendo distanciar-se da imposição de um conhecimento hegemônico para se envolver na compreensão da situação de saúde da população, propiciando a construção de saberes compartilhados, e, desta forma, fortalecer mudanças efetivas no estilo de vida da população, tendo em vista que foi fruto de um processo conjunto de envolvimento, permeado de novos sentidos e significados para os indivíduos (ALVES, 2005).

Na ESF, a vigilância à saúde, integralidade, enfoque de atenção por necessidades de saúde, diagnóstico situacional local e atenção preventiva para estimular o autocuidado dos indivíduos representam algumas das atividades de natureza voltada para a promoção da saúde, estimulando ações educativas baseadas no levantamento da situação real de saúde da população, para uma intervenção dialógica e conjunta na efetivação de práticas e saberes voltados para a melhoria da qualidade de vida da comunidade (ALVES, 2005).

A educação em Saúde relaciona-se à promoção da saúde, como um desafio a ser vencido pelos serviços com a implementação de uma educação voltada para as dimensões político-sociais, exigindo uma proposta de ensino-aprendizagem com práticas pedagógicas direcionadas para a autonomia dos sujeitos, capaz de considerar os referenciais histórico-culturais e subjetivos, possivelmente influenciado pelas representações que os sujeitos fazem da educação. Neste sentido, a representação social possibilita reconhecer estes aspectos significativos da elaboração do pensamento e condutas dos atores sociais, para melhor instituir atividades de educação em saúde (CHAGAS; XIMENES; JORGE, 2007).

2.3 Educação em saúde na perspectiva da formação profissional: um campo de saber em construção

Na década de 70, a preocupação com o processo de formação e capacitação continuada dos profissionais surge sob o olhar de atender uma nova proposição de saúde, envolvendo a melhoria da qualidade de vida das populações na perspectiva

de considerar todos os aspectos da história de vida do sujeito (RICALDON; SENA, 2006).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) inaugura uma série de debates na América Latina, encontrando forte desarticulação entre as propostas de ensino e as necessidades da população no contexto da multidimensionalidade da atenção à saúde. Frente a esta questão, surgem discussões voltadas para a utilização do ambiente e do processo de trabalho como espaço de construção de soluções, na perspectiva de aproximar às alternativas encontradas a fonte real de enfrentamentos (BRASIL, 2006).

A desarticulação de saberes, o reducionismo das especializações, e a fragmentação em disciplinas estimulavam uma formação voltada para o modelo tradicional, cartesiano. Descaracterizando o profissional de saúde das necessidades reais da população. Assim, a implantação de uma proposta de ação compreendendo a educação como permanente e voltada para a resolução dos problemas da prática permitiria aproximar os serviços de saúde da atenção integral aos sujeitos (LOPES *et al*, 2007).

No Brasil, a repercussão destas discussões, juntamente com a realidade de atuação dos recursos humanos no setor, reafirmava a necessidade de instituir um sistema de formação profissional contextualizado a população, ao ter a realidade vivenciada no trabalho como base para a construção de alternativas, autorizando os atores envolvidos emitir soluções reais para problemas também reais (LOPES *et al*, 2007).

Com estas impressões, desde a Reforma Sanitária, a produção dos delineamentos da Política de Saúde no Brasil constitui em seu bojo, a formação dos profissionais como ineficiente para atingir as demandas de uma lógica de cuidado integral. Nestas premissas, a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) surge como uma possibilidade de alterar o panorama da formação e da continuidade do trabalho dos profissionais no setor saúde (LOPES *et al*, 2007).

A PNEP está regulamentada pela Portaria Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, esta política respalda-se nas leis orgânicas e operacionais do Sistema Único de Saúde (Lei 8.080; Lei 8.142 e NOB 1996 e NOAS 2001 e 2002) apoiando a

integralidade da assistência e efetivando a participação dos três níveis de atenção, o Federal, o Estadual e o Municipal (BRASIL, 2007).

A operacionalização da PNEP ocorre mediante a coordenação dos Colegiados de Gestão Regional e das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço, enquanto esses representam organismos intersetoriais e interinstitucionais com a finalidade de promover o desenvolvimento desta política, e aqueles se responsabilizam pela construção do Plano de Ação voltado para a educação permanente (BRASIL, 2007).

A educação permanente é proposta como estratégia de mudança do contexto das práticas de saúde, sendo implementada numa vertente multidisciplinar, com participação de diversos atores da sociedade civil organizada, e com contínuo fomento à prática de controle social (LINO *et al*, 2009).

Em conformidade com a organização do SUS, foi proposta em uma perspectiva distante das ações pontuais e pautando-se na transformação dos sujeitos para a multiplicação dos saberes em saúde. A participação intersetorial nas atividades de promoção da saúde está presente pela visualização das redes de relações estabelecidas entre os diversos setores da sociedade, como universidades, cursos de pós-graduação, colégios técnicos, Unidades Básicas de Saúde, hospitais universitários, escola de atenção básica dentre outros (BRASIL, 2007).

Com esta articulação intersetorial, o grande desafio da efetivação da educação permanente no SUS consiste em propiciar e potencializar os espaços dos serviços de saúde como promotores de aprendizagem. Para atingir este objetivo, a política de EPS tem como núcleo central a própria população, devendo extrair da proximidade loco-regional ações de educação e saúde envolvendo o campo epidemiológico, demográfico e cultural.

Compreendendo os papéis da educação permanente ainda é possível elencar a importância do direcionamento da formação dos recursos humanos para o SUS, à medida que as instituições de formação, desde o ensino fundamental, devem se responsabilizar e se comprometer em propiciar aos discentes experiências e conhecimento compatível com a construção de saber para o trabalho no SUS (CECCIM, 2005).

Entretanto, como operacionalizar esta proposta? As principais respostas relacionam-se ao estímulo a uma formação de docentes crítica e reflexiva, para que os discentes também possam ser formados em um âmbito intelectual diferenciado, e contribuir para a inovação em saúde. As atividades práticas relacionadas a essa temática envolvem: residência médica voltada para as diretrizes do SUS, VER-SUS, estágio para estudantes de graduação na realidade do SUS, rever as contribuições do hospital universitário, e a qualificação de mais de 100 mil formadores da EPS.

Complementando a proposta da educação permanente, a compreensão desta estratégia projeta a educação como propiciadora de uma assistência integral, contribuindo para a atuação reflexiva dos profissionais e conseqüentemente consolidação do SUS (LINO *et al*, 2009).

A proposta governamental da educação permanente tem base em uma concepção educativa, voltada para a transformação do sujeito, abandonando a pontualidade das ações caráter da educação continuada, e estímulo à mudança de paradigmas na construção do trabalho em saúde – um dos focos da educação permanente do trabalhador de saúde como multiplicador da educação em saúde, em ambiente problematizador e capaz de gerar conhecimento (MORAES, 2006).

Mancia, Cabral e Koerich (2004) apontam um quadro comparativo da educação continuada com a educação permanente, afirmando a proposta desta como transcendente à esfera da educação tradicional de estaticidade e a pré-definição dos papéis do transmissor e do receptor das informações. Mas, expressando uma dinâmica com o objetivo de envolver os atores do processo em uma esfera de transformação, o conhecimento pode nascer e se desenvolver através de experiências e concepções teóricas congruentes com a microestrutura relacional de cada indivíduo.

Assim, a construção governamental de implantação e implementação da educação permanente apresenta-se em construção, com a definição de papéis e atores do processo, ressaltando-se na participação da comunidade e a redefinição de diálogos entre os usuários dos serviços de saúde e o profissional de saúde. Esse novo paradigma requer a interação e um diálogo entre os atores, à medida que a construção do SUS ocorre paulatinamente por todos (MORAES, 2006).

A educação permanente em saúde, como apresentado acima, possui uma normatização expressa por regulamentações. A presença deste direcionamento legal oportuniza a probabilidade de alterar a perspectiva da formação dos recursos humanos do SUS. Todavia, as possibilidades de transformação do trabalho pela produção do processo pedagógico no ambiente do serviço estimulam uma reflexão de cunho teórico sobre o tema (LIMA *et al*, 2010).

Para Ceccim (2005, p. 162), a correspondência da educação permanente pode ser encontrada na “educação em serviço” com a contribuição de diferentes linhas de pensamento. Possui influência da educação popular, ao adotar os princípios da Teoria da Problematização de Paulo Freire; recebe aporte da psicologia organizacional, com a concepção das discussões coletivas; e apresenta reforços fruto das alterações do processo de formação institucional dos profissionais.

Contudo, esta característica de agregar vários conhecimentos consente à educação permanente uma concepção abrangente, envolvida em um processo de elaboração contínuo da educação, sob o olhar pedagógico da formação dos profissionais de saúde na contextualidade das relações estabelecidas no serviço (CECCIM, 2005).

Para Andrade *et al* (2009), a educação permanente depara-se como uma das ações estruturantes dos serviços de saúde, em razão da construção de dispositivos para o enfrentamento dos problemas emergentes das práticas cuidativas. O foco na aprendizagem volta-se para a passagem das modificações do saber-fazer cotidiano, subsidiando abarcar saberes, experiências e subjetividades.

A necessidade de o aprendizado em saúde extrapolar as barreiras de uma atuação tecnicista se justifica na natureza do trabalho em saúde, que apresenta na intersubjetividade os reflexos do encontro de profissionais e usuários (LIMA *et al*, 2010).

Conforme elencado na legislação sobre a educação permanente, a necessidade de propiciar aos serviços um envolvimento efetivo com a população convalidou-se no cotidiano de ações. Com a percepção do deficit dos profissionais de saúde em produzir alternativas de cuidado com a comunidade.

A educação permanente como proposição de alteração das maneiras de se produzir saúde permite aos profissionais um espaço dialógico onde se é possível

formular e implementar a formação em continuidade com os princípios do SUS. Esta proposição agrega-se à educação em saúde, ao refletir as melhorias pedagógicas dos recursos humanos na execução da produção de cuidado, pautando-se no ensino-aprendizagem como forma de se produzir saúde.

Os cenários das Representações Sociais

“A representação não é um reflexo de um objeto, mas um produto do confronto da actividade mental de um sujeito e das relações complexas que mantém com o objecto” (Abric).

3 Teoria das representações sociais e educação em saúde: uma perspectiva congruente de conhecimento

O desenvolvimento da ciência moderna possibilitou o conhecimento de diversas explicações para a forma como o homem compreende e se relaciona com a realidade. Dentre estas abordagens destaca-se a Teoria das Representações Sociais, configurada pela definição das práticas dos grupos sociais que possuem conceitos articulados a um objeto capaz de produzir identidades e orientar condutas. Desta forma, à luz da TRS, foi possível interagir com os universos consensuais do pensamento de enfermeiras e usuários da ESF acerca da educação em saúde (SANTOS; ALMEIDA, 2005).

Para Madeira (2001), os estudos envolvendo a educação devem estar articulados com os aspectos estruturais e históricos da sociedade, por possibilitar a conexão da dinamicidade e inter-relação da educação com as várias ciências. Sob o olhar da educação como um processo continuamente (re) construído, (re) organizado e (re) transmitido na interface da totalidade dos indivíduos em interação com os outros.

A educação visualizada nesta perspectiva de totalidade e de interação só pode ser compreendida por abordagens teóricas capazes de trazer à tona a pluralidade de aspectos objetivos e subjetivos constituintes de tal complexidade. As Representações Sociais apresentam-se como uma possibilidade de aproximação deste objeto de estudo, ao permitir compreender e dialogar com os sentidos e formas que os indivíduos fornecem em seu contexto à educação (MADEIRA, 2001).

Visando a tornar inteligível esta proposição teórica, optamos por apresentar os aspectos conceituais da Teoria proposta por Moscovici, tecer relações com a vertente estruturalista delineada por Abric com a Teoria do núcleo central, e relacionar as representações sociais com os estudos em educação sob o prisma da interação presente destes elementos no desenvolvimento dos significados sociais.

3.1 Epistemologia, contribuições e processos sociocognitivos de formação das representações sociais

Notadamente, o percurso de desenvolvimento da psicologia recebeu afluentes de diversas linhas de pensamento, estando em primeira instância associada a uma

compreensão positivista, ao tentar elucidar os fenômenos comportamentais fundamentando-se em leis estáveis e gerais. Somente após a agregação de uma atitude reflexiva frente à natureza dos eventos sociais, numa perspectiva complexa de interação foi possível corroborar para um entendimento ampliado e relacional da pluralidade de fatores integrantes do desencadeamento das ações dos homens.

Nesta conjuntura, a interface entre a Psicologia e a Sociologia propiciou o desvelar de aspectos do comportamento humano, os saberes individuais e coletivos responsáveis pelo desenvolvimento da Psicologia Social (PS), em interação, permitiram visualizar com lentes multidimensionais o singular/plural; o objetivo/subjetivo; o real/imaginário que envolvem o conhecer dos fenômenos sociais, primando essencialmente para a necessidade de conjugar saberes multidisciplinares na construção da ciência, admitindo o devir como uma característica oportunizadora de conhecimento frente ao dinamismo da sociedade.

Colaborando com a proposição básica das pesquisas científicas de compreender a realidade, ao acompanhar historicamente a epistemologia das ciências, a proposição de Moscovici *apud* Doise (2002) permite conectar o social ao real, ao compreender no encontro com o outro o acontecimento da consciência de nós mesmos, do pensamento, sentimento, motivação e significados da realidade, utilizando-se dos métodos e técnicas da PS como relevantes instrumentos para a compreensão da inter-relação homem e sociedade.

Como objetivo delimitado de situar temporalmente a PS, sem traçar considerações aprofundadas sobre o tema, apresentamos alguns dos autores precursores desta abordagem, estando a construção epistemológica da PS, com raízes no século XIX, com a influência da física social de Comte (1828) e Quételet (1869); a linguística de Lazarus (1882); a psicologia dos povos de Wundt (1960), até os trabalhos de Ross e McDougall (1908), o primeiro que discorre sobre a PS, e o segundo, sobre as características mentais do homem como importante para vida em sociedade – ambos os estudos de relevância para a definição da PS (VALA; MONTEIRO, 2006).

Utilizando da PS e do conceito de representação, Moscovici aborda aspectos relevantes para o entendimento das relações dos homens em sociedade, adotando como princípio a noção das diversas reações estabelecidas pelos grupos de

peças frente aos fenômenos, sugerindo um sistema de percepção e cognição direcionado para responder aos eventos da realidade, com base em elementos coesos, pré-estabelecidos, representações (MOSCOVICI, 2003).

Estas representações operam de maneira a convencionalizar os objetos para serem posteriormente identificados em um sistema de categorias. Tal característica de uniformidade surge antes mesmo de uma consciência formal sobre ela, sendo adotada pelos homens no convívio social, haja vista que a socialização possibilita ao indivíduo conhecer os aspectos singulares e comuns do ambiente, para assim estabelecer um universo significativo, direcionador das condutas frente a estímulos distintos (MOSCOVICI, 2003).

Com o objetivo de aproximar a compreensão do universo de significados sociais do entendimento científico, a Teoria das Representações Sociais, tendo como berço a Psicologia Social, e sob influência dos estudos de Durkheim sobre representações coletivas, com a perspectiva de abordar os processos pelos quais os indivíduos em sociedade conhecem e constroem teorias e significados sobre os objetos, sendo a comunicação e as atitudes comportamentais o reflexo de tais expressões, atrelando-se a maneira como os homens produzem sentidos do ambiente cotidiano, para projetar atitudes frente às representações (VALA; MONTEIRO, 2006).

Para o delineamento desta abordagem das representações sociais, Moscovici buscou distanciar-se do predominante individualismo da psicologia da época e se aproximar da psicossociologia, tendo em vista o caráter social das representações. Ao utilizar a sociologia, faz referência aos estudos de Durkheim, que, apesar das contribuições, não corresponde inteiramente à natureza das representações sociais. Na obra de Durkheim as questões essenciais da sociedade encontram-se investigações sobre as práticas religiosas, culminando no desenvolvimento da ideia das representações coletivas, expressa na religião como a natureza fundamental do homem (SPINK, 2004).

Nesta perspectiva, Moscovici discorda de Durkheim pela característica estável e direcional de explicar a expressão da sociedade utilizando-se de explicações absolutas (NOBRÉGA, 2001; SPINK, 2004). Talvez pela ruptura das representações sociais com as ideias positivistas, somente na década de 1970 torna-se objeto de

estudo em áreas distintas. Com a ocorrência da publicidade dos estudos de Moscovici sobre a psicanálise, responsável por retomar o conhecimento produzido socialmente, senso-comum, como um saber relevante para a compreensão da lógica de pensamento social que produz parâmetros para a análise científica (NOBRÉGA, 2001).

Estudando os mecanismos de apropriação de uma teoria científica pelo homem comum, Moscovici estabelece laços para o entendimento da construção da realidade social pelos indivíduos, constatando que, além de receber e processar as informações, as pessoas constroem significados para a realidade. Esses significados são fruto da interação social dos homens, ao partilharem um universo interior e exterior propiciador da relação sujeitos e objetos, por conseguinte, dessa interação surge a representação, construção do sujeito sobre um objeto, todavia, tal representação está atrelada às características do objeto e do sujeito, simultaneamente, pois tem origem na atividade mental do indivíduo e das complexas relações que possui com o objeto (ABRIC, 1987 apud VALA; MONTEIRO, 2006).

O conceito dinâmico de representação, extraído por Moscovici da psicologia, retoma a indivisibilidade existente entre interior e exterior, sujeito e objeto, estando clarificada a ideia de construção das representações sociais pela interação e comunicação dos grupos, estabelecendo atividades cognitivas e simbólicas de aceção coletiva o que caracteriza as representações sociais como produzidas e partilhadas socialmente (VALA; MONTEIRO, 2006).

A TRS, concebida de forma complexa, evoca os saberes de diversos autores para fundamentar a presença de um *corpus* de conhecimento atrelado à diversidade de aspectos da essência e sociabilidade dos homens. Dentre esses, as contribuições de Berger e Luckman sobre a construção social da realidade; Piaget, acerca do desenvolvimento intelectual; Bruner, com a teoria dos fatores motivacionais na gênese da percepção; Heider, com a compreensão do pensamento humano no âmbito social; e Vygotsky, abordando os processos cognitivos como fruto da interação social, aproximam as representações sociais do desvelar da realidade objetivo-subjetiva.

Conforme abordado por autores como Moscovici (1969) e Abric (1994), as representações sociais constituem um dos instrumentos para apreender o

significado dos elementos cotidianos do ambiente social, sendo formadas a partir de dois processos permanentemente em relação: a objetivação e a ancoragem (VALA; MONTEIRO, 2006).

Neste contexto, a objetivação relaciona-se à organização dos elementos formadores da representação, expressando como um elemento se materializa na realidade social. Este processo é constituído pela construção seletiva, esquematização e naturalização (VALA; MONTEIRO, 2006).

A *construção seletiva* discorre acerca da seleção das informações, ideias e crenças de um determinado objeto. Estas preferências estão atreladas a normas e valores subsidiadores da escolha e organização dos aspectos de um objeto para a formação da representação. Já a *esquematização* corresponde à organização dos elementos fruto da construção seletiva, estando essa (re) organização dependente de uma transição do esquema figurativo para o material, sendo a *naturalização* responsável por tornar o constructo de imagens e valorações em realidade (VALA; MONTEIRO, 2006).

A objetivação propicia a transformação do conhecimento de uma pessoa ou objeto da esfera não familiar para a esfera familiar, possibilitando entender um conceito em uma imagem ou vice e versa, possibilitando facilitar a interpretação das características deste conceito ao permitir a visualização deste de maneira real (MOSCOVICI, 2001).

A ancoragem ocorre simultaneamente à objetivação, sendo definida como as âncoras de sustentação de uma representação. Alberga que a premissa do tratamento das informações pelos homens está fundamentado em experiências pré-existentes, portanto, a assimilação de novas representações constitui-se de maneira dinâmica, por permitir a inclusão de novos elementos e simultaneamente alterar as representações antigas, para, conseqüentemente, produzir novas representações (VALA; MONTEIRO, 2006).

Em linhas gerais a ancoragem significa “classificar e dar nome a alguma coisa” (p.61), contribuindo para a contextualização dos objetos no universo real, à medida que as informações produzidas pela mente humana são fruto da diversidade de experiências e saberes herdados e exercidos cotidianamente. O encontro do homem com o desconhecido evoca medo e insegurança, sendo necessário

encontrar mecanismos para extrair do estranho algo familiar e assim inseri-lo em um contexto comum (MOSCOVICI, 2003).

O processo de formação das representações sociais (objetivação e ancoragem) denota a interface de relações existente entre os elementos das representações com o comportamento dos homens em sociedade. A ação dos indivíduos entrelaça-se ao sistema de representação social, responsável por nortear parte das condutas humanas, e gerir o contexto de significados dos objetos em uma perspectiva transversa e multidimensional.

3.2 Abordagem estrutural da Teoria das Representações Sociais

O desenvolvimento de estudos acerca da TRS propiciou a constituição de variadas vertentes de atuação embasadas na proposta de Moscovici. Alguns autores como Buschini *apud* Moreira (2005) propõem basicamente duas vertentes metodológicas decorrentes deste desenvolvimento intelectual: a primeira delas e mais utilizada e a perspectiva dos conteúdos, fundamentada nos discursos dos grupos sociais; e a segunda abordagem, denominada de estruturalista, com enfoque na forma do discurso.

Todavia, segundo Sá (1998), a também denominada Grande Teoria, proposta por Moscovici, possui três possíveis correntes teóricas expressas por: Jodelet, com delineamento mais próximo da teoria original; Doise, sob uma perspectiva mais sociológica; e Abric, com destaque para os aspectos cognitivos e estruturais das representações, sendo possível, a depender do objeto de estudo analisado, a articulação de mais de uma corrente teórica.

Fundamentando-se nesta proposição, foi adotada para a construção deste estudo a vertente estruturalista proposta por Abric (2000) e corroborada por Sá (1998) para agregar a perspectiva dos conteúdos, os aspectos estruturais e organizativos das Representações Sociais de enfermeiras e usuários da ESF acerca da educação em saúde.

Baseado nos estudos acerca das Representações Sociais, Abric, em 1976, desenvolve uma abordagem específica para a organização dos elementos de uma representação, ao apresentar as representações como uma forma de saber elaborada pelos sujeitos da totalidade e singularidade da relação sujeito/objeto,

permeado por uma conjuntura cognitiva, valores, historicidade, contexto social e ideológico. Para cumprir tal finalidade, as representações são estruturadas em núcleos estabelecidos entre os elementos sustentadores que compõem as relações das representações com a realidade objetiva (ABRIC, 2000).

A realidade pode ser compreendida em três aspectos: realidade objetiva/subjetiva/representada, o que colabora para o entendimento da inexistência de uma realidade objetiva neutra e insensível ao olhar dos sujeitos sobre ela, ou seja, os aspectos objetivos e subjetivos dos indivíduos em interação com as características dos objetos definem uma realidade representada. Tal representação é fruto da reapropriação pelos indivíduos ao integrar ao seu sistema de valores, contexto social e ideológico os componentes objetivos dos objetos (ABRIC, 2000).

Esta compreensão da realidade representada permite convalidar as Representações Sociais com quatro funções específicas: saber, orientação, identitária e justificadora. A primeira função, a de *saber*, por instituir sentido a realidade à medida que o conhecimento sobre determinado objeto é apresentado e divulgado surgem transformações nas representações da sociedade. A função de *orientação*, por nortear as práticas sociais, sendo ao mesmo tempo fruto e gênese da expressão social, ao conceber a participação dos aspectos objetivos da realidade e da relação do sujeito com este real. A função *identitária*, ao instituir um grupo de pertença com representações geradoras de uma identidade grupal. E a função *justificadora*, ao corresponder a justificativa dos comportamentos e tomada de posição em relação a uma representação (SANTOS; ALMEIDA, 2005).

A inquietude de Abric quanto ao funcionamento do pensamento social, no tocante às Representações Sociais, possibilitou o desenvolvimento da Teoria do Núcleo Central. Segundo Rouquette (2005), para a compreensão desta Teoria deve-se considerar o sistema de relação de uma representação, baseado nas características de *valores de uma relação*, ao admitir um ou vários valores cognitivos responsáveis pela organização totalitária de uma representação; *configurações de relações*, compreendidas pelo tempo de relação da representação, que pode ser temporário ou duradouro; e *regras da estática e dinâmica* das representações, expressa pela plasticidade e inflexibilidade das relações entre os elementos da representação.

A compreensão do sistema de relação subsidia o entendimento das Representações Sociais em dois sistemas distintos e relacionados, responsáveis pela interação individual e social dos indivíduos, o sistema central e o sistema periférico. O primeiro estabelece a homogeneidade de um grupo, por expressar a história coletiva, com um núcleo rígido, coerente e estável. O segundo, o núcleo periférico, é heterogêneo, fruto das experiências individuais, por isso flexível e responsável por sustentar o núcleo central (VALA; MONTEIRO, 2006).

O núcleo central, ou estruturante, pode ser definido por critérios quantitativos e qualitativos, apresentados, respectivamente, pela dimensão social com a capacidade de diluição no universo coletivo e pelo fornecimento de significados aos elementos constituintes. Enquanto que as características de estabilidade, homogeneidade, coerência, e permanência, no decorrer do tempo, influenciam a manutenção social da representação construída nas situações históricas, sociológicas e ideológicas, não sendo assim dependente do contexto imediato e permitindo a manutenção das características sociais (ABRIC, 2000).

Com estas características, o núcleo central assume duas funções: a função geradora – pela capacidade de criar, transformar e fornecer sentido a uma representação –; e a função organizadora, com a definição de unificar e estabilizar uma representação ao estabelecer elos entre os elementos significativos (ABRIC, 2000).

O núcleo periférico, reflexo das características individuais e do contexto cotidiano imediato, possui como características: a flexibilidade, heterogeneidade e admite novas experiências e histórias individuais. A partir de tais nortes, admite três funções: concretização, regulação e de defesa. A função de concretização, identificada pela conexão do núcleo central com a realidade; função de regulação, por permitir a representação se adaptar ao contexto imediato; e funções de defesa do núcleo central, os sinais de mudança de uma representação, podem ser encontrados no sistema periférico que tolera elementos novos e até contraditórios, pois se ocorrer mudança no núcleo central gera uma alteração em toda a representação (ABRIC, 2000).

O conhecimento da Teoria do Núcleo Central possibilita estabelecer pontes entre o conhecimento coletivo e individual, e compreender o processo de evolução

do pensamento social. As Representações Sociais comportam uma diversidade simultânea de significados, ao mesmo tempo estáveis e flexíveis, fruto da integração dos indivíduos em sociedade.

3.3 Educação e representações sociais a conexão do eu com o outro nas multifacetadas da realidade social

As pesquisas em educação possuem uma diversidade de abordagens teóricas, relevantes para apresentar o objeto de estudo as dimensões e limitações da teoria adotada. Neste sentido, a Teoria das Representações Sociais apresenta-se como um dos possíveis instrumentos necessários para a compreensão da educação, sob o enfoque dinâmico, relacional e conectado à individualidade e coletividade do tema, em especial por permitir um direcionamento articulado das questões estruturais, históricas, ideológicas e coletivas aos aspectos individuais, subjetivos e transitórios.

Segundo Madeira (2001), existe no Brasil uma forte relação de estudos envolvendo as representações sociais e a educação, evidenciados nos últimos 20 anos de produção científica. Tais pesquisas merecem destaque pela capacidade de articulação dos contextos internos e externos permeadores dos diversos prismas envolvidos no processo educacional.

A abordagem multidisciplinar com as contribuições tanto da psicologia como da sociologia, para a percepção da realidade pelo homem, permite aos estudiosos das Representações Sociais organizarem uma forma de conhecimento plural e complexo, capaz de compreender como os indivíduos em seus universos singulares interagem com os objetos na produção de uma realidade coletiva. Os frutos destas relações são expressos pelos significados construídos pelos sujeitos no agir cotidiano.

A compreensão da natureza dos homens e das relações estabelecidas com os objetos permite captar os reflexos da interação dos indivíduos em sociedade. Concordando com Morin (2008a, p.233), podemos observar que “o sujeito está presente em todos os objetos que conhece, e os princípios de objetivação estão presentes no sujeito”, podendo ser agregado às contribuições de Vala e Monteiro (2006) sobre a necessidade de apresentar as representações sociais como produtor e produto da indivisibilidade do sujeito com o objeto.

A esfera de estudo da educação sob o olhar das representações sociais permite-nos retomar três vertentes que envolvem os sujeitos no processo educativo: primeiro, focalizado na conscientização, determinada pela interação social como agente de socialização e individualização, pois a consciência da minha existência nasce no encontro com o outro, permitindo o conhecimento do “eu”, e, conseqüentemente, a interação possibilita a instrumentalização necessária para agir na realidade com bases sociais e individuais. Segundo, expresso no processo de interação social, fomenta a construção de um universo semântico e valorativo capaz de alocar em sistemas fluídos de classificação os sentidos e significados dos objetos. E o terceiro, apresentado pela participação, promulga os comportamentos e práticas instituídos pelos indivíduos com base em um sistema anterior de significados (MADEIRA, 2001).

Tais características permitem ultrapassar as barreiras da fragmentação, reducionismo e a-historicismo, ao alocar os estudos da educação sob a vertente das Representações Sociais, como maneira de entender como os sujeitos estabelecem com os objetos determinadas relações de sentidos, e assim vislumbrar as práticas dos sujeitos como produto de relações complexas e articuladas (MADEIRA, 2001).

A possibilidade de inferência da prática dos sujeitos a partir das Representações Sociais discorre sobre os processos de produção e circulação de uma representação, ocorrendo baseada nos discursos, fruto da difusão, propagação e propaganda. As pessoas em sociedade constroem e ressignificam as representações sobre determinados objetos, utilizando-se da linguagem como instrumento de manutenção ou modificação (SANTOS; ALMEIDA, 2005).

Situando as questões de significado e comunicação nas Representações Sociais e estudos em educação, Madeira (2001) aborda três pontos relevantes para serem analisados no caminho percorrido pelo conhecimento da sua apreensão a sua aplicação pelos sujeitos: a realidade é definida pelo significado; os significados produzidos dependem do contexto; os significados contextualizados integram os universos psíquico e social, sem separações. Ou seja, a realidade é construída pelas pessoas socialmente na interação com os outros e com o mundo, direcionando as ações práticas pela junção dos conhecimentos reificados incorporados a conjuntura dos indivíduos.

As Representações Sociais e Educação, conforme abordado no início deste subtópico, indicam uma alternativa para o estudo da educação, sob uma ótica plural e conectada de conhecimento, visando a apresentar as informações, ao considerar as nuances dos universos consensuais e singulares dos indivíduos em sociedade, não esgotando assim as possibilidades do tema, mas apenas denotando uma forma de conhecer pautada nos significados estabelecidos e partilhados socialmente

Desenho Metodológico

*“Nunca chegamos aos
pensamentos. São eles que vêm”
(Heidegger).*

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Desenvolvemos uma pesquisa com a abordagem multimétodos, caracterizada como descritivo-exploratória, de natureza qualitativa, ancorada na Teoria das Representações Sociais, sob a perspectiva estrutural de Abric (2000).

Os estudos descritivos e exploratórios pretendem compreender um fenômeno para elencar variáveis e hipóteses, possuindo flexibilidade quando à coleta dos dados, haja vista que designa manter maior familiaridade com o objeto de estudo, propiciando adentrar em uma realidade específica e apreciar com propriedade os conhecimentos envolvidos na temática (TRIVIÑOS, 2009).

A natureza qualitativa corroborada pela assertiva de Minayo (2006) define estas vertentes metodológicas como complementares ao possibilitar vislumbrar o acontecimento de um fenômeno estudado sob a região visível e a invisível, ou seja, permite compreender aspectos relacionados a crenças, atitudes, opiniões e significados das relações humanas, atrelados a aspectos mensuráveis como frequências, porcentagem, média e desvio padrão, dentre outros.

Conforme Pope e Mays (2009), a complexidade dos fenômenos estudados sugere a necessidade de utilizar abordagens multimétodos, com a finalidade de expandir o universo da pesquisa com maior acesso a variedade de características dos dados.

O aporte teórico da TRS, sob a perspectiva estrutural, permite a utilização de diversas abordagens metodológicas, contribuindo de maneira diversa e criativa para a construção dos objetos de pesquisa. As representações sociais não estão atreladas a delimitações restritas de pesquisa, contrariamente, buscam agregar distintos e compatíveis métodos de investigação para se aproximar da apreensão dos universos consensuais dos sujeitos.

4.2 Campo de estudo

O cenário deste estudo é representado pelas Equipes de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista - Bahia, em virtude da densa constituição do sistema de saúde com foco reorganizador na Atenção Básica.

Vitória da Conquista é o terceiro maior município do estado da Bahia, possui população de 308.204 mil habitantes, com 80% deste total morando na área urbana. Da capital dista 510 quilômetros, e em razão da localização espacial e malha viária é responsável por ligar o Norte ao Sul e o Leste ao Oeste do país, tornando-se estratégica e logisticamente situada. Quanto à geografia, encontra-se situada no semiárido, com clima tropical, abrandado pela altitude – que em certos locais podem chegar a novecentos metros (DATASUS, 2009; SOLLA, 2010).



Figura1. Mapa do estado da Bahia, com destaque da cidade de Vitória da Conquista. Fonte: SEBAB (2010)

Historicamente a primeira população da cidade foi composta por povos indígenas, e, em meados de 1720, o colonizador português chamado João Gonçalves da Costa ocupou a região a procura de ouro, quando fundou o arraial da Conquista. Em contrapartida, expulsou os indígenas com lutas sangrentas e escravizou o povo Ymbóre (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2010).

O desenvolvimento destas terras ocorreu mediante a pecuária e plantio de algodão. Em 1891 tornou-se cidade e importante polo regional do comércio de produtos agrícolas e pecuários. Em 1940 o município passa a ser chamado de Vitória da Conquista, e a construção de uma ligação deste município com o trecho da Rodovia Federal denominada Rio - Bahia atraiu imigrantes de diversos estados do país. Em 1972, com o apoio do Governo Federal e Estadual ao setor cafeeiro,

Vitória da Conquista, juntamente com Planalto, Poções e Barra do Choça, passa a investir na lavoura cafeeira (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2010).

Todavia, esta expansão agrícola teve declínio nos anos de 1980, o que reafirmou o comércio e estimulou o crescimento industrial como instrumentos do desenvolvimento regional. Seguidamente ocorreu o crescimento na educação com a Faculdade de Formação de Professores; e o setor saúde passa por desenvolvimento importante com serviços de maior complexidade e qualidade prestados à população (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2010).

Atualmente, a economia do município está atrelada aos setores da agricultura, pecuária, indústria e comércio. Com estimativa para o ano de 2008 de um PIB de R\$ 1,8 bilhões, sendo de 81,46% a participação dos setores comércio e serviços. O Índice de Desenvolvimento Humano em, 2000, elencou a cidade no nono lugar no *ranking* estadual (DATASUS, 2009).

O panorama da atenção à saúde na cidade em 1997 apresentava-se em declínio, com profissionais desmotivados pelo atraso dos salários e precárias condições de trabalho. Os serviços do SUS estavam sob a gestão estadual do sistema. As dívidas eram superiores a arrecadação municipal, e impossibilitava os investimentos necessários nos diversos setores da sociedade (SOLLA, 2010).

Contudo, esta situação é revertida mediante a implantação da gestão participativa, com alterações relevantes no cenário financeiro da cidade. Em 1999, a municipalização torna-se uma realidade, e com a adesão à Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde foi possível expandir as ações de vigilância da saúde, e elaborar instrumentos de regulação, controle, avaliação e auditoria do sistema de saúde (SOLLA, 2010).

Essa expansão teve como eixo organizador a ESF. Segundo Brasil (2001), a trajetória da ESF em Vitória da Conquista representa um modelo em expansão, propiciado pela integração existente entre laboratórios, hospitais e profissionais especializados com o Saúde da Família.

A definição das áreas prioritárias para implantação da ESF foi fruto das discussões no Conselho Municipal de Saúde (CMS), com a priorização para as áreas de risco. Foram implantadas 06 (seis) equipes do Programa de Agentes

Comunitários em Saúde na zona urbana e rural; e 05 (cinco) Unidades de Saúde da Família (OPAS, 2004).

Assim, a rede básica é configurada tendo como modelo de reorientação a ESF, cujo total de unidades, em 2007, correspondia a 37, sendo 23 situadas na zona urbana e 14 na zona rural. Enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos, odontólogos e auxiliares de consultório dentário trabalhavam em todas as unidades, além dos Agentes comunitários de Saúde (ACS), totalizando 432 profissionais, enquanto que a cobertura populacional pelo ESF alcança 51,7% (SOLLA, 2010).

Atualmente, a rede de atenção à saúde do município consta com serviços compreendidos desde a atenção básica até a alta complexidade, além de convênios com órgãos estaduais e federais. A Atenção Básica composta pelas 33 Unidades de Saúde da Família – 15 unidades na zona rural, perfazendo a cobertura de 100% da população, e 18 unidades na zona urbana, contribuindo para a cobertura total da cidade de 63%. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde, além de estar inserido nas USF, também compõe as 06 Unidades Básicas de Saúde (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2010).

Compõem a rede de atenção do município os seguintes serviços: Vigilância Epidemiológica, Programa de Controle de Endemias, Imunização, Vigilância Alimentar e Nutricional, Vigilância Sanitária, Vigilância à Saúde, Cadastro do Cartão SUS, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), Centro de Referência em Dst/Aids, Centro Regional de Saúde ao Trabalhador (CEREST), Centro Especializado em Odontologia (CEO), Central de Marcação de Consultas, Samu 192, Farmácia Popular, Pólo de Educação Permanente em Saúde, Centro Municipal de Atenção Especializada – CEMAE –, Centro Municipal Especializado em Reabilitação Física (CEMERF), Hospital Municipal Esaú Matos, Laboratório Central Municipal, e Banco de Leite Humano (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2010).

Os progressos no setor saúde do município podem ser apresentados pelo progressivo aumento da cobertura populacional do PSF e PACS, contribuindo para maior cobertura vacinal; aleitamento materno exclusivo em crianças até quatro meses, gestantes com consulta de pré-natal, redução da desnutrição em menores

de dois anos e diminuição de internamentos por pneumonia e desidratação em menores de cinco anos (SOLLA, 2010).

Além da melhoria das coberturas e taxas explicitadas, na Atenção Básica em saúde, o acolhimento foi implantado como uma estratégia de cuidado, favorecendo a recepção e escuta das necessidades dos usuários, acompanhado do desenvolvimento de atividades individuais e de grupos e estímulo a implantação dos Conselhos Locais de Saúde (SOLLA, 2010).

Apesar dos avanços conquistados, Solla (2010) aponta os limites orçamentários como uma dificuldade a expansões no setor. Além da necessidade de continuar investindo na educação permanente dos profissionais, e ampliar o acesso e participação dos usuários na saúde.

4.3 Sujeitos do estudo e procedimentos de coleta dos dados

Inicialmente definimos as enfermeiras como sujeitos da pesquisa, ao concordar com Campos e Guerrero (2010) sobre o papel histórico e social desenvolvido pela enfermagem nas práticas educativas em saúde. Para colaborar com a compreensão deste universo, agregamos os usuários nesta proposta de vislumbrar o fenômeno da educação sob dois olhares distintos e interconectados.

As enfermeiras e usuários da zona urbana do município de Vitória da Conquista compõem os informantes da pesquisa. A definição destes dois grupos atenderá os seguintes critérios: para enfermeiras o tempo mínimo de trabalho na ESF de um ano, e para os usuários o cadastramento mínimo de um ano e participação em atividades de educação em saúde. Esta delimitação temporal visa a colaborar com o eixo teórico da análise cuja fundamentação apresenta-se na TRS. Para o teste de evocação livre de palavras, estabelecemos coletar informações de todas as enfermeiras, e de, no mínimo, 10 usuários por unidade. Para a entrevista utilizamos o critério de saturação das respostas para cessar a coleta.

Do teste de evocação livre de palavras participaram todas as 22 enfermeiras da zona urbana, provenientes de 18 diferentes Unidades de Saúde da Família. O número maior de enfermeiras do que de unidades pode ser explicado pelo fato de uma unidade possuir três equipes e outra possuir duas equipes. Os usuários totalizaram 61, oriundos de dez unidades distintas, sendo o número de informantes

por unidade correspondente a 2,5,5,5,5,6,7,7,8 e 11. A meta de coletar a evocação de no mínimo 10 informantes por unidade não foi alcançada em razão de algumas pessoas se recusarem a participar.

Na entrevista semiestruturada tivemos a fala de 12 enfermeiras e 14 usuários estabelecidos *a priori* pelos pesquisadores.

O procedimento adotado para a coleta dos dados envolveu primeiramente a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, através do protocolo nº 176/2009, seguindo de liberação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para coleta de dados.

Antecedendo a coleta dos dados realizamos o pré-teste dos instrumentos, conforme orientação de Marcoki e Lakatos (2007), com enfermeiras e usuários da ESF do município de Vitória da Conquista, constatamos a necessidade de adequar algumas questões e acrescentar uma explicação ao estímulo indutor da coleta do teste de evocação livre de palavras dos usuários.

Posteriormente, realizamos levantamento na Secretaria Municipal de Saúde do número de Equipes de Saúde da Família e o quantitativo correspondente de usuários e enfermeiras. Com posse destas informações, visitamos as Equipes de Saúde da Família, apresentando a liberação da SMS para a coleta dos dados, e agendando com as enfermeiras de cada unidade uma data de retorno para a apresentação da proposta da pesquisa. Após retornar nas datas estabelecidas, apresentar o projeto de pesquisa e solicitar formalmente a participação dos informantes no estudo, iniciamos a coleta dos dados com o consentimento informado de cada sujeito, através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Na oportunidade da coleta dos dados com as enfermeiras, agendamos outro retorno para uma data com atividade de educação em saúde no intuito de observar e agendar a coleta da entrevista com os usuários. A maioria das unidades não possuía atividades desta natureza em datas fixas, e então utilizamos como recurso as oportunidades do período de observação do trabalho na ESF para a coleta. O local de coleta dos dados foi a própria USF para os enfermeiros, e, devido à dificuldade

de acesso aos usuários, algumas coletas de dados e processaram na USF e outras no domicílio.

Vale ressaltar que para todos os informantes o primeiro instrumento a ser coletado foi o teste de evocação livre de palavras para não haver influência das entrevistas nos conteúdos obtidos da evocação.

4.4 Instrumentos de coleta dos dados

Os instrumentos para a coleta dos dados foram entrevista semiestruturada, teste de evocação livre de palavras e diário de campo. A entrevista semiestruturada consta com dados do perfil sociodemográfico, fornecendo informações analisadas, questões abertas direcionadas diferentemente para as enfermeiras e para os usuários das Unidades de Saúde do município, com subsídio para a análise qualitativa. O teste de evocação livre de palavras apresentou o conteúdo e estrutura das representações sociais. No diário de campo registrou-se a observação das atividades educativas, constando todos os instrumentos nos apêndices B, C, D e E.

A entrevista semiestruturada representa um instrumento de coleta dos dados que permite direcionar questões pré-elaboradas para a apreensão de determinado conteúdo, especialmente utilizado nas investigações sociais. Por ser semiestruturada permite o acréscimo ou direcionamento de outras questões não presentes no roteiro para atingir o objetivo do estudo. Segundo Triviños (2009), a entrevista semiestruturada permite a descrição, explicação e compreensão global de um fenômeno pesquisado, possibilitando gerar uma interface de comunicação entre o pesquisador e o informante do estudo acerca de um tema específico.

Neste estudo, a entrevista semiestruturada é apresentada diferentemente para as enfermeiras e usuários, objetivando adequar-se linguisticamente para os públicos entrevistados. Para as enfermeiras, o instrumento conta com onze questões direcionadas ao perfil sociodemográfico, e cinco questões abertas. Enquanto que para os usuários a entrevista semiestruturada consta de seis questões relacionadas ao perfil sociodemográfico, e cinco questões abertas.

O teste de evocação livre de palavras corresponde ao instrumento estruturado com o seguinte estímulo indutor: “Quais palavras vêm a sua mente quando digo para você o seguinte termo: ‘educação em saúde’?”. Contudo para os usuários da ESF,

conforme direcionamento obtido durante pré-teste dos instrumentos, utilizamos como estímulo uma frase expressa: “ Atividades desenvolvidas por trabalhadores do posto de saúde trazendo informações sobre a saúde através de conversas, bate-papos, reuniões ou palestras, em locais com várias pessoas, ou somente com você”. A escolha pelo estímulo indutor como frase ocorreu pela necessidade de adequar linguisticamente o termo educação em saúde ao grau de entendimento da população. Tal direcionamento também pode ser encontrado em trabalho desenvolvido por Ennes (2008).

Antecedendo a aplicação do teste, foi comunicado aos informantes do estudo que eles deveriam rapidamente falar (evocar) cinco palavras relacionadas à questão indutora.

O teste de evocação livre de palavras constitui um método de apreensão do conteúdo e estrutura das representações sociais de forma autêntica e simples. Apresenta-se como um teste projetivo da psicologia clínica que permite aos sujeitos trazer à lembrança pela verbalização o presente na memória. A característica de projeção permite conhecer aspectos cobertos pela consciência pertencentes à vida psíquica dos indivíduos e muitas vezes não é admitido nas conversações obtidas através de entrevistas (OLIVEIRA *et al*, 2005; ROSA, 2005; BARDIN, 2004)

Na perspectiva de colaborar com a apreensão do fenômeno da educação em saúde estudado, ainda foi utilizado como técnica de coleta dos dados a observação não participante, possibilitando uma aproximação à realidade pesquisada, permitindo ver, ouvir e examinar fatos de uma realidade concreta (MARCONI; LAKATOS, 2007). Para atingir esta meta, durante o período de coleta dos dados realizamos a observação da organização prática das atividades educativas desenvolvidas nas unidades pesquisadas, e registramos as informações em diário de campo.

Triviños (2009) afirma que na observação o pesquisador deve ter habilidade para destacar as características específicas dos fenômenos sociais, permitindo individualizar e agrupar fenômenos em uma dada realidade.

4.5 Questões Éticas

Este estudo foi desenvolvido respaldando-se na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), regulamentadora das pesquisas com seres humanos, considerando a observância da beneficência, não maleficência, ausência de riscos e prejuízos, com garantia do anonimato aos sujeitos do estudo.

O início da coleta de dados ocorreu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, através do protocolo nº 176/2009. A coleta dos dados aconteceu após aceitação dos sujeitos em participar do estudo, formalizando tal aceitação mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), apresentado em duas vias, com uma via dos pesquisadores e a outra dos informantes do estudo. A não continuidade em participar do estudo foi facultada aos informantes, que mesmo após a assinatura do TCLE, poderiam desistir de participar da pesquisa sem qualquer ônus. A identificação dos sujeitos ocorreu no decorrer da pesquisa utilizando-se para as enfermeiras a letra 'E' acompanhada do número da entrevista, como exemplo *E1*, *E2*, *E3*... Para os usuários empregamos a letra U também acompanhada do número das entrevistas, *U1*, *U2*, *U3*..., com a finalidade de manter o anonimato dos informantes.

O período da coleta dos dados, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa, ocorreu entre os meses de janeiro a julho de 2010.

4.6 Análise e discussão dos resultados

A análise e discussão dos dados coletados ocorreram mediante o olhar estruturalista da TRS dos autores Abric (2000) e Sá (1998). Consoante aos objetivos e natureza deste estudo, buscamos agregar conhecimentos para a análise capazes de responder à proposta complexa do fenômeno estudado. Para tanto, fez-se necessário atrelar distintos autores para apreender o objeto do estudo, sob o prisma qualitativo e quantitativo das Representações Sociais.

De forma esquemática apresentamos a proposta de análise dos dados atrelando as informações obtidas com o teste de evocação livre de palavras, entrevista semiestruturada e observação não participante, na figura 1. Utilizamos a figura de um espiral para evidenciar o movimento e interação das Representações

Sociais no cotidiano de relação dos sujeitos com o universo, sendo o resultado de tal afinidade produto e produtor da realidade vivida pela sociedade.

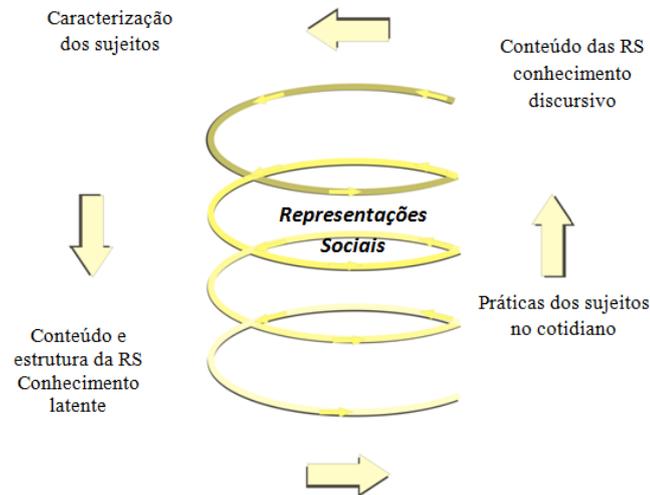


Figura2. Esquema de análise dos dados à luz da Teoria das Representações Sociais. Fonte. Elaboração das autoras com bases nos espirais de Jodelet apud Oliveira *et al* (2005)

A abordagem multimétodos direciona para uma análise e discussão dos dados capaz de abarcar as multifacetadas da realidade apresentada. Para cumprir tal finalidade, dividimos a análise e discussão em quatro aspectos, com vistas a uma apresentação didática, todavia sem distanciar-se da constante relação dos elementos entre si na definição da Representação Social.

O **primeiro** aspecto discorre sobre a caracterização dos informantes do estudo, sendo apresentadas as frequências e porcentagens das características das enfermeiras referentes à idade, sexo, tempo de formação, tempo de trabalho, número de vínculos empregatícios, quantidade de capacitações. Enquanto que para os usuários as variáveis envolvem: idade, sexo, grau de instrução, tempo de cadastrado na ESF, e se apresenta alguma doença ou agravo de saúde.

O **segundo** aspecto aborda os conteúdos e estrutura das representações sociais de enfermeiras e usuários da ESF. Utilizou-se o processamento das informações obtidas pelo teste de associação livre de palavras no software Evoc 2000 versão 5, abril de 2002, responsável pela apresentação dos dados numéricos de ordem média de evocação e frequência média de evocação, por meio de análise do tipo lexigráfica (VERGÈS, 1999).

O processamento no software EVOC ocorreu mediante as seguintes etapas: elaboração do dicionário de palavras; aproximação das palavras sinônimas;

exportação para o Evoc 2000 do dicionário (plataforma apresentada na figura 3); programa Evoc com base em comandos específicos gera o gráfico de posição versus frequência, com quatro quadrantes. Os elementos responsáveis são distribuídos no núcleo central no quadrante superior esquerdo, são as palavras de alta frequência e baixa ordem; e os elementos periféricos nos quadrantes superior e inferior direito; e os elementos de contraste no quadrante inferior esquerdo.

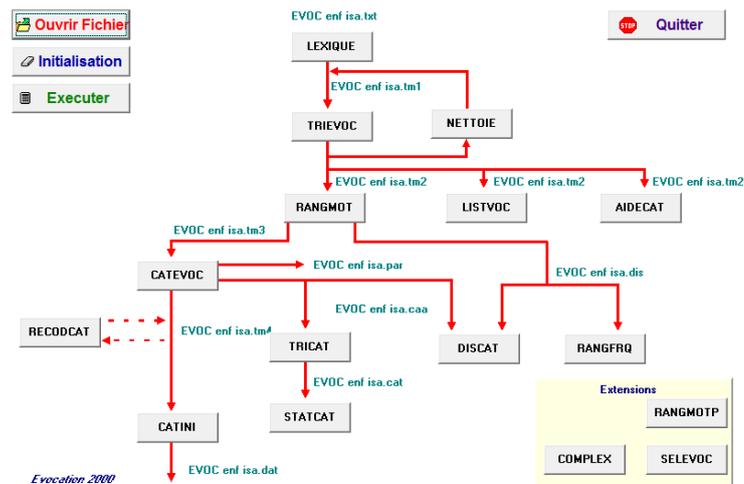


Figura 3. Área de trabalho do Software Evoc 2000, versão 5, abril de 2002. Fonte: Software Evoc 2000.

No **terceiro** ponto prosseguimos com a análise da entrevista após transcrição em programa de texto Word, utilizando a Análise de Conteúdo de Bardin (2004) para a categorização, conforme plano abaixo: 1ª fase ou pré-análise: realização de leitura flutuante permitindo uma familiarização com o conteúdo, tornando-o mais claro, além do início da construção do corpus composto por representar os documentos necessários para a análise; 2ª fase de exploração do material: conclusão da preparação do material para análise, constituição do corpus, utilizando os meios eletrônicos e bibliográficos; 3ª fase de tratamento e análise: os resultados obtidos nas etapas anteriores permitiram a descrição dos achados da pesquisa, expresso quantitativamente e qualitativamente, com a categorização e interpretação dos dados.

O **quarto** aspecto da análise apresenta as observações do diário de campo acerca das práticas educativas na ESF e a participação dos usuários em tais atividades. Com o propósito de propiciar a convalidação de dados, Moreira (2005) afirma a possibilidade de acrescentar à verbalização dos sujeitos o contexto das

práticas produzidas em sociedade, com vistas a uma aproximação das representações sociais.

Representações de enfermeiros e usuários da lacuna ao arco do pensamento social

O conhecimento do conhecimento permite reconhecer as origens da incerteza do conhecimento e os limites da lógica dedutiva-identitária. O aparecimento de contradições e de antinomias num desenvolvimento racional assinala-nos os estratos profundos do real (Edgar Morin).

5 Análise e discussão dos dados

Apresentamos os dados coletados como forma de atender os objetivos deste estudo de apreender as representações sociais de enfermeiros e usuários da ESF. A conexão destes universos distintos de pensamento desenha uma alternativa para fomentar na prática de atenção à saúde, a educação como uma ação transformadora. Para cumprir tal propósito a análise e discussão dos dados caminharam no sentido de caracterizar os sujeitos do estudo, apresentar o conteúdo e estrutura dos universos consensuais dos informantes acerca da educação em saúde transversalizados com o cotidiano da ESF.

5.1 Caracterização dos sujeitos do estudo

Após coleta dos dados, conforme descrito na metodologia, foi possível conhecer dos sujeitos algumas características que são abordadas para contribuir com a análise e discussão dos dados, visto que os estudos de representações direcionam informações consonantes com a construção coletiva dos atores sociais a partir da diversidade do cotidiano vivido.

No tocante às enfermeiras, as informações obtidas estavam ligadas à idade, sexo, tempo de formação, tempo de atuação na ESF, quantidade de vínculos empregatícios e áreas de especialização. Dos usuários foram levantadas as informações acerca da idade, sexo, anos de estudo, tempo de cadastramento na equipe e presença de agravos.

Inicialmente abordaremos a caracterização das enfermeiras, grupo composto por vinte e dois (22) profissionais, representados em maioria pelo sexo feminino 21 (95,5%) e em minoria pelo sexo masculino 1 (0,5%), conforme tabela a seguir.

Tabela 1. Distribuição quanto ao sexo das enfermeiras da ESF, Vitória da Conquista -BA, 2010

Sexo	f	%
Feminino	21	95,5
Masculino	1	0,5
Total	22	100

O encontro com tais dados refletem uma uniformidade com a realidade teórica e prática da enfermagem, histórica e socialmente influenciada pelas questões de gênero. Desde o nascimento da profissão até a atualidade existe um predomínio de

mulheres no exercício profissional. Tal consideração retoma debates e discussões, no cenário mundial, desde 1975, pela busca da transposição dos estereótipos e preconceitos ligados à figura da mulher, concebida como esposa, dona de casa fiel, obediente ao marido e aos padrões sociais. Contudo, não abordaremos os inúmeros desdobramentos de tal temática, focalizando de maneira breve a influência da historicidade da enfermagem com maioria feminina expressa nos padrões de cuidado instituídos na prática (PADILHA; VAGHETTI; BRODERSEN, 2006).

As representações existentes sobre a mulher são facilmente transferidas para a imagem da enfermagem, sendo necessário o entendimento das questões de gênero para o empoderamento da profissão, haja vista que a expressão do feminino no imaginário social resgata relações de poder, transportando a figura de subordinação da mulher para o cuidar em enfermagem.

A feminização da enfermagem expressa um terreno de dualidades, com a visível necessidade de permanecer construindo pontes de relação entre o social, o historicamente edificado, e o subjetivo da profissão, adotando uma abordagem reflexiva para compreender as influências da figura da mulher e as implicações de força de poder sugeridas.

No levantamento realizado sobre o perfil de enfermeiros da ESF, verifica-se que 90,91% dos profissionais da área são do sexo feminino. Concordando com os dados de Brasil (2000) que expressam como 95,5% o percentual das enfermeiras da ESF no âmbito nacional.

Os profissionais entrevistados possuem idade variando de 29 a 45 anos, com média de 34,4 anos. A distribuição da faixa etária está apresentada na tabela a seguir.

Tabela 2. Distribuição da faixa etária das enfermeiras da ESF, Vitória da Conquista -BA, 2010.

Idade	f	%
<=30 anos	3	13,7
31-40 anos	18	81,8
> 40 anos	1	4,5
Total	22	100

A faixa etária de maior frequência detém 81,8% dos sujeitos, situando profissionais com idade condizente com maior amadurecimento pessoal que pode ser responsável por refletir melhor desempenho nas atividades laborais. A maioria

das enfermeiras encontra-se com idade de 30 a 49 anos, caracterizando indivíduos considerados jovens (BRASIL, 2000).

Quando questionados acerca do tempo de formação, ou seja, quantos anos possuem da graduação até a atualidade, os resultados encontrados foram agrupados em quatro grupos, conforme tabela a seguir, sendo a média do tempo de formação correspondente a 10,4 anos, com um mínimo de 4 anos e máximo de 21 anos.

Tabela 3. Distribuição quanto ao tempo de formação das enfermeiras da ESF, Vitória da Conquista -BA, 2010

Tempo de formação	f	%
< = 5 anos	2	9,1
6-10 anos	9	40,9
11-15 anos	10	45,5
> 15anos	1	4,5
Total	22	100

Tais resultados contribuem com os dados sobre a faixa etária, tendo em vista que os sujeitos deste estudo possuem em maioria idade classificada como adultos jovens com longo período de atuação, correspondendo a características relevantes para o desempenho profissional.

Acerca do tempo de trabalho, especificamente na ESF, os sujeitos do estudo foram agrupados em quatro distintas classes, com predomínio de seis a dez anos de trabalho na área, conforme pode ser visualizado na tabela a seguir, com mínimo de 3 anos e máximo de 12 anos.

Tabela 4. Distribuição quanto ao tempo de trabalho na ESF das enfermeiras, Vitória da Conquista -BA, 2010.

Tempo de trabalho na ESF	f	%
≤ 5 anos	3	13,6
6-10 anos	10	45,5
> 10 anos	9	40,9
Total	22	100

O predomínio de profissionais atuando na ESF entre seis e dez anos reforça o papel deste novo modelo de reorientação da assistência em saúde, apresentado como um importante indicador na construção do vínculo entre profissionais e usuários, oportunizando maior conhecimento da população a ser atendida. Ao compararmos o tempo de graduação ao tempo de trabalho na ESF, existe uma proximidade dos dados, sugerindo uma preferência destes profissionais para atuarem na ESF.

No quesito quantidade de vínculos empregatícios, os resultados variaram de um a três vínculos por profissional, conforme expresso na tabela a seguir, sendo a média de empregos destes profissionais de 1,45.

Tabela 5. Distribuição quanto à quantidade de vínculos empregatícios das enfermeiras, Vitória da Conquista -BA, 2010

Quantidade de vínculos empregatícios	f	%
1	14	63,6
2	6	27,3
3	2	9,1
Total	22	100

A maioria dos entrevistados 14 (63,6%) possui apenas um vínculo, enquanto seis (27,3%) possuem dois vínculos, e dois (9,1%) situam-se com três empregos. Tal realidade pode ser confirmada pelas questões do processo de trabalho da enfermagem, com crescente número de profissionais e decrescentes salários, sendo necessário muitas vezes mais de um emprego para o sustento da família.

Conforme afirma Varella e Matsumoto (2010), 55,5% das enfermeiras são responsáveis pelo principal provimento da renda familiar, sendo 47,5% possuidores de um vínculo; 39,4% com dois vínculos; 9,6% com três empregos, e 1,8% com mais de três, o que coincide com nosso estudo ao serem inversamente proporcionais, uma vez que quanto maior o número de empregos, menor o quantitativo profissional.

Os sujeitos do estudo em sua totalidade possuem especializações, variando de uma a quatro. Para demonstrar tais dados dividimos as respostas dos entrevistados em três estratos, conforme abordado na tabela a seguir, sendo a média de especializações de 2,5.

Tabela 6. Distribuição quanto número de especializações das enfermeiras, Vitória da Conquista -BA, 2010

Número de especializações	f	%
1-2	13	59,1
2-3	7	31,8
4	2	9,1
Total	22	100

Este resultado diverge dos apresentados por Brasil (2000), ao ser encontrado na média nacional apenas 35,49% das enfermeiras com curso de especialização, sendo um aspecto positivo a busca dos profissionais por cursos *Lato Senso*. A ESF como política prioritária de reorientação da atenção à saúde no Brasil tenta resgatar um cuidado em saúde voltado para complexidade dos eventos envolvendo o

adoecer, primando pela prevenção primária com a promoção e prevenção à saúde. Para tanto se fazem necessários profissionais em saúde voltados para estes múltiplos olhares. Uma das alternativas para retomar tais aspectos está presente nos cursos de curta duração, residências e especializações.

Sobre a área de conhecimento das especializações, todos os sujeitos situaram-se dentro da Saúde Coletiva, conforme comprovado na tabela a seguir. Os tópicos das especializações variaram entre os seguintes: obstetrícia, saúde coletiva, saúde pública, educação em saúde, saúde da família e linhas de cuidado em saúde da família.

Tabela 7. Distribuição da área de especialidade das enfermeiras, Vitória da Conquista -BA, 2010

Especializações na área da f	f	%
Sim	22	100
Não	0	0
Total	22	100

Destarte, o segundo grupo de sujeitos deste estudo contempla os **usuários** da ESF, composto por sessenta e uma (61) pessoas, com maioria do sexo feminino, conforme apresentado na tabela a seguir.

Tabela 8. Distribuição quanto ao sexo dos usuários, Vitória da Conquista -BA, 2010

Sexo	f	%
Feminino	58	95,1
Masculino	3	4,9
Total	61	100

A busca das mulheres pelos serviços de saúde, e em especial na Atenção Primária, é quantitativamente maior a dos homens, conforme declaram vários autores (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Esta assertiva pode ser compreendida sob o olhar da socialização dos homens, que, diferentemente das mulheres, não construíram um envolvimento com o cuidar, sendo tais atividades ligadas à mulher como responsável por nutrir o lar e a família de zelo e saúde.

No tocante à faixa etária, houve variação de 18 a 71 anos, com média de 34,6 anos. A distribuição em cinco estratos pode ser visualizada na tabela a seguir.

Tabela 9. Distribuição da faixa etária dos usuários, Vitória da Conquista -BA, 2010

Faixa etária	f	%
18-28 anos	31	50,8
29-39 anos	12	19,7
40-50 anos	4	6,5
51-61 anos	8	13,2
> 62 anos	6	9,8
Total	61	100

Existe um predomínio da faixa etária jovem situada dos 18 aos 28 anos, correspondendo a 50,8% dos usuários entrevistados. Na literatura atual existe uma lacuna acerca do perfil dos usuários da ESF, encontrado apenas um estudo de Ronzani e Silva (2008) enfocando estes grupos com a maioria feminina nas idades de 31 a 50 anos.

Quanto ao grau de escolaridade, optou-se por utilizar a padronização do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) empregando o termo anos de estudo, segregando em cinco partes os anos de estudo. Os valores variaram dos sem instrução até indivíduos com mais de 11 anos de estudo. A maioria situou-se entre um e três anos, conforme apresentado na tabela a seguir.

Tabela 10. Distribuição dos anos de estudo dos usuários, Vitória da Conquista -BA, 2010

Anos de estudo	f	%
Sem instrução ou < de 1ano	5	8,2
1-3 anos	21	34,4
4-7 anos	12	19,7
8-10 anos	10	16,4
Acima de 11 anos	13	21,3
Total	61	100

Segundo Ronzani e Silva (2008), a escolaridade dos usuários da ESF em maioria situa-se no ensino fundamental incompleto, correspondente de 4 a 7 anos de estudo – diferentemente do encontrado neste estudo, com maioria de 1 a 3 anos de estudo. Tal dado enfatiza uma série de problemas ligados a questões econômicas e sociais, haja vista que quanto menor a escolaridade, maior dificuldade para adentrar no mercado de trabalho com condições dignas, além das repercussões no campo instrucional com menor busca pelos serviços de saúde, moradias inadequadas e alterações de ordem familiar.

Quanto ao tempo de cadastramento na unidade, os usuários possuíam no mínimo um ano e máximo de 20 anos, com média de 4,2 anos. A maioria dos entrevistados estavam adscritos na unidade há um ano. Conforme tabela abaixo.

Tabela 11. Distribuição do tempo de cadastramento na unidade dos usuários, Vitória da Conquista -BA, 2010

Tempo de cadastramento	f	%
1ano	18	29,5
2-3 anos	16	26,2
4-5 anos	4	6,5
6-7 anos	5	8,2
8-9 anos	5	8,2
10-11 anos	5	8,2
Acima de 12 anos	8	13,2
Total	61	100

O tempo de cadastramento na unidade favorece o envolvimento com o serviço e profissionais e aumenta a possibilidade de exposição à educação em saúde.

Os sujeitos do estudo informaram sobre os agravos ou patologias possuídas, com a variedade de 14 agravos, sendo que a maioria dos entrevistados não possui doenças, conforme abordado na tabela a seguir.

Tabela 12. Distribuição quanto aos agravos dos usuários, Vitória da Conquista -BA, 2010

Agravos à saúde	f	%
Anemia	2	3,3
Colesterol elevado	1	1,6
Depressão	1	1,6
Diabetes	2	3,3
Hipertensão	6	9,9
Hipertensão e problema de coluna	3	5
Labirintite	1	1,6
Problema de coluna	3	5
Problema de estômago	1	1,6
Problema de tireóide	1	1,6
Problema no útero	1	1,6
Problema respiratório	4	6,6
Tumor	1	1,6
Varizes	1	1,6
Não	33	54,1
Total	61	100

5.2 Conteúdos e estrutura das representações sociais de enfermeiros e usuários da ESF

Com o intuito de apreender o conteúdo e estrutura das representações sociais de enfermeiros e usuários da ESF, foi utilizado como um dos instrumentos deste

estudo o teste de evocação livre de palavras, possibilitando que os informantes da pesquisa apresentassem verbalmente os conteúdos representacionais da educação em saúde ao retomar construções mentais presentes na memória.

O teste de evocação livre de palavras configura-se como um teste que possibilita conhecer os elementos mentais de forma rápida e objetiva, que em uma entrevista poderiam ser mascarados pela consciência (OLIVEIRA *et al*, 2005), contribuindo para apreender o conteúdo e a estrutura do núcleo central e periférico de uma representação.

Todavia, a análise e interpretação de tal material não constituem tarefa simples, sendo o conteúdo proveniente do teste de evocação processado no *software* EVOC, versão 2000, gerando um “quadro de quatro casas” com a discriminação dos elementos do núcleo central (quadrante superior esquerdo), elementos de contraste (quadrante inferior esquerdo) e elementos periféricos (quadrante superior e inferior direito).

A obtenção deste “quadro de quatro casas” ocorreu mediante o cálculo pelo *software* da frequência simples de ocorrência de cada palavra, a média ponderada de cada palavra em razão da ordem de evocação, e a média das ordens médias ponderadas do total das palavras ou expressões evocadas, a partir do dicionário de palavras coletado dos sujeitos com a aplicação do teste.

A interpretação dos elementos encontrados em cada quadrante subsidia compreender que os elementos do núcleo central são os evocados com maior frequência e menor ordem de evocação para os sujeitos, enquanto que o sistema periférico discrimina os elementos periféricos, pois são de baixa frequência, mas denotam significados aos informantes. Já os elementos de contraste são de baixa frequência e próxima evocação. O processamento no *software* EVOC é um instrumento relevante na construção de conhecimento sobre a abordagem cognitiva estrutural das Representações Sociais.

Com o subsídio da análise estrutural das Representações Sociais, foi possível encontrar vários desdobramentos da educação em saúde, sendo lapidada no ambiente consensual das enfermeiras como um *corpus* de saberes voltado para o universo reificado, estando presente de forma mais consistente os elementos aprendido e conhecimento.

Para os **usuários** da ESF, a educação em saúde está situada em uma atmosfera de conformidade e divergências, ao estar acompanhada do conteúdo bom e dúvida com maior expressão.

Na perspectiva de mostrar o conteúdo e estrutura das representações sociais de enfermeiros e usuários, apresentaremos separadamente para posterior conexão dos elementos necessários.

5.2.1 Representações das enfermeiras: expressão das teias sociais

Conforme abordamos anteriormente, o teste de evocação livre de palavras possibilitou acessar o conteúdo e estrutura das representações sociais de enfermeiros acerca da educação em saúde. Encontramos uma proximidade deste conteúdo com o universo científico. Ao compreender a educação em saúde como uma atividade conectada ao aprendizado de informações.

Dos 22 enfermeiros pesquisados, foram coletadas 116 palavras, com 18 destas palavras diferentes. Para o processamento das informações no *software* Evoc, utilizamos apenas as palavras subscritas a partir do ponto de corte 4, sendo eliminadas oito palavras, o que totalizou para a análise 108 palavras com 14 termos diferentes.

Para a obtenção do quadro de quatro casas, com as informações sobre o núcleo central e sistema periférico, foram necessários os seguintes dados, a ordem média expressa pelo *rang* de 3 calculada pelo *software*; a frequência intermediária de 7,71 e aproximada para 8 (pois o programa para este valor só aceita números inteiros) que foi obtida pelo cálculo da razão do número total de palavras e total de palavras diferentes; e a frequência mínima estabelecida pelos pesquisadores como 4, tendo em vista as características dos dados coletados, alocando o aparecimento no gráfico somente de palavras com frequência superior a este “ponto de corte”, estando a realização destes procedimentos de acordo com o expresso por Vergès (2002); Oliveira *et al* (2005) e Rosa (2005).

Após estabelecer os procedimentos descritos acima, foi gerado o quadro de quatro casas apresentado na figura 4, que contempla a apresentação das palavras evocadas mediante frequência e ordem de evocação, subsidiando como relevante para os informantes as palavras possuidoras concomitantemente de frequência

elevada e baixa ordem de evocação, ou seja, aparecem mais vezes e nas primeiras posições.

ELEMENTOS CENTRAIS Frequência ≥ 8 / Rang < 3			ELEMENTOS DA 1ª PERIFERIA Frequência ≥ 8 / Rang ≥ 3		
	Freq	Rang		Freq	Rang
aprendizado	9	2,667	competência	16	3,563
conhecimento	14	2,143	comunicação	8	3,625
informação	9	2,444	participação	9	3,556
ELEMENTOS DE CONTRASTE Frequência < 8 /Rang < 3			ELEMENTOS DA 2ª PERIFERIA Frequência < 8 / Rang ≥ 3		
	Freq	Rang		Freq	Rang
comunidade	6	2,833	cuidado	4	3,750
cultura	5	2,400	prevenção	4	3,500
motivação	5	2,800	qualidade	6	3,000
saúde	7	2,857	vida	6	3,000

Figura 4. Quadro de quadro casas estabelecido pelo *software* Evoc 2000 mediante evocação de enfermeiros acerca da educação em saúde. Jequié - BA, 2010.

As informações apresentadas no quadro de quatro casas obedecem aos princípios de frequência de aparecimento e da ordem de verbalização das palavras, permitindo esquematicamente traduzir tais elementos em quadrantes com distintos significados.

Segundo Oliveira (2005), os elementos pertencentes à primeira periferia alocados no quadrante superior esquerdo são possivelmente os elementos pertencentes ao núcleo central, possuem elevada frequência ($F \geq 8$) acompanhada de baixa ordem de evocação ($Rang < 3$). Enquanto os possíveis elementos da 1ª periferia encontram-se nos quadrantes superior direito com frequência elevada ($F \geq 8$), porém com ordem evocação distante ($Rang \geq 3$), com as palavras *competência*, *comunicação* e *participação*. As palavras presentes na segunda periferia definida no quadrante inferior direito provavelmente são os elementos periféricos da representação, com frequência baixa ($F < 8$) e distante ordem de evocação ($Rang \geq 3$), com as palavras *cuidado*, *prevenção*, *qualidade* e *vida*. E no quadrante inferior esquerdo com baixa frequência ($F < 8$), apesar da prioritária ordem de evocação ($Rang < 3$) aparece a palavra *comunidade*, *cultura*, *motivação* e *saúde*.

Neste estudo, podemos encontrar como componentes do núcleo central os termos: *aprendizado*, *conhecimento* e *informação* – encontrados no quadrante

superior esquerdo –; os elementos da 1^a periferia encontram-se no quadrante superior direito, com as palavras competência, comunicação e participação; como 2^a periferia, no quadrante inferior direito, temos os termos: cuidado, prevenção e vida. E como elementos de contraste temos as palavras comunidade, cultura, motivação e saúde, alocadas no quadrante inferior esquerdo.

Cada um dos elementos constituintes de uma representação, sob a perspectiva estrutural, pode ser definido mediante distintos padrões de frequência e ordem de evocação, delineando assim diferentes nortes de interpretação. Os elementos do núcleo central são os definidores de uma representação, possui organização rígida e tem maior importância no arranjo cognitivo, identificados pelo software mediante elevada frequência e prioritária evocação (OLIVEIRA *et al*, 2005).

Os elementos periféricos possuem menor frequência e evocação distante, são importantes por fornecerem sustentação ao núcleo central, são mais flutuantes às mudanças, enquanto que os elementos de contraste são expressos com baixa frequência, mas com próxima evocação pelos sujeitos ou elevada frequência e distante evocação, e sinalizam a existência de diferenças relevantes na representação quando destoam dos elementos centrais (OLIVEIRA *et al*, 2005).

Com base nestas informações, a estrutura da representação social de enfermeiros acerca da educação em saúde pode ser situada como constituídas pelas relações presentes no aprendizado, conhecimento, informação, competência, comunicação, participação, cuidado, prevenção, qualidade, vida, comunidade, cultura, motivação e saúde.

Os elementos centrais definidos pelas palavras aprendizado, conhecimento, e informação concordam com a essência proposta pela educação em saúde, ao possibilitar estabelecer redes de interação em diferentes instâncias.

Para o exercício da educação em saúde no ambiente de trabalho faz-se necessário possuir subsídios teóricos colaboradores da prática, bem como clarificar as informações para o estabelecimento de vínculo e importância com os usuários para uma transformação positiva de atitudes.

Sem dúvida estes elementos são complementares entre si e devem ser valorizados como instrumentos viabilizadores para a educação em saúde. Todos direcionam para o conhecer que está atrelado à essência do ser, que por sua vez se

liga às dimensões da vida, sendo compreendido entre o ser, fazer e conhecer uma relação indissociável e possibilitadora do viver (MORIN, 2008b).

Concordando com esta afirmação, o conhecimento expresso como um núcleo central de uma representação retoma a complexidade do tema, sugerindo uma reflexão sobre a abordagem do conhecimento para a educação em saúde, tendo em vista que a palavra *conhecimento* não está sozinha no universo semântico dos sujeitos, pois sugere associações entre o ser e o fazer.

Dentre os elementos possíveis para o núcleo central desta representação, chamamos atenção para a palavra *conhecimento*, possuidora da maior frequência do grupo e com menor grau de elaboração para a evocação. Ou seja, foi evocada 14 vezes, aparecendo 6 vezes na primeira posição, 4 vezes na segunda posição, 2 vezes na terceira posição, nenhuma vez na quarta posição e 2 vezes na quinta posição, conforme abordado no quadro 1.

Estrutura da representação	Elementos	Frequência da ordem de evocação					Frequência de evocação
		1º	2º	3º	4º	5º	
Núcleo Central	Aprendizado	3	1	2	2	1	9
	Conhecimento	6	4	2	--	2	14
	Informação	4	1	--	4	--	9
Periferia	Cuidado	1	0	0	1	2	4
	Prevenção	0	1	1	1	1	4
	Qualidade	--	2	2	2	--	6
	Vida	--	2	2	2	--	6

Quadro1. Elementos da estrutura das representações sociais de enfermeiros acompanhados das frequência da ordem de evocação e frequência total, Vitória da Conquista -BA, 2010.

A temática do conhecimento para a educação em saúde, elaborada pelos sujeitos propõe uma análise acerca do conhecimento intrapessoal e do contexto da saúde para a ação educativa, respectivamente atrelados ao ser, conhecer e fazer. O conhecer a si compreende a percepção do “eu”, como cada pessoa enxerga a sua existência no mundo, o que implica na maneira como cada ser atua. Esta individuação ocorre do coletivo para o individual, havendo uma ponte entre o eu e o outro, sendo as relações estabelecidas socialmente capazes de possibilitar a compreensão do ser (MOREIRA, 2005).

O contexto de saúde direciona para o entendimento de um momento de mudança de paradigma, havendo a convivência simultânea da fragmentação, o mecanicismo e técnica, a complexidade, flexibilidade, sensibilidade e

multidisciplinaridade. Os últimos citados premissas capazes de nos aproximar da compreensão global de uma realidade (NIETSCHE; BACKES, 2009).

Logo, considerar estas relações é fundamental para o desenvolvimento da educação em saúde de maneira complexa, inovadora e contextualizada as necessidades dos sujeitos, estimulando a apreensão das transformações propiciadas pela educação como de ocorrência processual e gradativa, atrelada à pluralidade de aspectos envolvidos com os sujeitos.

Os outros elementos do núcleo central, aprendizado e informação estão em homogeneidade com o termo conhecimento, todavia denotam características diferentes que merecem ser discutidas.

O termo informação foi evocado mais prontamente que o termo aprendizado, tendo o rang de 2,44. A informação relaciona-se à acessibilidade de conhecimento, ou seja, estar em contato com assuntos variados, entretanto, não retoma a ideia de interagir com esse conhecimento, tal interação pode ser encontrada no termo aprendizado, que pressupõe um processo de troca construído de maneira próxima aos envolvidos no processo, produzindo significados.

Reforçando os elementos centrais, temos os elementos da 1ª Periferia, composto pelas palavras competência, comunicação e participação. Respectivamente possuem a seguinte frequência de aparecimento: 16, 8 e 9 vezes. Dentre estes elementos o de maior destaque é o termo competência, pela elevada frequência, sendo evocado na segunda posição 2 vezes; na terceira, 7 vezes; na quarta, 3 vezes; e na quinta posição 4 vezes.

Os elementos da 2ª periferia, compreendidos pelas palavras cuidado, prevenção, qualidade e vida, são denominadamente os verdadeiros elementos periféricos, possuem menor frequência e importância para os sujeitos. As palavras cuidado e prevenção relacionam-se à educação em saúde, por expressar a transversalidade do tema que permeia as ações desenvolvidas da ESF, implícitas como atos cuidadosos. Enquanto que a evocação prevenção direciona a linha de atuação da educação em saúde voltada para o foco da promoção e prevenção à saúde.

A palavra *qualidade* constitui um elemento periférico concordante da necessidade de instituir atividades de educação em saúde, com capacidade de atuar

com os usuários da ESF de forma dialógica e construtiva, ou seja, estabelecer uma eficácia de atuação e contribuir para a qualidade de tais atividades.

O sucesso das atividades de educação em saúde pode ser encontrado na execução de uma proposta pedagógica envolvendo a autonomia dos sujeitos participativos, pautada no desenvolvimento de potencialidades de cada ser pela metodologia crítica de atuação. A abordagem desenvolvida por Freire envolve a problematização como método para propiciar o encontro do conhecimento com a reflexão, gerando autonomia. Todavia, na prática existe imperícia técnica dos recursos humanos para executar a educação em saúde, corroborada pela dificuldade dos profissionais em confiarem na transformação dos sujeitos com os quais interagem (MACHADO *et al*, 2007; FREIRE, 2005).

Tais representações são, possivelmente, fruto do processo de formação que ainda hoje está baseado na abordagem biologicista e fragmentada do conhecimento, propiciando uma continuidade de ações higienista/sanitárias, caracterizando o profissional de saúde sob um enfoque educativo normativo, punitivo e culpabilizante, sendo a população observada sob a óptica individual, desconsiderando os determinantes sociais envolvidos no processo saúde- doença.

Nesta perspectiva, a educação em saúde deve ser elencada para uma atuação dialógica com os usuários, sob o enfoque de construção de saberes determinados pelas necessidades de saúde da população, tendo como imprescindível conhecer os aspectos culturais, de crenças, valores e representações dos assuntos relativos à saúde das comunidades; além de promover a interação entre o universo teórico e os aspectos práticos da participação da população para atingir níveis adequados de saúde, e conseqüentemente alcançar a qualidade que neste estudo aparece no núcleo periférico.

Após o termo qualidade, temos no núcleo periférico a palavra *vida*, que possui denotação ampla e relaciona-se a todos os aspectos da educação em saúde, e em especial com a evocação conhecimento, pois concordando com Morin, "... a vida só é viável e passível de ser vivida com conhecimento. Nascer é conhecer" (MORIN, 2008a).

Os elementos de contraste foram formados pelas palavras comunidade, cultura, motivação e saúde, estabelecendo pressupostos para o entendimento da

representação dos sujeitos com o cotidiano, ao evidenciar as diferenças com o núcleo central. Possuem a frequência de aparecimento de 6 vezes, com respectivo rang 3.

As palavras situadas neste sítio expressam a constituição desta representação sob uma perspectiva de mudança, ao distanciar-se do núcleo central e trazer elementos novos da representação, alocados em uma esfera que contextualiza a educação em saúde como um saber envolvido pelas condições culturais e motivacionais de uma comunidade, com o objetivo de atingir saúde.

A apreensão e discussão das representações sociais das enfermeiras acerca da educação em saúde direcionam para a aproximação do saber técnico-científico ao popular, devendo distanciar-se da imposição de um conhecimento hegemônico para se envolver na compreensão da situação de saúde da população, a fim de propiciar a construção de saberes compartilhados, e, desta forma, fortalecer mudanças efetivas no estilo de vida da população, tendo em vista que foram fruto de um processo conjunto de envolvimento permeado de novos sentidos e significados para os indivíduos (UCHOA, 2009).

5.2.2 Representações dos usuários: enlaces da consensualidade

Conforme proposta deste estudo, o segundo grupo de sujeitos é composto pelos usuários da ESF, haja vista a necessidade de abordar a educação em saúde sob a perspectiva plural que o tema sugere, agregando saberes dos atores envolvidos no processo para a construção de conhecimento fundamentado e coerente com a realidade consensual.

Para atingir tal finalidade, utilizou-se, assim como para as enfermeiras, o teste de evocação livre de palavras para a obtenção das representações sociais dos usuários da ESF acerca da educação em saúde.

Os sujeitos do estudo informaram compreender a educação em saúde como uma ação importante oriunda de atividades pontuais, como palestras que oportunizam orientações, mas também trazem dúvidas. Afirmaram, de forma majoritária, a educação em saúde como algo bom, ou seja, apresentam uma noção de conformidade ao que é exposto pelos profissionais de saúde.

Para a análise de tais elementos, traçamos um paralelo do universo reificado ao consensual, buscando a compreensão das representações sociais.

Cientificamente a educação em saúde pode ser concebida como uma ação capaz de oportunizar troca de conhecimentos, estimulando a transformação de informações em significados.

As questões históricas ligadas aos paradigmas de conhecimento dominantes influenciaram a educação em saúde, oportunizando em períodos distintos sentidos diferenciados para uma prática. Essa transição de sentidos pode ser observada desde o final do século XIX até a atualidade.

Inicialmente, os modelos de imposição para a educação em saúde tinham como intuito combater os agravos infecto-contagiosos e parasitários, e ao mesmo tempo considerava a população como passiva e incapaz de cuidar da sua saúde, sendo a incorporação do conhecimento científico um dos mecanismos responsável por melhorar as condições de saúde da população. Esta perspectiva hegemônica possibilitou o desenvolvimento da educação em saúde sem considerar a sociedade como participante do processo, envolvendo-os como sujeitos das ações (VASCONCELOS, 2010).

Contrapondo este modelo, a partir de 1970, as concepções ampliadas de saúde gestadas na perspectiva de troca de conhecimentos entre os profissionais de saúde e comunidade teceram um olhar menos autoritário e culpabilizante para a população, contribuindo para o desenvolvimento da educação em saúde de maneira contextualizada e próxima das necessidades de saúde (VASCONCELOS, 2010).

Em face do exposto, um “novo olhar” para a educação em saúde deve ser propiciado, com o intuito de envolver a população em tais práticas ao oportunizar um encontro com o universo de significados da população, para assim conhecer e compreender as representações tecidas por tais grupos.

Com esta finalidade de buscar apreender o conteúdo e estrutura das Representações Sociais dos usuários da ESF, as palavras oriundas do teste de evocação livre de palavras foram processadas no software Evoc 2000, possibilitando conhecer o universo consensual dos usuários da ESF no tocante ao conteúdo e estrutura, conforme visualizado na figura 6, com o quadro de quatro casas.

O quadro de quatro casas é proveniente das evocações dos 61 usuários entrevistados, perfazendo um total de 309 palavras, com 21 palavras diferentes. Segundo descrito, foi suprimida uma palavra, que apareceu uma única vez na

evocação, sendo o total de palavras processadas correspondente a 308 palavras, correspondendo a 99, 13% do total da amostra.

A lógica do processamento das palavras pelo software Evoc 2000 está estruturada com base na frequência de palavras e posição de evocação. O programa é responsável por calcular a frequência simples de ocorrência de cada palavra, como apresentado no quadro 2, e também calcular a média da ordem média de evocação. Ao pesquisador cabe calcular a frequência intermediária obtida pela divisão do total de palavras pelo número de palavras diferentes, e definir a frequência mínima de aparecimento dos dados com base na distribuição das frequências.

Para o processamento das evocações no *software* Evoc 2000, utilizamos um *corpus* de dados baseados no total de 308 palavras; na média da ordem média expressa pelo *rang* de 3, que foi calculada pelo *software*; pela frequência intermediária de 15,4 e aproximada para 15; e pela frequência mínima, ou “ponto de corte”, estabelecida pelos pesquisadores como 3.

O quadro de quatro casas apresenta o conteúdo expresso pelas palavras evocadas, acompanhado da estrutura da representação. No quadrante superior esquerdo estão alocados os elementos pertencentes ao núcleo central, *bom*, *dúvida*, *importante* e *palestra*, pois apresentam elevada frequência ($F \geq 15$) acompanhada de prioritária ordem de evocação ($Rang < 3$). Já os possíveis elementos da 1ª periferia encontram-se nos quadrantes superior direito com frequência elevada ($F \geq 15$), porém com ordem de evocação distante ($Rang \geq 3$), com as palavras *controle*, *orientação* e *saúde*; e no quadrante inferior esquerdo com baixa frequência ($F < 15$), apesar da prioritária ordem de evocação ($Rang < 3$), aparecem *divertido*, *doença* e *planejamento*, como elementos de contraste. No quadrante inferior direito, opostamente ao núcleo central, temos as palavras da 2ª periferia, *atendimento*, *conversa*, *cuidado*, *mudança*, *participar*, *pessoa*, *prevenção* e *unidade*, caracterizadas com baixa frequência ($F < 15$) e distante ordem de evocação ($Rang \geq 3$).

ELEMENTOS CENTRAIS Frequência ≥ 15/ Rang < 3			ELEMENTOS INTERMEDIÁRIOS Frequência ≥ 15/ Rang ≥ 3		
	Freq	Rang		Freq	Rang
bom	52	2,481	controle	28	3,143
dúvida	15	2,867	orientação	69	3,043
importante	16	1,750	saúde	19	3,474
palestra	23	2,826			
ELEMENTOS INTERMEDIÁRIOS Frequência < 15/Rang < 3			ELEMENTOS PERIFÉRICOS Frequência < 15/ Rang ≥ 3		
	Freq	Rang		Freq	Rang
divertido	7	2,857	atendimento	5	3,000
doença	13	2,923	conversa	8	3,750
planejamento	3	2,667	cuidado	12	3,417
			mudança	4	3,750
			participar	12	3,667
			pessoa	3	4,667
			prevenção	8	3,500
			unidade	7	4,143

Figura 5. Quadro de quadro casas estabelecido pelo *software* Evoc 2000 mediante evocação dos usuários da ESF acerca da educação em saúde. Vitória da Conquista - BA, 2010.

No núcleo central temos 34,4% do total das palavras, com a palavra *bom* classificada com a segunda maior frequência de acontecimento do total de palavras, e no núcleo central aparece como a palavra mais frequente e que apareceu mais vezes nas primeiras posições, estando respectivamente com a seguinte frequência da primeira a quinta posição: 20,8,8 11, 5.

Conforme denotação do termo *bom*, temos “que tem qualidades, perfeito, correto, afável, proveitoso, honesto...” (FERREIRA, 2004). Os significados de tal palavra retomam aspectos positivos, ao igual tempo que geram vieses de interpretação devido à amplitude de sentidos. Ao contextualizar a evocação do termo ao estímulo indutor e às características dos informantes, podemos compreender a utilização desta expressão sob a circunscrição da educação em saúde como uma ação positiva para a comunidade.

Todavia, a generalidade deste termo também pode suscitar questionamentos sobre a conformidade dos usuários em relação à educação em saúde, tendo em vista a historicidade de não envolvimento efetivo da população nas ações em saúde, ao serem considerados como sujeitos à margem do processo.

Sobre esta questão, Vasconcelos (2010, p.69) defende a necessidade de uma reorientação de práticas em saúde voltadas para a educação, ao afirmar que: "... fundamental a mudança da cultura dos trabalhadores de saúde e dos usuários para se conseguir uma reorientação das políticas de saúde, investindo-se em atividades pedagógicas..."

As abordagens conceituais e críticas sobre este tema reforçam a multidimensionalidade da educação, ao reconhecer as implicações objetivas e subjetivas. O fato de propiciar a transformação dos sujeitos exige a necessidade de admiti-la como fundamental para a formação humana e social, como um instrumento da dignidade humana, haja vista que, quando mobilizados pela educação em saúde, a comunidade pode se empoderar para buscar de forma livre e autônoma melhoria das condições de vida do campo individual ao social.

Ainda sobre o emergir da palavra *bom* na evocação, podemos associar esta expressão às formas de participação da comunidade no processo de educação em saúde. Conforme Medeiros e Silveira (2007), três linhas de conduta podem ser observadas: primeiro, quando a comunidade age passivamente frente às iniciativas do serviço no aspecto da educação; segundo, existe uma receptividade das atividades desenvolvidas, mas não ocorre verdadeiro envolvimento; e terceiro, a população atua participativamente, estando mobilizada e ativa no processo de elaboração, execução e planejamento de tais atividades.

Assim, o termo *bom* evocado pode ser associado à comunidade, sob a segunda perspectiva de estar receptiva a educação em saúde, contudo falta a mobilização necessária para o envolvimento da população.

O segundo termo de ocorrência do núcleo central, definido por *dúvida*, reconhece a educação em saúde sob um prisma questionador, suscitando assumir os desafios para alterar o paradigma de trabalho sobre a educação na ESF. A frequência e ordem de evocação pode ser visualizada no quadro 2.

Estrutura da representação	Elementos	Frequência da ordem de evocação					Frequência de evocação
		1º	2º	3º	4º	5º	
Núcleo Central	Bom	20	8	8	11	5	52
	Dúvida	1	6	4	2	2	15
	Importante	8	6	1	--	1	16
	Palestra	6	5	3	5	4	23
Periferia	Atendimento	1	2	--	--	2	5
	Conversa	--	1	2	3	2	8
	Cuidado	2	1	3	2	4	12
	Mudança	--	--	2	1	1	4
	Participar	--	3	2	3	4	12
	Pessoa	--	--	--	1	2	3
	Prevenção	1	2	--	2	3	8
	Unidade	--	--	2	2	3	7

Quadro2. Elementos da estrutura das representações sociais dos usuários da ESF acompanhados das frequência da ordem de evocação e frequência total, Vitória da Conquista -BA, 2010.

A análise da palavra *dúvida* no universo dos usuários impõe enfrentar que, apesar das inúmeras mudanças na práxis da educação em saúde, ainda existe um predomínio de ações voltadas para a dinâmica do profissional, reflexo da coexistência de dois paradigmas, conforme afirma Soejima (2008), a perspectiva racionalista e a crítica, havendo um predomínio de ações em educação de cunho tradicional condicionadas aos modelos de transmissão pouco envolvidos com as reais necessidades dos usuários.

Para Nietzsche e Backes (2009), a convivialidade destes paradigmas como instrumentos viabilizadores do conhecimento pode ser constatada com o não predomínio do estilo racionalista, normatizador e inflexível. Entretanto ainda não existe uma concretização da perspectiva crítica, flexível e transformadora, permitindo aos usuários terem o termo *dúvida* no núcleo central da representação.

A palavra *importante* aparece como terceiro termo de evocação do núcleo central, tendo repercussão positiva, assim como o termo *bom*, acrescentando-se a característica de valor, significado, sentido e consequentes implicações, estando associado ao termo *bom* por possuir aproximação semântica.

O último conteúdo do núcleo central é definido pelo termo *palestra*, responsável pela segunda maior frequência de aparecimento neste núcleo, não alocando as primeiras posições no grupo devido à distribuição da ordem de evocação.

No universo consensual dos usuários a palestra é percebida como expressão da educação em saúde. Representa uma atividade didática pontual, com relação distante entre o promotor da ação e os outros ouvintes, permitindo expressão dos usuários de maneira limitada, ao não lidar com as diversas subjetivações abordadas no método da problematização.

Costa (2009) revela a historicidade das práticas em educação em saúde embasada em atitudes tradicionais e normatizadoras, fruto da herança higienista e ditatória de nascimento e evolução da educação em saúde no Brasil.

Reforçando os elementos do núcleo central, temos os termos pertencentes aos núcleos intermediários (OLIVEIRA *et al*, 2005) com as evocações: *controle, orientação, saúde, divertido, doença e planejamento*. As palavras *controle, orientação, saúde e doença* podem ser relacionadas ao núcleo central ao vocábulo palestra, tendo em vista que as palestras, em linhas gerais, abordam estes temas, enquanto que *divertimento* pode avigorar a significação atribuída a *bom*, também do núcleo central. Para o termo planejamento não foi encontrada uma relação específica.

Os possíveis elementos intermediários encontram-se nos quadrantes superior direito com as palavras *controle, orientação e saúde*, e no quadrante inferior esquerdo com os termos *divertido, doença e planejamento*. Estes elementos também servem de sustentação para o núcleo central.

Os elementos do núcleo periférico foram compostos pelos vocábulos: *atendimento, conversa, cuidado, mudança, participar, pessoa, prevenção e unidade*. O núcleo central é responsável pela estabilidade e rigidez da representação, enquanto o núcleo periférico alberga a flexibilidade expressa na diversidade de elementos responsáveis por ancorar o núcleo central, protegendo-o de flutuações (SÁ, 2002).

O primeiro elemento do sistema periférico, *atendimento*, sustenta uma relação com o termo *palestra*, ao permitir a inclusão da educação em saúde em um momento da assistência.

A identificação pelos usuários do termo *atendimento*, tendo como estímulo a educação em saúde, sugere uma tendência de mudanças em relação ao núcleo central, pois o foco da representação está situado possivelmente no termo *palestra*.

Contrariamente, no núcleo periférico, encontramos o termo *atendimento* como expressão forte do grupo, o que reforça a existência de disparidades com o núcleo central, provavelmente fruto das diferenças individuais apresentadas pelo núcleo periférico.

A palavra *atendimento* evoca a educação em saúde sob uma perspectiva plural, livre dos espaços das reuniões, grupos e palestras, estando dissolvidas no processo de atenção à saúde de forma contínua, dinâmica e contextualizada, indicando a existência dentro da representação do grupo dos usuários, de algumas diferenças de consensualidade sugestivas do atendimento como pertencente à representação da educação em saúde.

Essa acepção direciona para o entendimento da não existência de uma cristalização das representações acerca da educação e saúde, ocorrendo em vez disso um movimento de entrelaçamento das abordagens tradicional e a visão crítica permitindo o diálogo da população com os conhecimentos consensuais e reificados.

Contudo, outra análise pode ser feita para a evocação do termo atendimento, ao considerarmos que a visão biomédica ligada à assistência dos agravos da saúde biológica é fortemente arraigada no imaginário social. Teremos as definições oriundas do estímulo educação em saúde condicionando uma conexão ao atendimento, sendo as ações desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde organizados em torno da assistência e consultas.

Para Andrade, Franco e Ferreira (2009), parte da valorização fornecida pelos usuários às práticas curativas advém da desinformação, corroborada pela dificuldade encontrada pelos profissionais de saúde de organizarem os processos de trabalho voltados para o estabelecimento de vínculo com a população.

O segundo elemento do núcleo periférico é apresentado pelo termo *conversa*, e possui como pano de fundo para a análise uma conexão com a evocação *palestra* pertencente ao núcleo central. Dentro do sistema periférico aproxima-se do termo *participação*.

A significação do termo *conversa* no universo dos usuários reata uma perspectiva transversal da educação em saúde, onde implicitamente enxergamos o diálogo e a não superposição de saberes como natural, delineando a relação dos profissionais de saúde e comunidade na proposta da educação popular em saúde.

Para Vasconcelos (2010), a educação popular valoriza o saber da comunidade a ponto de não estabelecer relação de poder com o saber científico, estimulando a população ao enfrentamento das situações adversas pela interação entre o saber técnico e o saber popular, além de romper com a excessiva normatização e autoridade dos serviços de saúde.

O termo *cuidado* também aparece no núcleo periférico, e vinculação com a educação ocorre de forma natural e esperada. O cuidado, enquanto conceito, está agregado às ações direcionadas para manter ou enriquecer a condição humana, permitindo aflorar racionalidades e subjetivações próprias da dinamicidade dos homens.

Diferentemente do esperado, a palavra *cuidado*, apesar de ter sido evocada no universo das enfermeiras não aparece no quadro de quatro casas, tendo em vista o bojo de acepções responsáveis pela formação da profissão, seria coerente o termo aparecer na estrutura da representação. Todavia, o cuidado aparece como elemento periférico das representações sociais dos usuários, indicado uma relação para a comunidade pesquisada sobre o cuidado e a educação na saúde.

Alguns autores como Geib (2001) e Saupe e Geib (2009) apresentam a união dos conceitos do cuidado a educação sob a definição da pedagogia do cuidado ou *educare*, demarcando-os como um caminho em construção que institui a interrelacionalidade essencial das propostas, cuidar ensinando e ensinar cuidando.

Inicialmente as premissas do *educare* foram desenvolvidas para o ensino em enfermagem, no entanto as autoras defendem a aplicabilidade para as mais diversas áreas. Podemos assim associar o *educare* como uma alternativa pedagógica incumbida de estimular o cuidado em um ambiente de aprendizagem (SAUPE; GEIB, 2009).

O fato de o termo cuidado ter citação e estar alocado no núcleo periférico da representação social para os usuários permite-nos refletir a existência de um fluxo de mudanças direcionados para a formação de um desenho harmônico e reflexivo da educação em saúde sob a óptica da comunidade.

A palavra *mudança* também compõe o núcleo periférico das Representações Sociais, merecendo atenção especial, ao denotar o deslocamento do foco da estabilidade para a de transformações no campo da educação em saúde.

Conforme concorda Sampaio (2010), a influência do paradigma cartesiano e os equívocos atuais bloqueiam o potencial transformador da educação, que pode ser viabilizado mediante a contextualização pessoal, social, pedagógica, técnica e humana.

Os laços estabelecidos entre os usuários e a evocação do potencial de mudanças da educação em saúde possibilitam compreender que o burilar das ações voltadas para o educar da população conseguiu alterar no espectro prático o cotidiano das comunidades assistidas.

O termo *participar* apresentado no núcleo periférico concorda com os delineamentos traçados ao indicar a incorporação da educação em saúde pela comunidade sob o tocante da criação conjunta de estratégias. As propostas atuais desta vertente educativa vislumbram a incorporação ativa e crítica da comunidade para conseqüentemente fornecer sentido a ação desempenhada.

Todavia na prática dos serviços de saúde, e até mesmo na ESF, a participação dos usuários nas ações que envolvem educação é limitada ou sucumbida, reinando o modelo tradicional pedagógico de transmissão de informações, o que reafirma a necessidade de nos aproximarmos do universo de significados dos usuários para entendermos a influência das ações dos serviços de saúde nas relações estabelecidas pela população (MACHADO; VIEIRA, 2009).

A educação em saúde, para alcançar níveis ampliados de transformação, requer a participação do usuário desde a elaboração até a avaliação das ações desenvolvidas, esta forma de fazer saúde fundamenta-se nos princípios legais e éticos do percurso dos serviços de assistência à comunidade, sendo relevante o fomento de tal proposta sob uma conjuntura dialógica e sensível, capaz de aproximar os espaços da gestão, profissionais de saúde e população.

O termo *pessoa* apresenta uma ideia geral, indicando inúmeros desdobramentos de relação com a educação em saúde, contudo sem especificar um foco de norte. Devido a esta amplitude, poderemos associar a necessidade de pensar a educação em saúde como uma ação que assume a responsabilidade de lidar com a multidimensionalidade da natureza das pessoas. Para enfrentar tamanho desafio, a interdisciplinaridade, com a agregação de diferentes saberes, subsidiará

atitudes complexas e necessárias para atuar com os distintos caminhos trilhados pela comunidade.

Ainda no núcleo periférico, temos as palavras *prevenção* e *unidade*, a primeira delas traz à tona uma história de luta e busca por melhoria das condições de saúde da população. Desde Alma Ata existe um propósito de promoção à saúde, atrelando o termo prevenção a este contexto, conseguimos ver que, apesar da influência cartesiana na educação em saúde, muitos avanços são percebidos na forma de fazer e participar da saúde.

O último vocábulo do núcleo periférico apresenta a *unidade* como expressão, possivelmente referindo-se a unidade de saúde. Pensar e falar em educação em saúde retoma a institucionalização das práticas, ainda presas nos espaços de trabalho e “protegidas” da interação social.

A análise das representações sociais dos usuários da ESF propiciou compreender a educação em saúde numa perspectiva de descompasso entre a conformidade e o questionamento, possibilitando enxergar os contornos que regem a relação da comunidade com o educar em saúde, embebida de dualidades e sedenta de aproximar-se mais da abordagem interrelacional necessária para atuar dialogicamente profissionais de saúde e usuários.

5.3 Apreendendo as bases de sustentação da educação em saúde de enfermeiros e usuários da ESF a construção de uma representação

A abordagem multimétodos neste estudo tem como propósito agregar diferentes técnicas de pesquisa sob o patamar das Representações Sociais. A apreensão das representações concebe perceber dos indivíduos a diversidade de atitudes e influências responsáveis pela construção coletiva de um mundo ao mesmo tempo consensual e dinâmico.

Com o intuito de clarificar esta pluralidade de informações, fez-se necessário complexificar, segundo Moreira (2005), que o conhecimento de uma representação não ocorre apenas pela verbalização dos sujeitos, sendo indispensável conectar o contexto social aos universos objetivos e subjetivos ao contemplar a realidade do grupo na prática, em comportamentos e falas.

Para tanto, a conexão dos conteúdos latentes, fruto da evocação livre de palavras; dos conteúdos objetivos apresentados pelo discurso dos sujeitos na entrevista; e a observação dos comportamentos dos informantes designa compor um arranjo que torne visível as representações sobre a educação em saúde de dois grupos distintos, as enfermeiras e os usuários.

Conforme explicitado na metodologia, após a construção das categorias e subcategorias da pesquisa com base no direcionamento dos conteúdos e estrutura das representações sociais, apresentamos a discussão dos dados, adotando os elementos oriundos das entrevistas e observações para corroborar com as categorias elaboradas.

A discussão dos dados tem como base as 12 entrevistas transcritas das enfermeiras e as 14 dos usuários da ESF, perfazendo um total de 4 horas, 47 minutos e 36 segundos, totalizando 841 unidades de análises apresentadas no quadro 3. Também utilizamos as observações oriundas do diário de campo, provenientes do acompanhamento das atividades educativas desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família, no período de janeiro a julho de 2010.

A análise e discussão dos dados seguiram a proposta temática frequencial da análise de conteúdo de Bardin (2004, p.7), possibilitando “oscilar entre os dois pólos do rigor da objectividade e da fecundidade da subjetividade”.

Nestes termos, a Análise de Conteúdo de Bardin concebe-se como uma técnica apropriada para ser utilizada em estudos de Representação Social. Conforme Filho (2004), tal fato se concretiza especialmente pela possibilidade de articulação dos universos semânticos, psicológicos e sociológicos.

Para a utilização da Técnica de Análise de Conteúdo atentamo-nos para as regras da homogeneidade, exclusividade, objetividade e pertinência, responsáveis por nortear as etapas de organização da análise; codificação dos dados; categorização das informações e inferência.

Tendo em vista a proposta de articulação dos saberes de enfermeiros e usuários da ESF sobre a educação em saúde, o processo de categorização e subcategorização das unidades de análise ocorreu de forma conjunta, cada categoria e subcategoria foi analisada de forma a compor uma aliança de

conhecimentos passíveis de interpretação, agregando as singularidades de cada grupo social estudado.

A observância das etapas descritas acima possibilitou a vinculação dos conteúdos expressos pelos informantes em categoriais e subcategorias, com a finalidade de oferecer os diversos conhecimentos encontrados de forma organizada e estruturada. Todavia, ressaltando o estado de interconectividade destas informações, a separação em categorias foi utilizada como uma alternativa metodológica de aproximação ao objeto de estudo.

Para melhor visualização das categorias e subcategorias foi elaborado um quadro composto pela frequência e porcentagem das unidades de análise. Apresentado a seguir.

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise				Subtotal	
		F Enf .	F Usu .	% Enf.	% Us u.	F	%
Multifacetadas da educação em saúde	Tecendo os fios para a concepção de educação em saúde	153	24	18,2	2,8	423	49
	Nós e percalços da proposta de transmissão	12	09	1,4	1,1		
	Discurso e prática – o caminho dos (des) encontros	205	20	24,4	1,1		
A travessia da formação à educação em saúde	Formação acadêmica	100	--	11,9	--	133	15,8
	Educação Permanente em Saúde	33	--	3,9	--		
Participação da comunidade – um caminho possível?	Encontrando sentidos para participar	24	11	2,8	1,3	90	10,7
	Superando os bloqueios da não participação	15	02	1,8	0,3		
	Repercussões da educação em saúde no cotidiano	29	09	3,4	1,1		
Limites e possibilidades da educação em saúde	Aspectos positivos	34	07	4,0	0,8	195	23,2
	Aspectos negativos	91	02	10,8	0,3		
	Sugestões para mudança	52	09	6,2	1,1		
Total		841				100%	

Quadro 3. Distribuição das categorias e subcategorias que revelam as representações sociais de enfermeiros e usuários da ESF, Vitória da Conquista -BA, 2010.

A união dos frutos dos instrumentos de coleta dos dados possibilitou a elaboração de quatro categorias: Multifacetadas da educação em saúde; A travessia

da formação à educação permanente em saúde; Participação da comunidade – um caminho possível?; e Limites e possibilidades da educação em saúde.

Nestas categorias constatamos as diferenças de saberes compartilhados pelos dois grupos pesquisados, inferindo que a consensualidade de cada grupo é gerada a partir dos complexos fenômenos formadores das representações presentes na cognição, ideologia, valores, crenças, atitudes, opiniões, dentre outros.

A primeira categoria, Multifacetada da educação em saúde, apresenta três subcategorias, responsáveis por reatar uma reflexão entre o transpor das barreiras de alienação; a proposta tradicional da educação; e a expressão prática da transmissão de informações. Neste espaço pudemos encontrar as diferenças que regem o entendimento tanto de enfermeiros quanto de usuários acerca de um objeto comum, respaldando a assimilação de cada grupo com base nas relações interindividuais estabelecidas.

A segunda categoria, A travessia da formação à educação permanente em saúde, apresenta duas subcategorias organizadas a partir dos aportes da formação enquanto graduação no âmbito acadêmico, e como processo permanente ocorrido no decorrer do trabalho em saúde. As considerações trazidas nesta categoria despertam um processo de historicidade e contextualidade própria do sistema de formação de uma representação, albergando elementos de ancoragem capazes de organizar a relação estabelecida entre o sujeito e o objeto.

A terceira categoria, Participação da comunidade, composta de três subcategorias, retrata os direcionamentos da participação da comunidade na educação em saúde a partir do ponto de vista das enfermeiras, além dos desdobramentos de tal prática no cotidiano do cuidado em saúde, e as superações do modelo tradicional de educação instituído, apontando fluxos de possíveis mudanças acerca das representações instituídas.

A quarta e última categoria, Limites e possibilidades da educação em saúde, possui três subcategorias reflexo das ambiguidades do processo educativo, destacando os aspectos positivos, negativos, e as possíveis alternativas de mudança do panorama atual. O caráter reflexivo desta categoria aponta a complexidade de fatores envolvidos na representação de um objeto, ao

transversalizar os aspectos mentais, afetivos e sociais na elaboração de uma ideia (JODELET, 2001).

Cada categoria foi discutida com as similitudes e contrastes próprios da diversidade dos fenômenos sociais, buscando-se ampliar o foco das inferências estabelecidas ao entrelaçar a vitalidade¹, transversalidade² e complexidade³ das representações sociais no despertar de um olhar capaz de velar um conhecimento interconectado a realidade dos sujeitos.

5.3.1 Categoria 1: *Multifacetadas da educação em saúde*

O contexto da educação envolve o cotidiano da humanidade. Em toda a nossa história de desenvolvimento somos produtor e ao mesmo tempo produto de uma realidade projetada com base em planos de fundos multivariados, oriundos de uma herança social, das experiências vivenciadas, da ideologia e crenças de um tempo, bem como das subjetivações elaboradas na interacionalidade destes aspectos.

Coadunando estes argumentos, tomamos como necessário utilizar a Teoria da Representação Social como porto para lançarmo-nos ao mar da interpretação dos dados.

As contribuições das Representações Sociais para o estudo da educação em saúde residem no desvendar do objeto de maneira articulada e dinâmica. Segundo Madeira (2001, p.126) as dimensões da educação sugerem tal interconectividade, sendo três aspectos a serem observados: "... tomada de consciência de si, do outro e do mundo – a conscientização; a integração numa sociedade – a politização; o compromisso histórico de engajamento – a participação..."

Com esses delineamentos a primeira categoria, *multifacetadas da educação em saúde*, admite a estagnação e renovação do tema, ao abordar diferentes apresentações para a concepção de educação em saúde. Na tabela abaixo podemos acompanhar as subcategorias com as frequência de unidades de análise.

¹ A possibilidade de interpretações e discussões novas responsáveis por propiciar avanços teóricos (JODELET, 2001).

² Estatuto de articulação de diversos campos de pesquisa (JODELET, 2001).

³ Considerar o funcionamento cognitivo e do aparelho psíquico, o funcionamento social na relação da evolução das representações (JODELET, 2001).

Multifacetadas da educação em saúde		
Subcategorias	F	%
Tecendo os fios para a concepção de educação em saúde	177	41,8
Nós e percalços da proposta de transmissão	21	5
Discurso e prática – o caminho dos (des) encontros	225	53,2
Total	423	100

Quadro 4. Descrição das subcategorias da primeira categoria, acompanhada a frequência e porcentagem, Vitória da Conquista -BA, 2010.

Como apresentado no quadro acima, as subcategorias *tecendo os fios para a concepção de educação em saúde* e *discurso e prática – o caminho dos (des)encontros* possuíram as maiores frequências, enquanto *nós e percalços da proposta de transmissão* representou apenas 5% das unidades de análise.

I. Subcategoria 1.1: Tecendo os fios para a rede de educação em saúde

A primeira subcategoria deste grupo, atendendo a circunstância de compor uma obra de conhecimentos voltados para as representações de enfermeiros e usuários da ESF, oferece as bases de sustentação dos saberes da educação em saúde, na tentativa de articular estes dados à realidade vivida pelos sujeitos.

Nesta subcategoria tivemos a fala de todos os doze enfermeiros e de dez dos quatorze usuários da ESF, significando ter permeado a maioria dos informantes do estudo.

Quando solicitados a falar sobre as ideias sobre a educação em saúde no contexto da ESF, as enfermeiras direcionaram suas considerações para a educação em saúde como: guia para o trabalho na Atenção Básica; proposta transformadora de cuidado em saúde; e enquanto relação de troca do saber científico e o popular, ressaltando a complexidade do envolvimento com os usuários.

Para os usuários, as concepções da educação em saúde retratam-na como ação relevante presente no cotidiano de cuidado, possuindo influência no processo saúde-doença no espaço individual e familiar.

O primeiro direcionamento das enfermeiras sobre a educação em saúde fundamenta-se na diluição do educar no processo de cuidado nos serviços de

saúde, aceitando esta atividade como resultante tanto dos atendimentos individuais como das reuniões coletivas, configurando a mudança do perfil de trabalho da ESF cujo papel é de reorientar as políticas de saúde, conforme as falas a seguir.

... além daquela prática de você tá só atendendo no consultório[E1]... não só a parte educativa mesmo de palestras, reuniões, mas o dia-a-dia do nosso trabalho, no consultório[E3]... à medida que a gente atende uma criança, uma gestante, pra mim tudo isso é educação em saúde[E3]... não se limita só a reuniões e palestras e essas coisas com a comunidade[E3]... tudo que a gente faz está relacionado à educação em saúde[E3]... a conversa cara a cara com paciente no momento da consulta é um momento importante[E6]... consigo muitas coisas no diálogo com o indivíduo, mas do que em aglomerações[E6]... A educação em saúde para a estratégia de saúde da família e para o enfermeiro é uma grande oportunidade de tá participando ativamente no processo de construção da estratégia de saúde da família e também no processo de construção do SUS [E11]... a gente tenta inserir em todos os momentos, tanto nas consultas, como nas visitas domiciliares [E5]...

A educação em saúde enquanto conceito possui várias abordagens, no cenário atual concordamos com a interacionalidade do tema, sugerindo um paradigma ampliado. Requer o envolvimento dos atores envolvidos na perspectiva da formação humana e social.

Ao retomar as falas das enfermeiras entrevistadas, podemos sustentar a condução da educação em saúde conectada à essência da proposta de transversalidade, ao concordar com a inexistência de um local ou situação formal e pré-definida para a execução de tais atividades.

Comumente existe uma analogia da educação em saúde com a execução de tarefas pontuais e de exposição de informações. Todavia, a natureza de profunda integração entre os envolvidos no processo desenha contornos distintos para cada situação.

A colocação das enfermeiras sobre a educação em saúde atrelada à globalidade de ações cuidativas expressa a referência de que estes informantes também possuem uma definição a qual considera a educação de forma relacional.

Reafirmando o acima exposto, Sampaio (2010) aborda a educação como a oportunidade de gerar a reconexão do homem consigo e com as esferas culturais, sociais, ideológicas, planetária e cósmica, o qual não comporta barreiras de ordem

normativa e fundamenta a fala das enfermeiras ao vislumbrar em todas as suas atividades a educação em saúde.

Ainda é possível explorar a valorização das enfermeiras quanto à afirmação da educação em saúde como uma das práticas de reorientação do modelo assistencial médico hegemônico dentro da conjuntura da ESF.

Segundo Solla (2010), apesar das limitações e impasses desta estratégia, avanços considerados são notados na forma de se produzir saúde no Brasil, pois o espaço da ESF permitiu uma aproximação da gestão e trabalho da população, fomentando a necessidade de uma articulação de conhecimentos para o cuidado em saúde.

A ESF também é responsável por uma proposição dialógica para a educação em saúde, haja vista que o berço desta estratégia organiza a promoção e a proteção à saúde como eixo norteador de ações, estimulando as práticas de caráter educativo como parceiras no processo de acompanhamento e desenvolvimento da população.

O sentimento de pertença e participação na ESF, como instrumento de construção do SUS, agrega à fala do enfermeiro o envolvimento com a proposta de melhorar o cuidado em saúde – fato de repercussão nas ações de educação, ao ser um estímulo para o profissional.

A segunda proposição das enfermeiras sobre a construção de significações da educação em saúde confundiu-se com as discussões atuais sobre o tema, agregando à denotação de ação transformadora e complexa à gestação do educar na Atenção Básica em Saúde.

Existe uma descrição sobre os aspectos colaboradores da transformação dos indivíduos, ao ser considerada a correlação dos aspectos biológicos, sociais e psicológicos como fundamentais no entendimento do mundo das pessoas, e capazes de possibilitar um encontro com o universo do outro.

A ideia relatada sobre o estar “junto” com a população aparece no discurso das enfermeiras como condição para contribuir na melhoria da qualidade de vida. O envolvimento dos profissionais de saúde sob uma filosofia de perceber os anseios da comunidade exerce papel dialógico para a educação em saúde.

Para Freire (2007b), a importância do diálogo é percebida pela capacidade de fomento a ação e reflexão, ao integrar entre os grupos a compreensão dos sentidos. A demonstração da exposição do diálogo mediado pelo mundo coopera com a associação elaborada pelos informantes de abordar os aspectos contextuais da existência das pessoas.

... acho que a gente tem que trabalhar com o que vem por atrás da doença[E5]... porque existem as outras doenças, existe a doença social, a doença econômica[E5]... transformar junto com o indivíduo a realidade dele para que ele tenha uma melhor qualidade de vida[E5]... você tem que fazer parte da comunidade pra ele acreditar no que você fala[E5]...pra ele valorizar o que você fala, pra depois ela praticar aquilo que você orientou[E5]... pra gente conhecer se nesse contexto eu posso argumentar, nesse contexto eu não posso[E5]... educação em saúde é mais que a gente treinar a comunidade sobre alguma questão de saúde que a gente entenda como problema[E5]

O envolvimento do modelo crítico ao tradicional na educação em saúde apresenta a superação do primeiro na fala do enfermeiro, ao comparar a abordagem crítica como fazer mais que o treinamento da população, delineando no enfoque das Representações Sociais uma retrospectiva dos elementos utilizados para a ancoragem do novo paradigma pedagógico. A mudança do não-familiar para o familiar ocorreu mediante ao acréscimo de informações pertinentes ao modelo anterior como estratégia de tornar compreensível um conceito novo.

A consideração que retoma a educação na perspectiva do holismo depara-se com as limitações desta proposição presente na excessiva generalização e ausência de especificidade sobre a essência do assunto, enquanto que a proposta da educação em saúde se volta para a composição de saberes sob o olhar complexo, orientados para uma apropriação interligada dos conceitos. Na fala abaixo encontramos o que foi discutido.

...um processo de educar o paciente, o usuário, a comunidade como um todo [E1]... principalmente atividades de promoção e também de prevenção das doenças em si[E1]... não só os problemas relacionados à saúde, as doenças, mas também problemas como higiene, saneamento[E1]... faz a gente refletir sobre os principais problemas e tentar trabalhar neles[E1]... não só em relação à doença, mas o direito mesmo que a pessoa tem com a sua cidadania, quanto cidadão[E7]... esse desafio que o PSF de tentar lidar com hábitos de vida, tentar mudar, ou mostrar para as pessoas que existe necessidade de mudar[E4]...

Historicamente existe uma evolução de conceitos na representação da saúde, com a dualidade da visão compartimentalizada em órgãos e sistemas, com o olhar que agrega as condições de vida, educação, trabalho, lazer, dentre outros. Estas possibilidades de entendimento influenciam a postura dos indivíduos na elaboração do universo consensual (ALVES, 2005).

O enfoque voltado para além das doenças contrapõe a visão patológica da saúde, e inaugura na fala dos entrevistados uma vinculação com a promoção da saúde no eixo guia da ESF, como apresentado pelos depoentes a seguir.

Educação em saúde é uma forma que a equipe de saúde principalmente do Programa de saúde da Família tem de trabalhar a promoção da saúde [E9]...a educação em saúde pra mim no contexto da estratégia de saúde da família é uma grande aliada[E11]... pra tá mudando mesmo os perfis seja epidemiológico, nutricional de uma população[E11]...

A utilização do aporte teórico da Teoria da Problematização de Freire aparece de forma recorrente nos discursos, ao associar termos como libertação e reflexão nos objetivos e desafios das atividades instituídas.

... a metodologia que eu sempre utilizo é da metodologia da problematização de Paulo Freire, eu sempre trago alguma coisa para que as pessoas reflitam sobre a pauta da reunião em si sobre o objetivo que a gente que ter, para que as pessoas se sintam incluídas dentro do processo e não distantes [E12]...Gosto muito da forma que Paulo Freire lida com educação[E5]... desta questão assim da gente se inserir na cultura, está dentro da cultura[E5]... tá tentando, como diz Paulo Freire, libertar[E5]... acho muito arrogante da parte da gente tá fazendo palestras, eu trabalho mais com oficinas ou conversas[E5]... a gente traz algum assunto pronto[E5]... mas trazendo o que eles já conhecem sobre o assunto[E5]...

A análise da fala das enfermeiras transita pela Teoria da Problematização, apontando o diálogo como instrumento da educação, e a reflexão como estímulo à conscientização crítica. Segundo Freire (2007b), a verdadeira inclusão das pessoas neste processo ocorre mediante o repensar de si mesmo, possibilitando traçar estratégias para o enfrentamento dos problemas.

Ao incluir a população no processo educativo, o profissional de saúde permite a si e ao outro comungar de uma relação verdadeira, perpassada pela criticidade e estimuladora da responsabilidade enquanto ser social, presente e atuante no mundo, capaz de intervir e alterar uma realidade.

Na pesquisa de Fernandes e Backes (2010) sobre a educação em saúde, a premissa da problematização de Freire aparece como resultado do trabalho na ESF dos profissionais de saúde, com avanços na área de consolidação dos direitos dos cidadãos.

A proposta de Freire coaduna com a Teoria das Representações Sociais, ao apoiar o homem enquanto ser social cuja conquista da educação é mediada pela capacidade de interagir e agir. Os processos comunicacionais, assim como a existência ou ausência da dialogicidade são encarregados no âmbito das representações de gerar significados ou estereótipos, enquanto que para a educação podem ser alienantes ou libertários.

Vasconcelos (2010) aponta a necessidade de os serviços de saúde superarem a lacuna existente entre os profissionais e a população, para a ocorrência de compreensão mútua pela interseção do saber popular ao saber científico, provocando o rompimento com a herança normativa das práticas educativas.

Entrevendo esta assertiva, na dicotomia entre o saber erudito com o saber popular, apresentamos o terceiro direcionamento das enfermeiras, apontando a educação em saúde vislumbrada pela integração, ao valorizar o conhecimento da população e apresentar as possibilidades do saber científico, conforme apresentado.

O processo da educação em saúde é um processo no qual a gente leva um pouco do conhecimento e traz também o conhecimento junto à comunidade que a gente trabalha troca de conhecimento entre o saber popular e o saber científico[E2]...tá dialogando, não de forma vertical, mas de forma horizontal[E9]...tá mantendo o contato com estas pessoas e comunidade, pra que a gente consiga identificar quais são as dificuldades que aquela comunidade enfrenta com relação a sua saúde, e de que forma a gente pode melhorar[E9]...

O entendimento dos universos reificado/científico e consensual/senso comum aparece na gênese das representações sociais, e perpetua na evolução da Teoria ao contribuir para a compreensão da dinâmica de construção de um mundo significativo. A estima por esta relação é vista pela valorização do saber popular pelas enfermeiras, ao considerar a população como detentora de conhecimento envolvido nas práticas em saúde.

O conhecimento sobre o senso comum nas Representações Sociais permite florescer a sensibilidade de ver o individual como produto da coletividade, além de contribuir para aceitar o papel do contexto na formação e edificação das condutas.

Para os usuários da ESF a educação em saúde pode ser encontrada como uma ação relevante, responsável pela melhoria da saúde, conforme apresentado nas falas a seguir.

É uma ajuda pra comunidade, pra esclarecer as dúvidas que a gente tem sobre os procedimentos, sobre os métodos [U6]... Ela é uma coisa boa, tá ensinando as coisas assim pra gente, em termos de saúde mesmo eu acho bom [U7]... entendo que é bom pra gente, pra gente tá orientando a família dentro de casa, que a gente fica sabendo mais, como prevenir, como usar o remédio, usar o preservativo, tudo isso [U14]...

A concepção de educação em saúde para a população também está concebida sob o enfoque da informação para a ação, ou seja, na perspectiva tradicional de educar para a saúde. As falas coincidem com a existência de atividades educativas pontuais marcadas pelo foco dos conteúdos. A observação das atividades desenvolvidas confirma a presença de uma pedagogia tradicional, possivelmente responsável por refletir nesta postura da comunidade.

Atrelando as concepções de enfermeiros e usuários é possível estabelecer que o discurso das enfermeiras possui maior elaboração científica e atrela uma perspectiva ampliada da educação em saúde. Concordando parcialmente ao termo central da representação, conhecimento, e em certos aspectos com a observação das práticas de educação em saúde desenvolvidas.

Em contrapartida, os usuários apresentam uma fala de caráter normativo, evidenciando o reflexo das atividades educativas desenvolvidas, e relacionável com a conformidade do termo *bom*, expresso como núcleo central.

II. Subcategoria1.2: Nós e percalços da proposta de transmissão

A subcategoria *nós e percalços da proposta de transmissão* apresenta quatro direcionamentos. No imaginário das enfermeiras está expresso respectivamente pela concepção da educação em saúde enquanto ação capaz de alterar a morbimortalidade da população e como atividade fundamentada na proposta tradicional de transmissão. Enquanto que para os usuários está presente no fato de

receber informações ser considerado bom e também capaz de alterar o padrão dos agravos.

As unidades de análise desta subcategoria apresentaram baixa frequência, sendo referenciadas por sete dos doze enfermeiros e por quatro usuários dos quatorze entrevistados.

O entendimento da educação em saúde sob o olhar do enfermeiro como uma proposição de uma prática tradicional, pautada nos modelos da educação bancária e apresentando como foco pedagógico a transmissão de informações, recebe contribuições valiosas da relação estabelecida entre os paradigmas da educação formal e a historicidade da enfermagem na educação em saúde. As falas a seguir oferecem a concepção da educação em saúde sob as lentes descritas.

... educação em saúde é a gente tá realmente informando, dando informação [E7]...pra mim é importante porque a gente é...a gente passa um conteúdo pra comunidade [E8]...A educação em saúde pra mim é o processo que a gente trabalha com a comunidade sobre saúde, né? Faz a parte de levar conhecimentos para esta comunidade acerca dos agravos [E2]...

O panorama atual sobre a educação em saúde, conforme aborda Nietzsche e Backes (2009), atravessa um período de dualidades, estando estruturado, em linhas gerais, na convivência de duas abordagens distintas. A primeira delas evidencia uma racionalidade de herança cartesiano-positivista na organização do pensamento, já a segunda proposta discorre de uma atuação crítica, delineada pela flexibilidade e multidimensionalidade dos fenômenos.

A convivência destas duas abordagens sugere influências na conduta das enfermeiras quanto à prática da educação em saúde, evidenciada na fala acima pela postura de edificação de conhecimentos concordante com o modelo reducionista.

Para Grzybowski (2010), o paradigma cartesiano possui limitações de utilização nas ciências humanas, ao estar configurado nos princípios lineares de causa e efeito responsável por admitir a realidade em leis gerais, advindas da fragmentação, mecanização e generalização das verdades em absolutas.

Nesta conjuntura, a compreensão da realidade sob o enfoque cartesiano conduz a distorções presentes na fala apresentada acerca da educação em saúde, ao conceber uma linearidade de ideias, representadas pela subjetivação implícita de fornecer informações sobre como melhorar a saúde é capaz de modificar uma

conduta, ou seja, basta o profissional de saúde transmitir um conhecimento para que o usuário, de posse desta informação, mude os hábitos de vida.

As falas apresentadas ainda concordam com as fases de desenvolvimento da educação em saúde com a enfermagem. Especialmente no Brasil, existe uma confluência de datas do desenvolvimento profissional da enfermagem e as ações na época denominadas de educação sanitária.

No final do século XIX, influenciados pela necessidade de ampliar as importações e melhorar a qualidade da mão-de-obra, algumas ações de cunho higienista-sanitário são implantadas sob a vertente da coesão e do autoritarismo. Neste igual período, através da instrução de enfermeiras norte-americanas, nasce a enfermagem profissional no Brasil, sob forte influência do modelo sanitarista. Neste contexto, as ações de educação eram concebidas com foco no controle das doenças, sem estabelecer relação com as condições de vida da população (SABÓIA, 2003).

Somente no final da década de 60, com base na teoria da libertação de Paulo Freire, as ações educativas são estimuladas para a necessidade de atentar para a transformação de condutas, tendo a população como autora deste processo. Dando continuidade a essas ideias, a Reforma Sanitária, responsável pela proposição do Sistema Único de Saúde, institucionaliza as condições necessárias para trabalhar com a educação em saúde de forma contextualizada às necessidades de saúde da população (SABÓIA, 2003).

A fala abaixo traça uma segregação de ações, estando o enfermeiro responsável por desenvolver a atividade de educação em saúde, enquanto que ao usuário cabe a recepção do conhecimento e aplicação no cotidiano. Esta divisão institui uma relação de poder, fortemente ressaltada pelo termo **aceite**, sendo o profissional de saúde detentor do saber e capaz de influenciar mudanças, enquanto que a população possui papel de coadjuvante ao ser objeto de uma ação do serviço de saúde, conforme abordado.

...educação em saúde é quando a gente consegue transmitir pra comunidade coisas relacionadas à prevenção, que a gente consiga inculcar realmente na mente das pessoas, não só que as pessoas fiquem sabendo, mas também que ela pratique aquilo que a gente transmitiu. Pra mim educação em saúde é isso, que a comunidade **aceite** e pratique aquilo que foi transmitido pra eles... [E3] (grifo dos autores)

Para Sabóia (2003), o estabelecimento desta relação de poder apresenta-se de maneira pretensiosa, tendo baixa resolutibilidade, produto da descontextualização imposta para a mudança de práticas, o que pode contribuir para um processo de resistência explícita ou silenciosa por parte da população.

Ainda sob o enfoque tradicional, uma enfermeira, quando indagada sobre a sua compreensão da educação em saúde, aponta em seu discurso a comparação com uma imagem que se aproxima de uma educação bancária, onde existe um emissor e um receptor das informações, conforme expresso na fala a seguir.

A imagem, uma sala, um ambiente com uma pessoa falando, e os outros ouvindo, recebendo informação [C]... você tem que passar as informações, as orientações, pro público, no caso os clientes, ouvirem e passarem a aplicar e conhecer o porquê do trabalho, como é que acontece as doenças, as coisas [C]...

Nas discussões em Representações Sociais, Moscovici (2003) define as imagens enraizadas na fala dos sujeitos como resultado da formação de um núcleo figurativo que por sua vez retrata um complexo de ideias. Este processo de transpor o significado de algo para uma figura acontece na objetivação das informações, fornecendo a possibilidade de concretizar, tornar real uma idéia, ao transferir suas características para a imagem.

Para Vala e Monteiro (2006) este processo também pode ser denominado de figuração, ocupando papel central na produção de conhecimento.

A imagem produzida pela enfermeira é confirmada pela verbalização de que passar informações consiste em fazer a comunidade ouvir sobre o processo de acontecimento das doenças, reforçando o processo de transmissão de informações no exercício da educação em saúde, ou seja, nesta visão reduzida e fragmentada os comportamentos inadequados ocasionadores de doenças são gerados pelo deficit cognitivo e cultural, cujo combate pode ocorrer com base nas informações científicas apresentadas pelos profissionais de saúde.

De acordo com Silva, Dias e Rodrigues (2009), em estudo realizado com enfermeiros das Equipes de Saúde da Família em Sobral, no Ceará, a educação em saúde retrata uma perspectiva tradicional de ensino com direcionamento bancário das informações, estando mais próxima da mera transmissão de informação, o que orienta não defini-la como educação em saúde, haja vista a conjuntura de distanciamento do contexto dos indivíduos.

Assim como encontrado neste estudo a concepção de alguns enfermeiros da ESF aproxima-se do enfoque da informação em saúde, pois não está caracterizada como educação em saúde por não estabelecer mecanismos capazes de instituir significado à informação.

Neste sentido, estabelecemos alguns aspectos dos paradigmas da educação conjuntamente com a história da educação em saúde, para compreender o discurso das enfermeiras acerca da postura de elencar a transmissão de informações como responsável por gerar mudanças nos indivíduos.

No entanto, conforme aborda Moscovici (2001), outros aspectos decorrentes das relações do sujeito também influenciam as significações estabelecidas, sendo necessário para o conhecimento de um objeto a articulação com a totalidade de vínculos estabelecidos sujeito.

Ao tentar responder esta proposição, observamos que o teste de evocação livre de palavras respalda a fala deste grupo ao apresentar o termo informação no núcleo central, havendo uma coincidência entre um conteúdo latente e o conteúdo discursivo, além de ter sido observada nas atividades de educação em saúde abordagens tradicionais de repasse de informações.

Todavia, o modelo tradicional de educação em saúde expresso nos discursos e estrutura da representação, comparando-se com das outras categorias em quantidade de unidade de análises e posição no núcleo central são expressivamente inferiores. Respalhando ser o modelo de transmissão de informações não majoritário no universo das enfermeiras, apesar de presente.

Além da abordagem das enfermeiras, nesta subcategoria visualizamos as ideias dos usuários da ESF, definidas de maneira concordante com a subordinação ao modelo hegemônico de transmissão de informações instituído pelos serviços de saúde, como apresentados pelos depoentes a seguir.

É uma forma de esclarecer a comunidade sobre a forma de preservar a saúde da gente, ter conhecimento de uma forma geral da saúde do corpo, é uma forma da gente ter esclarecimento e fazer a coisa correta [U1] nem todos têm o mesmo conhecimento, uns têm menos outros têm mais, é sempre bom saber mais [U2]... É bom que a gente fica mais atualizada , eu que tenho filho pequeno e vou ter mais um agora, então a gente fica mais atualizada sobre os problemas que ele falou lá fora [U10]...

Os conteúdos emitidos pelos usuários circulam em torno da capacidade de esclarecimento que a educação em saúde possibilita à comunidade, associando-a como relevante para o estabelecimento da saúde, além de contribuir, sob a óptica da população, na instrumentalização de ações adequadas para a saúde.

A perspectiva do usuário da ESF acerca da educação em saúde fornece continuidade ao padrão hegemônico instituído pelos profissionais, representado nas falas pela importância de receber “conhecimentos” para instituir melhorias na saúde. Convergindo para uma atuação passiva, descaracterizada de dialogicidade e contextualidade necessárias para fortalecer uma efetiva participação da comunidade.

Na vigência da dificuldade de encontrar estudos na literatura acerca da concepção de educação em saúde no imaginário da população, realizamos uma busca eletrônica na Biblioteca Virtual em Saúde, admitindo o período dos últimos cinco anos de publicações. Os resultados encontrados apontam para uma escassez de produções que adotem a discussão da concepção da população sobre a educação em saúde, havendo majoritariamente estudos envolvendo o olhar dos profissionais de saúde sobre a educação.

O encontro com estes dados nos permite questionar como é possível construir uma educação em saúde para a população sem estabelecer uma interseção de conjecturas envolvendo a contextualidade dos usuários.

O retrato desta realidade expõe os desafios para as mudanças necessárias na educação em saúde, fazendo-se indispensável estabelecer uma ponte de integração entre esses universos.

Outro ponto destacado na fala dos usuários mostra a existência da diferença de conhecimento entre os grupos ou pessoas, ao confirmar que algumas pessoas possuem mais e outros menos saberes, convergindo assim para a valorização das informações neste grupo de informantes.

Os dados oriundos das entrevistas possibilita uma aproximação com a estrutura da evocação livre de palavras, permitindo relacionar o termo palestra, pertencente ao núcleo central da representação dos usuários, com o direcionamento das unidades de análise, conferindo esclarecimentos sobre as propriedades normativas e verticalizadas da educação em saúde, pois a significação do vocábulo palestra encontra apoio no discurso dos esclarecimentos propiciados pela educação em saúde.

A discussão estabelecida nesta subcategoria possibilitou delimitar os nós e percalços da proposta de transmissão para a educação em saúde, regionalizando os apontamentos encontrados.

O primeiro e significativo aporte traça a existência de uma lacuna formal sobre os conhecimentos dos profissionais de saúde e usuários sobre a educação em saúde. Notadamente existe um modelo tradicional de estabelecimento de relações, sendo o protagonismo exercido pelos profissionais de saúde responsáveis por reproduzir informações e transmitir a população, enquanto que aos usuários cabe receber, internalizar e reproduzir em seu cotidiano novas condutas.

Diferentemente do aceitável, a proposta de transmissão inibe o envolvimento dos atores sociais como protagonistas do processo de educar, ao decompor a conjugação de subjetivações e experiências de cada indivíduo na construção e desvendamento das filosofias emancipatórias.

Em segunda instância, os usuários da ESF estabelecem uma verbalização de aceitação ao fato de receber informações e instituir mudanças como concordantes, reproduzindo o discurso dominante, cartesiano e tradicional, sem proposição de uma atitude reflexiva.

A possibilidade de unir distintos sujeitos em um mesmo diálogo permite situar a execução e aceitação da proposta de transmissão para os usuários e enfermeiros.

III. Subcategoria 1.3: Discurso e prática – o caminho dos (des) encontros

A subcategoria Discurso e prática – o caminho dos (des) encontros procura perscrutar os direcionamentos da práxis da educação em saúde. Delimitadamente encontramos um desarranjo e convergências entre a proposição teórica de concepções e ideias com a observação da ocorrência cotidiana destes eventos.

Moscovici (2003) retrata a fala como a base das Representações Sociais, utilizando deste instrumento, encontramos o relato concordante com a existência da educação em saúde, tanto para enfermeiros quanto para usuários nos depoimentos a seguir.

... a gente tem aqui os grupos de hipertenso, grupo de gestante, dois grupos de gestantes, grupo de educação física que é um professor de educação física que é bem frequente são duas vezes por semana [E5]... já participei da palestra sobre o preventivo, preveni varias doenças, eles falando como é que tem que fazer, fazer o preventivo certinho pra não pegar doença, essas coisas assim [U7]...

Na fala dos informantes, encontramos os grupos como resultado das atividades de educação em saúde. A existência desta natureza de trabalho com a comunidade permite uma transversalização de ações voltadas para o envolvimento entre o serviço de saúde e população. Nos momentos de encontro dos grupos, os profissionais de saúde ficam mais perto das necessidades, angústias e certezas dos usuários (SOUZA *et al*, 2005).

A possibilidade de construir com a comunidade mais um espaço de encontro contribui para o fomento da busca à saúde como um dos recursos necessários para o bem viver, permitindo aos usuários entender o papel das atitudes individuais relacionadas ao contexto de vida na melhoria das condições de saúde.

Apesar da educação em saúde acontecer na ESF, a diversidade de funções exercidas pelo enfermeiro impossibilita maior dedicação, corroborado pela inexistência do apoio da equipe multidisciplinar.

... às vezes tem que pular uma etapa que seria a educação, parte mesmo para a assistência individual[E6]... muitos colegas não têm realmente o perfil de tá fazendo reuniões, prefere mais atender; isso às vezes atrapalha o funcionamento da prática aqui na unidade [E1]... sim, somos muito resistentes à educação, nós profissionais de saúde, talvez por isso, pela rotina, pela história que a gente tem dos serviços de saúde no Brasil ser um serviço mais assistencialista e não um serviço que vise à educação do indivíduo, sua inserção na sociedade, educação e família [E5]...

O desdobramento das razões para a não continuidade da educação em saúde segundo, as enfermeiras, envolve a falta de perfil dos profissionais da ESF, a herança assistencialista centrada no atendimento individual, e o reducionismo da atenção em saúde.

Subsidiando o contexto de distanciamento dos profissionais de saúde da educação, Vasconcelos (2010) propõe em geral o serviço como dependente dos interesses particulares e formação dos profissionais, havendo uma negligência da gestão para o fortalecimento de tais ações.

As questões ligadas ao processo de formação e perfil de atuação em saúde requerem do profissional a articulação de capacidades pedagógicas às assistenciais. Entretanto, existe uma evidente dificuldade de abordar a educação em saúde no dia-a-dia da ESF, que, apesar de ser um modelo de reorientação da prática assistencial, ainda majoritariamente atende as perspectivas do modelo curativista.

Outro aspecto apontado pelas enfermeiras foi a dificuldade de aumentar a adesão da comunidade às atividades educativas. Para atender tal propósito são utilizadas estratégias.

... quando a gente convida a comunidade pra participar somente do grupo a gente não tem uma adesão [E1]... então sempre a gente tem que utilizar algumas coisas, como por exemplo, verificação de PA e glicemia, no grupo de gestantes a gente faz sorteio de alguns brindes, algumas coisas deste tipo para chamar [E1]...

O uso de atrativos materiais para envolver a comunidade na educação em saúde deve ser utilizado com cautela, tendo em vista que a população pode facilmente transferir para um objeto material a justificativa de comparecer nas atividades, perdendo-se na realidade a finalidade essencial da educação em saúde de estimular a participação com criticidade nas atividades.

As enfermeiras abordam possuem pouco tempo para a atividade educativa e tentam sanar este deficit nos momentos de encontro com os clientes, principalmente nas consultas. A possibilidade de ver a educação em saúde como além dos grupos de trabalho é um instrumento importante para o profissional, à medida que todas as ações desenvolvidas na ESF têm cunho educativo.

... nós temos pouco tempo para a educação em saúde... como preconiza o Ministério da Saúde, no consultório, nas conversas com os pacientes, a gente tenta sempre fazer uma abordagem educativa [E5]...

Nesta fala existe uma concordância de ideias sobre a concepção e a ação em educação em saúde. A proposição crítica e transformadora, base do discurso de enfermeiros, encontra espaço para considerar o âmbito informal como momento adequado para a educação, a exemplo de permitir as ações pedagógicas na atenção em saúde cotidiana.

Alves (2005) afirma a ausência de um espaço definido para a educação em saúde, apesar da tendência de institucionalização dada pelos profissionais. O contato com o usuário é uma oportunidade ímpar de abordar a educação.

Nesta subcategoria sinalizamos algumas dualidades encontradas na prática da ESF, apresentadas pela inexistência de atividades educativas como grupos. Contudo, a falta de coesão na equipe multidisciplinar para a realização destas atividades agregando-se a pouca participação da comunidade espelha as distâncias e aproximações existentes da teoria e prática, especialmente no imaginário das

enfermeiras. Todavia, os pontos de reflexão suscitados direcionam para a compreensão da educação em saúde como atividade relevante e negligenciada na ESF.

5.3.2 Categoria 2: A travessia da formação à educação em saúde

A educação em saúde como prática social transita nos espaços de formação acadêmica e profissional influenciada pelo contexto de valores, normatizações, comunicação e ideologia. Ao mesmo tempo espelha a face na articulação com as dimensões cognitivas, condições socioculturais e relação senso comum e ciência (JODELET, 2001).

Nesta subcategoria o direcionamento dos informantes caminhou no sentido de encontrar a formação acadêmica e a educação permanente em saúde com influência na organização das práticas de cuidado e conseqüente elaboração da educação em saúde voltada para a estratégia dominante.

No quadro abaixo podemos visualizar a frequência e porcentagem das unidades de análise. Neste tópico não tivemos falas dos usuários, uma vez que majoritariamente este assunto relaciona-se aos profissionais de saúde.

A travessia da formação à educação em saúde		
Subcategorias	F	%
Formação acadêmica	100	75,2
Educação permanente em saúde	33	24,8
Total	133	100

Quadro 5. Descrição das subcategorias da segunda categoria, acompanhada a frequência e porcentagem, Vitória da Conquista -BA, 2010.

Nesta categoria encontramos a subcategoria formação acadêmica com maior frequência de aparecimento ao se comparar com a subcategoria relacionada à educação permanente em saúde.

I. Subcategoria 2.1 Formação acadêmica

A primeira subcategoria deste grupo traz à tona o papel concordante e discordante da formação em saúde para a educação. Encontramos na fala dos entrevistados inicialmente uma postura de considerar como satisfatórios os subsídios da academia. Todavia, no desenrolar das falas ocorre uma clarificação do discurso, voltando-se para insuficiente a classificação do papel da Universidade na

formação de profissionais comprometidos com as abordagens multifacetadas da educação.

... os cursos de enfermagem em geral ... oferecem [E1]...oportunidade ... nos campos de estágio [E1]...deste antes da graduação eu já tinha uma ideia assim de democracia, de igualdade, de coletividade [E5]...porque a nossa formação foi voltada e é voltada para a parte mais assistencialista [E12]... pouco na faculdade se fala em educação em saúde [E12]...

O papel eminentemente assistencialista é comum nas entrevistas, permeando o fortalecimento do modelo curativista de cuidado a saúde. Conforme abordado em tópicos anteriores, a influência histórica de desenvolvimento da enfermagem, fruto do paradigma cartesiano e consolidado na prática como modelo dominante propiciam uma perpetuação de ações pontuais de intervenção no patológico.

A influência da formação para a práxis da educação em saúde é notada pela limitação e subordinação fornecida pelos profissionais e gestão, à medida que a valorização das atividades individuais proscreve a importância do coletivo para a transformação dos sujeitos, além de direcionar para um sentimento de impossibilidade de gerir a aplicabilidade da proposta pedagógica, conforme exposto na fala abaixo.

... na teoria funciona bem, os estágios funcionam bem, mas quando a gente vem pra pratica, as coisas começam a mudar, a gente tenta aplicar uma coisa e não consegue [E6]...

Existe uma dificuldade de os profissionais unirem a teoria e a prática no desenvolvimento da práxis. Esta constatação é possivelmente fruto da fragmentação e desarticulação dos currículos.

Backes e Nietsche (2009) apontam os ganhos das Diretrizes Curriculares Nacionais de Educação em Enfermagem para a formação, ao legalizar a necessidade de um processo educativo voltada para a participação crítica-reflexiva. Porém, ressalta a existência de um longo trilhar para a efetivação prática de tais propósitos, com a superação das barreiras organizacionais e paradigmáticas envolvendo a educação.

A consideração dos aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais direciona para uma compreensão mais apurada do tema, permitindo aos envolvidos no processo, em especial os profissionais de saúde conceberem a problemática na

implementação da educação em saúde como ligada a complexidade das relações, em vez de focar a atenção nos agravos que acometem a população.

Todavia, diluir no processo de formação a multidimensionalidade do cuidado em saúde requer rever os padrões de ensino e aprendizagem, que apesar das contribuições relevantes de diversos autores Capra (1996), Santos (2003), Pombo (2004) e Morin (2008a, 2008b) ainda estão distante da instituição prática. A revisão crítica dos projetos políticos pedagógicos e dos currículos apresenta-se como uma ferramenta para o fomento de um modelo diferente da abordagem tradicional.

O predomínio do modelo tradicional ainda impede a transversalização de saberes, estimulando a fragmentação e a superespecialização como premissas do entendimento da realidade. Ao igual tempo, permite o vendamento do aprender a aprender na temporalidade do espaço e na essência da causalidade.

Ao discutir as nuances do processo de formação, Schilling (2009) aponta a responsabilidade social das instituições formadoras para o ensino em enfermagem, situando as dificuldades que as Universidades apresentam para desenvolverem o papel de transformadora da sociedade, ao possibilitar a utilização das descobertas e criações para a melhoria das condições de vida da população.

O estabelecimento de algumas estratégias pode garantir melhoria deste panorama, ao estimular a interdisciplinaridade; priorizar a utilização das inovações para as populações vulneráveis; e a compreensão ampliada sobre as pessoas e a saúde (SCHILLING, 2009).

As enfermeiras também apresentam uma reflexão voltada para o direcionamento da formação como não convergente na atuação no Sistema Único de Saúde. Consolidado na criação de propostas alternativas para inserir os discentes no ambiente de trabalho do SUS.

porque já se percebeu isso que a formação profissional não está adequada para atender às reais necessidades do SUS [E11]... vem criando-se projetos pra tentar resolver esta questão, como PETI-SAUDE⁴, PROFAE⁵, PIESC⁶ e por aí vai [E11]...

⁴ Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde –, regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010. Novaes *et al* (2010).

As Diretrizes Curriculares do curso de graduação em enfermagem relaciona os princípios e diretrizes do SUS como quesito para a formação dos profissionais. Contudo, na prática existem dificuldades consideráveis para uma atuação com propriedade. A percepção destas barreiras estimulou o desenvolvimento pelo Ministério da Saúde de programas que visem a integrar a universidade ao serviço.

Para Morin (2008b) o processo de formação passa por um período de grandes desafios, exigindo urgência para enfrentá-los. A fragmentação dos saberes e ciências propiciaram uma desordem na evolução do pensamento, impedindo a transcendência da humanidade para uma compreensão complexa do universo.

Impondo a sociedade o desafio de agregar a cultura das humanidades à cultura científica; o desafio sociológico de perceber as teias de relações subscritas no pensamento e o desafio cívico direcionador da responsabilidade dos homens com a interconectividade da vida (MORIN, 2008a).

A união destes três desafios orienta um desafio maior, circunscrito na reforma do pensamento e conseqüente reforma do ensino. Neste ambiente, as contribuições das falas das enfermeiras incorporam uma necessidade global de modificar a organização normativa da educação, estimulando a mudança de paradigma condizente como uma nova forma de pensar.

II. Subcategoria 2.2 Educação Permanente em Saúde

A segunda subcategoria deste tópico abarca as falas dos depoentes no tocante à Educação Permanente em Saúde, explicitando uma conformidade na existência de ações ligadas ao processo de educar no trabalho de forma constante, caracterizando estas atividades como instrumento valioso para o desenvolvimento da educação em saúde na ESF.

Para Ceccim (2005), a implantação da educação permanente enquanto política veio assegurar a vivacidade das relações envolvendo os profissionais de

⁵Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE –, regulamentado pela Portaria 1262/GM de 15 de outubro de 1999. Novaes *et al* (2010).

⁶ Práticas de Integração Ensino Serviço e Comunidade – PIESC–, metodologia utilizada em alguns cursos de medicina baseados na aprendizagem baseada em problemas (PBL). Novaes *et al* (2010).

saúde, possibilitando agregar a formação e o processo de trabalho cotidiano como instâncias de construção do SUS.

A possibilidade de contribuir com o rompimento de ações tradicionais, ao promover o diálogo dos profissionais com o conhecimento, pautando-se nas necessidades oriundas do processo de trabalho responsável por apresentar uma proposta conectada a realidade.

O fomento de tais atividades está presente pela gestão, ao motivar os profissionais a participarem, além de contribuir no planejamento e execução da permanência de atividades pedagógicas voltadas para a realidade de trabalho.

... a secretaria de saúde, o PSF investe no profissional, como nenhum outro município investe, a secretaria de saúde e o município investem nos profissionais sim, mas mais voltado para o número de atendimentos, aumento do número de serviços oferecidos [E6]... a bagagem e o conhecimento que a gente acaba adquirindo com capacitações, com a experiência [E5]... essa experiência que a gente acaba adquirindo que facilita qual estratégia a gente vai usar em educação em saúde [E5]...

Conforme a fala, o direcionamento da educação permanente desenvolvido no município volta-se para a assistência individual, mas também estimula o trabalho da ESF com a educação em saúde. Existe um investimento fruto do envolvimento da gestão com o serviço para a contínua atualização dos profissionais. Contudo, o olhar das enfermeiras mostra como foco destas atividades a melhoria técnica para o trabalho com as consultas individuais.

A Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil surge com o desafio de contribuir para a constante e dialógica instrumentalização dos profissionais de saúde, possui como berço a realidade vivenciada no trabalho. Representa uma das alternativas pertinentes para o enfrentamento dos desvios de formação na área da saúde. Considerando as necessidades de envolvimento dos serviços de saúde com o estabelecimento legal do SUS e construção diária da contextualidade das relações envolvidas na objetiva/subjetivação da educação.

A postura das enfermeiras frente às ações da Política de Educação Permanente em Saúde justifica o envolvimento destes profissionais com a educação e com o cuidado na atenção à saúde. Demonstrando a possibilidade de alterar o perfil de trabalho dos profissionais com a utilização de medidas coerentes com a complexidade da educação (VILELA, 2003).

Para Faria (2010, p.123) a educação permanente visa a “ampliar o elenco de atores alinhados com os objetivos de aprimoramento do SUS”. Ao desenvolver um estudo acerca da avaliação do desempenho da educação permanente vinculada a uma Política Nacional, encontrou a existência de dificuldades para a articulação do ensino ao serviço, havendo um deficit entre a realização das atividades e as diretrizes da política.

Concordando que alguns avanços nesta realidade devem ser implementados com vistas à execução transversal da educação permanente, na entrevista de alguns enfermeiros encontramos a existência de uma pontualidade de ações, a não participação dos profissionais na elaboração da proposta educativa, e uma abordagem conteudista voltada para o atendimento, conforme fala abaixo.

A secretaria traz prontos os temas da educação em saúde [E2]... capacitação do profissional para o atendimento de uma demanda [E8]... é sempre capacitado [E1]...educação permanente sim, voltada para a assistência individual [E6]...

Esta realidade de trabalho descaracteriza as diretrizes da educação permanente em saúde e perpetua o paradigma flexneriano, solicitando dos atores sociais exercerem como criticidade envolvimento reflexões sobre os padrões instituídos e solicitar mudanças.

Apesar dos pontos negativos da estruturação da educação permanente assinalados, as enfermeiras conseguem associar o envolvimento nestas ações com a melhoria no desenvolvimento da educação em saúde com a comunidade, conferindo crédito aos cursos e capacitações na sensibilização dos profissionais para atuarem ativamente com a educação, conforme apresentado na fala abaixo.

... tá realizando ações de capacitações com estes profissionais, tá fortalecendo mais e capacitando, pra que ele possa mesmo realizar uma ação educativa [E9]... mas eu acredito que com essa capacitação pedagógica que vai acontecer agora em maio, eu acho que eles (ACS's) vão começar a mudar esse olhar, mesmo porque vai ter um grande enfoque na questão educativa, eu acredito e espero que eles tenham uma mudança de olhar depois deste curso [E12]...

Ao atrelar as discussões sobre a educação permanente as palavras geradoras do tópico, motivação e crescimento, encontramos pertinente congruência entre o encontrado como concepção da educação no serviço pelas enfermeiras, pois, dentre os objetivos da educação permanente temos a continuidade de ações

pedagógicas voltadas para estimular a motivação e conseqüente crescimento dos atores participantes.

Este direcionamento expõe os resultados da educação permanente atrelada ao propósito maior de provocar mudanças na realidade, perpassando a gestão, profissionais de saúde e usuários, ao vincular a importância de trabalhar continuamente com a educação sob o olhar do envolvimento e responsabilização.

5.3.3 Categoria 3. Participação da comunidade – um caminho possível?

A terceira categoria deste estudo versa sobre três caminhos para suscitar reflexões sobre a possibilidade de participação da comunidade na educação em saúde. Em tal proposta encontramos abarcamento tanto de enfermeiros quanto de usuários, contribuindo para a incidência da participação da comunidade. No entanto, esses grupos necessitam protagonizar enlances no curso de suas ações.

A participação da comunidade na educação em saúde, segundo Sabóia (2003), está presente por fortes relações de poder, em maioria existe um distanciamento do serviço das reais necessidades da comunidade, como empecilho ao fluxo das ações de cunho educativo baseado nas necessidades locais.

O aprendizado necessário para alterar esta conduta comporta na reflexão da personalidade o entendimento que muitas vezes ações normativas, pontuais e sem relação com o universo de significado da população têm baixo impacto.

Ao compreender a participação da comunidade, apresentamos a dimensão prática desta atuação – segundo Jodelet (2002), os comportamentos são fruto da representação. Portanto, durante discussão desta subcategoria pudemos encontrar direcionamentos do sentido das representações.

No quadro seis (06) visualizamos a frequência e porcentagem das unidades de análise estratificada por subcategoria.

Participação da comunidade - um caminho		
Subcategorias	F	%
Encontrando sentidos para participar	25	36,2
Superando os bloqueios da educação em saúde	15	21,7
Repercussões da educação em saúde no cotidiano	29	42,1
Total	69	100

Quadro 6. Descrição das subcategorias da terceira categoria, acompanhada da frequência e porcentagem, Vitória da Conquista -BA, 2010.

As frequência de distribuição desta categoria mostram a subcategoria *repercussões da educação em saúde no cotidiano* com maior aparecimento nas entrevistas. Contudo, não existe uma diferença expressiva entre elas, como foi percebido nas categorias anteriores.

I. Subcategoria 3.1 Encontrando sentidos para participar

Esta subcategoria aborda as aceções de enfermeiros e usuários sobre a participação nas atividades de educação em saúde, abarcando algumas das razões de inserção.

Apesar do desânimo relatado por uma das enfermeiras, a busca por motivação permite a continuidade da educação em saúde. Conforme falas apresentadas em categorias anteriores, a diversidade e complexidade do processo de trabalho em saúde contribuem para sobrecarga do profissional, responsável por lidar com questões técnicas e relacionais em seu dia-a-dia de trabalho.

Desanima um pouco, aí a gente procura motivação no próprio paciente, na comunidade, nos profissionais [E3]...

Segundo Gil e Escorel (2010), em estudo sobre a prática dos profissionais da ESF, foi encontrado maior participação das enfermeiras nas atividades de educação em saúde, com maior diversificação do trabalho e promoção de ações extramuros.

A necessidade de permanecer executando a educação em saúde é proveniente para o profissional da motivação geradora pelos pacientes, comunidade e equipe, permitindo contextualiza as relações estabelecidas pelos sujeitos sociais como influenciadoras da sua prática.

Outro aspecto ressaltado discorre acerca da responsabilidade de troca imposta pelo conhecimento, o fato de aprender, incita tornar este conhecimento acessível à população, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da comunidade atendida.

...profissional não ficar com aquele conhecimento pra si [E12]... mas sim reproduzir ao máximo pra comunidade pra tentar mudar principalmente os indicadores de saúde[E12]...até mesmo para proporcionar condições melhores de vida para as pessoas[E4]...a importância da ação educativa, à medida que o próprio profissional valoriza, e o próprio profissional acaba se vendo dentro daquela questão[E9]...

Para Freire (2007a), a responsabilidade está implícita na consciência crítica, permitindo aos homens compreender a relação consigo e com o mundo, mediada pela interação. Na fala das enfermeiras, a urgência em aproximar da comunidade saberes relacionada à saúde influi na mudança dos padrões de morbimortalidade, promovendo saúde.

Esta responsabilidade também pode ser associada ao vínculo e compromisso com a comunidade, tendo em vista a maioria das enfermeiras atuarem na mesma ESF de seis a dez anos e apresentarem em suas colocações o apreço em trabalhar com a promoção da saúde.

Algumas enfermeiras assinalam a constatação das mudanças no padrão de adoecimento da população como fruto do trabalho educativo instituído, ao próprio momento que aceita a relevância do seu trabalho.

... a gente diminui os riscos de as crianças de terem as infecções que existiam em relação ao coto umbilical, então é importante [E7]... a gente tinha que adiar várias vezes a coleta devido às DST's que as mulheres apresentavam, então com essa educação em saúde, eu acredito que foi por conta disso, hoje, raríssimas pessoas eu tenho que re-agendar, porque elas já estão aprendendo a cuidar da parte da genitália delas [E12]...

Desde a conferência de Alma de Ata um intenso movimento apregoa os poderes da educação em saúde para o enfrentamento das péssimas condições de vida da população. Todavia, apesar do tempo passado deste evento e das mudanças instituídas no panorama nacional, a educação em saúde não conseguiu atingir tão profundamente este propósito.

Apesar da fala de caráter positivo das enfermeiras sobre as mudanças alcançadas com a educação em saúde, é importante lembrar o trajeto tortuoso a ser

vencido para o trabalho com a educação em saúde num propósito integrador, capaz de ir além do patológico.

Somente uma enfermeira aponta a valorização da população sobre a educação em saúde desenvolvida, e relaciona como evolutivo a incorporação pela comunidade das ações educativas. A fala de alguns usuários conflui para esta perspectiva, sinalizando a valorização destas ações para a melhoria da saúde.

... toda pessoa que vai fazer o preventivo, vai participar da atividade educativa antes, na semana passada, eu tive que chegar mais atrasada, eu suprimi a atividade e já iniciei com o procedimento, várias pacientes, poxa enfermeiro⁷, eu achei que fosse ter a atividade antes, elas já estão tendo uma receptividade em relação a isso, já estão começando a incorporar esse procedimento como parte do processo educativo, eu acho bastante positivo [E12]... então essa reunião é uma reunião que a gente não pode perder por causa da nossa saúde [U11]...já participei quando eu tava com muito peso, gorda demais, pra poder emagrecer, e falaram pra gente evitar a gordura [U8]...

Superando o assistencialismo, estas falas diluem o objetivo da educação em saúde, na atitude dos usuários da ESF de solicitar a ocorrência de tal atividade. Perceber da população este envolvimento permite continuar trilhando os difíceis caminhos da educação.

O componente afetivo e sentimental apresenta-se neste tópico como algumas das subjetivações implícitas no processo de trabalho do enfermeiro. Compreendendo a educação em saúde como capaz de gerar sentimentos de desânimo, responsabilidade e valorização.

As palavras, cuidado, participação e mudanças foram as geradoras desta subcategoria, possibilitando ser consubstanciadas pelo discurso dos informantes, ao desenrolar os sentidos da participação orientados pela necessidade de transformar e transformar-se no envolvimento das ações educativas.

II. Subcategoria 3.2 Superando os bloqueios da educação em saúde

Entendendo a representação como forma de discurso, os entrevistados exprimem elementos importantes para a apreensão dos sentidos e significados fornecidos aos objetos e situações.

⁷ Substituído o nome do profissional pelo termo enfermeira para manter o anonimato.

O direcionamento das entrevistas permitiu observar na fala das enfermeiras uma percepção de não valorização pela comunidade da educação em saúde, especialmente após o emprego de estratégias para estimular a adesão sem sucesso, o qual ocasiona sentimento de desânimo. O contexto envolvendo a ESF também é citado com a relação das exigências fruto do modelo biomédico de atenção, enquanto que para a comunidade a não participação foi expressa pela incompatibilidade com o horário do labor.

...embora a comunidade não valorize, a gente percebe isso na questão da adesão ao tratamento [E9]... mas com muito desânimo, porque realmente vão duas ou três gestantes, a gente tem parceria com a FTC, as meninas fazem lembranças, convites e lanche, a gente tem um monte de atrativo [E2]... a gente tem agora assim vira e mexe a gente passa por períodos que desanima [E9]... educação em saúde hoje no PSF apesar dele visar a família e a educação em saúde, eu acho que é uma utopia muito grande, diante das exigências, do ministério, das coordenações, do município em atendimento o atendimento individual cobrança muito grande e você acaba deixando de lado a educação em saúde, às vezes você até se perde no seu dia-a-dia, no consultório, nas anotações, nas fichas e nos impressos, e você vai deixando passar isso [E6]... mas é difícil eu vim porque eu trabalho, então eu quase não participo por este motivo [U10]...

A participação da comunidade como deficiente influencia a motivação das enfermeiras para a continuidade da educação em saúde. Todavia, essa não participação suscita questionamentos para uma repensar de atitudes diretamente ligadas à pertinência das ações desenvolvidas no universo dos significados dos usuários.

Segundo Dall'Agnol (2007), a prática da educação em saúde consistiu em realidade uma estratégia de fomento a participação dos usuários, consolidando o rompimento com as ações unidirecionais ligadas a assistência individual.

Neste sentido, a reflexão sobre a forma de estabelecimento da educação em saúde é fundamental para prosseguir articulando o saber profissional ao científico no panorama do diálogo.

Vasconcelos (2010) em estudo sobre a educação popular em saúde afirma a divergência de discurso da gestão, ao ressaltar a postura de alterar o modelo hegemônico de atenção, e também cobrar dos profissionais maior produtividade nos atendimentos individuais. Esta consideração coaduna com o conteúdo expresso pela enfermeira que classifica como utópica a implementação da educação em saúde no contexto atual.

As discussões desta subcategoria comportaram estabelecer a existência de entraves responsáveis por inibir as práticas educativas. Neste sentido, concordando com Ceccim e Ferla (2009), a compreensão das coletividades humanas inseridas na interação e pertencimento permitirá estabelecer pontes para o desenvolvimento de ações educativas participativas.

III. Subcategoria 3.3 Repercussões da educação em saúde no cotidiano

A última subcategoria deste grupo procura mostrar a influência da educação em saúde no cotidiano de enfermeiras e usuários. As falas das enfermeiras nascem concordantes com o retorno apresentado pela população de compreensão dos conteúdos expostos; a diminuição da demanda de atendimento; o estreitamento de vínculos e a autocrítica sobre a passividade dos serviços de saúde. Para os usuários a possibilidade de alterar um padrão de conduta após deter certo conhecimento é apresentada.

Nas falas abaixo visualizamos estes assuntos.

...a gente fica feliz [E7]... A gente viu que tá surtindo efeito, porque a gente fez, a gente tá lá ouvindo, falando, e a gente fica achando muitas vezes que elas não estão assimilando, então quando elas voltam pra gente é importante [E7]... não pode desistir no primeiro, porque às vezes dá desânimo, dá muito desânimo [E7]... pra mim como profissional, deu uma diminuída muito grande na minha demanda espontânea[E5]...Com relação à população você vê uma transformação até na conduta, com relação ao vestir, a higiene pessoal, a questão de cidadania[E5]... a gente que trabalha que tem esse vínculo, essa continuidade do atendimento, às vezes a gente vê sensivelmente as mudanças[E5]... é extremamente produtivo por conta disto,quando a gente vai fazer vacina, quando vai fazer alguma atividade, feira de saúde, até o contato com a comunidade, eu acho que melhora [E9]... então a comunidade vê aquele profissional de uma forma diferente, se aproxima mais do profissional [E9]... acompanho esta criança desde os cinco anos de idade, e estou aqui até hoje [E6]... percebo que ela está aqui uma mãe no pré-natal, né? Gestante, sozinha, abandonada, fazendo o pré-natal contra a vontade [E6]... uma coisa fora do momento, então nós estamos aqui no PSF esta moça cresceu, e teve uma gravidez indesejada, então a gente contribuiu com isso? [E6]... que as crianças não podem ficar descalças, manter os alimentos bem lavados, a gente fica mais, aí os filhos da gente já não pega estes problemas, de ficar adoecendo [U10]...

Vala e Monteiro (2006, p.460) apontam a interdependência das Representações Sociais com a realidade, ao afirmar: “uma vez constituída uma representação, os indivíduos procurarão criar uma realidade que valide as previsões e explicações decorrentes dessa representação”. Ou seja, nesta subcategoria os

informantes expõem as repercussões da educação em saúde com base em um sistema cognitivo e simbólico.

O primeiro delineamento de receber como importante a mudança de conduta dos indivíduos após o trabalho de educação em saúde conduz estabelecer como fundamento desta ação a premissa da possibilidade de intervir na melhoria da qualidade de vida da população. Atraente e perigosa, esta afirmação conduz a dois caminhos, o primeiro relacionado à simplicidade de encontrar a equação educação em saúde igual à mudança de vida; e a segunda consideração de acreditar em tal possibilidade linear.

Conforme afirma Freire (2003), a libertação dos sujeitos ocorre mediante o conhecimento dos homens sobre si mediando pelo mundo, para a ocorrência da consciência crítica, para a mudança de atitude faz se necessário um envolvimento dialógico profundo e significativo entre os indivíduos.

O segundo aporte reflete a diminuição da demanda espontânea, como considerado no parágrafo anterior, tais afirmações devem ser observadas com cuidado, pois possuem a nuance de duas expressões. Todavia, o trabalho dentro de uma iniciativa crítico-reflexiva, com temporalidade contínua pode trazer significativos ganhos para a comunidade e melhorar a dinâmica de trabalho na ESF.

O terceiro caminho traçado mostra na subjetividade da noção de vínculo a elementaridade das relações humanas, relevante ponto na construção de ações em saúde transversais e contextuais da realidade da população.

O quarto ponto apresentado expõe criticamente as reflexões de uma enfermeira sobre a inoperância da educação em saúde, retomando a participação do serviço na perpetuação de um modelo indiferente as reais necessidades dos sujeitos. Esta reflexão retoma repensar como a práxis em educação ainda permanece atrelada ao modelo tradicional, apesar das discutidas limitações.

A relevância desta autocrítica está presente no sentimento de responsabilidade do profissional com a comunidade, logo o repensar de papéis possibilita a remodelação de nossas ações, favorecendo o desenvolvimento de um trabalho conectado à realidade vivida.

Para os usuários, as mudanças oportunizadas pela educação em saúde ativeram-se na possibilidade de alterar condutas patológicas e estimular a saúde de

si e da família. Este modelo de fala converge com a exposição de algumas enfermeiras que focaram as atividades de educação na possibilidade de mudança dos hábitos de vida da população.

A discussão deste tópico propiciou visitar o que é percebido pela comunidade e enfermeiras como influência da educação em saúde relaciona-se às alterações no estilo de vida, a possibilidade de criação de vínculos e ao autoquestionamento de como estamos conduzindo os espaços de educação em saúde.

5.3.4 Categoria 4. Limites e possibilidades da educação em saúde

A última categoria deste trabalho gesta os contornos da educação em saúde sob as lentes apontadas para os fatores contributivos ou não, do relacionamento enfermeira e usuário no cerne da vivência cotidiana. Os frutos desta experiência envolvem os informantes a ponto de trazer os conteúdos que remetem a reflexão de como romper com a unidimensionalidade e inaugurar novas formas de fazer educação.

Colaborando com este embasamento, na íntima relação das sociedades, os homens elaboram representações permitindo construir e reconstruir a realidade, esta plasticidade concede a coletividade a alternativa de acompanhar a evolução do pensamento mantendo uma tênue relação do antigo e moderno.

Apesar das explicitações de pontos positivos e negativos ligados à materialidade deste tema, o conhecimento da pós-modernidade colabora para olhar e sentir a educação inspirando-se nas dimensões socioculturais e sociopsíquicas, pois, apesar da carência objetiva das populações, propostas de mudança integral só ocorreram mediante a consideração da multidimensionalidade da essência humana (VASCONCELOS, 2010).

No quadro a seguir temos a descrição das frequências e porcentagens das subcategorias deste grupo.

Limites e possibilidades da educação em saúde		
Subcategorias	F	%
Facilidades	34	19,2
Dificuldades	91	51,4
Possibilidades para mudança	52	29,4
Total	177	100

Quadro 7. Descrição das subcategorias da quarta categoria, acompanhada da frequência e porcentagem, Vitória da Conquista -BA, 2010.

A descrição do quadro acima possibilita visualizar a subcategoria dificuldades com maior frequência do grupo, abarcando 51,4% das unidades de análise. Em contraposto a esta posição, temos a subcategoria facilidades, com a menor frequência, enquanto que a subcategoria possibilidades para mudança se manteve com a segunda maior frequência da categoria.

I. Subcategoria 4.1 Facilidades

Nesta subcategoria as falas das enfermeiras apontaram os aspectos considerados convergentes da educação em saúde englobando a objetividade da presença de um turno para a realização das atividades; a subjetividade da envoltura dos profissionais de saúde, comunidade e proposta da Política da Equipe de Saúde da Família na promoção do cuidado moderado pela educação. Não houve contribuição dos usuários para este tópico.

O encontro dos informantes da pesquisa com os subsídios positivos para a educação em saúde representa na cognição social a explicitação das introspecções sobre o tema. Nas falas a seguir, encontramos os desdobramentos dos achados facilitadores e, portanto, positivos.

A facilidade eu acho que é a questão de ter um turno próprio pra isso na semana típica que acaba forçando a gente a tá fazendo [E1]... Como facilidade a disponibilidade de algumas pessoas em estarem participando, de profissionais que pensam juntos, planejam juntos (referindo-se as enfermeiras) [E4]... facilidade é a própria estratégia de saúde da família que nos direciona para isso [E5]... a comunidade, apesar de que eu falei que agente marca, a depender do grupo a gente tem uma facilidade maior de tá mantendo contato e engajamento também, aquelas pessoas que realmente participam, participam pra valer, elas gostam [E9]...

A convivência dos serviços de saúde com a educação não é recente, desde a crise do capital na década de 70, governos, instituições e profissionais buscam efetivar os objetivos de melhorar os indicadores sociais pela instrumentalização do saber. Equivalendo ressaltar a existência de avanços e retrocesso nesta busca. Assim, o encontro destas informações com a permanência no imaginário dos informantes de aspectos facilitadores do exercício da educação permite situar a ocorrência de avanços relevantes para o grupo estudado.

Sobre a existência de um turno para a atividade educativa, Pinto e Coelho (2010) ressaltam a importância de considerar a dinâmica de trabalho na unidade equiparada às necessidades de saúde da população, valorizando a singularidade do encontro entre profissionais de saúde e usuários. Neste contexto, o desenvolvimento de ações individuais e coletivas é um desafio, ao se apresentarem como reflexo uma da outra.

A fragmentação dos programas ministeriais muitas vezes impede os profissionais de conceberem a interligação de ações individuais e coletivas, portanto, contribuem para trazer à tona a existência de um turno para as ações educativas como positivo. Todavia, apresenta-se como uma alternativa a transição do modelo de conhecimento, permitindo que em algum momento e espaço a educação em saúde aconteça.

O envolvimento da enfermeira é citado como facilitador para a prática da educação em saúde. Na realidade de cuidado da ESF, as enfermeiras são os profissionais mais envolvidos com a educação, responsabilizando-se pelos grupos educativos e atividades de cunho social e extramuros da unidade. Contudo, o apoio multiprofissional é precioso na atenção à saúde e requer a participação de toda a equipe.

A proposta da ESF também é apontada como facilitadora da aplicabilidade da educação em saúde. Para Gil e Escorel (2010), o eixo norteador Saúde da Família abrange o planejamento e execução coletiva de ações consoantes com a realidade da população, utilizando-se do ensinar e aprender cotidiano para a transformação e envolvimento dos sistemas opressores.

A possibilidade de atuar em um sistema que tem em sua gênese a essência da re-orientação assistencial estimula os profissionais a se aproximarem das

atividades pedagógicas, e contribui para a reconfiguração dos papéis de educador e educando no palco da construção do SUS.

A adesão por parte da comunidade às atividades de educação em saúde assinala a importância de receber da população um retorno da ação instituída, já que, segundo Marx, (1985) citado por Pinto e Coelho (2010), a forma mais complexa de trabalho associa-se ao trabalho sem produto final, ou seja, o estatuto epistemológico do exercício profissional no setor saúde desvenda-se no tirocínio de cuidar das pessoas sem materializar o corpo e comportamentos, mas sim construir com o significado do outro uma interface de comunicação possível de transparecer as alegrias, medos, dores e anseios fruto da eterna pluralidade dos homens.

O encontro com facilidades em um processo complexo e contraditório como a educação em saúde consente refrigerar os pensamentos e prosseguir rumo à derrubada das barreiras, permite repensar que, apesar das dificuldades, ainda é possível viver e proporcionar viver melhor mediando à inter-relação dos homens como o mundo pela educação.

II. Subcategoria 4.2 Dificuldades

Opostamente às facilidades, alguns obstáculos interpõem a ponte rumo ao trabalho com a educação em saúde na ESF. Estes aspectos foram ordenados pelas enfermeiras e compreendem: contexto de sobrecarga e enfoque produtivo na ESF; dificuldade de lidar com a equipe multidisciplinar; a preferência da comunidade por ações ligadas à assistência individual e ausência de recursos financeiros, e espaço físico adequado.

As falas abaixo confirmam as proposições citadas e direcionam possibilidades de interpretação.

... a gente poderia ter outros grupos implantados na unidade, outros grupos na unidade, mas a gente muitas vezes não consegue pelo número excessivo de famílias, é muita gestante pra atender, é muita criança, é muito hipertenso, e cada dia mais chegando coisas pra gente fazer [E7]... dificuldades que eu vejo diz respeito ao perfil dos profissionais, nem todos os profissionais tem esse perfil de tá ajudando [E1]... é o perfil de não tá querendo, ou de não tá se envolvendo nas atividades [E1]... mas a comunidade não gosta muito de tá participando, a comunidade ainda está muito voltada para a consulta individual [E7]...A falta de material didático pra gente, às vezes a Secretaria não fornece a gente pede, a gente não tem uma televisão aqui, um DVD pra passar algum filme, alguma coisa interessante, às vezes para conseguir um retroprojeter é a maior

dificuldade, *datashow* nem se fala [E3]... a gente fica um pouco restrito, tem que tá sempre improvisando um material para trabalhar [E3]... Tudo que a gente constrói é com o nosso dinheiro, o recurso da educação em saúde no município são muito precários, tudo é com o dinheiro do profissional, você que uma bola de soprar você tem que comprar [E6]... porque na própria unidade mesmo a gente não tem um espaço [E7]...

Divergentemente da proposta da ESF, as enfermeiras constataam a lógica atual do processo de trabalho como dificuldade para a efetivação das ações educativas. Tal afirmação é precedida pela vivência de uma realidade cuja determinação vem da obrigatoriedade de prestar uma atenção curativista em maioria.

Para Massuda (2010), as modificações produzidas pela implantação da ESF com geração de um enfoque na formação de uma equipe multidisciplinar; na presença dos serviços de saúde no território e estímulo da vigilância em saúde com ações pedagógicas e clínicas, não foram capazes de alterar o foco produtivo biomédico, permanecendo a “intenção” de ampliar a atenção para além do biológico com a agregação dos aspectos subjetivos e sociais, mas sem, contudo, alterar profundamente este panorama.

Outro aspecto de dificuldade dentro deste mesmo sistema adere o não envolvimento e ausência de responsabilização dos profissionais em equipe para conduzir a educação em saúde.

Haja vista que de maneira geral os profissionais de saúde não conseguem lidar confortavelmente com as novas necessidades pedagógicas no envolvimento com a comunidade, para ampliar as habilidades dos indivíduos interagirem e intervirem na realidade (MASSUDA, 2010).

Corroborando com Massuda, Vasconcelos (2010) expõe que o acontecimento da educação em saúde na maioria das unidades depende da vocação, perfil e formação dos profissionais, o que muitas vezes desfavorece a articulação do serviço com a comunidade. E em razão desta constatação apresenta a necessidade de instituir tecnologias voltadas para a (re) definição dos modelos de atenção, e consequentemente contribuir para a formação dos recursos humanos na atenção básica.

O quesito não participação da comunidade é percebido como uma dificuldade para instituir a educação em saúde, implicado na preferência dos usuários pelo

atendimento individual. Esta questão foi discutida em categorias anteriores e envolve nos trajetos de superação conseguir envolver o usuário dentro do seu universo significativo.

O último norte decorre das dificuldades encontradas no tocante à estrutura física com a falta de um local adequado para a realização das atividades de educação, bem como a ausência de materiais didáticos para facilitar a utilização de diversas pedagogias.

Possivelmente estas dificuldades atrelam-se à falta de investimento e sistematicidade para com a educação em saúde.

Colocar em cena as dificuldades de trabalho com a educação permite-nos compreender quais barreiras possuem relevância para as enfermeiras e usuários, valorizando a centralidade de prover maiores discussões sobre esta abordagem.

III. Subcategoria 4.3 Possibilidades para mudança

Diante da exposição das barreiras no cotidiano para a construção da educação em saúde na atenção básica, enfermeiros e usuários expõem alternativas para alterar a dinâmica atual e consolidar uma atuação crítica e autônoma.

A fala das enfermeiras ajudou-nos a traçar alguns desdobramentos voltados para a motivação dos profissionais; processo de trabalho interligado às ações pedagógicas; desenvolvimento de alternativas com base no contexto da comunidade, e incentivo organizacional para o provimento de material. Enquanto que os usuários mantiveram-se a solicitar a realização de mais atividades de educação em saúde, conforme expresso nas falas a seguir.

... o principal de tudo é tentar motivar os profissionais[E3]... eu acredito que a gente deveria ter mais tranquilidade para trabalhar com isso no Programa de Saúde da Família. Aí eu volto a dizer a mesma coisa, a ladainha que a gente fala sempre, número ideal de famílias, uma estrutura física melhor para trabalhar, profissionais de nível superior ... que se envolvesse mais na prática[E5]... a gente tem do Ministério da Saúde, que a gente precisa ter grupos[E5]... não é todo grupo que funciona, depende do perfil do profissional, do perfil da comunidade[E5]... criar projetos e estratégias pra gente trabalhar com o contexto social, antes de trabalhar com a doença[E5]...projetos que façam uma transformação social[E5]... consequentemente contornando o problema social a gente vai ter a transformação na educação em saúde[E5]pra estas reuniões mesmo, deveria ser mensal, pra ajudar as pessoas que precisa, principalmente quem tem hipertensão e diabetes [U5]..

O primeiro ponto de análise aponta para o desenvolvimento de ações motivacionais para estimular o desenvolvimento da educação em saúde. Segundo Batista (2004), a motivação refere-se aos elementos que incentivam os indivíduos a fazerem algo, em geral a finalidade desta ação associa-se ao crescimento pessoal ou hierárquico. Alguns fatores como remuneração salarial, carga horária, relacionamento multiprofissional e condições de trabalho como elementos intervenientes no processo de trabalho.

Assim, para entender a motivação, faz-se necessário levar em consideração as variáveis que a compõem, e relacioná-las ao contexto de trabalho da ESF.

O segundo ponto de discussão tem conexão com o item anterior, e discorre sobre as condições de trabalho na ESF, esse assunto foi discutido na subcategoria antecedente e re-aparece com a roupagem de fomentar mudanças nesta situação.

Outro aspecto relevante dispõe sobre a necessidade de buscar alternativas para a instituição da educação em saúde de forma efetiva. Frente a este desafio, Campos e Guerreiro (2010) apresentam o método de roda como instrumento para trabalhar com os profissionais de saúde sob o olhar da subjetividade e trabalho em equipe; enquanto que Vasconcelos (2010) se apóia na proposição da educação popular em saúde como alternativa para vencer as distâncias entre a população e os serviços.

As contribuições destes autores possibilitam exemplificar alternativas para conectar os profissionais de saúde e usuários como protagonistas do processo educativo. Logo, cada realidade pode direcionar outras formas de fazer que estejam embasadas na realidade da situação de trabalho, e nas necessidades e potencialidades da população.

Na fala dos usuários sobre as possíveis sugestões aparece apenas a solicitação do aumento do número de atividades educativas. Esta solicitação direciona para a importância fornecida pelo grupo as atividades educativas. Contudo, apresenta-se muito incipiente conduzindo ao direcionamento que a população ainda não foi envolvida participativamente no processo de educação.

A discussão destes pressupostos conduz para se pensar e instituir novas formas de construir a realidade da educação em saúde, envolvendo todos os atores do processo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a produção das ciências como uma atividade relevante para as sociedades, nos encontramos na fronteira entre o conhecimento e o aprendizado das incertezas deste conhecimento. A partir desta afirmação mostramos os achados da pesquisa como direcionamentos para a construção de propostas ligadas a educação em saúde, contudo sem ter esgotado o tema, o qual requer outras leituras e interligações.

As inquietudes do início da pesquisa nos possibilitaram desenhar um estudo com foco no processo de significação social, elaborado pelos sujeitos aos fenômenos do cotidiano. Para adentrar neste universo, utilizamos o aporte da TRS, como referencial teórico. Fundamentado no processo de construção da realidade presente no intercâmbio de relações dos homens com os objetos de maneira indissociada. A expressão do espiral da contextualização de Jodelet (2001) resume didaticamente a conexão e o dinamismo dos aspectos (normativos, ideológicos, crenças, valores, cognição, psiquismo, afetividade e experiências) envoltos em uma representação.

A formação de representações compõe uma das possibilidades dos indivíduos de compreender e intervir na realidade, com os complexos sistemas cognitivo, social e afetivo participando da seleção e organização dos elementos responsáveis por significar os objetos, e tornar consensuais nossas concepções e comportamentos. Aportamo-nos nestes caminhos para entender o conteúdo e arranjo significantes fornecido por enfermeiros e usuários a educação em saúde.

Para cumprir o objetivo de apreender as representações sociais de enfermeiros e usuários, analisamos o conteúdo e estrutura das representações, relacionando estes elementos à prática cotidiana da ESF e sinalizando os limites e possibilidades da educação em saúde.

Utilizando-se de multimétodos para o levantamento das informações, como o teste de evocação livre de palavras responsável por apresentar a provável organização do núcleo central de enfermeiras situado nas palavras aprendido, conhecimento e informação. E do núcleo central de usuários com os termos, bom, dúvida, importante e palestra. Com a entrevista semiestruturada, que juntamente com a evocação de palavras possibilitou a produção de quatro categorias e onze

subcategorias. E com a observação não participante das atividades educativas desenvolvidas pelas enfermeiras.

A abordagem multimétodos contribuiu para compreender como enfermeiras e usuários significam a educação em saúde no discurso e no agir cotidiano, com a sinalização de encontros e confluências entre o pensado, o dito e o feito.

A síntese dos resultados encontrados aborda a educação em saúde para as enfermeiras centrada no conhecimento, apesar do discurso proveniente das entrevistas demonstrar um patamar dialógico com concepções da transformação dos sujeitos mediante a problematização de práticas, e com o envolvimento profissional e usuário pautado na valorização do saber popular.

Para os usuários, as poucas discussões versadas sobre o tema se situaram na conformidade de entender a educação em saúde como boa para a saúde ao melhorar o enfrentamento às doenças.

As observações realizadas das atividades de educação em saúde ainda estabelecem os informantes na dualidade do transmitir informações e de construir saber em saúde, enquanto que a contextualização social envolve um modelo assistencial em transição com forte presença das ações hegemônicas, colaborado pela vertente curativa e sobrecarga de trabalho na ESF, com condições instrucionais e sociais precárias da população.

Os achados deste estudo foram apresentados em quatro categorias, com a função de transversalizar os dados oriundos da coleta dos dados com educação em saúde. A separação em categorias apresentou-se como um recorte didático sem a intenção de negar as inter-relações dos temas.

Na primeira categoria encontramos a multiplicidade de denotações atribuídas pelas enfermeiras e usuários à educação em saúde, possibilitando-nos fazer um passeio histórico, ao visitar a concepção normativa ou tradicional com as concepções dialógicas e críticas. O discurso, especialmente das enfermeiras, teve maior expressividade na última concepção, sendo Paulo Freire, com a Teoria da Problematização, recorrentemente citado. Considerações sobre a valorização do saber popular com o envolvimento dos usuários apareceram como estratégia de trabalho, além de conceber a contextualidade da ESF como relevante na elaboração de propostas pedagógicas.

Para os usuários, o reflexo da efervescência de saberes das enfermeiras, limitou-se ao aspecto patológico, como uma atividade linear capaz de produzir mudanças. A associação destes relatos à atitude dos atores envolvidos mostrou um verdadeiro descompasso com a prática, em razão da observação de algumas atividades pautadas no modelo tradicional.

A segunda categoria aborda o processo de formação acadêmica e de Educação Permanente em Saúde como influenciadoras da prática atual na ESF. A formação encontra-se como insuficiente para atender a complexidade de demandas do trabalho com a educação, ao valorizar as práticas assistenciais. Sobre a educação permanente, existe uma constância de atividades desenvolvidas, favorecendo e estimulando os profissionais. Representa um elo a necessidade constante de aperfeiçoamento, contudo possui um caráter normativo, pois a definição dos temas de trabalho é marcada pela SMS.

A terceira categoria envolve a participação da comunidade sob o enfoque das subjetivações, ao ser apresentado pelas enfermeiras os sentimentos de desânimo, responsabilidade e valorização. A não participação da comunidade, conjuntamente com a sobrecarga de trabalho da ESF, aumenta a dificuldade de instituir a educação em saúde. Em contrapartida, as repercussões das atividades instituídas centram-se no modelo de alteração dos agravos responsáveis por acometer a população; aumento do vínculo com a população; diminuição da demanda de consultas e uma reflexão sobre a inoperância das atividades de educação.

A quarta categoria compreende as dificuldades, facilidades e sugestões para a educação em saúde. O envolvimento com a população, e a política de reorganização do modelo assistencial da ESF foram as principais facilidades, contrapondo como dificuldades a sobrecarga de trabalho da enfermeira, problemas para o estabelecimento de parcerias na equipe e a preferência da comunidade pela consulta individual. As principais propostas para a melhoria da situação estavam voltadas para mudanças no processo de trabalho da ESF e busca de estratégias pautadas na realidade da população para implementar a educação.

O encontro de divergências entre o apresentado como senso comum e conhecimento científico nas categorias estudadas oferece a educação em saúde no imaginário das enfermeiras como um modelo em transição influenciado por vertentes

distintas responsáveis por formar dualidades no cotidiano. Conforme aborda Andrade e Franco (2009), apesar das convergências de estratégias de trabalho adotadas, um mesmo objeto pode ser colocado em prática de maneiras distintas. Para os usuários, a elaboração sobre o assunto ainda é inicial e cogita a pontualidade de ações como a formação de grupos com a finalidade de melhorar a saúde como demonstração maior da educação.

Os entendimentos encontrados, fruto da relação social dos indivíduos, deparam-se com a necessidade dos serviços de incluírem no conhecimento e prática de atenção à saúde, a influência dos significados, sentidos e símbolos sociais na atitude da população e profissionais. Apesar do conhecimento das enfermeiras estar pautado nos preceitos da ciência, não podemos excluir a influência do senso comum na construção da realidade deste grupo.

Os pontos críticos envolvendo enfermeiras e usuários situaram algumas reflexões a seguir.

A contextualidade de trabalho na ESF é representada como uma atividade reorganizadora que possui papel crucial nas Políticas de Saúde e, portanto, meio ideal para a aplicabilidade da educação em saúde. Confrontando este imaginário, o exercício dia-a-dia como enfermeira possibilita a convivência com uma série de dificuldades, desde a gestão até a capacidade pedagógica pessoal para pautar as ações de cuidado com a educação.

Este cenário de conflito traz consequências para a significação e conseqüente comportamento dos profissionais envolvidos. O familiar e o não familiar não convivem harmoniosamente, o profissional busca ancorar a prática priorizando as atividades de cunho curativo, por possuírem naquela situação uma concordância em atender as cobranças quanto à cobertura pactuada de atendimentos e a exigência da população para o assistencialismo.

Outro ponto de fortalecimento da educação em saúde está presente na educação permanente. Existe a necessidade de aproximar os temas abordados considerando as conjecturas dos profissionais. Questões ligadas à didática e pedagogia de ensino apresentam-se como conhecimentos relevantes que devem fazer parte da consensualidade dos profissionais de saúde como educadores.

O envolvimento entre profissionais e usuários brota nos resultados da pesquisa como distantes de uma prática educativa transformadora. As enfermeiras, apesar de possuírem maior contato com os usuários, não conseguem mobilizar no cotidiano de trabalho uma interação capaz de atrair a população para a educação em saúde. Possivelmente, o acontecimento deste fato está ligado a não consideração dos aspectos significativos envolvidos com o usuário, requerendo uma mudança de postura para atrelar o imaginário da população à proposta das atividades desenvolvidas.

As considerações citadas direcionam para a busca de estratégias relacionadas às necessidades de profissionais e usuários. Algumas iniciativas conseguiram melhorar a prática da educação em saúde pautando-se na alteração dos modelos de formação e de envolvimento com o usuário, e transversalidade de saberes e ações para aflorar as potencialidades da educação em saúde.

A exemplo, do método Paideia que lida com todos os espaços de encontro dos profissionais com os usuários como cenário de aprendizado; a educação popular, com a valorização do conhecimento e empoderamento da população para a apropriação da realidade vivenciada; o educare, com a união da pedagogia e cuidado para a compreensão de si, do universo e do outro; e o Pró-saúde, voltado para a formação de profissionais em concordância com as demandas emergentes. Estas iniciativas demonstram a possibilidade de alterar o patamar da educação em saúde e instaurá-la como ação contínua de troca entre o serviço e a população.

Esperamos com este trabalho contribuir com a prática profissional das enfermeiras desde a docência, assistência e gestão na perspectiva de si perceberem como atores do processo de mudança da educação em saúde. À medida que suas ações fazem parte de um cenário maior de significados responsável por refletir padrões e condutas.

E até suscitar em outros pesquisadores o desejo de desvendar as diversas relações que o processo educativo desempenha no cotidiano dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean-Claude. A abordagem estrutural das representações sociais. In: OLIVEIRA, Denize Cristina; MOREIRA, Antônia Silva Paredes (orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2 ed. Goiânia: AB, 2000. p.1-7.

ADORNO, Theodor W. **Educação e emancipação**. São Paulo: Paz e Terra, 1995. 87p.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface**, Botucatu, v, 9, n 16, p. 39-52, fev. 2005. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000100004&lng=en>. Acesso em: 07 de agosto de 2010.

ANDRADE, Cristina Setenta; FRANCO, Túlio Batista; FERREIRA, Vitória Solange Coelho. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. In: FRANCO, Túlio Batista; ANDRADE, Cristina Setenta; FERREIRA, Vitória Solange Coelho. **A produção subjetiva do cuidado: cartografia da Estratégia de Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2009, p. 130-146.

ANDRADE, Cristina Setenta; FRANCO, Túlio Batista. O trabalho de equipes de saúde da família de Itabuna e Ilhéus - Bahia. In: FRANCO, Túlio Batista; ANDRADE, Cristina Setenta; FERREIRA, Vitória Solange Coelho. **A produção subjetiva do cuidado: cartografia da Estratégia de Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2009, p.79-102.

ARAÚJO, Dolores; MIRANDA, Maria Claudina Gomes de; BRASIL, Sandra L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.31, Supl.1, p.20-31, jun. 2007. Disponível em:<http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume31/Páginas%20de%20Suplemento_Vol31%2020.pdf>. Acesso em: 09 Nov. 2009.

BAGNATO, Maria Helena Salgado; MONTEIRO, Maria Inês. Perspectivas interdisciplinares e rizomáticas na formação dos profissionais de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, v. 4, n 2, p. 247-258, set. 2006.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2004

BATISTA, Anne Aires Vieira *et al* . Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p.85-91, mar. 2005. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342005000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto Nº 5.974 de 29 de novembro de 2006**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão

e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília (DF): MS; 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília (DF): MS, 2007. Disponível: <<http://www.saude.pb.gov.br/site/geab/portaria2007.pdf>>. Acesso em: 31/03/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Ministério da Saúde. Brasília (DF): 2001, 126p.

_____. Ministério da Saúde. Perfil dos Médicos e Enfermeiros de Saúde da Família no Brasil: Rio de Janeiro: FIOCRUZ/DAB-MS, 2000. Disponível em:<http://www4.ensp.fiocruz.br/psf_perfil/prefacio.html>. Acesso em: set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde**. Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. Brasília (DF), 1996. Disponível em: <<http://www.uniararas.br/documentos/DOC00012.pdf>>. Acesso em: jul. 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinicius Pires. **Manual de práticas de Atenção Básica: Saúde ampliada e compartilhada**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2010, 411p.

CAPRA. Fritjof. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. Tradução de: Newton Roberval Eicheberg. São Paulo: Cultrix, 1996.

CECCIM, Ricardo. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Revista ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n 4, p. 975-86, out/dez. 2005.

_____; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6 n. 3, p. 443-456, nov.2008/fev.2009.

CHAGAS, Maristela Inês Osawa; XIMENES, Lorena Barbosa; JORGE, Maria Salete Bessa. Educação em Saúde e interfaces conceituais: representações de estudantes de um curso de enfermagem. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 60, n. 6, p. 646-650, Dez. 2007. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672007000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Dec. 2009.

COMTE, Augusto. **Curso de filosofia positiva**. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

COSTA, Scheilla 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/33004064078P9/2009/costa_smf_m_botfm.pdf>. Acesso em: 01/10/10.

CRUZ, Enêde Andrade da. **Práticas profissionais de trabalhadores em central de material e esterilização: representações sociais da equipe de enfermagem**. 2003. 214f. Tese (doutoramento em enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

DALL'AGNOL, Clarice Maria *et al.* O trabalho com grupos como instância de aprendizagem em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v 28, n 1, p.21-26, Porto Alegre, 2007.

DATASUS. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=293330&NomeEstado=BAHIA>. Acesso: mar. 2009.

DOISE, Willem. Da psicologia social à psicologia societal. **Psic. Teor. e Pesq.** Brasília, v. 18, n. 1, abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722002000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: abr. 2010.

ENNES, Patrícia Piedade. **A representação social da união estável na classe média do Rio de Janeiro**. 2008. 346 f. Tese (doutoramento em psicologia social)- Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

FARIA, Regina Marta Barbosa. Os desenhos institucionais da educação permanente: balanço das políticas. In: PIERANTONI, Célia Regina; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. **Educação e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 123-143.

FERNANDES, Maria Clara Porto; BACKES, Vânia Marli Schubert. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 63, n. 4, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672010000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: out. 2010.

FERREIRA, Aurelio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3 ed. São Paulo: Positivo, 2004. 2120p.

FILHO, Edson Alves de Souza. Análise de representações sociais. In: SPINK, Mary Jane. **O conhecimento no cotidiano**. As representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 2004.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, jan. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: out. 2010.

Freire, Paulo. **A pedagogia do oprimido**. 45 ed. São Paulo: Paz e terra, 2005. 213p.

_____. **Educação e mudança**. 30 ed. São Paulo: Paz e terra, 2007a. 79p.

_____. **Pedagogia da autonomia**. 37 ed. São Paulo: Paz e terra, 2003. 148p.

_____. **Pedagogia da esperança**. 14 ed. São Paulo: Paz e terra, 2007b. 245p.

GEIB, Lorena. **Educare: a pedagogia do cuidado**. Passo Fundo: UPF, 2001. 149p.

GIL, Célia Regina Rodrigues; ESCOREL, Sarah. Expressões das práticas dos médicos e enfermeiros em Saúde da Família. In: PIERANTONI, Célia Regina; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. **Educação e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010, p.98-122.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAUJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000300015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: out. 2010.

GRZYBOWSKI, Carlos Tadeu. Por uma teoria integradora para a compreensão da realidade. **Psicol. estud.** Maringá, v. 15, n. 2, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722010000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: out. 2010.

GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; SILVA, Lucia de Fatima da; FREITAS, Maria Célia de. Educação em saúde: objeto de estudo em dissertações e teses de enfermeiras no Brasil. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 57, n. 6, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672004000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Dez. 2009.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: D. JODELET (Org.). **As representações sociais**. Tradução de: Lilian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 19-46.

JÚNIOR RIBEIRO, João. Uma análise epistemológica da práxis educativa positivista. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, v 1, n.20, p.120 - 132, dez. 2005. Disponível em: <http://www.histedbr.fae.unicamp.br/art12_20.pdf>. Acesso em: 09 Nov. 2009.

LEVY, Sylvain Nahum, *et al.* Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. In: Conferência Nacional de Saúde on-line. **Anais**. Brasília (DF). Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm>>. Acesso em: dez. 2009.

LIMA, Josiane Vivian Camargo de *et al.* A educação permanente em saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. **Revista Educ. saúde**, Rio de Janeiro, v 8, n 2, p.207-227, jul/out.2010.

LINO, Mônica Mota *et al.* Educação permanente dos serviços públicos de Florianópolis, Santa Catarina. **Revista Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v 7, n 1, p. 115-136, mar./jun.2009.

LOPES, Maria Regina Souto *et al.* Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. Rio de Janeiro, **Revista Com. Ciências Saúde**, v 18, n 2, p. 147-155, abr. 2007.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v 12, n 2, p. 335-342, mar/abr. 2007. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200009&lng=en>. Acesso em: ago. 2010.

MADEIRA, Margot Campos. Representações sociais e educação: importância teórico-metodológica de uma relação. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes (org). **Representações sociais teoria e prática**. João Pessoa: Editora universitária, 2001. p. 123-144.

MANCIA, Joel Rolim; CABRAL, Leila Chaves; KOERICH, Magda Santos. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 57, n. 5, p. 605-610, out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: mar. 2009.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação dos dados**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2007. 289p.

MASSUDA, Adriano. Práticas de saúde coletiva na atenção primária em saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERERRO, André Vinicius Pires (orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.p.179-205.

MEDEIROS, Briane; SILVEIRA, João Luis Gurgel Calvet da. Educação em saúde: representações sociais da comunidade e da equipe de saúde. **Dynamis revista tecnocientífica**, Blumenau, v 13, n.1, p.120-126, out/dez. 2007. Disponível em:<<http://proxy.furb.br/ojs/index.php/dynamis/article/viewFile/379/354>>. Acesso em: 02.10.10

MERHY, Emerson Elias. Em busca das ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: _____; ONOCKO, Rosana (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p.113-60.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Abrasco, 2006.

MORAES, Carmen Sylvia Vidigal. Educação permanente: direito de cidadania, responsabilidade do estado. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v 4, n 2, p. 395-416, 2006

MOREIRA, Antônia Silva Paredes (org.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Ed. Universitária da UFPB, 2005.

MORIN, Edgar. **O método 3: conhecimento do conhecimento**. 4 ed. Tradução de: Juremir Machado da Silva. Porto alegre: Sulina, 2008a.

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

_____. **Complexidade e transdisciplinaridade: a reforma da universidade e do ensino fundamental**. Natal: EDUFRN, 1999.

MOSCOVICI, Serge. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001, p.18-66.

_____. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes, 2003.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina; BACKES, Vânia Marli Schubert. Novo milênio, novas relações interpessoais: algumas reflexões para o trabalhador em enfermagem e saúde no seu agir educativo. In: NIETSCHE, Elisabeta Albertina (org.). **O processo educativo na formação e na práxis dos profissionais de saúde: desafios, compromissos, utopias**. Santa Maria: UFSM, 2009. p.87-94.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina (org.). **O processo educativo na formação e na práxis dos profissionais de saúde: desafios, compromissos, utopias**. Santa Maria: UFSM; 2009. 320 p.

NÓBREGA, Sheva Maia da. Sobre a teoria das representações sociais. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes (org.). **Representações sociais: teoria e prática**. João Pessoa: Universitária, 2001.p.55-83.

NOVAES, Maria Rita Carvalho *et al* . Inserção dos temas de humanidades e ética em currículo médico integrado em escola pública no Distrito Federal, Brasil. **Acta bioeth**. Santiago, v. 15, n. 2, nov. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726569X2009000200011&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: out. 2010.

OLIVEIRA, Denise Cristina *et al*. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes (org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Ed. Universitária da UFPB, 2005.p. 573-602.

OLIVEIRA, Hadelândia Milon de; GONCALVES, Maria Jacirema Ferreira. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. **Rev. bras. enferm**. Brasília, v. 57, n. 6, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672004000600028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: dez. 2009.

OPAS. **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil.** Afra Suassuna Fernandes; Juan A. Seclen-Palacin (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza, VAGHETTI, Helena Heidtmann, BRODERSEN, Gladys. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v 14, n 2. P. 292-300, abr/jun. 2006. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v14n2/v14n2a21.pdf>> Acesso em: 23/09/10

PAIVA, Wilson Alves de. A formação do homem no Emílio de Rousseau. **Educ. Pesqui.** São Paulo, v. 33, n. 2, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151797022007000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Nov. 2009.

PERES, Renata Peres. Reflexões epistemológicas da pesquisa acerca da prática educativa. **Anais do VIII Congresso Nacional de Educação.** Pontifícia Universidade Católica do Paraná Curitiba, 06 a 09 de outubro de 2008. Curitiba. Disponível em: <[http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/205_778](http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/205_778.pdf)>.pdf. Acesso em: 09 Nov. 2009.

PINTO, Carlos Alberto Gama; COELHO, Ivan Batista. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de Atenção Básica. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERERRO, André Vinicius Pires (orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2010, p.323-345.

POMBO, Olga. **Interdisciplinaridade: ambições e limites.** Portugal: Relógio D'água, 2004.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** Tradução de: Ananyr Porto Fajardo. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RICALDONI, Carlos Alberto Caciquinho; SENA, Roseni Rosângela de. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, Dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: mar. 2009.

RODRIGUES, Maria Socorro Pereira; LEOPARDI, Maria Tereza. **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros.** Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

RODRIGUES, Neidson. Educação: da formação humana à construção do sujeito ético. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 22, n. 76, Out. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010173302001000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em nov. 2010

RONZANI, Telmo Mota; SILVA, Cristiane de Mesquita. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, fev. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: set. 2010.

ROSA, Annamaria Silvana de. A “rede associativa: uma técnica para captar a estrutura, os conteúdos, e os índices de polaridade, neutralidade e estereotípias dos campos semânticos relacionados com as representações sociais. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes (org). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Ed. Universitária da UFPB, 2005

ROUQUETTE, Michel-Louis. As representações sociais no quadro geral do pensamento social. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes (org). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Ed. Universitária da UFPB, 2005.

SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2002. 189p.

SÁ, Celso Pereira de. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SABÓIA, Vera Maria. **Educação em saúde: a arte de talhar pedras**. Niterói: Intertexto, 2003, 134 p.

SALES, Zenilda Nogueira. **Representações sociais no diabetes mellitus**. 2003. 157f p. Tese (doutoramento em enfermagem)- Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2003.

SAMPAIO, Dulce Moreira. **Educação e a reconexão do ser**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2010, 150 p.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. 14 ed. Portugal: Afrontamento, 2003.

SANTOS, Maria de Fátima de Souza Santos; ALMEIDA, Leda Maria de. **Diálogos com a teoria da representação social**. Maceió: Ed. Universitária da UFPE, 2005. 200p.

SAUPE, Rosita; GEIB, Lorena Terezinha Consalter. A pedagogia do cuidado. In: NIETSCHE, Elisabeta Albertina (org.). **O processo educativo na formação e na práxis dos profissionais de saúde: desafios, compromissos, utopias**. Santa Maria: UFSM, 2009.p.143-167.

SHILLING, Ana Zoé. A responsabilidade social do ensino em enfermagem e sua vinculação com a avaliação institucional. In: NIETSCHE, Elisabeta Albertina (org.). **O processo educativo na formação e na práxis dos profissionais de saúde: desafios, compromissos, utopias**. Santa Maria: UFSM; 2009.p.283-296.

SILVA, Cheila Portela; DIAS, Maria Socorro de Araújo; RODRIGUES, Angelo Brito. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v 14, supl 1, p. 1453- 1462, set/out. 2010. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000800018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 out. 2010.

SOEJIMA, Fatima Mitie. **Educação e formação humana: uma discussão sobre o conceito de autonomia discente**. 2008. 160f. Dissertação (Mestre em educação)-Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-16062008-132418>>. Acesso em: out. 2009.

SOLLA, Jorge. **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. 347 p.

SOUZA JUNIOR, Elias de; TOLEDO, César de Alencar Arnaut de. Educação e moral no pensamento de Kant. **Anais do Seminário de Pesquisa do PPE**, Universidade Estadual de Maringá. 2004. Disponível em: <http://www.multiculturas.com/delfim/filos_educ/textos/ESousaJr_educacao_e%20_moral_no_pensamento_de_Kant_2004.pdf>. Acesso em: out. 2009.

SOUZA, Andréa dos Santos. **O cuidado com idosos hipertensos: representações sociais de familiares**. 2005. 222f. Dissertação (mestre em cuidado em enfermagem). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2005.

SOUZA, Aline Corrêa de *et al.* A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da educação em saúde. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 26, n.2, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23558/000560718.pdf?sequence=1>>. Acesso em: jun. 2010.

SPINK, Mary Jane (org.). **O conhecimento do cotidiano**. As representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 2004. 311 p.

SOUZA, Andréa dos Santos. **O cuidado com idosos hipertensos: representações sociais de familiares**. 2005. 222f. Dissertação (mestre em cuidado em enfermagem). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2005.

TADDEI, L. T. **Conhecimento, Discurso e Educação Contribuições para a Análise da Educação sem a Metafísica do Racionalismo**. 2000. 192f. Dissertação (Mestre em educação). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48133/tde-27022002-121434>>. Acesso em: out. 2009.

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

UCHOA, Alice da Costa. Experiências inovadoras de cuidado no Programa Saúde da Família (PSF): potencialidades e limites. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 29, jun. 2009, p.299-333. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832009000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: out. 2010.

VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta. **Psicologia social**. 7 ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2006.

VALLE, Líllian do. Teoria, determinação, complexidade: desafios da reflexão sobre educação. **Trabalho, Educação & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 185-201, 2003.

VARELLA, Thereza Christina; MATSUMOTO, Karen dos Santos. O trabalho do enfermeiro no Brasil: analisando oferta e demanda no mercado. In:PIERANTONI, Célia Regina; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. **Educação e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p.82-97.

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

VERGÈS, Pierre. Manuel ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations. EVOC2000. France Version 5 Avril 2002. Disponível em: <<http://www4.pucsp.br/pos/ped/rsee/evoc.htm>>. Acesso em: jan. 2009.

VIEIRA, Maria Jésia. **Imagem cultural e motivação na escolha da Enfermagem**. Aracaju: editora da UFS. Fundação Oviêdo Teixeira, 2002. 175p.

VILA, Ana Carolina Dias; VILA, Vanessa da Silva Carvalho. Tendências da produção do conhecimento na educação em saúde no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692007000600019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: dez. 2009.

SOUZA, Andréa dos Santos. **O cuidado com idosos hipertensos: representações sociais de familiares**. 2005. 222f. Dissertação (mestre em cuidado em enfermagem). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2005.

VILELA, Alba Benemérita Alves. **Olhar sobre a capacitação: conhecimento elaborado socialmente pelas enfermeiras do Programa de Saúde da Família**.2003. 169f. Tese (doutoramente em enfermagem). Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2003.

VITÓRIA DA CONQUISTA. Secretaria de Saúde. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista. **Serviços Secretaria de Saúde**. 2010. Disponível em: <<http://www.pmvc.com.br/v1/pmvc.php?pg=content&id=163>>. Acesso em: jan. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE-A



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Departamento de Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



**Termo de consentimento livre e esclarecido
Conforme normas da Resolução 196 de 10 de outubro de 1996.**

Educação em saúde: conhecimento socialmente elaborado por enfermeiros e usuários

OBJETIVO GERAL: Compreender as representações sociais de enfermeiros e usuários sobre a educação em saúde desenvolvida na ESF.

PROCEDIMENTO DA PESQUISA: O procedimento adotado para a coleta dos dados obedecerá à seguinte ordem: Aprovação do projeto por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB; Notificação à Secretaria Municipal de Saúde para início da coleta; Visita A ESF para agendamento da coleta dos dados e esclarecimentos acerca do estudo; Retorno às UBS para coleta dos dados que ocorrerá mediante aceitação dos sujeitos do estudo, sendo realizada a leitura do protocolo de pesquisa e assinatura de termo de consentimento; e aplicação do questionário e da entrevista que será gravada em aparelho digital MP4.

PARTICIPAÇÃO: A integração à pesquisa será de maneira voluntária, ficando a critério do informante o desejo de participar ou não do estudo através da informação de seus dados e opiniões acerca do assunto abordado, não havendo nenhuma penalidade caso recuse a tal ou desista de prosseguir na pesquisa. O participante não terá nenhuma despesa pela sua participação nem receberá pagamento ou gratificação.

RISCOS: Em momento nenhum o informante estará exposto a riscos devido a sua participação nesta pesquisa, já que os dados serão manipulados com extremo sigilo, garantindo o anonimato, não disponibilizando para terceiros. Os dados obtidos serão manipulados apenas pelos pesquisadores responsáveis e colaboradores, não sendo

identificados os informantes. Se vierem a ocorrer danos, o tratamento será oferecido sem ônus ficando sob a responsabilidade dos respectivos pesquisadores: DSc. Alba Benemérita Alves Vilela e Isaiane Santos Bittencourt.

BENEFÍCIOS: A participação nessa pesquisa possibilitará compreender o papel da educação permanente para o cuidar da enfermagem, corroborando para uma melhoria da assistência prestada.

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO: Eu,

_____, concordo em participar do estudo descrito acima. Fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Tenho o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou a minha família. A minha participação é voluntária, e não implicará em custos ou prejuízos adicionais, sejam esses custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação.

COMPROMISSO DOS PESQUISADORES: Garantimos estar disponíveis para atender quaisquer dúvidas e/ou solicitação para esclarecimento de dados que ficaram obscuros no decorrer desta pesquisa. Poderemos ser encontradas no contato abaixo:

Vitória da Conquista - BA ____ de _____ de _____ 2010

Assinatura do informante do estudo

Pesquisadora Principal: Isaiane Santos Bittencourt
 Tel:77-88031667
 e-mail:isaianesbb@hotmail.com

O termo de consentimento será assinado em duas vias, uma que ficará com o participante da pesquisa e a outra com a pesquisadora principal.

APÊNDICE-B



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
 Departamento de Saúde
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



Entrevista semiestruturada para os enfermeiros

Dados de identificação

Nome: _____
 Idade: _____ Sexo: F () M () Instituição de formação: _____
 Tempo de formação: _____ Tempo de trabalho: _____ Renda mensal: _____
 Quantos trabalhos possui? _____ Quantas capacitações já fez? _____
 Nome da unidade que trabalha _____
 Número de identificação do instrumento: _____

1. Qual a sua compreensão acerca da educação em saúde?
2. Como ocorreu a sua formação acadêmica para a educação em saúde? E como ocorre em seu ambiente de trabalho?
3. Existem atividades educativas desenvolvidas na equipe de Saúde da Família onde você trabalha? No caso de afirmativo, descreva essas atividades. E quais os profissionais envolvidos nessas atividades?
4. Comente as facilidades e dificuldades em promover a educação em saúde nesta ESF?
5. Quais sugestões você considera relevante para aprimorar o panorama da educação em saúde?

APÊNDICE-C



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Departamento de Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

**Entrevista semiestruturada para os usuários****Dados de identificação**

Nome: _____
Idade: _____ Sexo: F () M () Grau de instrução: _____
Há quanto tempo está cadastrado nesta unidade? _____
Apresenta alguma doença ou agravo de saúde _____

1. O que o (a) Sr. (ª) entende como educação em saúde?
2. Existe alguma atividade educativa desenvolvida aqui? O (a) Sr. (ª) poderia citar quais?
3. Como o (a) Sr. (ª) avalia a educação em saúde promovida nesta Unidade?
4. Como estas atividades educativas têm influência na sua vida?
5. Como e quando ocorreu o seu primeiro contato com atividades educativas? Comente.

APÊNDICE-D



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Departamento de Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

**Teste de evocação livre de palavras para enfermeiros**

1. Quais palavras vêm a sua mente quando digo para você o seguinte termo:
educação em saúde?

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

APÊNDICE-E



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Departamento de Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

**Teste de evocação livre de palavras para usuários**

1. Quais palavras vêm a sua mente quando digo para você: atividades desenvolvidas por trabalhadores do posto de saúde trazendo informações sobre a saúde através de conversas, bate-papos, reuniões ou palestras, em locais com várias pessoas, ou somente com você.

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

ANEXOS



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, 18 de novembro de 2009

Of. CEP/UESB 370/2009

Ilma. Sra.

Isaiane Santos Bittencourt

Mestrado em Enfermagem e Saúde - PPGES

Prezada Senhora,

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: 176/2009

Projeto: **ESTRUTURA REPRESENTACIONAL DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE: UMA INTERFASE PARA O CUIDADO DE ENFERMEIROS**

Pesquisadores: **Isaiane Santos Bittencourt (mestranda)**
Profª. Alba Beneméríta Alves Vilela (orientadora)

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,


Profª. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB

ANEXO B



Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
FONE: 77-3423-7562

21 de outubro de 2009
Ofício nº 227/2009

A Sua Senhoria a Senhora
Profa. Dr^a Rita Narriman Silva de Oliveira Boery
Coordenadora do PPGES
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Senhora Coordenadora,

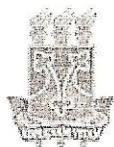
Informamos que a Comissão Municipal de Ensino e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde analisou e emitiu parecer do projeto de pesquisa: "Estrutura representacional da educação na saúde: uma interface para o cuidado de enfermeiros" – de responsabilidade da aluna: Isaiane Santos Bittencourt. A solicitação foi deferida para realização da pesquisa nas Unidades de Saúde da Família.

Atenciosamente,


Maria das Graças Lima Cardoso

Membro da Comissão Municipal de Ensino e Pesquisa

ANEXO C



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Eu, Suzana Ribeiro, ocupante do cargo de Secretária de Saúde do município de Vitória da Conquista, **AUTORIZO** a coleta de dados nas Unidades de Saúde da Família, do projeto “**Estrutura Representacional da Educação na saúde: Uma interface para o cuidado de Enfermeiros**” da pesquisadora *Isaiane Santos Bittencourt e Alba Benemérita Alves Vilela* após a aprovação do referido projeto pelo CEP/UESB.

Vitória da Conquista, 19 de outubro de 2009.

ASSINATURA: _____

CARIMBO:

Suzana Ribeiro
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO D



Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
FONE: 77-3423-7562

21 de outubro de 2009
Ofício nº 228/2009-CPEPS

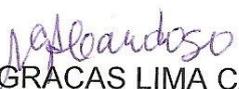
Às
Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana e Zona Rural

Senhor(a),

Apresentamos **Isaiane Santos Bittencourt**, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB, que realizará nas unidades de saúde da família zona urbana e rural, com os Profissionais de Enfermagem, no período de janeiro-julho de 2010, a pesquisa do Projeto: "Estrutura representacional da educação na saúde: uma interface para o cuidado de enfermeiros", aprovada pela Comissão Municipal de Ensino e Pesquisa.

Relação das unidades anexada.

Atenciosamente,


MARIA DAS GRAÇAS LIMA CARDOSO
Membro da Comissão Municipal de Ensino e Pesquisa

DISCRIMINAÇÃO DO DICIONÁRIO DE PALAVRAS – ENFERMEIROS EVOC

ENSEMBLE DES MOTS	RANGS					
	:FREQ.:	1 *	2 *	3 *	4 *	5 *
acesso	: 1:	0*	0*	0*	1*	
moyenne :	4.00					
aprendizado	: 9:	3*	1*	2*	2*	1*
moyenne :	2.67					
competência	: 16:	0*	2*	7*	3*	4*
moyenne :	3.56					
comunicação	: 8:	1*	1*	1*	2*	3*
moyenne :	3.63					
comunidade	: 6:	1*	2*	1*	1*	1*
moyenne :	2.83					
conhecimento	: 14:	6*	4*	2*	0*	2*
moyenne :	2.14					
crescimento	: 3:	1*	2*			
moyenne :	1.67					
cuidado	: 4:	1*	0*	0*	1*	2*
moyenne :	3.75					
cultura	: 5:	1*	2*	1*	1*	
moyenne :	2.40					
dificuldade	: 3:	0*	0*	0*	1*	2*
moyenne :	4.67					
informação	: 9:	4*	1*	0*	4*	
moyenne :	2.44					
motivação	: 5:	1*	2*	0*	1*	1*
moyenne :	2.80					
mudança	: 1:	0*	0*	1*		
moyenne :	3.00					
participação	: 9:	2*	0*	2*	1*	4*
moyenne :	3.56					
prevenção	: 4:	0*	1*	1*	1*	1*
moyenne :	3.50					
qualidade	: 6:	0*	2*	2*	2*	
moyenne :	3.00					
saúde	: 7:	1*	2*	2*	1*	1*
moyenne :	2.86					
vida	: 6:	0*	2*	2*	2*	
moyenne :	3.00					
DISTRIBUTION TOTALE	: 116:	22*	24*	24*	24*	22*
RANGS 6 ... 15	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS 16 ... 25	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS 26 ... 30	0*	0*	0*	0*	0*	

Nombre total de mots differents : 18

Nombre total de mots cites : 116

moyenne generale : 3.00

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq. *	nb. mots	* Cumul evocations et cumul inverse
1 *	2	2 1.7 % 116 100.0 %
3 *	2	8 6.9 % 114 98.3 %
4 *	2	16 13.8 % 108 93.1 %
5 *	2	26 22.4 % 100 86.2 %
6 *	3	44 37.9 % 90 77.6 %
7 *	1	51 44.0 % 72 62.1 %
8 *	1	59 50.9 % 65 56.0 %
9 *	3	86 74.1 % 57 49.1 %
14 *	1	100 86.2 % 30 25.9 %
16 *	1	116 100.0 % 16 13.8 %

DISCRIMINAÇÃO DO GRÁFICO – ENFERMEIROS EVOC

Les 3 colonnes correspondent respectivement : au Mot à sa Fréquence à son Rang Moyen

Le Fréquence minimale des mots est 4

Cas ou la Fréquence ≥ 8 et le Rang Moyen < 3

aprendizado	9	2,667
conhecimento	14	2,143
informação	9	2,444

Cas ou la Fréquence ≥ 8 et le Rang Moyen ≥ 3

competência	16	3,563
comunicação	8	3,625
participação	9	3,556

Cas ou la Fréquence < 8 et le Rang Moyen < 3

comunidade	6	2,833
cultura	5	2,400
motivação	5	2,800
saúde	7	2,857

Cas ou la Fréquence < 8 et le Rang Moyen ≥ 3

cuidado	4	3,750
prevenção	4	3,500
qualidade	6	3,000
vida	6	3,000

ANEXO G

DISCRIMINAÇÃO DO DICIONÁRIO DE PALAVRAS – USUÁRIOS EVOC

ENSEMBLE DES MOTS	RANGS
:FREQ.:	1 * 2 * 3 * 4 * 5 *
atendimento	: 5: 1* 2* 0* 0* 2*
moyenne :	3.00
bom	: 52: 20* 8* 8* 11* 5*
moyenne :	2.48
conscientização	: 2: 0* 1* 0* 0* 1*
moyenne :	3.50
controle	: 28: 3* 6* 8* 6* 5*
moyenne :	3.14
conversa	: 8: 0* 1* 2* 3* 2*
moyenne :	3.75
cuidado	: 12: 2* 1* 3* 2* 4*
moyenne :	3.42
cultura	: 2: 0* 0* 1* 1*
moyenne :	3.50
divertido	: 7: 2* 1* 1* 2* 1*
moyenne :	2.86
doença	: 13: 1* 4* 4* 3* 1*
moyenne :	2.92
dúvida	: 15: 1* 6* 4* 2* 2*
moyenne :	2.87
importante	: 16: 8* 6* 1* 0* 1*
moyenne :	1.75
mudança	: 4: 0* 0* 2* 1* 1*
moyenne :	3.75
orientação	: 69: 15* 11* 14* 14* 15*
moyenne :	3.04
palestra	: 23: 6* 5* 3* 5* 4*
moyenne :	2.83
participar	: 12: 0* 3* 2* 3* 4*
moyenne :	3.67
pessoa	: 3: 0* 0* 0* 1* 2*
moyenne :	4.67
planejamento	: 3: 0* 1* 2*
moyenne :	2.67
prevenção	: 8: 1* 2* 0* 2* 3*
moyenne :	3.50
saúde	: 19: 1* 3* 6* 4* 5*
moyenne :	3.47
unidade	: 7: 0* 0* 2* 2* 3*
moyenne :	4.14
DISTRIBUTION TOTALE	: 308: 61* 61* 63* 62* 61*
RANGS 6 ... 15	0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*

RANGS 16 ... 25 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*
 RANGS 26 ... 30 0* 0* 0* 0* 0*

Nombre total de mots differents : 20

Nombre total de mots cites : 308

moyenne generale : 3.00

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq. *	nb. mots	* Cumul evocations et cumul inverse
2 *	2	4 1.3 % 308 100.0 %
3 *	2	10 3.2 % 304 98.7 %
4 *	1	14 4.5 % 298 96.8 %
5 *	1	19 6.2 % 294 95.5 %
7 *	2	33 10.7 % 289 93.8 %
8 *	2	49 15.9 % 275 89.3 %
12 *	2	73 23.7 % 259 84.1 %
13 *	1	86 27.9 % 235 76.3 %
15 *	1	101 32.8 % 222 72.1 %
16 *	1	117 38.0 % 207 67.2 %
19 *	1	136 44.2 % 191 62.0 %
23 *	1	159 51.6 % 172 55.8 %
28 *	1	187 60.7 % 149 48.4 %
52 *	1	239 77.6 % 121 39.3 %
69 *	1	308 100.0 % 69 22.4 %

ANEXO H

DISCRIMINAÇÃO DO GRÁFICO – USUÁRIOS EVOC

Les 3 colonnes correspondent respectivement :au Mot

à sa Fréquence

à son Rang Moyen

Le Fréquence minimale des mots est 3

Cas ou la Fréquence ≥ 15

et

le Rang Moyen < 3

bom	52	2,481
dúvida	15	2,867
importante	16	1,750
palestra	23	2,826

Cas ou la Fréquence ≥ 15

et

le Rang Moyen ≥ 3

controle	28	3,143
orientação	69	3,043
saúde	19	3,474

Cas ou la Fréquence < 15

et

le Rang Moyen < 3

divertido	7	2,857
doença	13	2,923
planejamento	3	2,667

Cas ou la Fréquence < 15

et

le Rang Moyen ≥ 3

atendimento	5	3,000
conversa	8	3,750
cuidado	12	3,417
mudança	4	3,750
participar	12	3,667
pessoa	3	4,667
prevenção	8	3,500
unidade	7	4,143

