

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Doutorado em Saúde Pública

Maria Beatriz Pragana Dantas

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO
BÁSICA: SUJEITO, DIÁLOGO,
INTERSUBJETIVIDADE**

Recife
2010

Maria Beatriz Pragana Dantas

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA – SUJEITO, DIÁLOGO,
INTERSUBJETIVIDADE**

Tese apresentada ao Curso de
Doutorado em Saúde Pública do
Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz,
para a obtenção do grau de doutor em
Ciências

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rejane Ferreira da Silva

Co-orientadora: Profa. Dra. Kátia Virgínia de Oliveira Feliciano

Recife

2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

D192e Dantas, Maria Beatriz Pragana.

Educação em Saúde na Atenção Básica: sujeito, diálogo, intersubjetividade/ Maria Beatriz Pragana Dantas. — Recife: M. B. P. Dantas, 2010.

234 f.: il.

Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

Orientadora: Maria Rejane Ferreira da Silva, Co-orientadora: Kátia Virgínia de Oliveira Feliciano.

1. Educação em Saúde. 2. Saúde da Família. 3. Atenção Primária à Saúde. 5. Comunicação em Saúde. I. Silva, Maria Rejane Ferreira da. II. Feliciano, Kátia Virgínia de Oliveira. III. Título.

CDU 377:64

Maria Beatriz Pragana Dantas

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA – SUJEITO, DIÁLOGO,
INTERSUBJETIVIDADE**

Tese apresentada ao Curso de
Doutorado em Saúde Pública do
Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz,
para a obtenção do grau de doutor em
Ciências

Aprovado em: ____/____/____

ORIENTADORA

Profa. Dra. Maria Rejane Ferreira da Silva
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães / FIOCRUZ

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Tereza Maciel Lyra
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães / FIOCRUZ

Profa. Dra. Ide Gomes Gurgel
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães / FIOCRUZ

Prof. Dr. Paulo Roberto de Santana
Núcleo de Nutrição / UFPE – Vitória de Sto. Antônio

Profa. Dra. Valdilene Viana Schmaller
Depto. Serviço Social / UFPE

Profa. Dra. Ana Maria de Brito
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães / FIOCRUZ

A todos os que não deixam de acreditar,
a todos os que buscam suas próprias verdades
e que sabem que não basta conhecer
que é preciso saber
e saber brota de viver, saborear
a experiência primordial da Vida – a consciência.

A minha Mestra de Kabbalah
Tânia Carvalho por mostrar o movimento criativo da vida e
me ensinar que é AGORA
que tudo acontece, se faz e refaz

Aos meus pais,
Pelo suporte, pelo amor,
Pelo exemplo

AGRADECIMENTOS

Há sempre muitas pessoas envolvidas, implicadas, na realização de um trabalho desta natureza. Sendo assim, os primeiros a quem eu agradeço são os que convivem comigo, os que não convivem mas que me querem por perto, os que esperam por mim, por minhas capacidades em outros espaços: pela generosidade do silêncio, pela paciência e pela entrega do tempo que eu compartilharia com eles.

Mas também é preciso agradecer diretamente às pessoas, pois muitas vezes por sua generosidade, não sabem o quanto os muitos gestos fizeram diferença ao longo do caminho.

À equipe da Unidade de Saúde da Família onde se realizou a pesquisa, pelo acolhimento do meu projeto e pela colaboração inestimável no compartilhar do seu cotidiano.

À minha orientadora Maria Rejane Ferreira da Silva, pela disponibilidade, suporte, conhecimento, incentivo e tranquilidade na condução da elaboração do trabalho, além da amabilidade e das horas agradáveis que pudemos passar juntas.

À minha co-orientadora, Kátia Virginia de Oliveira Feliciano, pelo generoso compartilhar dos seus conhecimentos e sua disponibilidade em me atender, além do prazer da troca e das reflexões realizadas.

À Secretaria Acadêmica por realizar o seu trabalho com qualidade e procurando sempre atender às demandas com atenção, empenho e – muita – paciência.

A Mégine e a Mácia, da biblioteca do Aggeu Magalhães, pela disponibilidade, profissionalismo e amabilidade.

À Mestra de Kabbalah Tânia Carvalho, por ter sempre visto muito adiante... pela Sabedoria e pela Iluminação que mostra e pratica, fazendo com que a Vida não passe por nós na forma de palavras vazias e teorias que se repetem a si mesmas, mas que seja vivida intensamente.

À Mestra Kalahara por ter sinalizado e me colocado diante da necessidade de viver com consciência e compromisso.

A Felipe e Raquel, por terem me entendido sempre, pela parceria e por existirem na minha vida.

A Pablo, por suportar as saudades e fazer mais leve a caminhada com o seu amor.

A Lurdinha, suporte cotidiano essencial para a realização deste trabalho.

Aos Iniciados da AD'OR - Centro de Estudos da Kabbalah, por me terem dito tanto e pela consciência que brota todos os dias no compartilhar cotidiano e do caminho Iniciático.

Aos colegas do Departamento de Nutrição da UFPB, pela disponibilidade em assumir minhas atribuições durante a minha ausência.

*“O que faz o homem recuar diante dos obstáculos?
O fato de ele colocar a desistência e os
obstáculos entre ele e o resultado.”*

*“A vida acontece quando
a gente faz por ela.”*

Tânia Carvalho – Para Meditar II
AD’OR – Centro de Estudos da Kabbalah

DANTAS, Maria Beatriz Pragana. **Educação em Saúde na Atenção Básica**: sujeito, diálogo, intersubjetividade. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

A proposta da promoção da saúde e da estratégia saúde da família (ESF), em sua perspectiva transformadora, remete a práticas educativas dialógicas baseadas na construção compartilhada do conhecimento, no respeito ao saber popular e na construção de alternativas de transformação das condições de vida e saúde da população. No entanto, apesar dos avanços teóricos na discussão da educação em saúde e em suas proposições, a implementação de práticas educativas que tenham esse modelo como referência no cotidiano dos serviços, tem encontrado dificuldades. Considerando que a atenção básica à saúde é o espaço privilegiado para o desenvolvimento dessas práticas, este trabalho tem como proposta refletir sobre as concepções e as práticas de educação em saúde em uma unidade de saúde da família (USF) no município de João Pessoa, no que diz respeito ao diálogo e à (inter)subjetividade. Realizou-se pesquisa avaliativa utilizando metodologia qualitativa, através de entrevistas e observação do trabalho de uma equipe de saúde da família, de novembro de 2008 a março de 2009. As concepções de educação em saúde presentes nas falas dos profissionais apontam para conceitos e práticas que combinam características do modelo tradicional com a abertura às dimensões intersubjetivas e aos contextos de vida em que se dão as interações com os usuários. A valorização do vínculo e da confiança como elementos essenciais ao trabalho educativo permite supor, no que diz respeito às disposições subjetivas dos profissionais, uma abertura à realização de práticas dialógicas e participativas. O contexto institucional mostrou-se limitante a essas perspectivas, indicando a necessidade de aprofundamento das mudanças na organização do trabalho e no modelo assistencial de modo a constituir condições para a realização de ações educativas baseadas no diálogo livre de coerções e no reconhecimento do outro como interlocutor legítimo.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde. Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Diálogo. Comunicação em Saúde.

DANTAS, Maria Beatriz Pragana. **Health education in Primary Health Care: Subject, Dialogue, Inter-subjectivity**. 2010. Thesis (Doctorate in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010

ABSTRACT

The proposal for health promotion and a family health strategy (ESF), in its transformational perspective, has as its reference dialogical educational practices based on shared knowledge construction, respect for popular knowledge, and the construction of alternative means of transforming living conditions and population health. However, despite advances in the discussion of health education and its proposals, the implementation of educational practices based on this model in everyday services has encountered difficulties. Since basic health care is the privileged space for the development of these practices, this work proposes to reflect on concepts and practices of health education in a family health unit (USF) in the city of João Pessoa, as they relate to dialogue and inter-subjectivity. Evaluative research was carried out using qualitative methodology, through interviews and observation of the work of a family health team, from November 2008 to March 2009. The conceptions of education and health reflected in the statements of professionals indicate concepts and practices that combine features of the traditional model with an openness to inter-subjective dimensions and the life contexts in which the interactions with users of the family health unit take place. The importance attributed to a bond and trust as essential to educational work allow us to suppose an openness to the implementation of dialogic and participatory practices. The institutional context was shown to be limiting to these views, indicating the need for further changes in work organization and the health care model in order to provide conditions for the conducting of educational activities based on dialogue free from coercion and the recognition of the other party as a legitimate interlocutor.

KEYWORDS: Health education; Family Health; Primary Health Care; Dialogue; Health Communication.

DANTAS, Maria Beatriz Pragana. **Educación em Salud en la Atención Básica**: sujeto, diálogo, intersubjetividad. 2010. Tesis (Doctorado em Salud Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMEN

La propuesta de la promoción de la salud y de la estrategia salud de la familia (ESF), en su perspectiva transformadora, se refiere a prácticas educativas dialógicas basadas en la construcción compartida del conocimiento, en relación al saber popular y en la construcción de alternativas de transformación de las condiciones de vida y salud de la población. Sin embargo, a pesar de los avances en la discusión teórica de la educación para la salud y en sus propuestas, la implementación de prácticas educativas que tienen este modelo como referencia en el día-a-día de los servicios, se ha encontrado con dificultades. Considerando que la atención básica de salud es el espacio privilegiado para el desarrollo de estas prácticas, este trabajo tiene como propuesta reflexionar sobre conceptos y prácticas de educación para la salud en una unidad salud de la familia (USF) en la ciudad de João Pessoa, en relación con el diálogo y la (inter)subjetividad. La investigación de evaluación se llevó a cabo utilizando una metodología cualitativa, mediante entrevistas y observación del trabajo de un equipo de salud de la familia, desde noviembre 2008 hasta marzo 2009. Las concepciones sobre educación y salud presente en los discursos de los profesionales apuntan a conceptos y prácticas que combinan las características del modelo tradicional, con la apertura a las dimensiones intersubjetivas y a los contextos de vida en que ocurren las interacciones con los usuarios. El valor del vínculo y la confianza como elementos esenciales para el trabajo educativo sugieren, con respecto a disposiciones subjetivas de los profesionales, una apertura a la aplicación de diálogo y de prácticas participativas. El contexto institucional se mostró limitante a estos puntos de vista, lo que indica la necesidad de cambios más profundos en la organización del trabajo y en el modelo asistencial de salud con el fin de crear las condiciones para la realización de actividades educativas basadas en el diálogo libre de coerciones y en el reconocimiento del otro como interlocutor legítimo.

PALABRAS-LLAVE: Educación en Salud. Salud de la Familia. Atención Primária a la Salud. Diálogo. Comunicación en Salud.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
EPS	Educação Popular em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FSESP	Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
NESC	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PAB	Piso Assistencial Básico
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programa de Agentes de Saúde
PASME	Pronto Atendimento Psiquiátrico
PNACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SMS-JP	Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Unificado de Saúde
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 A Promoção da Saúde como contexto da educação em saúde	16
2 OBJETIVOS	22
2.1 Objetivo Geral	23
2.2 Objetivos Específicos	23
3 MARCO DE REFERÊNCIA	24
3.1 A promoção da saúde e a atenção primária: contexto da educação em saúde	25
3.1.1 Algumas considerações acerca do debate crítico frente à proposta da promoção da saúde	29
3.2 A atenção básica e a política de promoção da saúde no Brasil como contexto do desenvolvimento da educação em saúde	34
3.3 A educação em saúde na política de atenção básica	37
3.3.1 Algumas considerações críticas relativas à ESF/atenção básica à saúde .	40
3.4 A educação em saúde: modelos na teoria e na prática	43
3.5 O diálogo e a intersubjetividade como categorias de análise	54
3.5.1 O diálogo e a dimensão transformadora das práticas de saúde	55
3.5.2 Sujeito, intersubjetividade e diálogo	58
4 METODOLOGIA	67
4.1 Desenho do estudo	68
4.2 A abordagem qualitativa	69
4.3 Área de abrangência do estudo	70
4.4 Descrição do espaço de realização e da unidade de análise da pesquisa	72
4.5 Unidade de análise e sujeitos do estudo	73
4.6 Instrumentos, procedimentos de coleta de dados e período do estudo	73
4.6.1 A observação direta	74
4.6.2 As entrevistas semi-estruturadas	78
4.6.3 A inserção no espaço de realização da pesquisa	79
4.7 Procedimentos e técnica de análise dos dados	80
5 ASPECTOS ÉTICOS	82
6 RESULTADOS	84

6.1 O contexto de realização da pesquisa	85
6.1.1 A política municipal de saúde	86
6.1.1.1 <i>Diretrizes gerais de gestão</i>	86
6.1.1.2 <i>Educação permanente e formação profissional</i>	88
6.2.1.3 <i>Blocos organizativos</i>	89
6.1.2 Dados da USF/Mirante A e caracterização da área de abrangência	91
6.2 Resultados das entrevistas	94
6.2.1 Concepções sobre educação em saúde	96
6.2.1.1 <i>Profissionais de nível superior</i>	96
6.2.1.2 <i>Agentes Comunitárias de Saúde</i>	98
6.2.2 Características das práticas educativas	101
6.2.2.1 <i>Conteúdo das práticas de educação em saúde</i>	102
6.2.2.1.1 <u>Profissionais de nível superior</u>	102
6.2.2.2.2 <u>Agentes comunitárias de saúde</u>	105
6.2.2.2 <i>Tipo de práticas educativas</i>	110
6.2.2.2.1 <u>Profissionais de nível superior</u>	110
6.2.2.2.2 <u>Agentes comunitárias de saúde</u>	112
6.2.2.3 <i>A realização das práticas de educação em saúde</i>	113
6.2.2.3.1 <u>Profissionais de nível superior</u>	113
6.2.2.3.2 <u>Agentes comunitárias de saúde</u>	128
6.2.3 Concepções de diálogo	142
6.2.3.1 <i>Profissionais de nível superior</i>	143
6.2.3.2 <i>Agentes comunitárias de saúde</i>	149
6.3 Resultados da observação participante	151
6.3.1 A rotina da Unidade de Saúde da Família	153
6.3.2 Visitas domiciliares	159
6.3.3 A realização das práticas educativas	161
7 DISCUSSÃO	165
7.1 Concepções de educação em saúde	168
7.1.1 Definições baseadas nos temas das práticas educativas	169
7.1.2 Definições baseadas no processo de realização das práticas educativas	171
7.2 Características das práticas educativas	173
7.2.1 Conteúdos abordados nas práticas educativas	173

7.2.2 Tipo de práticas educativas	177
7.2.3 Realização das práticas educativas	179
7.2.3.1 Modelo de mediação entre conhecimentos técnicos e dos usuários	180
7.2.3.2 Processo de formulação das práticas educativas	181
7.2.3.3 Vínculo e confiança	184
7.2.3.4 Êxito das práticas educativas	187
7.2.3.5 Dificuldades à realização das práticas educativas	189
7.2.3.5.1 Contexto institucional.....	189
7.2.3.5.2 Dificuldade de participação dos usuários	192
7.3 As concepções de diálogo	197
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	202
REFERÊNCIAS	209
APÊNDICES	220
Apêndice A – Carta de anuência nos Termos do Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães	221
Apêndice B – Roteiro da entrevista com profissionais de nível superior e ACS da USF.....	222
Apêndice C – Roteiro da entrevista com profissionais de apoio da USF	223
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissionais de nível superior da USF.....	224
Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais de apoio da Unidade de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde	225
ANEXOS	226
Anexo A – Parecer do CEP/CPqAM	227
Anexo B – Modelo de Termo de Convênio da Secretaria Municipal de Saúde com Instituições de Ensino Superior para constituição da rede escola	228
Anexo C – Orçamento Democrático – Alô Comunidade! (Informativo da Prefeitura de João Pessoa)	235

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

Neste trabalho teve-se como ponto de partida a constatação de que, apesar dos avanços significativos no discurso sobre as práticas educativas, as suas proposições não alcançaram uma expressão no cotidiano dos serviços.

Observam-se, de um lado, proposições que se identificam com práticas educativas que têm como características o diálogo e a participação e, do outro, práticas educativas cotidianas que pouco avançam nesse sentido, e que reproduzem formatos tradicionais em que predomina a transmissão do conhecimento e a verticalidade na relação entre profissionais e usuários.

Enquanto as primeiras orientam-se pelo modelo da educação popular e pela atuação sobre os determinantes do processo saúde-doença, visando a transformação das condições de vida e saúde da população, as últimas se dirigem aos comportamentos individuais e abordam o processo saúde-doença segundo um modelo biologicista e clínico.

Historicamente, a educação em saúde tem se construído no contexto do desenvolvimento do campo da saúde coletiva, enquanto prática de saúde na Medicina Social, na Saúde Pública, na Medicina Preventiva e, mais recentemente, encontra-se referendada na proposta da promoção da saúde. Nesse processo, o seu papel tem estado articulado aos projetos de legitimação social em que se inscreve a trajetória de proposições conservadoras do campo da saúde pública.

A atual articulação com propostas inovadoras, como a da promoção da saúde, tem acenado com a promessa de superação do modelo de construção das ações de saúde e a oportunidade de se constituírem novos modos de acontecerem as práticas de educação em saúde nos serviços. No entanto, o processo de constituição da proposta da promoção da saúde tem se caracterizado pela ambiguidade do seu discurso e pela dualidade entre o que se propõe como mudança e a sua tradução na prática.

No processo de estruturação da atenção básica à saúde no Brasil – uma das traduções da proposta da promoção da saúde –, as mesmas ambiguidades entre um discurso progressista e a sua implementação na prática dos serviços tem sido identificada. Para as práticas educativas, esse processo vai impor limitações que dificultam sua implementação segundo um modelo dialógico, no cotidiano dos serviços.

1.1 A promoção da saúde como contexto da educação em saúde

O conceito de promoção da saúde historicamente se constrói sobre bases ambíguas. Em sua primeira utilização por Sigerist, em 1945, se referia ao fomento de condições decentes de vida, condições boas de trabalho, educação e descanso. No entanto, este conceito passa a ter um sentido restrito quando Lalonde, em 1974, desloca o seu foco para as ações preventivas voltadas para a mudança de comportamento e estilo de vida (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 103). As transformações que propõe limitam-se a aspectos ligados à expressão biológica da saúde e da doença, e priorizam a prevenção das doenças mediante a substituição de hábitos associados a uma maior probabilidade de adoecimento, por estilos de vida mais saudáveis.

O modelo de educação em saúde, segundo esta perspectiva da promoção da saúde, se dirige aos comportamentos de risco, priorizando um enfoque preventivo, entendendo a prevenção como uma questão restrita ao controle racional, desconsiderando o contexto sociocultural e a dimensão subjetiva onde se configura o efetivo espaço para a transformação das práticas de saúde.

A proposta da promoção da saúde e a relevância das práticas educativas na atuação dos serviços de saúde já estava configurada em 1976, na Conferência de Atenção Primária à Saúde, em Alma Ata (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978). Em 1986, o termo promoção da saúde é oficializado pela OMS, na Carta de Ottawa (BRASIL, 2002, p. 19), sendo definido como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”, onde a educação em saúde se coloca enquanto atividade essencial ao cuidado da saúde das populações.

Esta perspectiva, mais abrangente, se baseia no conceito ampliado de saúde e remete sua conquista a mediações com outros setores e à participação da comunidade – grupos e indivíduos – a qual passaria a assumir a responsabilidade pela manutenção da saúde, através de escolhas saudáveis.

No entanto, ainda que articulando elementos ligados potencialmente a uma perspectiva transformadora, como participação comunitária, educação em saúde e *empowerment*, a promoção da saúde segundo a Carta de Ottawa (BRASIL, 2002) guarda ambiguidades relativas à tradução dessas estratégias, no que diz respeito a se constituírem enquanto propostas e práticas emancipadoras ou conservadoras. (CARVALHO, 2007).

Neste sentido, observa-se que, apesar da Carta de Ottawa defender a participação comunitária como um componente da promoção da saúde capaz de potencializar a sua implementação, o seu significado oscila entre orientações calcadas em uma visão fortemente participativa de promoção e um enfoque comportamental, herança provável do Relatório Lalonde (ALBUQUERQUE, 2003, p. 11).

Dessa forma, na proposta da promoção da saúde, o caráter comportamental das propostas de educação em saúde não estaria superado, mantendo-se a perspectiva de responsabilização individual, o foco na prevenção e o não enfrentamento, segundo uma perspectiva ampliada, de transformações dos determinantes do processo saúde-doença, do modelo de atenção e das práticas de saúde.

A implementação da proposta da promoção da saúde no Brasil, no que diz respeito ao setor saúde ocorre a partir dos anos 90, no contexto da expansão da atenção básica, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), destinada à reorientação do modelo assistencial, tendo como referência a materialização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalidade, equidade e integralidade.

A política de Atenção Básica à Saúde (ABS) é re-definida em 2006 como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2007, p.12).

Em sua proposta, a política de Atenção Básica prevê a realização de práticas educativas, atribuindo-lhes papel central na implementação de ações de promoção da saúde. Entre as características do processo de trabalho das equipes de saúde, contempla:

o desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida; no desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e no apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social (BRASIL, 2007, p.20).

No mesmo documento, a educação em saúde é afirmada em uma perspectiva que converge para a troca de conhecimentos, a construção de vínculos com a população e o desenvolvimento de processos de participação da comunidade, de acordo com a proposta de “valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito; e promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações” (BRASIL, 2007, p. 28).

Identifica-se, portanto, no discurso institucional, a importância atribuída à aproximação aos valores, crenças, visões de mundo das pessoas e das famílias, tendo em vista a satisfação de suas necessidades de saúde, através da valorização de formas participativas de relação educativa entre os serviços de saúde e os usuários. Isso requer dos membros da equipe o desenvolvimento de uma atitude comunicativa voltada para o fortalecimento dos vínculos de cooperação, o que torna essencial o desenvolvimento de uma prática dialógica entre todos aqueles que, de algum modo, estão comprometidos com a melhoria das condições de saúde da população.

O desenvolvimento das ações de educação em saúde, segundo uma perspectiva dialógica e intersubjetiva, se coaduna com a ação de mediação entre as distintas racionalidades presentes no trabalho da equipe de saúde da família, e com a necessidade de contemplar os aspectos relacionais no processo de construção de alternativas que atendam às necessidades de saúde dos usuários.

Neste trabalho, tomando como base a perspectiva da educação popular de Paulo Freire e a teoria da ação comunicativa de Habermas, entende-se o diálogo como encontro entre sujeitos, mediado pela linguagem, na busca de entendimento e da construção de projetos frente ao mundo do qual se reconhecem parte.

A prática da educação em saúde, numa perspectiva dialógica, desempenha papel central no processo de construção de novos modos de se construir as práticas de saúde, por permitir processos de mediação entre saberes, aproximando-as das necessidades da população, possibilitando novos formatos para as relações entre profissionais e usuários, e propiciando a organização e mobilização da população em termos de mudanças de suas condições de vida e saúde.

No entanto, a existência de uma proposta institucional consistente com ações de educação em saúde orientadas pela perspectiva do diálogo, não parece garantir a superação de modelos tradicionais caracterizados pela verticalidade e pelo uso da persuasão. (ALBUQUERQUE, 2003; ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004; BORNSTEIN; STOTZ, 2009; OLIVEIRA, 2005). A prática corrente tende a se caracterizar essencialmente por se utilizar de “traduções” da linguagem técnica aos termos populares, desconhecendo as dimensões subjetivas que orientam a construção de conhecimentos e a sua natureza compartilhada, as quais podem contribuir para a efetiva transformação das condições de vida e saúde da população (FELICIANO; KOVACS, 2001).

O avanço na transformação das práticas de educação em saúde nos serviços requer uma mudança efetiva na “postura dos profissionais, a maior participação da comunidade e

maior permeabilidade dos serviços às necessidades e demandas da população”. (BORNSTEIN, 2009, p. 465). Requer o desenvolvimento, pelos profissionais de saúde, da capacidade para o diálogo, para o encontro intersubjetivo necessário a sua realização, assim como as condições para o seu desenvolvimento no cotidiano dos serviços.

Implicam, mais além do aprendizado de habilidades e técnicas, principalmente na rediscussão de valores, crenças, visões de mundo e disposições subjetivas por parte dos profissionais, sem desconhecer o contexto em que as mesmas se dão.

Frente ao exposto, torna-se relevante analisar como a proposta de um modelo dialógico para as práticas de educação em saúde se traduz no cotidiano dos serviços e como se implementa enquanto prática compreendida em sua dimensão de encontro intersubjetivo.

Na realização deste trabalho, buscou-se realizar uma aproximação às práticas educativas em uma unidade de atenção básica à saúde com vistas a verificar, a partir da observação do seu cotidiano e das falas dos profissionais da equipe, as concepções e características das ações de educação em saúde.

No capítulo correspondente ao referencial teórico, serão abordados os elementos conceituais que norteiam este trabalho. Inicialmente, será discutida a proposta da promoção da saúde e da atenção primária enquanto contexto para a inserção da educação em saúde como parte das atividades dos serviços de saúde na segunda metade do século XX, incluindo uma leitura crítica de suas proposições à luz do cenário de contenção de gastos públicos que se delineia a partir dos anos 80.

Em seguida, serão discutidas as perspectivas dessas proposições na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente em relação à política de atenção básica à saúde e à estratégia saúde da família (ESF), situando a educação em saúde como parte de suas proposições. Em seguida, são discutidas algumas aproximações críticas a esses projetos, especialmente em relação à perspectiva de mudança do modelo de atenção e ao exercício das práticas educativas.

Serão discutidos, em um terceiro bloco, modelos de educação em saúde convergindo para a definição de práticas educativas dialógicas como as que são consistentes com as propostas da política de atenção básica à saúde e da ESF.

Finalmente, se discute o diálogo e a intersubjetividade nas práticas educativas, tomando como referência central a educação popular de Paulo Freire e sua tradução para o campo da saúde, a educação popular em saúde, pela especificidade do objeto – as práticas educativas – e por se constituir na referência central em relação à educação em saúde no cenário brasileiro (VASCONCELOS, 2001, p. 125, 2003b, p. 7). Serão exploradas

possibilidades explicativas de contribuições da teoria da ação comunicativa de Habermas e das abordagens realizadas a partir da hermenêutica do cuidado, especificamente as discussões propostas por Ayres (2001, 2007) em relação ao diálogo e à intersubjetividade nas práticas de saúde.

Tendo como referência central a educação popular, compreende-se que estes aportes teóricos se complementam e contribuem para a caracterização das práticas educativas a partir da análise da relação entre as racionalidades presentes nas prescrições e orientações realizadas no cotidiano do serviço e as da população usuária. Esta caracterização tanto diz respeito aos processos de validação dialógica como às noções de êxito técnico e sucesso prático segundo as quais se realizam essas práticas.

As categorias definidas a partir dessas aproximações teóricas foram o diálogo e a intersubjetividade, considerando-se que as mesmas proporcionam elementos de qualificação das práticas educativas segundo os pressupostos de projetos de transformação das condições de vida e das práticas de saúde, a exemplo da promoção da saúde e da atenção básica.

Os procedimentos metodológicos serão descritos no capítulo 4. Buscando-se contemplar as especificidades do objeto de estudo, optou-se pela realização de um estudo descritivo utilizando a abordagem de **estudo de caso**, com metodologia qualitativa, tendo em vista a proposta de análise da educação em saúde segundo dimensões que não são quantificáveis e que se referem a visões de mundo, valores e percepções.

Foram analisados o diálogo e a (inter)subjetividade na relação entre profissionais e usuários nas práticas educativas, em sua dimensão de práticas comunicativas e pedagógicas, tomando como base os eixos temáticos: **concepções de educação em saúde, características das práticas educativas e concepções de diálogo**.

A apresentação e a discussão dos resultados – respectivamente nos capítulos 5 e 6 – procurou contemplar o conjunto dos dados obtidos através dos procedimentos adotados – a observação participante e a entrevista semi-estruturada – tendo como referência as categorias de análise e os eixos temáticos escolhidos.

O capítulo referente à apresentação dos resultados encontra-se dividido em três tópicos, compreendendo uma breve caracterização do contexto institucional de realização do trabalho – abordando a política municipal de saúde e informações sobre a unidade de saúde da família pesquisada –, os resultados das entrevistas e os resultados da observação.

Considerou-se pertinente a inclusão de uma breve apresentação do contexto institucional, tendo em vista os processos desencadeados pela gestão da saúde do município,

através do objetivo expresso no Plano Municipal de Saúde, de trabalhar segundo a proposta de construção da atenção integral e humanizada e da Educação Permanente em Saúde (EPS).

Para cada eixo temático, serão abordadas diferenças e convergências entre as respostas de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e profissionais de nível superior, analisadas com base no referencial teórico adotado. As categorias diálogo e intersubjetividade serão analisadas de forma transversal a cada eixo temático.

A realização deste trabalho de pesquisa orientou-se pela pergunta condutora **“Como ocorrem as práticas educativas na atenção básica no que diz respeito ao diálogo e à intersubjetividade?”**

Assim, este trabalho teve como propósito ampliar a compreensão sobre **como se dá a tradução do horizonte teórico e conceitual da educação em saúde segundo o discurso sanitário, no que concerne ao diálogo e à subjetividade, na implementação das práticas educativas na atenção básica** orientadas por uma noção de sucesso prático, para além do controle técnico das doenças, incorporando a ideia de projetos diversos de felicidade.

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

Frente à problemática apresentada, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

2.1 Objetivo Geral

Estudar como ocorre a educação em saúde implementada por equipes de saúde da família, avaliando a possibilidade do diálogo e os contextos de intersubjetividade na discussão e construção de projetos de saúde.

2.2 Objetivos Específicos

a) Conhecer as concepções de educação que orientam a formulação e implementação das práticas de educação em saúde em equipes de saúde da família, dando ênfase ao processo reflexivo voltado às categorias diálogo e intersubjetividade.

b) Descrever as características das ações educativas desenvolvidas em uma equipe local de saúde, em relação aos pressupostos de uma prática dialógica e intersubjetiva, segundo a perspectiva dos integrantes da equipe.

c) Conhecer as concepções de diálogo e o ponto de vista dos integrantes da equipe de saúde sobre as possibilidades e as dificuldades à realização da educação em saúde em uma perspectiva dialógica.

3 Marco de referência

3 MARCO DE REFERÊNCIA

Neste capítulo, serão abordados os elementos conceituais que norteiam este trabalho. Inicialmente será discutida a proposta da promoção da saúde e da atenção primária enquanto contexto para a inserção da educação em saúde como parte das atividades dos serviços de saúde na segunda metade do século XX, incluindo uma leitura crítica de suas proposições à luz do cenário de contenção de gastos públicos que se delineia a partir dos anos 80.

Em seguida, serão discutidas as perspectivas dessas proposições na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente em relação à política de atenção básica à saúde e à estratégia saúde da família (ESF), situando a educação em saúde como parte de suas proposições. Em seguida, são discutidas algumas aproximações críticas a esses projetos, especialmente em relação à perspectiva de mudança do modelo de atenção e ao exercício das práticas educativas.

Serão discutidos em um terceiro bloco, modelos de educação em saúde convergindo para a definição de práticas educativas dialógicas como as que são consistentes com as propostas da política de atenção básica à saúde e da ESF.

Finalmente, se discute o diálogo e a intersubjetividade nas práticas educativas, tomando como referência central a educação popular e a educação popular em saúde. Serão exploradas possibilidades explicativas de contribuições da teoria da ação comunicativa de Habermas e das abordagens realizadas a partir da hermenêutica do cuidado, especificamente as discussões propostas por Ayres (2001, 2007) em relação às implicações da noção de sujeito e de intersubjetividade para as práticas de saúde.

3.1 A promoção da saúde e a atenção primária: contexto da educação em saúde

Na década de 70, a crise do modelo biomédico de alto custo e baixa resolutividade, centrado na clínica e referenciado em uma concepção biologicista do processo saúde-doença, trouxe ao cenário das políticas de saúde, propostas que buscavam inovar as concepções que embasam os sistemas de saúde, a partir do conceito ampliado de saúde e da relação entre saúde e qualidade de vida.

A proposta da atenção primária à saúde (APS), assumida pelos governos presentes em Alma-Ata em 1978, é uma das respostas dadas a essa crise, através da extensão de cobertura dos serviços a toda a população e a realização de atividades de baixo custo e alta eficácia, associadas à educação em saúde, sendo esta última considerada fundamental para a promoção da saúde e prevenção de agravos previstas na meta de Saúde para Todos no ano 2000 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1979).

Os conceitos que embasam as contribuições de Alma-Ata irão ser retomados e ampliados pelo movimento da promoção da saúde, e consistem na ampliação do conceito de saúde, que passa a ser relacionado à qualidade de vida; na compreensão da responsabilidade dos governos pela saúde de suas populações; na ideia da intersectorialidade como forma de atuação frente à complexidade dos determinantes da saúde e da doença; e no reconhecimento da participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde (SANTOS, 2005).

As propostas de Alma-Ata se articulam ao movimento internacional da promoção da saúde, e ambos têm se constituído em referências para os modelos de atenção à saúde – entre eles o brasileiro – que buscam atender a uma concepção ampliada de saúde e se baseiam na sua relação com qualidade de vida e conquistas políticas e sociais.

O modelo de promoção da saúde proposto, na década de 70, no Relatório Lalonde, de 1974, caracteriza-se pela orientação behaviorista, “cujo eixo estratégico é formado por um conjunto de intervenções que buscam transformar os comportamentos individuais não-saudáveis” (CARVALHO, 2007, p. 41). Se, por um lado, esta proposta critica o modelo biomédico e busca ampliar a compreensão do processo saúde-doença, por outro, vai implicar a culpabilização dos indivíduos por seus problemas de saúde e sua responsabilização pelas mudanças necessárias à melhoria de suas condições de saúde.

Segundo esta abordagem, o modelo de educação em saúde, no que diz respeito à relação que estabelece com o educando, desconhece que é a rede de interações da vida cotidiana, ao traduzir a aceitação intersubjetiva de pretensões de validade relativas a propostas de modos de viver e de construir a saúde, que permite reconhecer, ou não, algo como verdadeiro, correto, adequado e/ou autêntico (HABERMAS, 1997). E que é sobre a base de acordos intersubjetivos que se podem aceitar normas e novas pautas de comportamento, segundo o reconhecimento, sem coerção, das pretensões de validade de sujeitos dispostos ao entendimento.

Stotz (2009), baseando-se na classificação de Tones, chama esse enfoque da educação em saúde de **preventivo**, caracterizado por lidar com os fatores de risco comportamentais,

portanto, com a etiologia das doenças. Dominante nos serviços de saúde, orienta-se segundo o “modelo médico” de explicação e intervenção sobre o processo saúde-doença.

Nele prepondera a unilateralidade nas práticas de comunicação entre médico e paciente, ou entre os distintos integrantes das equipes de saúde e os usuários, e uma educação em saúde prescritiva e normativa, que é reduzida ao pressuposto de uma falta ou atraso a ser superado em relação ao conhecimento (TEIXEIRA, 1997, p. 15-17). Na perspectiva da educação popular, trata-se de um modelo em que a persuasão é o objetivo primordial, e em que se não se leva em conta o interlocutor e o seu saber. A expressão ‘educação bancária’, criada por Paulo Freire, tornou-se a mais exata caracterização desse modelo, em que estudantes recebem passivamente o conhecimento – neles “depositado” –, transmitido por docentes que pressupõem estar diante de indivíduos destituídos de saber prévio.

Em relação à abordagem do processo saúde-doença, esse modelo de promoção da saúde reflete o modelo da história natural da doença proposto por Leavell e Clark (1978, p. 19) nos anos 50, que tomavam a promoção da saúde como um dos níveis de prevenção, definindo-a como medidas que “não se dirigem a determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem estar gerais.” No esquema que apresentam, as ações consideradas são um “bom padrão de nutrição, a atenção ao desenvolvimento da personalidade, moradia adequada, recreação e condições agradáveis de trabalho, educação sexual, genética e exames seletivos periódicos.” (ALBUQUERQUE, 2003, p. 27; LEAVELL; CLARK, 1978, p. 18)

Situam a promoção da saúde num nível anterior ao das intervenções dirigidas à prevenção de doenças, as quais consistem em ações orientadas pelo saber biomédico, centradas no indivíduo, tais como “imunizações, exames preventivos, higiene pessoal, saneamento do ambiente.” (LEAVELL; CLARK, 1978, p. 18).

A promoção da saúde é entendida como medidas que se antecipam à doença, “a partir de ações que visam (re)estabelecer o equilíbrio dinâmico entre o hospedeiro, o agente patogênico e o meio”. (MARCONDES, 2004, p. 10). Dessa forma, operam com um conceito linear de causalidade, vinculando-se à idéia de prevenção em seu modelo de intervenção.

A participação na vida comunitária é vista como um “fator extremamente importante na promoção da saúde de indivíduos e grupos” (LEAVELL; CLARK, 1978, p. 19) e a educação e motivação sanitária “são consideradas vitalmente importantes para a realização dos objetivos da promoção da saúde” (LEAVELL; CLARK, 1978, p. 19). No entanto, ainda que incorporem o social em seu modelo de intervenção, o mesmo é concebido como uma

dimensão a mais do indivíduo – ou hospedeiro, de acordo como o modelo – atuando no mesmo nível que os fatores biológicos.

Em o *Dilema Preventivista*, Arouca (2003) refere-se ao fato de que, no modelo da historia natural da doença, o social é um fator causal a mais, ligado tanto ao hospedeiro como ao meio ambiente, e caracterizado a partir de atributos ligados aos indivíduos, naturalizado e desinvestido de seu papel de determinação no processo saúde doença.

A realização da I Conferência Mundial de Promoção da Saúde – no ano de 1986 –, em Ottawa, toma como referência as propostas de Alma-Ata e configura um avanço em relação à concepção expressa no Relatório Lalonde, na medida em que se orienta pela relação entre saúde e qualidade de vida e vai se estruturar em torno à ideia de:

que políticas que reduzem a iniquidade social, distribuindo recursos materiais e não materiais, têm efeito positivo sobre a saúde de todos. Em outras palavras, a melhoria da qualidade de vida de grupos e coletivos passa necessariamente pela consideração de que a saúde é um bem comum e um direito (CARVALHO, 2005, p. 55).

Segundo Buss (1999, p. 179), na proposição de Ottawa:

partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e seus determinantes, a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, de diversos setores, para o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde e seus determinantes.

A definição de promoção da saúde na Carta de Ottawa propõe cinco focos de atuação: construção de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço à ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais que conduzam a uma saúde melhor, e reorientação do sistema de saúde na perspectiva da promoção da saúde (BRASIL, 2002). O reforço à participação comunitária e a aquisição de habilidades pessoais remetem de forma explícita às ações de educação como estratégia de conquista de melhores condições de saúde e de vida, ainda que se possa afirmar que a educação em saúde guarda “uma grande área de intersecção” com o conjunto das proposições contidas na Carta (CASTIEL; VASCONCELLOS-SILVA, 2007, p. 94).

Buss (1999, p. 179), tomando como referência Sutherland e Fulton (1992), coloca as propostas de promoção da saúde atualmente disponíveis em dois grandes grupos: um, em que a promoção da saúde refere-se às atividades centradas na mudança de comportamentos individuais, através do desenvolvimento de práticas educativas voltadas ao estilo de vida e aos comportamentos de risco, passíveis de mudança a partir de decisões individuais. Este modelo estaria vinculado à proposta do Relatório Lalonde.

O outro grupo corresponde à concepção de promoção da saúde baseada na

constatação de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho e renda, oportunidades de educação ao longo de toda a vida dos indivíduos e das comunidades (“*empowerment*”) (BUSS, 1999, p. 179).

Neste segundo grupo, para este autor, estaria inscrita a definição adotada em Ottawa – baseada no conceito ampliado de saúde e na relação entre saúde e qualidade de vida, e no desenvolvimento da capacidade da comunidade em atuar na melhoria de suas condições de vida e saúde –, e que não apenas reforça a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela própria saúde, como remete essa responsabilidade a outros setores e ao Estado, no desenvolvimento de ações que se vinculam à conquista da saúde.

No entanto, em que pese o avanço em relação ao Relatório Lalonde – ao se dirigir aos determinantes da saúde e da doença e ao referir em vários trechos a participação da população e o *empowerment* – esta proposta de promoção da saúde não dá conta de resolver alguns dilemas e desafios colocados para a implementação de suas recomendações na prática (SICOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 102).

Isto é especialmente relevante no que se refere à participação da população e à educação em saúde, onde a ambigüidade entre perspectivas transformadoras e conservadoras se mantém, apontando para a possibilidade de, no contexto em que surge, a promoção da saúde vir a se configurar como uma estratégia de contenção de recursos e de controle social (ALBUQUERQUE, 2003; MARCONDES, 2004; OLIVEIRA, 2005; STOTZ, 2004).

3.1.1 Algumas considerações acerca do debate crítico frente à proposta da promoção da saúde

Não se pretende, no âmbito deste trabalho, esgotar as muitas vertentes e aproximações ao debate crítico da promoção da saúde, optando-se por tomar como referência análises que permitam estabelecer relações entre as distintas concepções da promoção da saúde frente às propostas de educação em saúde.

A Carta de Ottawa (BRASIL, 2003) delimita uma nova abordagem da promoção da saúde, definida como a Nova Promoção da Saúde segundo autores anglo-saxônicos. No entanto, a partir da Conferência de Ottawa, e das conferências que lhe seguiram, identifica-se uma variedade de definições e desdobramentos do conceito de promoção da saúde.

Assim, tanto se colocam as proposições que consideram o seu caráter transformador nos termos em que é oficialmente defendida, como as que, a partir de uma avaliação crítica, identificam a necessidade de maiores precisões conceituais e metodológicas relativas às dimensões políticas, para que a promoção da saúde se afirme segundo uma perspectiva transformadora. (ALBUQUERQUE, 2003; MARCONDES, 2004, 2005; STOTZ, 2004).

Nesse sentido, Carvalho (2004, 2007) identifica duas posições principais relativas à proposta de Ottawa: uma que compartilha a perspectiva de Buss (2000) em que se afirma:

o caráter progressista da Nova Promoção da Saúde, considerando que este projeto representa um esforço de atualização dos compromissos com o bem comum, a equidade social e os princípios democráticos da “tradição” da Saúde Pública (CARVALHO, 1996 apud CARVALHO, 2004, p. 671).

A ampliação do enfoque da saúde e da doença – a articulação com “valores como qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros” (BUSS, 2000 apud CARVALHO, 2004, p. 671) permitiriam identificar a promoção da saúde como uma estratégia promissora para enfrentar os problemas de saúde da população.

E outra que, embora reconhecendo as contribuições pontuais da proposta, adota um posicionamento crítico segundo o qual

os discursos da promoção da saúde e da evitação de riscos parecem implicitamente refletir a ótica das formações neoliberais, individualistas, que gera grupos de indivíduos entregues a si próprios e à preocupação com o desempenho baseado em condições individuais... que sustentem uma identidade frágil, povoada cada vez mais por um imaginário composto por elementos vinculados a “questões de saúde. (CASTIEL, 2003 apud CARVALHO, 2004, p.671).

Para Carvalho (2007), a existência de visões tão díspares é reflexo da ambiguidade que subjaz às premissas e estratégias da Nova Saúde Pública e, nela, da Nova Promoção da Saúde. O autor observa que o discurso politicamente correto dos principais documentos da promoção da saúde agradaria todos os interesses, facilitando a sua assimilação, o que, por outra parte, comporta indefinições que dificultam a implementação de estratégias claras e a compreensão do sentido com que são utilizados conceitos-chave como *empowerment*, participação comunitária, ambiente e iniquidade (CARVALHO, 2007, p. 67).

Um dos elementos relacionados à ambiguidade da proposta da promoção da saúde é a sua emergência num cenário de crise econômica e ajuste econômico neoliberal, em que as perspectivas conservadoras direcionaram a sua apropriação pelas propostas dos organismos multilaterais, especificamente o Banco Mundial.

Num contexto em que se advogava a retração do Estado, políticas sociais residuais e oferta de um conjunto de medidas de baixo custo e alto impacto sobre os indicadores de saúde, a promoção da saúde tende a ser apropriada em sua perspectiva mais conservadora: mudança comportamental e foco nas medidas de prevenção de doenças.

A proposta do Banco Mundial vai enfatizar ações assistenciais com perfil mínimo e as de caráter preventivo são indicadas quando tendo boa relação custo-efetividade, o que inclui, além das imunizações, implementação de programas para grupos denominados de risco – mulheres e crianças –, o controle do tabagismo e uso de preservativos para prevenir a aids. Em todas essas propostas, a promoção da saúde é identificada com a “mudança do comportamento (citada como habilidades e atitudes na Carta de Ottawa) dos indivíduos”, perspectiva também assumida pelo Ministério da Saúde no Brasil (ALBUQUERQUE, 2003). A implementação da política de promoção da saúde é criticada pela autora:

[...] a promoção da saúde deveria representar a busca de bem estar e qualidade de vida com toda a subjetividade que isso inclui, trabalhada de maneira coletiva e participativa, mas tem sido trabalhada como ações preventivas, de forma individual e com ênfase na doença, tendo a educação em saúde um papel de destaque nesse processo (ALBUQUERQUE, 2003, p. 30).

Embora Albuquerque (2003) caracterize a proposta de Ottawa como um avanço em relação ao Relatório Lalonde, identifica ambiguidades relativas ao conceito de promoção da saúde as quais mostram a co-existência de uma abordagem behaviorista, centrada na transformação de comportamentos individuais orientada por uma leitura biologicista do processo saúde-doença ao lado de proposições comprometidas com a transformação das condições de vida e dos determinantes do processo saúde-doença, e orientadas por um enfoque fortemente participativo (ALBUQUERQUE, 2003, p. 28).

Sua crítica refere-se principalmente à participação social, ao conceito de saúde e qualidade de vida, à confusão entre os conceitos de promoção/prevenção, e à concepção de educação em saúde.

Mello (2000, p. 1149) aponta que a promoção da saúde, em termos de concepção nos serviços de saúde, apresenta equívocos e sua prática é incipiente e frequentemente confundida com prevenção e educação para a saúde.

Carvalho (2007) explora as ambiguidades da proposta da promoção da saúde a partir de diferentes possibilidades interpretativas na tradução à prática dos cinco eixos (ou campos de ação) propostos pela Carta de Ottawa.

Em relação ao desenvolvimento de habilidades pessoais e o reforço à participação comunitária, o autor questiona os modelos de educação em saúde que servem de base ao

trabalho, a concepção de relação entre profissionais e usuários, como se dá o intercâmbio entre saberes, o conceito de comunidade, o conceito de poder; o processo de controle social, a relação com o Estado e com setores da sociedade civil no estabelecimento de parcerias, entre outros. (CARVALHO, 2007, p. 68-70).

Stotz e Araújo (2004) analisam a evolução da proposta da promoção da saúde ao longo das conferências realizadas desde Ottawa e ressaltam a perda do foco no processo de transformação dos determinantes sociais e econômicos do processo saúde-doença e a ênfase crescente no enfoque individual e na abordagem comportamental, ao lado de uma perspectiva cada vez mais centrada nos determinantes biológicos e na abordagem clínica.

Em sua análise, os autores criticam a idéia de “impulsionar a cultura da saúde modificando valores, atitudes e relações” na proposta da Conferência de Bogotá (1992), pressupondo a ausência desta na população. Segundo os autores,

Há subjacente, uma visão de mundo que nega radicalmente a cultura popular. Isso leva a supor que a participação popular ativa, discurso proferido em todas as conferências, seja, de fato, meramente cooperativa (portanto passiva) e não problematizadora (verdadeiramente ativa) (STOTZ; ARAÚJO, 2004, p. 12-13).

A ênfase dada no documento de Ottawa ao desenvolvimento de habilidades para a tomada de decisões e o exercício do controle sobre as “circunstâncias de vida”, assim como a participação nas decisões sobre a saúde colocam o *empowerment*, junto com a participação social, no centro das estratégias a serem implementadas pela Nova Promoção da Saúde.

Assumindo o termo como o “acúmulo de poder em distintos âmbitos da vida em sociedade”, Carvalho (2007, p. 62) identifica sua presença no interior de variadas concepções da Nova Promoção da Saúde, influenciando estratégias como “participação comunitária”, “educação para a saúde” e “constituição de políticas públicas saudáveis”.

As posições mais críticas frente à proposta da promoção da saúde apontam que o conceito de *empowerment* não consegue enfrentar a questão da real possibilidade de distribuição do poder, sendo mais assimilado na perspectiva da obtenção de consenso do que do confronto com as estruturas sociais na busca das transformações necessárias à obtenção da saúde. (STOTZ; ARAÚJO, 2004, p. 14-15). De fato, na medida em que se fala da redistribuição do poder, estaria implícito, para Stotz e Araújo (2004), a subordinação do funcionamento do Estado à sociedade e, portanto, seria mais adequado falar em participação ao invés de *empowerment*. Para esses autores, a questão do fortalecimento da ação coletiva, da explicitação de diferentes interesses em um processo de participação social, diferencia-se da construção de consenso, que exige negociação e concertação social.

Por outro lado, identificam equívocos na conceituação de equidade – apontando a aparente confusão entre os determinantes que podem ser objeto de controle e aqueles que estão ligados a características como genética e outros, utilizados para diferenciar desigualdades de iniquidades. Com esta definição, evita-se assumir a existência de desigualdades sociais e econômicas, com o consequente esvaziamento das intervenções sobre os determinantes gerais da saúde e da doença (STOTZ; ARAÚJO, 2004, p. 11).

Marcondes (2004) reconhece os avanços e o potencial transformador da proposta da promoção da saúde, a partir do questionamento dos limites do conhecimento biomédico, da ampliação do conceito de saúde e sua aproximação à qualidade de vida e a sua diferenciação frente ao conceito de prevenção.

Em relação a este último ponto, o autor identifica uma concepção de promoção da saúde que vai além de se constituir em um nível de prevenção ou de atenção e se constitui estratégia transversal em todas as políticas, programas e ações do setor saúde. (MARCONDES, 2004, p. 10). No entanto, frente ao contexto de implementação da promoção da saúde, o autor aponta possibilidades de esses fatores serem reinterpretados na perspectiva da retração de recursos, do desmonte dos serviços de saúde, da qualidade de vida se restringir à geração de novos hábitos de consumo. E de não se conseguir ultrapassar a dimensão da prevenção nas práticas de promoção da saúde.

Marcondes (2004) defende a participação social como caminho para se estabelecer uma diferenciação entre uma perspectiva transformadora da promoção da saúde e as propostas que se dirigem à contenção de recursos e investimentos no setor saúde:

Provavelmente o que fará a diferença para a promoção da saúde entre ser um instrumento do neoliberalismo ou da igualdade social, de fato, seja a participação social. Com ela é que poderemos enfrentar a polissemia da “qualidade de vida”, a fim de movê-la da retórica vazia que atende a interesses privados na saúde em detrimento de interesses públicos e, em especial, dos das classes populares, bem como defender que a participação social com reforço da ação comunitária e estímulo à autonomia dos indivíduos não se desdobrem em culpabilização da população, mas sim, numa oportunidade coerente para a quebra da exclusividade do “setor sanitário” e empresarial sobre a saúde pública (MARCONDES, 2004, p.12).

A ambiguidade da proposta da promoção da saúde repercute sobre as possibilidades de implementação da educação em saúde nos serviços, no que diz respeito aos seus objetivos e ao seu método, e sobre a perspectiva segundo a qual se compreende a participação social.

Em relação às possíveis traduções da participação social, Albuquerque (2003, p. 28) identifica que tanto há visões que se referem a ações de informação e instrução sanitária, como as que a entendem como um processo de conscientização da população, por entender que saúde é acima de tudo uma conquista.

E, embora a educação seja um “componente central na promoção da saúde” o seu entendimento e a sua execução podem se dar sob óticas “que vão desde o campo de uma pedagogia crítica, onde se destaca a educação popular, até o campo tradicional, que trabalha com uma educação formal, instrucional, que desconsidera o saber do outro.” (ALBUQUERQUE, 2003, p. 29).

Segundo o enfoque da nova promoção da saúde, não está garantida, para a educação em saúde, a superação de um modelo unilinear de comunicação e nem de propostas dirigidas à prescrição de comportamentos individuais orientados pelo “modelo médico”; ou um papel na regulação do consumo de serviços de saúde (o modo correto de consumir os serviços).

A implementação da proposta da promoção da saúde no Brasil tenderá a manter as contradições acima identificadas, priorizando a perspectiva comportamental e individual, articulada a um discurso que se dirige ao enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença e à transformação das condições de vida e saúde da população, baseando-se em processos de participação social e em uma pedagogia dialógica e emancipadora, em especial na atenção básica, espaço privilegiado para o seu desenvolvimento no setor saúde.

3.2 A atenção básica e a política de promoção da saúde no Brasil como contexto do desenvolvimento da educação em saúde

A tradução das propostas de Alma-Ata e da promoção da saúde, no caso do Brasil, no contexto do setor saúde, vai se dar em articulação com a implementação da atenção básica à saúde¹ (ABS), principalmente a partir dos anos 90. A terminologia atenção básica em saúde para definir APS, foi adotada no Brasil, desde 1996, pelo Ministério da Saúde, a partir da discussão de profissionais da saúde coletiva, dado ao predomínio, naquele momento, da concepção seletiva de APS veiculada por organismos internacionais². Vale salientar, no entanto, que a explicitação da promoção da saúde enquanto uma orientação para o modelo de atenção à saúde no país, no discurso oficial, vai ocorrer apenas em 1998, a partir da criação de um setor ligado à Secretaria de Políticas de Saúde, uma década depois de Ottawa.

¹ Albuquerque (2003) discute o termo atenção básica chamando a atenção para o fato de o mesmo surgir a partir de uma apropriação dos princípios da Atenção Primária à Saúde, sendo utilizado na NOB/96 e sendo depois definido na Portaria no. 3925/98 (Manual para Organização da Atenção Básica) “como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 1998).

² Ver Conill (2007).

Anteriormente, a atuação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) – posteriormente chamado Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) – a partir dos anos 50 introduzira a perspectiva do Desenvolvimento de Comunidade, direcionando as práticas de saúde para além dos indivíduos, incluindo a comunidade e incentivando a sua participação, utilizando novas técnicas de educação em saúde, na busca de ampliar o alcance das medidas sanitárias.

Esse movimento articula-se à ideologia desenvolvimentista do Estado Novo, e reconhece a relação entre saúde e os “fatores sociais, econômicos e culturais”. Mas, em sua abordagem, ao supor a existência de um pólo atrasado a ser integrado ao pólo avançado da sociedade, vai tratar esses fatores como “barreiras” a serem ultrapassadas. Embora significando a institucionalização e um espaço maior de intervenção para a educação em saúde, a perspectiva dualista e etnocentrada e a crença na informação, como suficiente para a mudança nas condições de vida e saúde, limitam o seu alcance (MARQUES, 2006).

Pode-se dizer, assim, que as experiências iniciais com programas de atenção primária à saúde no Brasil referidos a Alma-Ata datam dos anos 70, ocupando um espaço marginal em relação ao sistema de saúde, sendo implementadas, em grande parte³, por iniciativa de Departamentos de Medicina Preventiva de universidades públicas.

Ao mesmo tempo em que eram vistas como uma adaptação barata e sem qualidade da medicina para os pobres, que ajudava o Estado a justificar os poucos investimentos no setor, se conformaram em modelos alternativos que serviram de embrião para o movimento pela reforma sanitária (SANTOS, 2005, p. 20).

Outra frente de desenvolvimento das experiências de atenção primária – que influencia fortemente a sua discussão no Brasil – foi o movimento popular. Essas iniciativas nasceram no interior dos movimentos sociais – sindicatos e comunidades – ligados muitas vezes aos trabalhos da igreja e das comunidades eclesiais de base, e agregaram muitos profissionais de saúde, insatisfeitos com a forma tradicional assumida pela atenção à saúde no âmbito institucional: a relação vertical e autoritária, a dissociação que se operava em relação aos fatores determinantes do processo saúde-doença. Muitos desses profissionais, posteriormente, se integraram ao processo de estruturação da atenção básica, vindo a se engajar como profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) (ALBUQUERQUE, 2003; ALVES, 2004; VASCONCELOS, 2006).

³ Também se devem lembrar as experiências de municípios como Londrina (PR), Campinas (SP) e Niterói (RJ), que aplicam os princípios da Atenção Primária e da Medicina Comunitária na organização dos seus serviços de saúde. (MARQUES, 2006, p. 49).

A política nacional de saúde era baseada na medicina previdenciária, especializada, curativa e hospitalar, de alto custo e baixo impacto na resolução dos problemas de saúde da população. A crise desse modelo, na década de 80, deflagra a formulação de uma série de propostas governamentais, como o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), que antecipava propostas que vieram a ser efetivadas com o SUS, na década de 90: hierarquização, regionalização, integralidade das ações, participação comunitária, utilização de pessoal auxiliar. Nesse momento se recortavam as propostas da APS, as quais, abraçadas pelos profissionais e defensores da reforma sanitária, só vieram a ser impulsionadas na década de 80, pelas Ações Integradas de Saúde (AIS) e, posteriormente, pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), ainda que de forma precária, em que a rede básica não conseguiu sair do seu papel de subsidiária (SANTOS, 2005, p. 21).

O impacto do ajuste fiscal neoliberal, no decorrer dos anos 80, certamente limitou o alcance das reformas propostas e foi só durante a década de 90, após a criação do SUS, que o Ministério da Saúde, inicialmente com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) – lançado em 1991 como Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) –, e posteriormente com o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, assume o ideário da atenção primária e da promoção da saúde em sua proposta de política de saúde.

Enquanto porta de entrada do sistema de saúde, é atribuído ao PSF o papel ordenador e racionalizador do modelo assistencial, organizando

a demanda, criando um fluxo adequado para os demais níveis de atenção, racionalizando os custos e o uso da tecnologia, possibilitando a melhoria do acesso aos serviços básicos e de média e alta complexidade (SANTOS, 2005, p. 26).

Esse papel é impulsionado a partir da Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB 96), que cria incentivos para a ampliação do saúde da família, definindo-o como estratégia prioritária da Política Nacional de Saúde para a reestruturação do modelo assistencial, e estabelecendo a lógica do financiamento da atenção básica segundo base populacional – o Piso de Atenção Básica (PAB) – e passando a nomeá-lo como Estratégia Saúde da Família (ESF).

3.3 A educação em saúde na política de atenção básica

A política de atenção básica à saúde é redefinida em 2006 como

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2007, p. 12).

As práticas de saúde na ESF, portanto, expressando a responsabilidade sanitária, deveriam estabelecer parcerias com o conjunto de práticas sociais comprometidas com a qualidade de vida, ampliando o alcance das ações do sistema de saúde, refletindo uma perspectiva ampliada no enfrentamento dos problemas de saúde.

A proposta da ESF no Brasil, no que diz respeito à prática dos profissionais, estabelece, entre outras, as seguintes diretrizes para sua atuação:

- Humanização da prática de saúde com o estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e população;
- Atuação dos profissionais fora dos muros da unidade de saúde;
- Democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Coordenação, participação e/ou organização de grupos de educação para saúde;
- Estímulo à participação da comunidade no planejamento, execução e avaliação das ações;
- Fomento à participação e controle social, através de trabalho educativo com a comunidade envolvendo os conceitos de cidadania, de direito à saúde e as suas bases legais;
- Incentivo à organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social;
- Reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e expressão da qualidade de vida (BRASIL, 1997a, 2000a, 2001b apud SANTOS, 2005, p. 37-38).

Esse conjunto de proposições a respeito da prática a ser desenvolvida pelas equipes de saúde da família caracteriza a ESF enquanto proposta identificada com o conceito ampliado de saúde e busca traduzir no cotidiano dos serviços a promoção da saúde e a prevenção. A participação da população e as ações de educação em saúde são colocadas em várias dessas diretrizes, caracterizando-as como componentes relevantes da ESF, em consonância com o ideário da APS e da promoção da saúde.

De acordo com suas normas de funcionamento, a educação em saúde, apontada como de importância central, responderia pela incorporação, por parte da população, de práticas sanitárias difundidas por agentes comunitários de saúde (ACS) e por profissionais de saúde, em visitas domiciliares, em palestras e reuniões com grupos definidos principalmente a partir dos programas implementados nas unidades. (BRASIL, 1997).

No capítulo referente às características do processo de trabalho das equipes, a política de atenção básica prevê

o desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida; [...] no desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e no apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social (BRASIL, 2007, p. 20).

Da mesma forma, a educação em saúde é afirmada na proposta de

valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito; e promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações (BRASIL, 2007, p. 28).

A prática da educação em saúde, segundo esta perspectiva, coloca a equipe de saúde como mediadora entre o serviço e a população, o que implica na necessidade de mudança de atitude dos profissionais de saúde, especialmente no que diz respeito ao modo como se constroem as pontes entre as proposições e normas do serviço e as necessidades vivenciadas pela população em seu cotidiano.

Estas mudanças abrangeriam desde a superação do autoritarismo e da cultura normativa (STOTZ; ARAÚJO, 2004, p. 16-17) vigente nos serviços, até a construção de propostas de organização da comunidade e de mudança das suas condições de vida e saúde. E isto tem implicações sobre a realização de práticas de educação em saúde, seja do ponto de vista de sua viabilidade no cotidiano do serviço, seja no resgate do seu papel enquanto espaço de instituição de novos modos de relação entre profissionais e usuários e de sua perspectiva emancipadora.

No desenvolvimento da política de atenção básica, ao agente comunitário de saúde (ACS), historicamente, é atribuído o papel central na articulação entre serviço e população. A partir de experiências bem sucedidas, como o caso do Ceará, o Ministério da Saúde inicia, em 1991, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), com vistas a ampliar o acesso de populações mais vulneráveis ao SUS, inicialmente na região Nordeste e em parte da região Norte do país, por meio de ações educativas voltadas para as crianças, gestantes e o ambiente (SILVA; DALMASO, 2002a, p. 77).

Posteriormente, com a implantação da ESF em 1994 – na época Programa de Saúde da Família (PSF) –, esse profissional passa a fazer parte das equipes multiprofissionais (BRASIL, 2001), mantendo a função de se constituir em elo entre a comunidade e o serviço de saúde.

O ACS funciona como elo de ligação entre a equipe e a comunidade: um contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. É também um elo cultural, que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular (BRASIL, 2000, p. 17).

Silva e Dalmaso (2002a, p. 77) identificam, na atuação do agente, dois componentes principais: um técnico, relacionado ao conjunto de intervenções curativas e preventivas realizadas nos domicílios da microárea que fica sob sua responsabilidade e junto à unidade para acolhimento, registro de dados, programação e supervisão de suas atividades; e outro político, contemplando duas perspectivas complementares: a mediação da discussão com a comunidade sobre os problemas de saúde e as alternativas para solucioná-los e da organização comunitária para a cidadania e a transformação social.

Para desempenhar esse papel de ligação entre as concepções e os modos de agir institucional e comunitário, o ACS necessita exercitar um contínuo ir e vir entre a racionalidade técnica e a racionalidade prática. A racionalidade técnica está apoiada em argumentos e informações voltadas para a afirmação da eficácia de intervenções, comportando a pretensão de que os meios escolhidos são os mais adequados para os fins propostos. A racionalidade prática se fundamenta nas experiências vividas e nas opiniões e valores que circulam nas redes informais de comunicação. Desta perspectiva, a escolha dos agentes comunitários entre os residentes dos próprios bairros de atuação da equipe de saúde da família parte do pressuposto de que o compartilhamento de significados e do uso da linguagem cotidiana da população facilitaria a realização das mediações entre o saber técnico-científico e o popular.

O perfil desses profissionais, portanto, compreende a prática cotidiana de atividades educativas nos encontros propiciados pelo processo de trabalho junto aos moradores da sua microárea de atuação. Assim, desde o início, na formação do agente, é dada importância aos componentes técnicos, relacionais e políticos das ações de saúde (SILVA; DALMASO, 2002a, p. 78).

Diálogo e vínculo de confiança com os usuários estão fortemente associados (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004), sendo essenciais para o desenvolvimento de habilidades pessoais na proteção da saúde, a articulação dos recursos disponíveis na comunidade e a identificação das necessidades de saúde cuja satisfação envolve a atuação de outros setores, segundo a proposta da promoção da saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 103). Em suma, para concretizar o compromisso com a transformação das condições de vida e saúde da população adscrita.

Frente ao exposto, seria lícito supor a existência de especificidades e diferenças dos ACS em relação aos demais profissionais de saúde, no que diz respeito às ações de educação em saúde e aos valores, crenças e atitudes frente à mesma.

É certo que a ESF vem buscando assumir o seu papel de redirecionar o modelo de atenção, ainda que não consiga implementar suas propostas na íntegra, não parecendo estar definitivamente superada a possibilidade de se constituir em um programa focalizado, servindo à contenção de despesas e à responsabilização dos indivíduos pela solução dos seus problemas de saúde, com repercussões sobre a implementação das práticas de educação em saúde.

3.3.1 Algumas considerações críticas relativas à ESF/atenção básica à saúde

As propostas da política de atenção básica e a ESF, como traduções da proposta da promoção da saúde,

mesmo introduzindo algumas influências na prática e organização dos serviços de saúde, [...] apresentam inicialmente uma forte característica de programas compensatórios para populações de baixa renda e com alto risco de morte e adoecimento (SANTOS, 2005, p. 23).

O contexto em que se dá sua implementação e a identificação com as propostas do Banco Mundial, assinalada por Melo e Costa (1994 apud ALBUQUERQUE, 2003, p. 20), de redução de gastos com políticas sociais, exclusão dos princípios de universalidade e equidade, e maior investimento em programas básicos de saúde, levam a críticas em relação ao seu caráter de “cesta básica”.

No entanto, o diferencial da proposta da ESF frente às propostas comprometidas com o ajuste estrutural passa por aspectos ligados à oferta de serviços, à disponibilidade de profissionais médico e de enfermagem, e mudanças no modo de organizar a atenção, incluindo a visita domiciliar, o trabalho em equipe, a perspectiva do olhar integral sobre o indivíduo e a comunidade, com reforço do vínculo e atendimento da população adscrita.

Não há como negar as características diferenciais já descritas nem seu potencial em agir nos diversos fatores determinantes da saúde. Um grande número de municípios com o PSF garantem atendimento universal, acesso ao nível secundário e, muitas vezes, ao terciário do sistema, viabilizando a integralidade e a equidade (ALBUQUERQUE, 2003, p. 24-25).

A expansão do PACS e, posteriormente, do PSF se dá em função da desigualdade no acesso aos serviços de saúde pela população, para quem as “poucas informações dos ACS eram de muita valia” e a garantia de um profissional médico nas unidades de saúde representava um avanço frente à falta desse profissional no modelo tradicional (ALBUQUERQUE, 2003, p. 23).⁴

A importante expansão da atenção básica à saúde, observada desde finais dos anos 90⁵, portanto, vem marcada pela ambiguidade: ao mesmo tempo em que representa um avanço e uma conquista na forma de organização do sistema de saúde brasileiro, ocorre em uma conjuntura de restrições orçamentárias (VALLA, 1999) no cenário das políticas de ajuste econômico, que não apenas acolhe de bom grado uma proposta de custo relativamente baixo, comparado com o dos investimentos na alta tecnologia em saúde, como também impõe limites ao enfrentamento de problemas de saúde mais complexos que demandem intervenções de alto custo. Ou seja, reproduz as contradições da promoção da saúde, entre configurar-se como alternativa para a contenção de gastos, ou ser estratégia de mudança real na organização e na prática dos serviços e nas condições de vida e saúde da população.

É nesse contexto que, nos últimos 15 anos, a Estratégia Saúde da Família (ESF) se constitui na forma hegemônica de organização da atenção básica no país.

O contexto já descrito – em que o financiamento para a saúde não atinge os patamares desejáveis – contribui para limitar o alcance das mudanças propostas no âmbito da prática, que deveriam contemplar aspectos estruturais, o processo de trabalho, a forma de atuar dos profissionais e os paradigmas que orientam as ações de saúde. Vários elementos relacionados aos limites estruturais e ambiguidades ideológicas se interpõem entre o discurso e a prática da ESF enquanto proposta orientada pela promoção da saúde e pela integralidade.

Para Merhy e Franco, (1999) o discurso *mudancista* da estratégia saúde da família contrasta com sua normatividade e verticalidade. O uso da epidemiologia como ferramenta de identificação das necessidades de saúde e da vigilância para orientar as ações, a falta de um esquema de atendimento à demanda espontânea, as “visitas domiciliares compulsórias” impõem limites e distanciam a proposta da “missão prometida”.

⁴ Mesmo argumentando-se que equipes com um profissional médico e um enfermeiro e ACS poderiam representar um retrocesso frente à proposta vigente nos serviços que não eram do saúde da família – que previa médicos de distintas especialidades, além de outros profissionais – esta, no entanto, não estava disponível para um contingente significativo da população – sertão, região Norte e Nordeste, principalmente (ALBUQUERQUE, 2003, p. 23).

⁵ De acordo com dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, entre 1998 e 2003, a proporção da população coberta pelo PSF saltou de 6,55% para 35,73% no Brasil. Na região Nordeste, essa proporção sai de 9,32% para 50,59% (BRASIL, 2006).

A ênfase no componente assistencial não consegue ser superada pela proposta da ESF. Apesar do conceito ampliado de saúde e das ações de promoção e prevenção, e da proposta de reorganização do processo de trabalho, a abordagem se mantém centrada no indivíduo e na mudança de comportamentos. Ainda que sejam utilizadas atividades em grupo, estas não incluem a problematização sob uma perspectiva coletiva. Predomina, nas práticas educativas, o modelo tradicional, vertical e prescritivo, em que são realizadas palestras e reuniões, onde o profissional se coloca – ou é visto – como dono do saber frente à passividade da escuta do usuário (VASCONCELOS, 2001).

Segundo Albuquerque (2003, p. 39-40), os profissionais mantêm uma concepção de atendimento “centrada numa clínica que segmenta o indivíduo, desvaloriza o saber do paciente, insiste na prescrição de mudanças de comportamentos e hábitos como forma de promoção da saúde.”

É frequente a confusão entre prevenção e promoção da saúde na prática dos serviços. As ações de prevenção são realizadas sob perspectiva assistencial, orientadas pelos programas de saúde, a exemplo das

ações de controle do câncer cérvico-uterino, de mama, de próstata; controle de cárie, planejamento familiar, exercícios físicos, controle da dieta para hipertensos e diabéticos, tratamento precoce da diarreia e da infecção respiratória, etc. (ALBUQUERQUE, 2003, p. 29).

A manutenção da lógica de programas de saúde, herança de sua subordinação à ESF sem a superação de sua lógica vertical e sua normatividade. (BORNSTEIN, 2007, 2009), tem repercussões sobre a prática das equipes sob a forma de sobrecarga dos profissionais, “com normas, regras, metas, cursos, oficinas, formulários específicos, sistemas próprios e sem conexão entre si” (ALBUQUERQUE, 2003, p. 43-44).

A necessidade de “alimentar” sistemas de informação contribui para essa sobrecarga, “visto que se pautam pela prioridade dos gestores federais, que as impõem como prioridade aos municípios, para ser executado “ontem” e sob a ameaça “senão o município não vai receber tal recurso...” (ALBUQUERQUE, 2003, p. 44).

O Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) tem sido apontado em vários trabalhos como a referência central nos processos de avaliação dos serviços, contribuindo para o processo de trabalho das equipes de saúde da família com foco nas ações de prevenção de caráter assistencial e na quantificação de procedimentos (MACHADO et al., 2008; FONSECA et al., 2008).

Neste contexto, em que a autonomia dos municípios se vê restringida pela existência de um modelo “único de organização dos serviços” (MERHY; FRANCO, 2009, p.5), em que predomina a lógica assistencial e de programas de saúde, torna-se difícil a introdução de uma lógica baseada na promoção da saúde e em práticas educativas estruturadas a partir das necessidades da população e visando a transformação da sua realidade. No entanto, as potencialidades da ESF e os reconhecidos avanços em sua trajetória apontam para pertinência de se explorarem possibilidades de aprofundamento de seu perfil progressista e avançado.

No que diz respeito às ações de educação em saúde, essa perspectiva se coloca na emergência, no cenário institucional, de modelos e propostas de organização de serviços que se identificam com a participação da população e com a construção da mudança das condições de vida e saúde.

3.4 A educação em saúde: modelos na teoria e na prática

O discurso institucional da ESF assume a centralidade das práticas educativas, tomando como referência a proposta da promoção da saúde em que se define a necessidade de processos de participação e de aquisição de habilidades por parte da população, com vistas à transformação das condições de vida e saúde. O discurso *mudancista*, no entanto, não consegue superar as contradições enfrentadas em seu processo de implementação, mantendo-se um modelo predominantemente vinculado à lógica assistencial e preventiva, com repercussões sobre as possibilidades de implementação de ações educativas e sobre o modelo que as mesmas irão tomar como referência.

Buss (1999, p. 180-181) define a educação em saúde, no contexto da promoção da saúde, como

“qualquer atividade relacionada com aprendizagem, desenhada para alcançar saúde (apud TONES & TILFORD, 1994). Ela é geralmente desenvolvida através de aconselhamento interpessoal, em locais como consultórios, escolas etc, assim como impessoalmente, através da comunicação de massas, utilizando-se diversas mídias”.

Além de estabelecer seu objetivo voltado para os processos de aprendizagem, o autor estabelece uma diferenciação quanto a seus níveis de atuação – individual e coletivo – e insere a comunicação de massas como ação pedagógica.

O autor ressalta a capacidade de difusão de conhecimentos de ambos mecanismos, mas reconhece sua limitação em produzir mudanças nas condições de vida e saúde da população, em que atuariam outros fatores além da aquisição de conhecimentos.

Alves define educação em saúde como

um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde (Costa & López, 1996). Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas (ALVES, 2005, p. 43).

Estas definições de educação em saúde pressupõem o seu papel de mediadora entre conhecimentos técnicos e a vida cotidiana das pessoas, com o objetivo estabelecido em função da melhoria das condições de saúde, a partir da prevenção de doenças e promoção da saúde.

Tendo em vista a importância da participação ativa e permanente da população na consecução dos objetivos da promoção da saúde, Buss (1999) ressalta que a premissa do acesso à informação é válida independente do conceito de promoção da saúde em foco, seja ele centrado na educação em saúde, com o objetivo de mudança de estilos de vida e fatores comportamentais, seja ele vinculado a uma concepção mais ampla,

centrada nas políticas públicas saudáveis e na intersetorialidade, assim como na ação comunitária concreta e efetiva para estabelecer prioridades, tomar decisões, planejar e implementar estratégias visando melhorar os níveis de saúde (BUSS, 1999, p. 180).

Apesar de reconhecer a importância do acesso à informação nas ações de educação em saúde, deve-se ressaltar que a forma assumida pela mediação realizada pela educação em saúde varia em função dos objetivos que lhe são atribuídos, portanto irá se pautar pela concepção de promoção da saúde que lhe serve de base. O modelo comportamental e o que se baseia na concepção ampliada de saúde e na transformação das condições de vida da população se vinculam a diferentes propostas educativas, no que diz respeito a seus métodos e objetivos.

Há várias maneiras de se caracterizar os “modelos” de práticas educativas. As tipologias apresentadas a seguir baseiam-se no modo de se estabelecer a relação entre saberes e nos objetivos que orientam as práticas educativas, tomando como referência Stotz (2009), Bordenave (1989), Alves (2004) e Bornstein (2007).

Stotz (2009, p. 5) refere-se a quatro modelos de educação em saúde, baseando-se em uma classificação proposta por Tones: preventivista, desenvolvimento pessoal, escolha informada e radical.

O enfoque preventivista da educação em saúde caracteriza-se pelo foco nos comportamentos individuais, vistos como fatores relacionados à ocorrência de doenças, e atuam sobre a base de uma crítica à medicina clínica em sua limitação em resolver os problemas de saúde coletivamente. No entanto, adota o “modelo médico” no desenho de suas intervenções, pautando-se por uma leitura centrada nos determinantes biológicos, de onde orienta os comportamentos individuais corretos. A base comunicacional é a transmissão do conhecimento e a fundamentação das ações está na epidemiologia e no conceito de risco. Como enfoque predominante nos serviços de saúde durante décadas, ainda se encontra presente nas práticas educativas dirigidas aos grupos de pacientes portadores de patologias específicas.

O modelo de escolha informada concentra-se na garantia do lugar do indivíduo nas práticas de saúde, o respeito a sua privacidade e dignidade, e na informação sobre os riscos para a saúde, visando a uma compreensão genuína da situação por parte do usuário. Ganha espaço a partir de 1994 e está articulado ao movimento pela humanização do atendimento. Nele busca-se o compartilhar e conhecer as crenças e valores dos usuários dos serviços a respeito de certa informação sobre saúde, bem como discutir suas implicações. Pressupõe a autonomia do usuário, mas controlada a partir de opções constituídas segundo referencial biomédico.

O modelo de desenvolvimento pessoal guarda características comuns em relação ao anterior, mas dá ênfase ao desenvolvimento das capacidades pessoais como forma de facilitar a escolha informada, assumindo que o aprendizado de habilidades como comunicação, conhecimento sobre o corpo, capacidade de gerir o próprio tempo e organizar o seu autocuidado são formas de se alcançar maiores níveis de controle sobre a própria vida.

Os três modelos têm em comum a responsabilidade individual, podendo levar a ações individuais frente a questões que requerem um enfoque ampliado e soluções que passam pela esfera social, podendo configurar um processo de culpabilização da vítima.

Já o modelo radical aborda a saúde e a doença a partir de seus determinantes – as condições sociais e a estrutura da sociedade –, sendo vista como vinculada à medicina social do século XIX. A ação educativa vai se orientar a facilitação da luta política pela transformação das condições de vida e inclui as demandas por ações do Estado, sejam legislativas, normativas etc., voltadas para a mudança das situações causadoras de doenças.

Bordenave (1989) discute o modelo pedagógico que serve de base às propostas educativas, identificando-os como pedagogia da transmissão, pedagogia do condicionamento e pedagogia da problematização. O seu enfoque foi bastante utilizado no processo de

formação do pessoal de enfermagem, na década de 80, sendo, no entanto, pouco conhecido atualmente (STOTZ et al., 2009, p. 494).

O modelo da transmissão se baseia na “premissa de que as idéias e os conhecimentos são os pontos mais importantes da educação” (BORDENAVE, 1989, p. 20), sendo a experiência fundamental do aprendizado receber as informações entregues por outro. Ainda que normalmente se faça por exposição oral do professor, tecnologias mais elaboradas de educação podem ser meros meios sofisticados de transmissão, evidenciando a falta de uma postura reflexiva e crítica diante do que é transmitido.

A pedagogia do condicionamento trata o processo educativo em função dos resultados comportamentais que devem ser alcançados pelos alunos, “ou seja, as manifestações empíricas e operacionais da troca de conhecimentos, atitudes, destrezas” (BORDENAVE, 1989, p. 22).

Associa-se ao behaviorismo, através de um jogo em que entram estímulos e recompensas destinados a reforçar os comportamentos desejados. O aprendizado se faz pela busca de estímulos positivos e pelo medo ao fracasso no desempenho, em função de objetivos preestabelecidos e não pela construção de alternativas e desenvolvimento pessoal. A pedagogia da problematização concentra-se no desenvolvimento da “capacidade do aluno – participante e agente da transformação social – para detectar os problemas reais e buscar para eles soluções originais e criativas” (BORDENAVE, 1989, p. 24).

Parte do estímulo a formular perguntas frente à realidade, desenvolvendo a capacidade de observá-la, detectar recursos disponíveis, identificar obstáculos ao uso desses recursos, localizar tecnologias que permitam o uso desses recursos e organizar e mobilizar processos de trabalho e ação coletiva para alcançar os objetivos citados. (BORDENAVE, 1989, p. 24).

Dessa forma a pedagogia da problematização atende aos objetivos de desenvolver a capacidade do aluno observar, analisar a realidade, identificar os pontos críticos e ir em busca de alternativas para a sua transformação.

Alves (2004, 2005, p. 47) caracteriza as práticas de educação em saúde segundo dois grandes modelos, “que podem ser referidos como *modelo tradicional* e *modelo dialógico*”. O modelo tradicional, hegemônico nas práticas de educação em saúde, identifica-se com o modelo de transmissão identificado por Bordenave (1989) e com a estratégia utilizada pelo modelo preventivista citado por Stotz (2009) e se orienta para a mudança de atitudes e comportamentos individuais.

A principal crítica a este modelo de educação, entretanto, tem sido referente a não consideração dos determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos em saúde. Ao tomar os usuários como objeto das práticas educativas e carentes de um saber sobre a saúde, perde-se de vista que os comportamentos são orientados por crenças, valores, representações sobre o processo saúde-doença – todos estes representantes de formas outras de saber (ALVES, 2005, p. 47).

Em relação ao modelo dialógico, Alves (2005) identifica o reconhecimento do saber anterior do usuário do serviço e o caracteriza como o modelo que se articula com as necessidades dos usuários, que busca a compreensão de seus valores e de sua visão de mundo. No Quadro 1, estão sintetizadas as características que a autora atribui aos modelos de educação em saúde hegemônico e dialógico (ALVES, 2004, p. 29).

CARACTERÍSTICAS	MODELO HEGEMÔNICO	MODELO DIALÓGICO
Concepção de Educação	Ato de depósito de conhecimentos e de valores.	Ato de conhecimento nas relações com o mundo e em comunhão com os outros
Concepção de saúde	Ausência de doença	Produção social do processo saúde-doença
Concepção de homem: usuários	Destituído de saber ou portador de saberes equivocados ou nocivos à saúde; objeto da prática educativa	Portador de saberes e práticas de saúde e cuidado adquiridos mediante experiências concretas de vida; sujeito da prática educativa
Concepção de homem: profissionais	Detentor de saber técnico-científico com <i>status</i> de verdade; nada tem a aprender da aproximação com o saber popular	Detentor de um saber técnico-científico que é inacabado; no cotidiano de suas ações reaprende através do diálogo com o saber popular
Enfoque da prática educativa em saúde	Centrado na doença; enfoque estritamente preventivista	Centrado no sujeito a que se destina a prática educativa; enfoque promocional
Objetivos	Redução dos riscos individuais; prevenção de doenças e agravos à saúde	Constituição de sujeitos para a transformação de condições de saúde e melhoria da qualidade de vida
Espaços educativos	Falta de unidade entre a prática educativa e as demais práticas de saúde; contextos formais como os grupos educativos	Integração entre assistência educação em saúde; contextos informais das relações interpessoais
Metodologia	Comunicação unilateral e informativa: palestras, folhetos, cartazes etc.	Comunicação dialógica: problematização e reflexão
Ponto de partida	Conhecimento científico; diagnóstico de necessidades pelos profissionais de saúde mediante levantamentos epidemiológicos	Realidade objetiva e condições de existência dos sujeitos assistidos; co-participação e coresponsabilidade no diagnóstico dos problemas

Quadro 1 – Quadro comparativo entre o modelo hegemônico e o modelo dialógico de educação em saúde.
Fonte: Alves (2004).

Albuquerque (2003, p. 154) elabora uma tipologia semelhante, a qual define como modelos de educação em saúde o monológico e o dialógico, sintetizados no Quadro 2.

Tipos ideais	Modelo de atenção à saúde	Integralidade	Intersetorialidade	Ações de Promoção da Saúde
Educação bancária na Saúde ou monológica	Reforça o modelo clínico, individual, flexneriano Não valoriza as terapias tradicionais e o saber da comunidade	Trabalhada apenas como integração entre prevenção e assistência.	Utiliza para atender às necessidades de saúde Ações pontuais, mediadas pelas representações do poder público Não há interesse na autonomia da comunidade.	Referenciadas nas mudanças de comportamento individual Trabalhadas através do repasse de informações (depósito de regras nos pacientes)
Educação Popular em Saúde ou dialógica	Questiona o modelo clínico, individual, flexneriano. Propõe um novo modelo baseado na participação do usuário, na promoção da saúde, na integralidade. Valoriza as terapias tradicionais e o saber da comunidade	Trabalha a integralidade como a integração: - indivíduo – coletivo - promoção – assistência - vigilância – assistência - dos níveis de complexidade do SUS - ações intersetoriais	Usa como instrumento para discussão política e mobilização popular Ações planejadas e contínuas Propõe-se a construir a autonomia da comunidade Incorpora como ação de saúde.	Referenciadas na busca de melhores condições de vida, incluindo moradia, saneamento, trabalho, lazer, alimentação etc. Trabalhadas em atividades de grupo, pelo ciclo de vida, partindo do conhecimento do usuário, respeitando seu saber, sua cultura, suas crenças.

Quadro 2 – Sistematização dos tipos ideais de educação em saúde
Fonte: Albuquerque (2003).

Outra abordagem, cujo foco está no processo de mediação realizado pela prática educativa entre serviços de saúde e população, é a que realiza Bornstein (2007). A partir da identificação do papel de mediadores exercido pelos agentes comunitários de saúde, e assumindo a função de mediação das práticas educativas, a autora propõe dois modelos principais de mediação: a mediação convencedora e a transformadora.

Na mediação convencedora, o foco está na transmissão de conhecimentos sobre atitudes e comportamentos considerados corretos, numa função de corrigir desvios. A atuação é “externa” voltada para a integração dos indivíduos a um contexto existente, tido como harmônico, frente ao qual se justifica uma “educação vertical e autoritária”. Na sua argumentação, poderá se utilizar do medo das conseqüências advindas do não seguimento das prescrições, como o medo da morte. Esta caracterização permite uma identificação da

mediação convencedora com os modelos tradicionais de educação em saúde, acima comentados.

No caso da mediação transformadora, o que se coloca como questão central é “a transformação da sociedade numa perspectiva democrática” (BORNSTEIN; STOTZ, 2008, p. 464). A educação é vista como uma instância dialética que medeia esta transformação. Reconhece saberes distintos dos científicos sobre saúde e doença, assumindo a limitação do mesmo no que diz respeito às causas das doenças e sua cura. “Reconhece a importância da experiência da doença e do conhecimento comum das pessoas.”

A mediação transformadora identifica-se com os modelos de práticas educativas cujo elemento central está no diálogo, na relação entre o singular e o geral, na possibilidade de responder às necessidades de transformação das práticas dos serviços e das condições de vida da população, segundo a perspectiva transformadora da promoção da saúde.

Historicamente, a educação em saúde se orientou pelo modelo tradicional, com seu enfoque prescritivo e normativo, consistente com as práticas de saúde nos serviços, baseadas numa leitura biologicista do processo saúde-doença, em que as causas das enfermidades e dos problemas de saúde da população não eram relacionadas aos seus determinantes socioeconômicos. Dessa forma, a mudança do perfil sanitário e a resolução dos problemas de saúde da população derivam de medidas ligadas à assistência e à mudança de comportamentos e hábitos da população, que apenas necessita tomar conhecimento das pautas corretas para então implementá-las em suas vidas. Uma população carente de conhecimentos, ignorante, em quem se deposita o conhecimento.

Com a emergência de um novo discurso em que os determinantes do processo saúde-doença são incorporados ao conceito de saúde, e em que a prática dos serviços deve incluir ações de prevenção de agravos e de promoção da saúde, em que esses determinantes devem ser enfrentados por um conjunto de ações que devem visar a mudança das condições de vida da população, o formato tradicional da educação em saúde passa a ser questionado e em seu lugar se propõe uma educação em saúde pautada pelo diálogo e mediação entre saberes distintos.

Segundo Mello (2000, p. 1149), a promoção da saúde definida nos termos da mudança das condições de vida da população deve se apoiar em uma pedagogia, “dialógica, crítica, reflexiva e problematizadora, bem como em acordo com os princípios da filosofia freireana.”

O modelo dialógico insere a educação em saúde na perspectiva da participação social e da transformação das condições de vida e saúde, e tem a abertura para o diálogo como eixo

norteador de sua prática. A educação em saúde passa a ser não apenas mediadora de saberes entre população e serviços, mas também instrumento da construção de processos participativos voltados à transformação das práticas de saúde.

Entre os modelos dialógicos, o da educação popular em saúde tem se constituído em importante referência no cenário brasileiro para a mudança no formato das práticas educativas nos serviços de saúde. Vasconcelos (2006, p. 253) refere-se à educação popular em saúde como uma estratégia que se baseia no diálogo e na participação voltados à troca de conhecimentos, à construção de práticas de saúde vinculadas ao cotidiano, à vida dos sujeitos-usuários dos serviços de saúde, indo além da concepção técnica de atenção à saúde e do conceito biologicista do processo saúde-doença. Compromete-se com a construção compartilhada de projetos de intervenção – não apenas os educativos, mas quaisquer intervenções assumidas como necessárias, inclusive as terapêuticas – direcionando as práticas de saúde em sua totalidade.

O método da educação popular é uma estratégia de intervenção (e portanto mais assimilável à cultura intervencionista do setor saúde) que prioriza a criação de espaços de **diálogo** em que problemas específicos são debatidos de uma forma que valoriza a **explicitação e incorporação dos saberes e reflexões** dos cidadãos envolvidos. É, portanto, uma metodologia de construção de **espaços de articulação e de troca entre os diversos saberes especializados, fragmentados e insuficientes dos profissionais e usuários envolvidos no problema**. Possibilita aos serviços de saúde a construção de **conhecimentos e práticas mediadores entre a abordagem restrita ao biológico e aquela mais abstrata e genérica das ciências sociais**. Possibilita ainda às famílias e aos grupos populares a **aquisição de conhecimentos técnicos necessários à maior eficiência de suas lutas por melhores condições de saúde** (VASCONCELOS, 2006, p. 253).

A educação popular é uma das propostas pedagógicas em que se identifica a mediação entre os saberes técnico e popular. Ao tomar como ponto de partida o saber anterior das classes populares, implicando no reconhecimento de um outro saber, propicia a superação do “grande fosso cultural” entre serviços e população (VASCONCELOS, 2002, p. 7). Pressupõe a horizontalidade na relação profissional de saúde-usuário e, através da problematização, trabalha a construção compartilhada de um conhecimento voltado não apenas à identificação dos problemas, mas à definição de alternativas de mudança.

O saber da população, ainda que pouco preciso, dialoga com o conhecimento técnico-científico em sua incompletude e limitação frente aos processos vividos pela população em seu cotidiano. Em relação ao exposto, propõe a aproximação entre as dimensões individual e coletiva, através do diálogo, possibilitando a articulação entre as soluções pensadas coletivamente e as necessidades concretas dos usuários da rede de serviços (CARVALHO; ACIOLI; STOTZ, 2002).

Tanto do ponto de vista teórico como do ponto de vista do discurso institucional ligado a projetos como a ESF e a promoção da saúde, pode-se identificar a proposta de uma prática educativa dialógica.

Mas a sua tradução no cotidiano dos serviços ainda reflete concepções tradicionais, em que a educação em saúde é prescritiva, normativa e centrada na figura de um profissional que tudo sabe frente a uma população vista como destituída de saberes e cuja identidade e cultura são ignoradas na relação que é aí estabelecida.

O respeito ao saber previamente existente e à cultura, a idéia de diálogo, de construção coletiva do conhecimento e de ação participativa na busca de um cidadão saudável e feliz, com autonomia deveria representar uma premissa da Promoção da Saúde, mas está muito longe de ser efetivada no Sistema Único de Saúde (ALBUQUERQUE, 2003, p. 31).

Gazzinelli et al. (2005, p. 200) referem-se à evolução dos referenciais teóricos comportamentais, em favor de uma abordagem da doença mais interpretativa e compreensiva, a qual não se acompanha da transposição desses referenciais para a “prática e o fazer pedagógico concretos”.

Na mesma perspectiva, Vasconcelos (2004, p.77) aponta para a carência, nos espaços acadêmicos e nos serviços, de processos de

discussão dos difíceis caminhos, cheios de armadilhas, da ação pedagógica voltada para a apuração do sentir, pensar e agir dos atores envolvidos nos problemas de saúde, de forma a se *construir coletivamente as novas soluções sanitárias necessárias* (VASCONCELOS, 2004, p.77, grifo nosso).

Estudos empíricos sobre as práticas educativas mostram a persistência de modelos de prática tradicionais (BESEN et al., 2007; BORNSTEIN, 2007; MOURA; SOUSA, 2002; OLIVEIRA, 2004; SILVA et al., 2009). Entre as dificuldades e limitações à realização dessas práticas, surgem a carência de apoio material e as instalações precárias das unidades de saúde. Alguns desses estudos identificam situações pontuais em que práticas inovadoras convivem com o modelo tradicional hegemônico (ALVES, 2004; SILVA et al., 2009).

Considerações críticas são também desenvolvidas por Feliciano e Kovacs (2003, p. 394), com base na teoria da ação comunicativa de Habermas, ao caracterizarem as práticas de educação em saúde vigentes, como utilizando “um modelo de comunicação que tem a pretensão de exercer influência sobre a definição da situação ou sobre a decisão do outro”, ou seja, como uma relação unilateral de um sujeito que pensa e sabe em relação a um outro que recebe, passivo, o conhecimento. Ademais, apóia-se em uma racionalidade estratégica,

comprometida com finalidades definidas *a priori*, e fundamenta-se em uma racionalidade técnica que desconhece a dimensão ampliada do processo saúde-doença.

Embora articulando as dimensões técnico-científica e a relacional, o modelo de relação é vertical e autoritário, desconhece o outro; ao se basear em um projeto já definido anteriormente, não prevê a troca e a negociação conjunta de alternativas de ação; ao se estabelecer a partir de fundamentos técnicos, vai contemplar o mundo de uma perspectiva parcial, biologicista e distante do mundo da vida⁶, onde se inserem e vivem os sujeitos para os quais o discurso sanitário elabora sua proposta e pretende implementar suas intervenções, em um processo no qual a educação em saúde desempenha importante papel.

A leitura sobre a relação entre conhecimento científico e saber popular converge com a crítica realizada pela educação popular: ocorre de forma que o primeiro predomina como racionalidade capaz de identificar necessidades e validar formas de intervenção sobre a realidade, esvaziando a possibilidade da construção conjunta de propostas, limitando a participação à escuta por parte dos usuários e à assimilação de pautas de comportamento pelos mesmos (ALBUQUERQUE, 2003; OLIVEIRA, 2005; STOTZ, 2004; VASCONCELOS, 2004, 2006).

A distância entre o discurso sobre as práticas educativas e a sua prática no cotidiano dos serviços reflete em grande parte as limitações do modelo assistencial e a organização das práticas de saúde no cotidiano, e as ambiguidades já comentadas em relação à promoção da saúde e da atenção básica. Não apenas é difícil o espaço para a realização das mesmas, como o modelo que predomina é o tradicional, seja em seu referencial clínico e biomédico, seja em seu modelo de comunicação pautado pela unilateralidade, em que o diálogo não se faz presente.

O diálogo **se define como componente** das práticas educativas, na perspectiva de processos de transformação nos serviços de saúde. É com esta compreensão que se buscará discutir alguns aspectos conceituais em relação ao mesmo, ainda que sem a pretensão de esgotar o tema no escopo deste trabalho.

Para isso, foram utilizadas como referências as contribuições da educação popular e saúde, da teoria da ação comunicativa e da hermenêutica do cuidado. Consideraram-se dois eixos centrais, no desenvolvimento dessa discussão teórica: o primeiro deles refere-se ao

⁶ Habermas (1988) afirma que o conceito de mundo da vida é complexo e o define como um “pano de fundo” no qual se desenvolvem o conjunto de saberes e pré-interpretações que orientam a ação dos homens, sendo constituído pela cultura, pela sociedade e pela personalidade, dimensões articuladas pela linguagem, também constitutiva do mundo da vida.

papel do diálogo para uma prática educativa capaz de contribuir para a mudança; o segundo, ao que caracteriza o diálogo e as condições necessárias para a sua implementação.

3.5 O diálogo e a intersubjetividade como categorias de análise

Castiel e Vasconcellos-Silva (2006, p. 104-105) definem que “a educação em saúde plenamente alinhada aos conceitos da carta de Ottawa, de essência igualitária e emancipatória, deveria contemplar ações comunicativas”. Os autores reiteram a importância de se aperfeiçoar a comunicação entre sujeitos, colocando-a como racionalidade coordenadora segundo a qual se poderiam construir novos conhecimentos sobre dimensões individuais e sociais da saúde e da doença, através das conversações como processos de partilha intersubjetiva.

Como já visto, o modelo de comunicação implícito no discurso institucional para as práticas de saúde, entre estas, as educativas, é o dialógico. Para a discussão da categoria diálogo para a elaboração deste trabalho, tomou-se como referências principais as abordagens da teoria da ação comunicativa de Jürgens Habermas e a educação popular de Paulo Freire tendo em vista a dupla dimensão pedagógica e comunicacional das práticas de educação em saúde. (DONATO; ROSENBERG, 2003, p. 22).

No decorrer da discussão, no entanto, também se utilizaram aproximações realizadas por Ayres (2001, 2007) a partir do campo da filosofia, especificamente da hermenêutica – desenvolvidas a propósito da proposta de humanização dos serviços de saúde –, que problematiza as noções de sujeito e a constituição de contextos de intersubjetividade no âmbito das propostas inovadoras do setor saúde. A partir da leitura de Heidegger e da hermenêutica de Gadamer, o autor identifica pontos de convergência com a ação comunicativa, no que diz respeito ao papel da linguagem como a prática mediadora entre os homens na sua relação com o mundo, e na construção de concepções de saúde e modos de cuidado.

Considerou-se, portanto, interessante para este trabalho um exercício de aproximação entre essas contribuições para a caracterização das práticas educativas em relação ao diálogo e à intersubjetividade.

3.5.1 O diálogo e a dimensão transformadora das práticas educativas

Jürgens Habermas (1988) fundamenta a sua teoria da ação comunicativa na proposição de uma prática comunicativa exclusivamente voltada para o entendimento, livre de coerções, com a possibilidade da livre expressão crítica diante do mundo (HABERMAS, 1988, 1997). Esta prática se constitui com base no diálogo, na argumentação realizada por sujeitos ao se posicionarem diante de pretensões de validade cujos potenciais de verdade, correção e autenticidade podem ser problematizados.

A possibilidade da problematização caracteriza a construção de um entendimento a respeito de diferentes proposições baseado na argumentação e não na sua aceitação passiva. E a possibilidade da argumentação implica no reconhecimento do outro como interlocutor legítimo. Para Habermas, portanto, a comunicação é necessariamente intersubjetiva e tem como pressuposto a inexistência de finalidades *a priori* a serem alcançadas, a não ser o entendimento, e não fazer prevalecer os conteúdos das propostas através de coerção ou persuasão.

O pensamento de Habermas se estrutura como proposta de superação da filosofia da consciência, a partir da substituição da idéia de um sujeito que age sobre objetos, pela de sujeitos em relação, em um mundo construído intersubjetivamente. Suas concepções partem da crítica ao modelo de racionalidade técnica e instrumental imperante na modernidade, à qual ele contrapõe a racionalidade comunicativa. Esta – traduzida em ação comunicativa – seria capaz de realizar a aproximação entre os homens e construir sua relação com o mundo através da formação de consensos entre sujeitos dotados de competência linguística e capazes de ação comunicativa.

A partir da proposição de uma prática comunicativa exclusivamente voltada para o entendimento, livre de coerções, com a possibilidade da livre expressão crítica diante do mundo, Habermas (1982) articula a idéia de interesse emancipatório.

O interesse emancipatório vai se contrapor à ação norteada pelo interesse técnico, cuja noção de sucesso se pauta pelo controle sobre a natureza; e à ação norteada pelo interesse prático entendido como a regulação da relação entre os homens baseada na repressão de sua natureza interna, e na imposição de normas instituídas pelas estruturas de poder de uma dada sociedade.

Ainda que se dirija à regulação entre os homens, o interesse emancipatório, ao se basear na construção do entendimento a partir da livre argumentação entre sujeitos dotados de

autonomia, vai possibilitar a construção de novas relações frente ao poder e às ações orientadas por interesses de controle da natureza e dos outros seres humanos. Portanto, tem implicações sobre a forma como se vão regular as relações entre o saber e poder técnico e o saber e querer práticos na sociedade.

A ideia de interesse emancipatório, levada para a educação em saúde, aponta para a superação da mediação entre o conhecimento técnico e o cotidiano da população baseada na persuasão frente a pautas de comportamento sanitário e de consumo dos serviços norteadas pelo enfoque biológico da saúde, substituindo-a pela efetiva incorporação de uma nova racionalidade, baseada na diversidade e no conjunto das experiências vividas pelo educando.

O movimento de compreensão desenvolvido por intermédio da perspectiva habermasiana pretende, portanto, superar a universalização de interesses, dirigindo-se contra as distorções da comunicação humana, de tal modo que a tomada de decisão passa a ser proporcionada pela discussão baseada no diálogo e na argumentação. Esta perspectiva, no entanto, não fornece nenhum tipo de indicação concreta para o desempenho de tarefas práticas, pois não é informativa. (HABERMAS, 1988).

A pedagogia freireana avança no sentido de proporcionar os elementos para o desempenho de práticas de educação, instruindo o agir pedagógico na ética do respeito ao outro, através do diálogo e do reconhecimento de sua dimensão intersubjetiva (FREIRE, 2003). Para Freire, o diálogo “se impõe como caminho pelo qual os homens ganham significação enquanto homens” (FREIRE, 2003, p. 79), e representa a possibilidade de encontro entre sujeitos e seus projetos, desejos e sonhos.

Vasconcelos (2002, p. 6) assinala que “um elemento fundamental do seu método é o fato de tomar como ponto de partida o saber anterior das classes populares” e, como consequência, a superação do modelo vertical da pedagogia tradicional. Baseia-se no resgate de saberes e práticas da população, na problematização da realidade, na identificação de estruturas de opressão, e na construção de alternativas de transformação. “Na Educação Popular, não basta que o conteúdo discutido seja revolucionário, se o processo de discussão se mantém vertical” (VASCONCELOS, 2002, p. 6).

A perspectiva dialógica freireana propõe uma ética de respeito à autonomia e à liberdade do outro, contrapondo-se à persuasão como uma prática de subordinação e negação do educando enquanto indivíduo dotado de um saber prévio (FREIRE, 2003, 2004). Proporciona, portanto, as condições para o exercício da argumentação e a liberdade do

educando de submeter o saber que lhe é entregue, as normas e comportamentos que lhe são prescritos, a questionamentos emanados de uma razão outra, distinta da do educador.

Remete, portanto, a uma perspectiva emancipatória, em que o diálogo é uma prática baseada na liberdade. A relação com o conhecimento é crítica, não se está diante de sujeitos feitos objetos, prontos para receber de forma passiva e cumulativa o saber de um outro.

Recusa a ação educativa voltada para instruir e persuadir sobre comportamentos e normas formuladas em base a uma racionalidade instrumental e no interesse de um sucesso fundamentado na técnica, da mesma forma que critica a negação sumária da ciência e da técnica. “Divinizar ou diabolizar a tecnologia ou a ciência é uma forma altamente negativa e perigosa de pensar errado.” (FREIRE, 2004, p. 33). Sendo assim, possibilita a constituição de sujeitos capazes de argumentar e construir livremente suas escolhas e se reconhecendo como seres de transformação do mundo (FREIRE, 2003).

Zitkoski (2003) chama a atenção para o fato de não ser utilizado na obra de Freire, explicitamente, o termo “razão dialógica”, mas as expressões dialogicidade, diálogo, cultura dialógica, ação dialógica e educação dialógica, o que indicaria a proposição de uma nova racionalidade em contraposição ao racionalismo moderno e à razão instrumental.

Gabassa (2007, p. 160) afirma que o principal ponto de encontro entre Freire e Habermas seria a escolha do caminho segundo o qual propõem a mudança: “a escolha pela comunicação e pelo diálogo como base para a humanização do mundo atual”. As teorias de Paulo Freire – em torno do conceito de dialogicidade – e de Jürgen Habermas – em relação aos conceitos de racionalidade e ação comunicativa – colocam em questão a natureza dessa prática – o diálogo – mediatizada pela linguagem, e a relacionam às possibilidades de mudança social. A emancipação, para os dois, portanto, se constrói com base na comunicação, no diálogo. E, para Freire (2003), no compromisso com a luta contra todas as formas de opressão.

Para Habermas e Freire, o diálogo remete ao resgate do ser humano e à construção de projetos de sociedade compartilhados, cujos valores e cuja racionalidade não mais se regem predominantemente por modelos tecnológicos, e sim emergem do que compartilham e pactuam sujeitos em sua relação com o mundo da vida, com a realidade objetiva percebida a partir de suas experiências, a respeito da qual emitem suas pretensões de validade, suas proposições sobre a melhor forma de constituir seus modos de vida.

Nesse sentido, ação comunicativa e dialogicidade se encontram. Enquanto Habermas vê um caminho de, por meio das práticas comunicativas geradas no mundo da vida, suscitar nos sujeitos a compreensão de um mundo construído historicamente, ou seja, não somente determinado pelo sistema, mas também pela ação dos sujeitos por meio da linguagem, Freire acredita que o diálogo possa

reabilita a humanidade dos homens e das mulheres, bem como servir de guia para o processo educativo, entendendo também os sujeitos como construtores de seu mundo (GABASSA, 2007, p. 167)

A identificação de convergências entre as ideias de Freire e Habermas, no entanto, não deve desconhecer especificidades inerentes ao contexto histórico e político em que as mesmas são concebidas. Nesse sentido, cumpre ressaltar que um dos aspectos diferenciadores entre ambos repousa sobre o papel que assume o compromisso político com a luta dos oprimidos na obra de Freire, aspecto que Habermas irá tratar sob a perspectiva do interesse emancipatório como norteador da construção do consenso motivado pela força do melhor argumento.

Como já visto, a concepção de diálogo em Freire e em Habermas é referida ao encontro entre sujeitos e, para ambos, o sujeito ao qual se referem é o sujeito em relação, ou seja, estabelecem a intersubjetividade como inerente ao exercício do diálogo.

Nesse sentido, considerou-se necessária a definição dos termos segundo os quais se aborda a intersubjetividade neste trabalho, e fundamentar sua relevância para a análise das práticas educativas.

3.5.2 Sujeito, intersubjetividade e diálogo

A noção de sujeito presente e implícita no modo de se constituírem as interações, especificamente no campo da saúde, configura formas determinadas de construção das relações entre profissionais e usuários.

Nesse sentido, é importante assinalar a relevância que esta categoria tem assumido nos últimos anos, em discussões sobre o processo de humanização das práticas de saúde e sobre as mudanças no processo de trabalho no cotidiano dos serviços de saúde à luz das propostas de inovação como as da ESF.

Tendo em vista a crescente ênfase dada aos aspectos relacionais e intersubjetivos nas práticas de saúde, Ayres (2001) assinala a necessidade de se discutir a noção de sujeito em que se baseiam as propostas de mudança nas práticas de saúde, considerando este um aspecto importante na definição dos rumos que podem assumir essas propostas: a racionalização e a manutenção dos mesmos modelos de práticas de saúde ou uma real e efetiva transformação consistente com o ideário que tem inspirado o discurso da saúde.

Segundo ele, a noção de sujeito, sobre a qual se constroem as propostas inovadoras no campo da saúde e a que embasa o discurso sanitário e as práticas de saúde, não é a mesma. Ao discutir a noção de sujeito no interior do pensamento sanitário e suas repercussões sobre as práticas de saúde – onde se incluem as práticas de educação em saúde –, afirma que, “a concepção de sujeito que está presente no pensamento sanitário não está em sintonia com os principais valores e pressupostos que o orientam hegemonicamente na atualidade” (AYRES, 2001, p. 65).

Haveria dois núcleos de significação problemáticos ligados à ideia de sujeito, segundo a perspectiva do pensamento sanitário.

O primeiro é a idéia de permanência, de mesmidade, que reside no âmago desse sujeito-identidade, esse que é igual a si mesmo através dos tempos, que faz a si mesmo a partir de uma natureza dada”, moldada por um “devir voluntário”, uma “conquista pessoal (AYRES, 2001, p. 65).

Essa ideia estaria na base de uma concepção de sujeito que nortearia os discursos sobre as reais necessidades de saúde, em sua abordagem homogeneizadora e permanente, apoiada no recurso da estatística e da epidemiologia. “O segundo é a idéia de produção em que se apóia o sujeito-agente da história. O ser histórico é o ser produtor, aquele que introduz ou melhora coisas ou idéias para o progresso da vida humana.” (AYRES, 2001, p. 65). Este sujeito protagonista das mudanças é o que se projeta quando se fala do “tornar-se sujeito de sua própria saúde”, e que se baseia, no entanto, em proposições de mudança definidas *a priori*.

Tal ideia de sujeito se estrutura como algo externo, objeto sobre o qual incidem as propostas de intervenção – frente às necessidades que lhe são atribuídas – e chamado a assumir a responsabilidade frente à melhoria das condições gerais de vida e saúde. Esse sujeito está na base do pensamento sanitário ao formular propostas de intervenção que pedem mudanças de comportamento, ações preventivas, adesão a tratamentos, entre outras, nas quais pressupõe a mesmidade, a permanência e a produção da própria saúde.

A esta noção de sujeito, que o autor chama de sujeito/eu⁷, se coloca como alternativa o sujeito/si, este que se constitui nas interações, nos contextos de intersubjetividade, que se define enquanto identidade na relação com o Outro. Para ele, no pensamento sanitário, ocorreria uma dualidade em que,

se num plano mais ideológico reclamamos a presença de um sujeito/si, na nossa prática discursiva cotidiana estamos o tempo todo trabalhando com a concepção de

⁷ O autor utiliza a definição de Heidegger (1995 apud AYRES, 2001, p. 66) ao caracterizar dois tipos de identidade: a individualidade/eu e a individualidade/si, esta última sendo a que guardaria o sentido de sujeito, de subjetividade.

um sujeito/eu. Tratamos o sujeito como núcleo individual e permanente de produção de coisas – identidades e artefatos – como mesmidade, portanto. Com isso o transformamos em mais um objeto no mundo (AYRES, 2001, p. 66).

O autor propõe um giro teórico em relação a essa concepção de sujeito, segundo o qual:

- 1) subjetividade não é mesmidade, é ipseidade, é sempre relação, é intersubjetividade;
- 2) o sentido existencial dessa relação é configurado como um encontro desejante com a circunstância – o ato de se colocar diante do Outro e engendrar as possibilidades de ambos e seu mundo compartilhado;
- 3) o que move o encontro desejante dos sujeitos e seu mundo não se traduz de modo restrito ao êxito técnico, mas refere-se a um sucesso, a uma situação que se traduz por felicidade, o que abarca também, e especialmente, dimensões éticas e estéticas (AYRES, 2001, p. 67).

Do ponto de vista das práticas de educação em saúde e do modo de se constituírem as interações no seu interior, esta concepção de sujeito possibilita que se estabeleçam enquanto construção de projetos compartilhados por profissionais e usuários de serviços de saúde e que sejam capazes de ir além do horizonte estritamente biologicista e técnico.

Estabelecida esta noção de sujeito, o autor remete à linguagem o papel central nessa experiência da alteridade, sendo o diálogo a sua expressão:

É da linguagem que vem a resistência fundamental que nos põe em presença do outro. [...] a linguagem só existe como *em ato* (Habermas, 1988). E o que é esse ato, criador de sujeitos e de seus mundos na e pela linguagem, que nos faz experimentar o que somos no encontro com o que não somos, senão *diálogo*? (AYRES, 2001, p. 68, grifo do autor).

Pode-se identificar a convergência entre esta perspectiva e a caracterização do diálogo segundo Freire (2003), enquanto o que constrói os homens, e de que é no encontro entre sujeitos que o mesmo se realiza. E, na construção do diálogo, reconhece a centralidade da linguagem, ao ressaltar a palavra – verdadeira – como constituinte da relação dos homens entre si, frente ao mundo. “O diálogo é este encontro dos homens, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu” (FREIRE, 2003, p. 78).

Desde o ponto de vista da educação popular e saúde, Oliveira (2007, p. 75) enfatiza a dimensão intersubjetiva da construção do conhecimento, afirmando que “uma educação que procure o diálogo pressupõe a visão do outro como sujeito”. Na mesma perspectiva, a autora referindo-se a Carvalho, Acioli e Stotz (2002), afirma que “os saberes são constituídos diferentemente e quando da interação entre sujeitos, estes possam ser compartilhados e não hierarquizados” (OLIVEIRA, 2007, p. 75).

Outra repercussão destas definições é que não se trata mais do

propalado “sujeito-alvo” das ações, isto é, indivíduos ou comunidades na estrita condição de substratos da objetivação causal-controlista dos fenômenos do adoecimento; tampouco do sujeito técnico como estrito portador dos saberes e instrumentos capazes de identificar e transformar regularidades causais (AYRES, 2007, p. 52).

Este giro recoloca uma relação em que o usuário é o objeto constituído a partir de sua condição de paciente e destinatário de uma intervenção vinda de um sujeito reduzido à condição de técnico, para uma outra em que ambos – agora sujeitos – se dirigem ao objeto frente ao qual buscam soluções.

Trata-se da presença de ambos, usuários e profissionais, populações e serviços, como portadores de compreensões e projetos relativos à existência compartilhada, que precisam tomar decisões acerca dos modos de se fazerem as práticas de saúde (AYRES, 2007, p. 52).

E, neste processo, a racionalidade instrumental, não é suprimida, mas se dirige à construção de soluções que contemplem a racionalidade prática. “O objeto nesse caso não é o indivíduo ou a população, mas algo que se constrói com esses sujeitos, a partir deles” (AYRES, 2007, p. 52).

A construção das propostas de saúde com base no diálogo leva à discussão do modo como se dão as mediações entre o conhecimento técnico-científico dos profissionais e o saber popular, representado pelo conjunto de crenças, valores e experiências trazidas pelos usuários. Nessa mediação, se identificam as noções de êxito técnico e sucesso prático, definidas como dimensões relativas ao nível instrumental e ao do sentido e dos valores atribuídos à saúde e à doença pelos usuários.

Por êxito técnico queremos nos referir à dimensão propriamente instrumental da ação [...]. O êxito técnico diz respeito a relações entre meios e fins para o controle do risco ou dos agravos à saúde, delimitados e conhecidos pela biomedicina. O sucesso prático diz respeito ao sentido assumido por meios e fins relativos às ações de saúde frente aos valores e interesses atribuídos ao adoecimento e à atenção à saúde por indivíduos e populações (AYRES, 2007, p. 53-54).

No processo de reestruturação das práticas de saúde, deve-se contemplar a articulação entre as noções de sucesso técnico e sucesso prático, compreendendo que a instrumentalidade do conhecimento técnico deve estar em função desta última noção. O que se coloca é a não exclusividade do critério normativo na definição do que seria o horizonte das práticas de saúde, que devem contemplar o sucesso prático, além do êxito técnico.

[...] a reconstrução das práticas de saúde aponta não apenas para a necessidade de construir novas instrumentalidades, com seus pólos positivos e negativos, mas também reclama a tarefa de resgatar o lugar da racionalidade prática como origem e destino de qualquer instrumentalidade nessa área (AYRES, 2007, p. 51).

Frente à necessidade de estabelecer uma base normativa capaz de dialogar com as distintas racionalidades, o autor introduz como referência os *projetos de felicidade*, onde os critérios normativos estão abertos ao compartilhar e ao devir. Pode-se afirmar que este é outro conceito que pode dialogar com as concepções da educação popular em saúde, e que deriva da ideia de sucesso prático, como se pode depreender da definição:

Pela expressão *projeto de felicidade*, queremos nos referir à totalidade compreensiva na qual adquirem sentido concreto as demandas postas aos profissionais e serviços de saúde pelos destinatários de suas ações. Por isso mesmo, os projetos de felicidade constituem a referência para a construção de juízos acerca do sucesso prático das ações de saúde, seja no seu planejamento, execução ou na sua avaliação (AYRES, 2007, p. 54, grifo do autor).

Em relação ao *projeto*, cumpre deixar claro que o entendimento do mesmo não se refere a objetivos delimitados e metas a serem alcançadas em prazos determinados, mas à ideia de construção existencial derivada do *estar lançado na vida*, e implica em interação e intersubjetividade pela contínua possibilidade de reapropriação e ressignificação do que nos é familiar.

O termo *felicidade* se refere a um estado que se constrói com base em experiências concretas humanas, delineado a partir de referências subjetivas, mas em interação com o Outro, com a sociedade, com o coletivo. Na impossibilidade de se tratar como algo dado, passível de uma definição por critérios técnicos, o autor compara o *projeto de felicidade* a uma obra de arte “pela qual se expresse a vida e o aspecto da saúde em questão” (AYRES, 2007, p. 57).

Que profissionais, serviços, programas e políticas de saúde estejam mais sensíveis e responsivos ao sucesso prático de suas ações, isto é, que orientem a busca de êxito técnico de suas intervenções na direção apontada pelos projetos de felicidade dos destinatários de suas ações (AYRES, 2007, p. 57).

Cabe aqui lembrar a relação que Freire (2003) faz entre o diálogo e o ato de criação e recriação do mundo, realizado através do encontro entre sujeitos crentes nessa possibilidade, dispostos a essa liberdade.

Estes conceitos até aqui colocados – oriundos das reflexões sobre as propostas de humanização das práticas de saúde – remetem aos questionamentos da educação popular em saúde, ao modo de se fazerem as relações entre profissionais e usuários e o diálogo entre saberes, e à proposta de construção compartilhada do conhecimento.

Ayres (2001, 2007) explicita a necessidade de dispositivos que permitam a tradução desses elementos conceituais ao concreto das ações de saúde. Nesse sentido, aponta o *diálogo* como elemento central nesse processo, o qual é entendido na perspectiva hermenêutica como *fusão de horizontes*:

O sentido forte de diálogo na perspectiva hermenêutica é *fusão de horizontes* (GADAMER, 2004), isto é, de produção de compartilhamentos, de familiarização e apropriação mútua do que até então nos era desconhecido no outro, ou apenas supostamente conhecido. Não basta, nesse caso, apenas fazer o outro falar sobre aquilo que eu, profissional de saúde, sei que é relevante saber. É preciso também ouvir o que o outro, que demanda o cuidado, mostra ser indispensável que ambos saibamos para que possamos colocar os recursos técnicos existentes a serviço dos sucessos práticos almejados (AYRES, 2007, p. 58, grifo do autor).

Esse modo de entendimento do diálogo converge para o encontro segundo o qual os homens pronunciam o mundo, segundo Freire (2003), e as implicações para a prática da educação em saúde se dão nos vários espaços em que a mesma é exercida, seja enquanto dimensão das práticas de saúde, seja enquanto ação específica – ou trabalho educativo como definido por Morosini et al. (2007) ⁸.

Na interação individual, passam a ter importância o perguntar sobre o que o Outro pensa que tem ou o que espera como resposta do cuidador, assim como o olhar atento que desvenda o que não se manifesta na narrativa do usuário. Da mesma forma, a *fusão de horizontes* vai incluir a relação entre profissionais e gestores e população, demandando espaços de auto-organização de grupos da população, suporte e reforço a sua capacidade de reflexão e a efetiva interlocução com canais de participação e controle social, assim como a discussão de casos, educação permanente e avaliação dos serviços pelas equipes multiprofissionais.

A ideia de *fusão de horizontes*, traduzida ao âmbito da educação em saúde, implicaria em abertura à discussão dos conteúdos normativos, no sentido de questionar em que medida os mesmos são viáveis, fazem sentido, ou podem ser incluídos no contexto de vida dos usuários. Em última análise, se coloca a relatividade do próprio conceito de saúde e do que é saudável, incluindo aí a perspectiva do usuário (AYRES, 2007, p. 59).

O diálogo em Freire (2003, 2004) é constituído a partir da abertura respeitosa ao outro, a partir da consciência da incompletude inerente à condição humana. “O sujeito que se abre ao mundo e aos outros inaugura com seu gesto a relação dialógica em que se confirma como inquietação e curiosidade, como inconclusão em permanente movimento na História” (FREIRE, 2004, p. 136).

Oliveira (2004, 2007), a partir da escuta de profissionais de saúde e participantes de movimentos populares, identifica como condição para a existência do diálogo, “motivações políticas e existenciais, afetividade, gostar de estar na comunidade adicionadas a outro

⁸ Morosini et al. (2007, p. 18-19) ressaltam a distinção entre ação educativa – que ocorre “espontaneamente, sem que haja necessariamente uma consciência sobre essa ação, ou ainda uma reflexão sobre sua intenção” – e trabalho educativo – entendendo “que este trabalho traz consigo uma intenção, e deve, portanto, incluir reflexões sobre seus objetivos e as formas através das quais ‘caminhamos’ para nos aproximarmos desses objetivos”.

elemento chave: o “convívio”, que tem como “moedas”, a “simpatia, confiança, humildade, sensibilidade, respeito” (OLIVEIRA, 2004, p. 5).

Ao refletir sobre as práticas institucionais, Oliveira (2003, 2007) assinala um importante aspecto da relação que se deve estabelecer com a cultura popular no âmbito das práticas de saúde, qual seja a necessidade de real inclusão dos seus referenciais, e não reduzi-la a uma estratégia pedagógica, da qual o serviço se apropria mantendo o conteúdo técnico de suas práticas, buscando otimizar as formas de persuasão da população.

A teoria da ação comunicativa proporciona elementos que instruem a prática do diálogo, os níveis de validação dos processos dialógicos, ou seja, “que caracterizam o sucesso de um discurso em realizar efetivo diálogo”, os quais foram adaptados por Ayres (2001) a partir de Habermas (1988):

a – Correção normativa – aceitação, por parte do interlocutor, de que o projeto de mundo e de vida que orienta esse discurso (ou o que temos chamado de encontro desejante das circunstâncias) é correto desde um ponto de vista ético, moral, político;

b – Verdade proposicional – proposição de enunciados aceitáveis intersubjetivamente como expressão da realidade, isto é, de que se trata de fatos que são tidos como verdadeiros por ambas as partes;

c – Autenticidade expressiva – sua capacidade de expressar autenticamente a perspectiva subjetiva daquele que profere o discurso.

O critério de validação normativa do discurso sanitário é instruído pela “utopia de conhecimento/controlar as doenças” (AYRES, 2001, p. 68) limitando as reais possibilidades de compartilhamento entre sujeitos-profissionais e sujeitos-usuários, desse horizonte normativo, regido pela racionalidade prática e pela ideia de êxito técnico. A revisão da perspectiva normativa como critério exclusivo refere-se à ampliação do seu horizonte para além do êxito técnico, e ao diálogo com dimensões de sucesso prático já abordadas, referidas a “interesses de natureza estética, emocional, moral etc.” (AYRES, 2001, p. 70)

Nos diálogos sobre saúde, não se interroga “sobre o que sonham as pessoas (nós mesmos) para a vida, para o bem viver, para a saúde” (AYRES, 2001, p. 69) e, ao não fazê-lo, a prática se reduz “à negatividade da doença para definir saúde e ao conhecimento de suas regularidades para saber como controlá-las” (AYRES, 2001, p. 69).

A revisão do critério de verdade proposicional está relacionada à abertura para outros ramos do conhecimento, com vistas a ampliar o olhar sobre o processo saúde-doença através da incorporação, pelo discurso sanitário, de outras perspectivas. Aqui se pode incluir o

diálogo entre saberes, o reconhecimento de saberes outros, colocados pela educação popular, assim como

outros tipos de sabedoria na construção da saúde, desde os conhecimentos acadêmicos não-nomológicos, como a filosofia, o direito e certos ramos das ciências humanas, até as diversas sabedorias práticas transmitidas secularmente nas diversas tradições culturais (AYRES, 2001, p. 70).

Do ponto de vista da validação expressiva, o diálogo implica a relação entre o que se diz e o que realmente se pensa e sente, as intenções que regem a fala. Também implica a revisão dos códigos com os quais se constroem intersubjetivamente as identidades, pois se “queremos enriquecer o diálogo, é preciso cuidar que sua matéria-prima acompanhe essa ambição, é preciso refletir sobre nossa linguagem”, sendo um dos maiores desafios que se coloca, a superação “das barreiras lingüísticas que o jargão sanitário interpõe a uma autêntica interação entre profissionais e população”, o que remete ao último dos critérios, o de autenticidade expressiva (AYRES, 2001, p. 70).

A partir do pensamento de Freire (2003, p. 79-83), os elementos que possibilitam a prática do diálogo podem ser identificados: **amor** ao mundo e às pessoas; **humildade** na hora de pronunciar a palavra; **fé** na possibilidade de construção da História e de transformação do mundo; **confiança** mútua no dialogar; **esperança** na possibilidade de uma outra realidade construída por meio de reflexão e ação, e **pensar crítico**, que permita ver a realidade objetiva tal como se coloca e suas outras possibilidades..

A justaposição desses elementos aos critérios de validação da teoria da ação comunicativa realizada por Gabassa (2007) mostra que não há possibilidade de diálogo sobre os conteúdos normativos segundo os quais se reflete sobre o mundo, seus problemas e possibilidades, a não ser através do amor ao mundo e às pessoas. A validade proposicional, por sua vez, não pode se estabelecer a não ser que haja humildade na hora de dizer a palavra ou confiança mútua no dialogar. E, finalmente, sem fé e esperança numa outra realidade, não há como esperar que a validação expressiva seja um compromisso, já que se vive de acordo com o que é determinado de antemão por outrem, ou pela sociedade. Não há uma verdade própria segundo a qual o indivíduo se expresse.

Assumir o trabalho da educação em saúde como um processo dialógico, intersubjetivo, é assumir o seu caráter relacional e sua mediação pela linguagem. E, se esse encontro entre sujeitos se dá em termos do que desejam e projetam ao compartilharem sua relação com o mundo, o educar deixa de se reger pela racionalidade estratégica, pela definição de finalidades *a priori*; e, por último, se o que motiva esse encontro é um êxito que vai além

de um sucesso técnico e se pauta pela ideia de construção de felicidade, o trabalho da educação em saúde visará um horizonte mais amplo que o do conceito de saúde como ausência de doença. Muda, a educação em saúde, em termos de seu formato, sua finalidade, seus conteúdos e de sua racionalidade.

Frente a essas definições, neste trabalho, se propõe a abordagem das práticas educativas na atenção básica, assumindo-as enquanto dimensão das práticas de saúde, analisando-as em relação ao exercício do diálogo e aos contextos de intersubjetividade em que se processam no cotidiano de uma unidade de saúde.

A definição das categorias diálogo e intersubjetividade, para a abordagem da educação em saúde nos serviços de atenção básica, se justifica por serem capazes de qualificar as práticas educativas segundo sua possibilidade transformadora, aspecto essencial às propostas emancipadoras da promoção da saúde e aos objetivos de mudança do modelo assistencial que inspiram a política de atenção básica à saúde.

4 Metodologia

4 METODOLOGIA

Foi realizado estudo descritivo utilizando a abordagem de **estudo de caso**, com metodologia qualitativa uma vez que tratou de estudar a educação em saúde segundo dimensões que não são quantificáveis e que se referem a visões de mundo, valores e percepções. Bosi e Uchimura (2006, p. 94), a propósito da utilização da abordagem qualitativa na avaliação de serviços de saúde, a definem como “aquela que focaliza as dimensões que escapam aos indicadores e expressões numéricas, uma vez que se volta para a produção subjetiva que permeia as práticas no âmbito da saúde”.

Tomou-se como referência os relatos e a prática dos sujeitos que formulam e executam as práticas educativas no nível das unidades básicas de saúde, buscando identificar as suas concepções sobre educação em saúde enquanto uma prática dialógica e de que forma se realizam, assim como o que propicia ou dificulta a prática do diálogo na educação em saúde, no cotidiano dos serviços.

Foram analisados o diálogo e a (inter)subjetividade na relação entre profissionais e usuários nas práticas educativas, em sua dimensão de práticas comunicativas e pedagógicas.

4.1 Desenho do estudo

O desenho adotado foi o de um **estudo de caso**, por se adequar à exploração em profundidade da implementação de uma prática específica em um local definido, com vistas a verificar os modos como ocorre nas situações concretas do cotidiano. Keen e Packwood (2005, p. 62) indicam o estudo de caso quando se tem a intenção de estudar empiricamente a implementação de intervenções, ou seja, quando se trata de verificar como ocorrem “nos estabelecimentos desorganizados do mundo real, sendo importante compreender por que tais intervenções alcançam sucesso ou fracassam”.

É um tipo de desenho que, utilizado nas pesquisas qualitativas, possibilita a compreensão do fenômeno em suas várias dimensões, incluindo o contexto e as interações que se processam, em especial quando se trata de processos em andamento, como no caso da implementação de programas e práticas de saúde.

Yin (2005, p. 32-33) define o estudo de caso como “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”.

De acordo com Minayo,

os estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão. E são úteis para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança (MINAYO, 2007, p.164).

Trata-se de um recorte em que, através da abordagem de uma dada intervenção, se busca compreender os rumos assumidos pela mesma no confronto com o mundo real, de forma detalhada e aprofundada, procurando dar conta da multiplicidade de fatores envolvidos em sua realização.

Metodologicamente, os estudos de caso evidenciam ligações causais entre intervenções e situações da vida real; o contexto em que uma ação ou intervenção ocorreu ou ocorre; o rumo de um processo em curso e maneiras de interpretá-lo; o sentido e a relevância de algumas situações-chave nos resultados de uma intervenção (MINAYO, 2007, p.164-165).

A escolha desse desenho para avaliação das práticas educativas no cotidiano de uma unidade básica de saúde revelou-se apropriada pela possibilidade de explorar a variedade das situações cotidianas relativas à educação em saúde e os distintos modos de implementação das mesmas, assim como as relações, interações e as percepções dos sujeitos do estudo a seu respeito.

As características desse tipo de estudo tornam indicada sua utilização também em termos dos objetivos a que atende:

“(a) compreender os esquemas de referência e as estruturas de relevância relacionadas a um evento ou fenômeno por parte de um grupo específico; (b) permitir um exame detalhado de processos organizacionais ou relacionais; (c) esclarecer os fatores que interferem em determinados processos; (d) apresentar modelos de análise replicáveis em situações semelhantes e até possibilitar comparações, quando no projeto, no decurso do trabalho de campo e nas análises, o investigador trabalhar com tipificações.” (MINAYO, 2007, p.164-65).

4.2 A abordagem qualitativa

A abordagem qualitativa em pesquisa dirige-se à elucidação daqueles aspectos da vida humana que não são mensuráveis ou quantificáveis, permitindo o acesso às disposições

subjetivas e representações que operam na conformação da totalidade da realidade social. Minayo (2007, p. 266) cita Gurvitch (1955, p. 113) a esse respeito:

Parece impossível compreender a realidade social total, se não se admite que esta superposição de planos submetidos a um determinante mais ou menos flexível, repousa sobre um solo vulcânico, onde se agita o que há de mais espontâneo e inesperado na vida coletiva: as condutas criadoras, as idéias e valores coletivos, os estados mentais e os atos psíquicos coletivos.

Minayo (2007, p. 23) refere-se à pesquisa qualitativa como estratégia voltada a

compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a: (a) valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; (b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; (c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais.

A abordagem das práticas educativas em sua dimensão intersubjetiva requer aproximações que permitam a qualificação dos seus elementos imponderáveis e que são, no entanto, os que constituem a base sobre a qual se sustenta a diferenciação entre os métodos tradicionais e os da educação baseada no diálogo.

4.3 Área de abrangência do estudo

O estudo foi realizado no município de João Pessoa, em uma unidade de saúde da família localizada no Distrito Sanitário II e contou com a permissão e apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), segundo documento em anexo (Apêndice A).

O município de João Pessoa está localizado no estado da Paraíba, na região Nordeste do Brasil, caracterizada por situação socioeconômica e de saúde desfavoráveis em relação ao contexto brasileiro.

A rede de saúde do município está dividida em cinco Distritos Sanitários. O Distrito Sanitário II foi escolhido para realização da pesquisa por ter sido um dos locais de início, da implantação da ESF no município, em 2000 (MAGALHÃES, 2003, p. 19).

Nos quatro anos anteriores à realização do estudo, o município realizou um processo de estruturação da sua rede de serviços de saúde, no contexto da mudança no perfil de sua gestão, desde as eleições para prefeito realizadas em 2005. Esse processo tem se caracterizado por um reforço na capacidade de gestão e na organização da prestação de serviços de acordo com os princípios do SUS.

No que diz respeito à atenção básica, esse processo tem enfrentado a necessidade de investir em aspectos estruturais para possibilitar o adequado funcionamento da rede – tais como implantação de novas unidades de saúde da família, contratação de equipes e equipamento das unidades. Acoplado a esse movimento, têm sido implementadas estratégias que visam à mudança nas práticas de saúde, buscando garantir o atendimento às necessidades da demanda em uma perspectiva organizada, de modo a atender aos princípios de equidade e universalidade no acesso.

O plano municipal de saúde expressa essa mudança ao priorizar

a construção da atenção integral e humanizada e a Educação Permanente em Saúde/EPS como estratégia de gestão para viabilizar a transformação, que consiste num movimento de *mudança das práticas de saúde*, por meio do comprometimento de gestores, trabalhadores, instituições formadoras, usuários do SUS e movimentos sociais, que atuam na identificação de problemas e na cooperação para a resolução dos mesmos, visando à integralidade da atenção e à reestruturação do SUS municipal” (JOÃO PESSOA, 2006, p.13, grifo nosso).

As estratégias para implementação do plano municipal de saúde são expressas nas seguintes ações:

construir, reformar, ampliar e equipar serviços de saúde; desenvolvimento institucional; atenção integral à saúde; epidemiologia e vigilância ambiental; aperfeiçoamento dos serviços administrativos; descentralizar ações e serviços de saúde; controle social da política de saúde; gestão do sistema único de saúde – SUS; aprendendo a cuidar; cuidando do cuidador (JOÃO PESSOA, 2006, p. 14).

Têm sido realizados processos de aprendizagem no trabalho, buscando o desenvolvimento e a institucionalização da política de educação permanente em saúde, como estratégia para o compromisso dos atores envolvidos com os “princípios de universalidade, equidade, resolutividade e integralidade, pilares fundamentais do SUS” (JOÃO PESSOA, 2006, p. 13). O processo de construção de novas práticas de saúde inclui as práticas de educação em saúde, objeto deste estudo, o que torna oportuna a compreensão dos fatores que interferem na sua implementação.

O município de João Pessoa e o Distrito Sanitário II tem se caracterizado, ademais, pela relação com a Universidade Federal da Paraíba, através de projetos de extensão e realização de estágios curriculares em algumas de suas unidades de saúde da família, entre elas a do Mirante A, nome fictício para a unidade em que foi realizado o estudo, com vistas a preservar o anonimato da equipe de saúde.

Além dessas questões, o estudo levou em consideração o fato de, no município de João Pessoa, existirem vários trabalhos de educação popular em saúde em áreas de

abrangência das unidades de saúde da família, entre as quais se inclui o Mirante A, alguns deles vinculados a projetos de extensão da Universidade Federal da Paraíba.

4.4 Descrição do espaço de realização e da unidade de análise da pesquisa

A USF Mirante A, após re-mapeamento da área realizado em junho de 2008, é responsável por uma área de abrangência composta de aproximadamente 716 famílias e 2868 pessoas, divididas em cinco micro-áreas, correspondendo a 1/3 do bairro do Mirante⁹.

É uma área de infraestrutura precária onde a maioria das ruas não possui calçamento, os esgotos escorrem a céu aberto, as casas são pouco arejadas e pequenas para o tamanho das famílias. A maioria da população é de baixa renda e há elevado índice de desemprego.

Essas precárias condições de vida interferem significativamente no processo de adoecimento e cura das pessoas.

A USF, por sua vez, funciona em uma casa pequena, com espaço físico insuficiente e inadequado para as ações que desenvolve (apesar de algumas adaptações), não oferecendo, portanto, conforto, privacidade e segurança para servidores e usuários.

A equipe de saúde da família do Mirante A é formada por doze integrantes: cinco ACS, uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar de odontologia, uma enfermeira, uma médica, uma cirurgiã-dentista, uma auxiliar de serviços gerais e um vigilante. Conta ainda com estagiários dos cursos de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia da UFPB. No primeiro semestre de 2008, a USF teve, ainda, a participação de estudantes de medicina da UFPB, em estágio de primeiro e segundo período.

A equipe enfrenta diariamente sérias dificuldades em virtude dessa inadequação do espaço físico. A isto se soma a precariedade das condições de trabalho (escassez de equipamentos, manutenção insuficiente dos equipamentos existentes, irregularidade na provisão de insumos e medicamentos), sistema de referência e contra-referência ineficiente e falta de outros profissionais (psicólogo, assistente social e agente administrativo).

Esse conjunto de fatores, aliados a tantos outros de ordem estrutural, ocasionam uma sobrecarga de trabalho que se traduz na diminuição da qualidade, do cuidado e riscos à saúde da equipe (MAGALHÃES, 2003).

⁹ De acordo com dados coletados das fichas do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) na USF.

4.5 Unidade de análise e sujeitos do estudo

O estudo teve como unidade de análise a equipe de saúde da família do Mirante A, localizada no Distrito Sanitário II, tendo em vista que, no que diz respeito à implementação das práticas de educação em saúde, o espaço privilegiado é aquele onde se processam as relações e se dá a sua prática: o cotidiano das unidades de saúde. A definição da amostragem em pesquisa qualitativa, entre seus critérios, busca “assegurar que a escolha do lócus e do grupo de observação e de informação contenha o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa” (MINAYO, 2007, p. 197).

A unidade foi escolhida com base na avaliação da existência de condições que assegurassem o bom andamento do trabalho e onde já estivesse implantada a estratégia saúde da família há mais de dois anos.

A pesquisa realizou-se junto a uma equipe de saúde da família e incluiu um apoiador, contemplando um total de 12 indivíduos, já que uma das ACS não quis ser entrevistada.

Os critérios de inclusão dos sujeitos da pesquisa foram a condição de profissionais de saúde ligados à atenção básica e à educação em saúde, pertencentes ao quadro do município, há pelo menos dois anos atuando na formulação e/ou implementação da educação em saúde na atenção básica, abrangendo todos os membros da equipe de saúde da família escolhida para o estudo.

4.6 Instrumentos, procedimentos de coleta de dados e período de estudo

A propósito dos instrumentos utilizados nos estudos de caso, Minayo (2007) indica a combinação de diferentes técnicas de pesquisa, com vistas a abranger a complexidade do objeto de estudo.

“Os instrumentos utilizados nesse tipo de abordagem são dados secundários visando à contextualização do problema, documentos escritos e material primário recolhido em campo, por meio de entrevistas, grupos focais e observação” (MINAYO, 2007, p. 165).

A autora coloca a perspectiva da triangulação, tanto no que diz respeito às estratégias de desenho dos processos de avaliação de serviços, como em termos dos procedimentos de coleta de dados (MINAYO, 2006, 2007).

Neste estudo, foi utilizada a triangulação entre procedimentos de coleta de dados, com vistas a contemplar a complexidade dos elementos envolvidos nas práticas de educação em saúde, tendo sido realizadas entrevistas semi-estruturadas e observação direta das práticas de educação em saúde.

Os roteiros para ambos procedimentos foram definidos a partir das categorias de análise e adaptados em função dos contatos iniciais com os profissionais e da observação das práticas nos distintos espaços de realização da pesquisa.

O trabalho de campo, compreendendo a **observação direta** e a realização das **entrevistas semi-estruturadas**, teve a duração de quatro meses, abrangendo o período de 31/10/2008 a 31/03/2009.

4.6.1 A observação participante

A observação da realidade se constitui em uma técnica clássica da pesquisa qualitativa. Vázquez Navarrete et al. (2009, p. 68) baseiam-se em Olabuénaga (1999) e definem a observação como “o processo de contemplar sistemática e detidamente o desenvolvimento da vida social, sem manipulá-la ou modificá-la, permitindo que siga seu curso de ação”.

Minayo (2007) baseia-se em autores clássicos das Ciências Sociais ao definir a técnica de observação, que denomina observação participante, e cita Schwartz e Schwartz (1955 apud MINAYO, 2007, p. 135), que consideram essa técnica como

[...] processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto.

Flick (2004) e Vázquez Navarrete et al. (2009) estabelecem distinções entre tipos de observação.

Flick baseia-se em Friedrichs (1973, p. 272-3 apud Flick, 2004, p. 148) e classifica os procedimentos de observação de acordo com cinco dimensões:

- Observação secreta versus observação pública, até que ponto a observação é revelada àqueles que são observados?
- Observação participante versus observação não-participante: até que ponto o observador torna-se um componente ativo do campo observado?

- Observação sistemática versus observação não-sistemática: existe a aplicação de um esquema de observação mais ou menos padronizado ou a observação continua bastante flexível, respondendo aos próprios processos?
- Observação em situações naturais versus observações em situações artificiais: as observações são feitas no campo de interesse, ou as interações são “deslocadas” para um local específico (por exemplo, um laboratório) para melhorar a capacidade de observação?
- Auto-observação versus observar o outro: na maioria das vezes, são as outras pessoas que são observadas; assim, quanta atenção é destinada à auto-observação reflexiva do pesquisador para embasar ainda mais a interpretação do que é observado? (FLICK, 2004, p. 148).

Para Vázquez Navarrete et al. (2009, p. 69), a classificação agrupa os procedimentos de observação segundo o grau de estruturação, número de observadores, a transparência do processo e o grau de participação do observador, resumidos no seguinte quadro:

Segundo o instrumento utilizado	Número de observadores	Transparência do processo	Participação do observador
- Semi-dirigida (semi-estruturada)	- Individual	- Oculta	- Participante
- Não-dirigida (não-estruturada)	- Grupal	- Aberta	- Não-participante

Quadro 3. Tipos de observação

Fonte: Vázquez Navarrete et al. (2009, p. 69).

O procedimento adotado neste trabalho foi a observação participante, aberta, e semi-dirigida, realizada pela própria pesquisadora – individual, portanto – realizada no contexto do trabalho da equipe de saúde – em situação natural, segundo Flick (2004).

Abordando a educação em saúde como fenômeno social, tratou-se de identificar as características, variações e formas assumidas pelas práticas de educação em saúde e as concepções sobre as mesmas, em relação ao diálogo e intersubjetividade. Foram observados os atos, atividades, significados, participação, relação e situações (TRIVIÑOS, 1987), de modo a verificar como essa prática se desenvolve e como é condicionada no cotidiano da atenção básica à saúde.

Como parte do trabalho de observação, também foram colhidos dados de documentos relativos à política de saúde do município e sobre a unidade de saúde e sua área de abrangência.

A coleta de dados através da observação teve a duração de quatro meses (31/10/08 a 31/03/09 com intervalo entre 11 de dezembro e 11 de janeiro), abrangendo 61 dias não consecutivos, compreendendo várias situações e momentos do cotidiano da unidade de saúde.

O roteiro prévio para a observação contemplou: Que concepções de educação em saúde e que características estão presentes de forma explícita ou implícita nas colocações e

nas atitudes dos profissionais, nas atividades educativas? Em que tipo de modelo de comunicação se baseiam as práticas educativas? Como se constroem o diálogo e as relações com os usuários nas práticas educativas?

A observação se destinou a subsidiar e complementar as informações obtidas nas entrevistas, e à triangulação dos dados obtidos nas mesmas. Teve como propósito identificar como os profissionais se colocam em sua prática cotidiana frente aos supostos de uma prática educativa dialógica. Foram observadas as atitudes, as falas sobre o educar e sobre a relação com os usuários nessa prática, assim como a existência ou não de uma prática dialógica.

Foi feita observação direta das práticas educativas no cotidiano da unidade, nas visitas domiciliares e reuniões na unidade de saúde e na comunidade. As situações acompanhadas foram o cotidiano da USF, as visitas domiciliares, reuniões e ações coletivas de educação em saúde, detalhados a seguir:

- **no cotidiano da sala de espera da USF:** as conversas, as orientações e informações passadas, as demandas e a forma de lidar com as discussões e conflitos. As rodas de conversa, aproveitando a sala de espera. As ações (verbais, gestos etc.), atividades, significados, relações em que se manifestem modelos, teorias da educação em saúde, diálogo e sujeito. Momentos informais com membros da equipe, onde se identificaram concepções sobre educação em saúde.
- **visitas domiciliares** – o trabalho das ACS e, esporadicamente, de outros membros da equipe, observando as situações de fala, ações, atitudes, atividades desenvolvidas pelos profissionais, os significados e as relações.
- **reuniões** – foram observados as falas, as concepções sobre educação em saúde, diálogo, e sobre o sujeito usuário e a comunidade. O processo de formulação das práticas educativas. As ações, atitudes, significados e interações na relação com o sujeito usuário.
 - o reuniões da equipe com apoiadores/gestão: com a equipe da USF – só com a equipe ou com as outras equipes que atuam na área –, como parte do processo de matriciamento e de educação permanente. Discussão de temas do curso de especialização em saúde da família; atividades de dispersão do treinamento introdutório dos ACS; programação de atividades, discussão de pautas de trabalho.
 - o reuniões internas da equipe de saúde da família:
 - rotina – preparação de atividades, organização das pautas de trabalho, encaminhamento de ações de rotina e extraordinárias, como campanhas

(Dia D da Dengue), convocação para reuniões, como a do Orçamento Democrático, relatório anual e entrega de solicitações de dados específicos por parte da gestão;

- discussão de temas e preparação de atividades de dispersão do treinamento introdutório das ACS: palestra sobre o SUS realizada como atividade do curso das ACS;
 - reuniões para discussão do projeto terapêutico paciente psiquiátrico – com a equipe da USF e com familiares dos pacientes.
 - reuniões com a comunidade ou representantes com apoiadores/gestão: Orçamento Democrático; reuniões do conselho comunitário (definição sede da unidade integrada e processo de integração).
- **atividades educativas coletivas** - campanha, comemorações – as ações, atitudes, relações e interações que ocorrem:
- palestra sobre o SUS
 - atividades da semana da mulher
 - realização do Dia D da Dengue

A observação direta do trabalho incluiu as visitas domiciliares e as situações de sala de espera. Também foram coletados relatos de atividades educativas através de conversas informais e em reuniões da equipe de saúde. Foram acompanhadas um total de 37 visitas domiciliares, em doze dias de trabalho de campo, não consecutivos. As situações de observação da dinâmica em sala de espera e a participação em reuniões da equipe compreenderam, respectivamente, 26 e dezoito dias de trabalho, não consecutivos.

Os dados foram registrados em um diário de campo, onde foram anotadas, de forma resumida, situações, conversas informais, atividades. Evitou-se tomar notas no processo de observação, como forma de não evidenciar constantemente a condição de pesquisadora. As anotações foram realizadas imediatamente ao final de cada dia de trabalho, sob a forma de arquivos de texto, a partir de pontos registrados no diário de campo, inicialmente de forma preliminar e descritiva, incluindo impressões e situações de contexto específicas que surgiram.

Os arquivos de texto foram identificados pela data e pelo número do dia do trabalho de campo. Ex.: dia 1 - 29.11.2008. Na análise dos dados, a identificação do trecho da observação é feita pelo dia, data da observação e pela página do arquivo de texto em que foi registrada. Os sujeitos foram identificados enquanto profissionais de nível superior (PS1, PS2,

...) e agentes comunitárias (AC1, AC2, ...), com o objetivo de preservar o anonimato, tendo em vista que o estudo abrangeu uma única unidade de saúde.

Ao longo do processo de análise, as anotações foram revisadas e enriquecidas com considerações adicionais, com inclusão de análises relacionadas a descobertas posteriores ou a uma compreensão maior do observado, à luz de uma reflexão distanciada do processo.

4.6.2 As entrevistas semi-estruturadas

Minayo (2007) refere-se à entrevista como o símbolo da comunicação por excelência, pois trata do *status* da palavra, da fala individual como reveladora de códigos de sistemas e valores contraditórios.

Vázquez Navarrete et al. (2009, p. 52) definem a entrevista como “uma conversação na qual se exercita a arte de formular perguntas e escutar respostas. [...] Busca compreender as perspectivas que têm os entrevistados sobre suas ideias, valores, situações que viveram etc.”.

As entrevistas podem ser classificadas de distintas formas, de acordo com os critérios adotados pelo autor. Minayo (2007) classifica as entrevistas em:

- sondagem de opinião, onde inclui questionários de opinião, múltipla escolha, sendo condicionada pelo entrevistador;
- semi-estruturada, que combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, o entrevistado discorre livremente sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas
- aberta, onde o entrevistado discorre livremente sobre o tema proposto.
- não-diretiva “centrada” ou “entrevista focalizada”, em que se aprofunda a conversa sobre determinado tema sem prévio roteiro. É inserida na entrevista aberta ou não-estruturada e visa colocar a fala do sujeito no seu próprio contexto.
- projetiva - baseada em técnicas visuais, usada para aprofundar informações sobre determinado grupo.

Vázquez Navarrete et al. (2009) propõem uma classificação dirigida ao campo da pesquisa qualitativa, onde os critérios adotados são o grau de estruturação, o número de participantes e as entrevistas especiais. Quanto ao grau de estruturação, as entrevistas podem ser semi-estruturadas (semi-diretivas) ou não-estruturadas (não-diretiva, aberta ou informal). Não são incluídas as entrevistas com maior grau de estruturação, tendo em vista a sua não

aplicabilidade ao campo dos métodos qualitativos. Quanto ao número de participantes, podem ser individuais ou grupais, e as entrevistas especiais são as histórias de vida e as autópsias verbais.

Neste trabalho, foram realizadas entrevistas individuais e semi-estruturadas (MINAYO, 2007; VAZQUEZ NAVARRETE et al., 2009), utilizando-se um roteiro para orientar a condução da conversa em relação ao objeto da pesquisa.

Foi utilizado roteiro (Apêndices B e C) com questões orientadoras da interação com o pesquisador, visando facilitar a emergência dos valores e opiniões dos entrevistados. Minayo (2007, p. 262) refere-se a uma das modalidades de informação que pode ser obtida com a utilização dessa técnica de coleta de dados: “informações que tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia.”

O roteiro da entrevista explorou as concepções dos profissionais sobre educação em saúde, como realizam sua prática, como consideram que deve ser, o que facilita e o que dificulta a prática da educação em saúde; a concepção de diálogo, o papel que atribuem ao mesmo na prática educativa, o que facilita e dificulta a sua prática cotidiana; como descrevem a sua relação com o usuário nas ações de educação em saúde.

Foram entrevistados todos os membros da equipe de saúde, além do profissional do nível distrital que atua como apoiador de equipes locais, num total de doze indivíduos (uma das ACS se recusou a ser entrevistada, embora tenha permitido o acompanhamento das visitas domiciliares). O apoiador e os indivíduos que realizam funções de apoio e suporte administrativo da unidade foram entrevistados no sentido de caracterizar o contexto geral de realização do trabalho na unidade de saúde.

As observações proporcionaram elementos para o aprofundamento, nas entrevistas, da sondagem sobre as contradições entre as práticas e as falas das entrevistadas. As entrevistas foram gravadas em arquivo digital e transcritas na íntegra pela autora. Foi realizada uma sessão com cada entrevistado.

4.6.3 A inserção no espaço de realização da pesquisa

A viabilidade para a realização do trabalho de campo foi construída através do estabelecimento de contatos com os vários níveis de gestão e com os sujeitos do estudo, de modo a garantir as condições para o estudo. Nesse sentido, a proposta da pesquisadora foi

integrar-se ao cotidiano da unidade de saúde – estando totalmente dedicada à pesquisa – buscando aprofundar os vínculos com os participantes do estudo e realizando momentos de troca de informações e das impressões obtidas, não se restringindo à entrega do produto final do trabalho.

Minayo (2007, p. 282), a propósito da inserção do pesquisador no campo, refere-se a três momentos: a entrada no campo, definição do papel do observador e saída. Neste trabalho, a entrada no campo foi realizada a partir de contato direto com a equipe de saúde, através da médica, após autorização prévia da SMS.

O primeiro contato consistiu na participação em uma reunião da equipe para apresentação dos objetivos do trabalho, deixando claro que a permanência em campo teria uma duração aproximada de três meses – que se estendeu para quatro meses, incluindo as entrevistas e participação em algumas reuniões –, caracterizando a inserção do pesquisador como um “participante-que observa”, segundo a classificação que Minayo utiliza, baseando-se em Gold (1958 apud MINAYO, 2007, p. 280-282). Durante toda a coleta de dados, foram feitos esclarecimentos adicionais sempre que solicitados.

No decorrer do processo, alcançou-se uma boa integração ao cotidiano da unidade de saúde, onde se puderam construir vínculos de confiança e de afetividade com os participantes do estudo, permitindo momentos de troca de informações e de impressões obtidas. Nesse processo, chegou-se ao ponto de a presença do pesquisador ser “esquecida” pelos integrantes da equipe.

A saída do campo se deu com atenção aos laços construídos, contemplando a possibilidade de retorno futuro através de projeto de extensão a ser construído a partir das necessidades do serviço.

4.7 Procedimentos e técnica de análise dos dados

A análise do material coletado se orientou pela leitura interpretativa da educação em saúde, segundo as falas dos sujeitos do estudo, com base nas categorias de análise selecionadas.

O material analisado correspondeu às entrevistas realizadas com as profissionais de nível superior e as ACS, enquanto membros da equipe diretamente envolvidos em atividades educativas.

O material produzido a partir do trabalho de campo foi revisado e submetido a processamento e segmentação manual.

Na análise do material produzido, utilizou-se a técnica de análise narrativa de conteúdo. Obedeceu-se às seguintes etapas: leitura flutuante e exame minucioso de cada entrevista e de cada registro de observação para identificar os núcleos de sentido manifestos, agrupando-os em relação aos eixos temáticos definidos a partir do marco de referência e contemplados no roteiro das entrevistas e da observação: **concepções sobre educação em saúde, características das práticas educativas** (conteúdos das ações educativas, tipo de práticas educativas, processo de realização das práticas educativas) e **concepções de diálogo**.

Foi utilizada uma aproximação mista no processo de análise, utilizando-se as categorias de análises contempladas no roteiro de entrevistas e da observação, e os temas que emergiram da análise dos conteúdos das mesmas. Na segunda etapa da análise, criaram-se subcategorias a partir do agrupamento das informações correspondentes.

Buscou-se assegurar a qualidade dos dados através da discussão dos resultados com as entrevistadas e da triangulação das informações, através da comparação entre as distintas técnicas de coleta de dados.

Assim, através dos procedimentos descritos, buscou-se conhecer as concepções que orientam as ações de educação em saúde na unidade de saúde, dando ênfase ao processo reflexivo voltado às noções de sujeito e subjetividade, e o que propicia ou dificulta a prática do diálogo na educação em saúde, no cotidiano dos serviços.

5 Aspectos Éticos

5 ASPECTOS ÉTICOS

Por envolver seres humanos, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, da FIOCRUZ, em Pernambuco, havendo sido aprovado – registro no CAAE 0084.0.095.000-08 – nos termos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (Anexo A).

Foi preservado o anonimato dos sujeitos do estudo e o sigilo dos dados obtidos. Foram esclarecidos os objetivos do trabalho, os motivos de seleção dos espaços e dos sujeitos. Antes das entrevistas – que foram gravadas mediante consentimento dos entrevistados –, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (Apêndices D e E), e garantida a possibilidade de serem solicitados esclarecimentos a qualquer momento do processo. Foram elaboradas duas versões do TCLE: uma para os profissionais e gestores da unidade de saúde da família, do DS II e da Secretaria Municipal de Saúde, e outra para os agentes comunitários de saúde, procurando preservar o máximo de clareza e objetividade na redação do mesmo.

O estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde (Apêndice A), que solicitou do pesquisador o retorno dos resultados aos sujeitos da pesquisa e aos demais interessados, no que serão atendidos pela pesquisadora após a aprovação do trabalho pela banca examinadora.

6 Resultados

6 RESULTADOS

A elaboração deste capítulo procurou contemplar o conjunto dos dados obtidos através dos procedimentos adotados – a observação participante e a entrevista semi-estruturada – tendo como referência as categorias de análise e os eixos temáticos escolhidos.

As categorias de análise – diálogo e intersubjetividade – foram analisadas de forma transversal em relação aos eixos temáticos definidos para o trabalho: **concepções de educação em saúde, as características da prática da educação em saúde** e as **concepções de diálogo**. Assim, a educação em saúde foi analisada em seu componente dialógico e intersubjetivo, a partir das colocações dos profissionais de saúde e da prática implementada pelos mesmos.

O capítulo encontra-se dividido em três tópicos, compreendendo uma breve caracterização do contexto institucional de realização do trabalho (parte do trabalho de observação participante) – abordando a política municipal de saúde e informações sobre a USF/Mirante A –, os resultados das entrevistas e os resultados da observação do trabalho dos profissionais .

6.1 O contexto de realização da pesquisa

As informações relativas a este tópico referem-se à política municipal de saúde e à caracterização da USF/Mirante A e sua área de abrangência. As informações sobre a política de saúde do município foram obtidas a partir do Plano Municipal de Saúde 2006-2008 (João Pessoa, 2006); as relativas à USF e sua área de abrangência basearam-se em dados da USF, gerados pelos relatórios mensais do SIAB, consolidados pela equipe de saúde, e em monografia realizada na área a respeito do processo de trabalho no saúde da família (MAGALHÃES, 2003).

6.1.1 A política municipal de saúde

O período de realização da pesquisa coincidiu com o final do primeiro mandato da gestão municipal, iniciado em 2005. Na época, a nomeação da pasta da saúde contemplou a entrada em cena de quadros pertencentes à Universidade Federal da Paraíba, já com experiência acumulada em cursos e consultorias aos gestores, em sua maioria através do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC). O compromisso com os princípios do SUS, a tradição de trabalho na linha do planejamento e das políticas de saúde se expressam no Plano Municipal de Saúde, no qual a gestão afirma o seu objetivo de trabalhar segundo a proposta de construção da atenção integral e humanizada e a Educação Permanente em Saúde (EPS).

No período em que a pesquisa foi realizada, a gestão municipal estava no seu último ano de mandato, o qual exercia desde 2005. Tratava-se, portanto, de um ano eleitoral, em que a gestão do município buscava a reeleição, havendo conseguido permanecer para o período seguinte, que terminará em 2012. A pasta da saúde se manteve sob a mesma direção, com algumas alterações em cargos intermediários, incluída a direção do Distrito Sanitário II.

6.1.1.1 *Diretrizes gerais da gestão*

O projeto político da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS-JP) está fundamentado na construção do cuidado integral ao usuário-cidadão e rede de relações humanizadas, assumindo a perspectiva de que a produção de um ato de saúde, apesar de sempre derivar de um procedimento, não necessariamente será um ato cuidador. Para que isto se dê, tem que se constituir em produção centrada nas necessidades de saúde dos usuários e não “centrada em procedimentos” (JOÃO PESSOA, 2006, p. 56). Este enfoque de gestão, realizado a partir da perspectiva da “micropolítica do trabalho” (MERHY, 1997), demarca o conjunto da política de saúde do município e vincula-se à corrente “Em Defesa da Vida”, caracterizando-a como uma proposta vinculada a correntes progressistas no campo da promoção da saúde (CARVALHO, 2007, p. 144).

A proposta da gestão para área da saúde tem buscado realizar a mudança das práticas de saúde a partir de um processo que inclui a reestruturação do processo de trabalho no nível

das práticas de saúde, como forma de aprofundar as mudanças necessárias à consecução das diretrizes e princípios do SUS.

No Plano Municipal de Saúde, as **estratégias** previstas para a implementação dessa proposta buscam

construir, reformar, ampliar e equipar serviços de saúde; desenvolvimento institucional; atenção integral à saúde; epidemiologia e vigilância ambiental; aperfeiçoamento dos serviços administrativos; descentralizar ações e serviços de saúde; controle social da política de saúde; gestão do sistema único de saúde – SUS; aprendendo a cuidar; cuidando do cuidador (JOÃO PESSOA, 2006, p. 14).

O **eixo de referência** para a organização da gestão da rede de serviços de João Pessoa é a noção de **Linha do Cuidado**; o conceito de cuidado é a referência para a atenção à saúde. Efetiva-se

“uma organização da gestão setorial e das práticas assistenciais que responda por uma concepção de saúde não centrada somente no tratamento de doenças, mas na inclusão de pessoas em sistemas de produção do cuidado à saúde e de participação na afirmação da vida” (JOÃO PESSOA, 2006, p. 76).

As **ações** definidoras dessa forma de organização das práticas de saúde são

“o acolher, informar, atender e encaminhar por dentro de uma rede cuidadora [...] onde o usuário mediante um acesso que lhe dê inclusão, saiba sobre a estrutura do serviço e da rede assistencial e, a partir de sua vivência nele – como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele – seja capaz de influir em seu andamento” (JOÃO PESSOA, 2006, p. 76).

A **estrutura orgânica** da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS-JP), à época de realização da pesquisa, era formada por cinco diretorias: Administração e Finanças; Atenção à Saúde; Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Regulação Cartão SUS e Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU); e Vigilância em Saúde. Na Diretoria de Atenção à Saúde, estão as Gerências de Atenção Básica, da Rede de Serviços Especializados e da Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. No Plano Municipal de Saúde, é feita uma ressalva a esse modelo de estruturação previamente existente, caracterizado como de instituições tradicionais de saúde, reproduzindo relações verticais no modelo de gestão (JOÃO PESSOA, 2006, p. 55).

A proposta da gestão do município, a partir das estratégias definidas para a organização da atenção à saúde, prevê a “organização de uma rede de cuidados progressivos, que tenha as Unidades de Saúde da Família (USF) como a forma de organização da atenção básica, articulada com a rede de serviços especializada e a rede hospitalar”. (JOÃO PESSOA, 2006, p. 56). À Diretoria de Atenção à Saúde cabe realizar a interlocução entre essas instâncias.

A **organização da atenção básica** é o eixo em torno do qual se estrutura a organização da atenção à saúde, e toma como fundamentação os princípios organizativos da **Estratégia Saúde da Família**.

6.1.1.2 Educação permanente e formação profissional

De acordo com essas definições, a política municipal de saúde reconhece a necessidade de uma ampla participação na construção dessa proposta. A **Educação Permanente** é vista como dispositivo de construção dessa política, através do desencadear de reflexões críticas sobre o processo de trabalho. No momento de realização da pesquisa, estava sendo implementado um processo de formação de 450 **facilitadores da educação permanente** e 32 **tutores**.

Ainda na perspectiva de promover mudanças na organização do trabalho, a gestão priorizou, a partir de um amplo processo de discussão¹⁰ frente à necessidade de **regulamentação da profissão** do Técnico Agente Comunitário de Saúde, a Formação Técnica do Agente Comunitário de Saúde. Estavam sendo formados, no período da pesquisa 1.100 ACS, inseridos nas 180 equipes de Saúde da Família do município.

Outra frente de atuação é representada pela articulação dos processos de **formação profissional em saúde**, através da parceria entre a SMS-JP e as instituições de ensino superior, realizada pela Diretoria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Parte-se da compreensão de que a mudança das práticas de saúde necessita ser trabalhada também junto às instituições formadoras dos futuros profissionais. Para isso, foram estabelecidas com essas instituições, o movimento estudantil e profissionais da atenção e da gestão da SMS, as bases de uma cooperação com vistas à inserção efetiva dos estudantes no processo de aprendizagem pelo trabalho.

¹⁰ Através da Articulação Colegiada PÓLO EPS/SUS/PB, constituiu-se uma roda envolvendo atores da formação, gestão, atenção e controle social para discutir a Formação Técnica do ACS, contando com a adesão dos municípios de Bayeux, Conde, Pedras de Fogo, Campina Grande, Esperança, Sumé, Monteiro e Cuité, das Instituições Formadoras UFPB e Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), e de representantes da categoria do ACS.

6.1.1.3 Blocos organizativos

Foram definidos **blocos organizativos** para a implementação do Projeto Político da SMS-JP, construídos a partir da priorização de áreas consideradas estratégicas: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância à Saúde, Gestão do SUS e Assistência Farmacêutica. Em cada um foram definidas as ações e prazos para sua implementação, sendo os blocos diretamente relacionados ao objeto deste trabalho, os da **Atenção Básica** e da **Gestão do SUS** (JOÃO PESSOA, 2006).

O **bloco da Atenção Básica** teve como **objetivo** “garantir uma expansão do acesso à atenção básica baseada em estratégias que privilegiem a atenção integral das necessidades de saúde, para o que será indispensável o estabelecimento de uma articulação intersetorial em âmbito municipal” (JOÃO PESSOA, 2006, p. 83). O conjunto de **metas pactuadas** referem-se à implementação de ações de saúde priorizadas em função do diagnóstico de situação realizado pela equipe da SMS-JP, visando o controle e a atuação sobre determinados problemas de saúde: redução da mortalidade infantil, acompanhamento e diminuição de complicações de hipertensão arterial e diabetes, ampliação do cuidado à saúde do idoso, organização dos conselhos locais de saúde em 40% das USF até final de 2007, ações de controle de hanseníase e da tuberculose. Note-se que os problemas priorizados, embora pactuados em processos de discussão, ainda guardam características que os aproximam da lógica dos programas verticais.

O bloco da Gestão do SUS teve como objetivo

desenvolver ações gestoras que busquem garantir o provimento e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, e de recursos materiais e financeiros para o funcionamento da rede de atenção à saúde integral, com foco na família e vinculando-a às equipes de saúde com base na organização territorial (JOÃO PESSOA, 2006, p. 96).

As **metas** referem-se a: constituição de **equipes matriciais** até abril de 2006; implantar o **monitoramento** de 100% das equipes de saúde da família que estiverem com indicadores abaixo dos parâmetros estabelecidos até dezembro de 2006; implantação do **acolhimento** em 100% das USF – final de 2006 (implantação de classificação de risco com acolhimento em dois grandes hospitais da rede – Santa Isabel e Cândida Vargas); organização de **Sistema de Informação em Saúde** – até dezembro 2006; implantação do **complexo regulatório** – até dezembro de 2006 (JOÃO PESSOA, 2006).

As metas previstas concentram-se em grande medida em processos voltados à reorganização do processo de trabalho, com investimento em ações que se orientam para a mudança no processo de trabalho.

O conjunto da proposta, caracterizada pela disposição em blocos organizativos, é atravessada por **ideias-força** às quais foi atribuída a perspectiva de se constituírem em dispositivos¹¹ de mudança: **educação permanente, matriciamento, acolhimento e gestão do trabalho em saúde.**

O desenvolvimento da proposta da **educação permanente** tem como propósito a transformação das práticas profissionais através de um processo de reflexão contínuo sobre o trabalho realizado, capaz de deflagrar perguntas e respostas, configurando um processo de aprendizagem a partir de situações do cotidiano das pessoas e de sua organização. No projeto político da SMS-JP, a educação permanente se constitui num desafio central e tem como propósito a construção de um processo ascendente de mudança, horizontal, e que possibilite a democratização de espaços de trabalho, desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos, o desenvolvimento do trabalho em equipes matriciais, a melhoria do cuidado e a humanização do atendimento (JOÃO PESSOA, 2006).

A proposta do **matriciamento** baseia-se na existência de grupos de apoio técnico e administrativo e dá suporte ao processo de educação permanente das equipes de saúde, consistindo na “construção de momentos relacionais onde se estabelece a troca de saberes entre os profissionais, de diferentes áreas e serviços de atenção, envolvidos no cuidado dos usuários” (JOÃO PESSOA, 2006, p. 81).

Através desse processo, se busca reorganizar o processo de trabalho e transformar, através de mudanças no cotidiano do serviço, os modos de se realizar a atenção à saúde. Como **modelo usuário centrado**, busca trabalhar com a proposta de Linhas de Cuidado e projeto terapêutico singular, os quais se baseiam em abordagem contínua do usuário e na estruturação de redes de suporte à realização desse cuidado. Caracteriza-se pelo processo de discussão integrando as distintas áreas do conhecimento necessárias à abordagem do processo saúde-doença, remete à articulação interinstitucional e inclui familiares e demais indivíduos que integram o núcleo de relações do usuário, nesse processo. (JOÃO PESSOA, 2006).

¹¹ Na proposta, dispositivo é definido a partir de Deleuze (1996, p. 83-96) como uma “máquina relacional. Articula elementos diversos e heterogêneos entre si, “trata-se sempre de uma articulação multilinear, composta por fios visíveis e invisíveis, materiais e imateriais” (JOÃO PESSOA, 2006, p. 80-81). Alguns dos seus componentes são recursos materiais e tecnológicos, subjetividades, ações e estratégias, práticas discursivas, mas o elemento principal em sua constituição e funcionamento são as “articulações estabelecidas entre eles em um diagrama relacional.”

No momento em que se iniciou o trabalho de campo, a proposta do matriciamento encontrava-se em fase de implementação, contando com a adesão inicial do Distrito Sanitário II.

O **acolhimento** visa o funcionamento do serviço em uma perspectiva centrada no usuário, partindo das necessidades de saúde dos que procuram o serviço, buscando garantir o acesso universal, a partir da reorganização do processo de trabalho, promovendo a escuta do usuário e o compromisso com a resolução do seu problema de saúde. Nesse sentido, requalifica-se a relação entre profissional e usuário, na direção da humanização, da solidariedade e da cidadania (JOÃO PESSOA, 2006).

A **gestão do trabalho** tem como propósito identificar e implementar ações que viabilizem o conjunto das propostas, no sentido de mudanças no modelo tecnoassistencial, como a criação de fluxos de encaminhamento de pacientes a partir da pactuação de critérios de priorização de casos para encaminhamento. Considera-se, ademais, a necessidade de motivação dos trabalhadores frente à proposta e a implementação de gestão colegiada (JOÃO PESSOA, 2006).

Essa proposta de organização da rede de serviços de saúde do município tem como potencial a constituição de espaços de discussão entre profissionais e usuários, possibilitando a realização de interlocuções e o compartilhamento de horizontes na elaboração de propostas – os projetos – de cuidado.

6.1.2 Dados da USF/Mirante A e caracterização da área de abrangência

A caracterização da USF/Mirante A e sua área de abrangência toma como referência relatórios da Unidade de Saúde, dados do SIAB relativos ao ano de 2008 consolidados pela equipe e monografia realizada em 2003 (MAGALHÃES, 2003), onde se encontra um histórico do bairro e da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A implantação da Estratégia Saúde da Família em João Pessoa veio a acontecer apenas no ano 2000, inicialmente com sete equipes.

Uma das características do bairro é o seu terreno, acidentado e cheio de depressões e buracos. À medida que se vai avançando pelo bairro, o terreno entra em declive e apresenta áreas de charco, localizadas em depressões do terreno. Inicialmente, o bairro do Mirante se

constituiu como área de invasão sendo depois urbanizado pelo governo do estado através da Fundação Social do Trabalho (FUNSAT) em 1982.

A USF/Mirante A tem área de abrangência com 716 famílias e uma população de 2.456 pessoas, de acordo com dados do Relatório de Atividades da USF para o ano de 2008. Este valor define um número médio de 143 famílias por ACS, com pequenas variações.

Como já referido na metodologia a propósito da caracterização da área, as ruas, em sua maioria, não têm calçamento, além de muitas estarem em declive e serem extremamente acidentadas, chegando, em alguns casos, a impedir a passagem de carros, apesar de haver espaço suficiente para isso. O incômodo e os transtornos causados pela poeira e pela lama – durante as chuvas – são motivo de queixas dos usuários e dificultam a locomoção principalmente de idosos e pessoas portadoras de necessidades especiais.

As casas do conjunto são de alvenaria (100%), mas pequenas e pouco arejadas. A cobertura da rede de saneamento é de apenas cerca de 30%. Na área, têm surgido invasões com construções utilizando materiais precários, mas apresentando lotes bem delimitados e com certa organização espacial.

A USF funciona em uma casa do conjunto, alugada e adaptada para funcionar como posto de saúde. O espaço é exíguo, a iluminação natural e a ventilação são insuficientes e, nos meses quentes, o calor é intenso. A unidade tem uma pequena sala de espera; uma sala para pesagem de crianças; dois consultórios – da enfermeira e da médica – contíguos, entre os quais há uma janela para comunicação entre os profissionais; sala de vacinação; sala de curativos; e uma pequena área onde se realizam reuniões da equipe, na parte de trás. O consultório odontológico fica em uma sala (após uma pequena área descoberta, que corresponderia ao quintal), ao lado da copa e da farmácia, que também tem a função de almoxarifado. A USF dispõe de duas televisões, um aparelho de DVD, além de ventiladores em estado precário e um ar-condicionado em um dos consultórios. Dispõe dos equipamentos mínimos para seu funcionamento, havendo momentos de escassez de material para curativos e medicamentos.

As reuniões com a comunidade ou com as outras equipes de saúde do bairro são realizadas na igreja evangélica, próxima à unidade, ou na sede dos Alcoólicos Anônimos do bairro.

Ainda de acordo com os dados da USF para o ano 2008, as atividades realizadas na unidade de saúde são: ações de atenção à saúde da criança e da mulher, atendimento à demanda, controle de hipertensão e diabetes, controle de doenças infecciosas e parasitárias,

vigilância epidemiológica, educação em saúde, visitas domiciliares, ações de saúde bucal e acompanhamento de estágios curriculares de cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição.

O estágio do curso de Medicina correspondia a atividades implementadas como parte do processo de aprendizagem no serviço, pactuado entre a gestão e a UFPB (Anexo B). As atividades consistiam no reconhecimento da área com acompanhamento de docente e das ACS, realizando-se visitas domiciliares que visavam o atendimento de casos necessitados de maior atenção e a experiência da construção do vínculo com as famílias por parte dos estudantes.

As atividades assistenciais encontram-se distribuídas em dias específicos da semana, conforme o Quadro 3:

Turno	Profissional	2a. feira	3a. feira	4a. feira	5a. feira	6a. feira
Manhã	Médica	Crianças	Hiper-Dia	Adultos	Crianças	Idosos
	Enfermeira	C e D	Visitas	Saúde da Mulher (exame citológico)	C e D	Idosos
	Dentista	Crianças	Adultos	Adultos	Crianças	Idosos
Tarde	Médica	Adultos	Gestantes	REUNIÃO	Hiper-Dia	REUNIÃO
	Enfermeira	Planejamento familiar	Gestantes		Hiper-Dia	
	Dentista	Crianças	Gestantes		Visitas	
	Recepção	Entrega de medicamentos, glicemia.			Entrega de medicamentos, glicemia.	

Quadro 3 - Distribuição das atividades por categoria profissional da USF/Mirante A – 2008.

Fonte: Planilha da USF/Mirante A – João Pessoa/PB – 2008.

Este cronograma funciona como referência para a organização do trabalho da equipe e contempla a flexibilidade para a inclusão do atendimento às urgências, o que muitas vezes leva os profissionais a irem além do seu horário de atendimento pela demanda excessiva. A implantação do acolhimento foi objeto de discussões no interior da pesquisa e na reunião realizada com a comunidade para o Orçamento Democrático, e tinha previsão de implantação no decorrer de 2009. Apesar dos horários reservados às reuniões e realização de visitas domiciliares pela enfermeira, essas atividades se viram muitas vezes postergadas por motivos variados, desde a realização dos cursos já descritos até a necessidade de resolver questões administrativas.

No período do trabalho de campo, as ACS estavam realizando a Formação Técnica de ACS, dentro da estratégia de educação permanente implementada da política municipal de saúde. A rotina da unidade, além das ações de assistência à população, incluía as atividades de dispersão do treinamento das ACS e as relacionadas ao processo de formação de equipes matriciais. Estas atividades compreenderam as reuniões para discussão de casos clínicos, realizando-se encontros para elaboração de projetos terapêuticos de pacientes portadores de distúrbios mentais.

As informações que compõem este tópico serão retomadas e complementadas com observações da pesquisadora no terceiro tópico deste capítulo.

6.2 Resultados das entrevistas

As entrevistas foram realizadas na unidade de saúde em dia e horário previamente acordado com os profissionais. Foram entrevistados todos os membros da equipe de saúde, com exceção de uma das ACS, que não quis ser entrevistada, apesar de permitir a observação de visitas domiciliares por ela realizadas.

Dos onze entrevistados, dez eram do sexo feminino. Das profissionais de nível superior, todas tinham acima de 30 anos, sendo duas casadas e mães. Das ACS, três tinham mais de 30 anos, uma tinha entre 20 e 30 anos e uma menos de 20 anos. Três eram casadas, uma separada e uma solteira. As três tinham filhos. Os profissionais de apoio – auxiliar de enfermagem / recepcionista, ACDO, vigilante e faxineira – tinham acima de 30 anos. A ACDO era solteira e não tinha filhos; os demais eram casados e tinham filhos. Todos haviam concluído o ensino médio.

As entrevistas abordaram o conjunto dos eixos temáticos propostos: concepções e opiniões sobre educação em saúde, características das práticas educativas e concepções de diálogo. Os roteiros das entrevistas foram diferenciados entre as ACS e os profissionais de nível superior e de apoio, embora contemplando esses eixos temáticos. As entrevistas realizadas com os profissionais de apoio foram utilizadas para triangular algumas das informações dadas pelas profissionais de nível superior e ACS entrevistadas.

A duração média das entrevistas foi de uma hora e meia. As entrevistadas mostraram-se extremamente receptivas à realização do trabalho de pesquisa, dispendo-se a serem entrevistadas e procurando contribuir com suas respostas ao entendimento sobre os

conceitos sobre educação em saúde e as características de sua prática educativa. Uma das ACS não aceitou ser entrevistada, embora não tenha impedido o acompanhamento das visitas.

Os resultados das entrevistas serão apresentados segundo os eixos temáticos definidos na metodologia – **concepções sobre educação em saúde, características das práticas educativas e concepções de diálogo** –, e para cada subtópico serão apresentados em separado os resultados relativos às profissionais de nível superior e às ACS.

Embora na unidade de saúde pesquisada, as ACS sejam parte da equipe de saúde, considerou-se essa divisão pertinente, tendo em vista a natureza e as características do processo de trabalho em ambos os grupos.

Em relação ao eixo temático **concepções sobre educação em saúde**, observou-se que houve dificuldade de definir a educação em saúde, recorrendo-se com frequência a exemplos e conteúdos de ações educativas como forma de conceituá-las. As definições de educação em saúde foram feitas em termos da **função**, dos **temas** e do **processo de realização** das práticas educativas.

As **características das práticas educativas** foram estabelecidas em termos dos **conteúdos, tipo, processo de realização** – apresentaram variações. Nos **conteúdos**, predominou a referência a conhecimentos técnicos, normas e comportamentos saudáveis, assim como pautas para a utilização dos serviços de saúde e suporte às ações dos serviços, como tratamentos e recomendações sobre condutas de prevenção. Quanto ao **tipo** prática educativa, em ambos os grupos, destacaram-se as referências a ações individuais, a orientações em visitas domiciliares e em consultório e a escassez de ações de educação em saúde coletivas.

Nos relatos sobre o **processo de realização** das práticas educativas, os aspectos mencionados referiram-se ao **predomínio da transmissão do conhecimento e à persuasão**, à dificuldade de **adesão dos usuários**, à valorização da construção da **relação com os usuários** – através do **vínculo e da confiança** e dos elementos que contribuem para a sua construção –, às **dificuldades e aos aspectos favorecedores** à realização das práticas educativas – relacionadas ao **contexto institucional** e a aspectos ligados às **preferências e condições de vida dos usuários** –, e à dificuldade de implementação das atividades educativas como **participação**.

No eixo temático **concepções de diálogo**, foram abordados os **conceitos** de diálogo, os elementos que **favorecem** e os que **dificultam** a sua realização. Em relação a estes últimos, as respostas convergiram em relação às que foram dadas na descrição da realização das práticas educativas, sendo enfatizados o **contexto institucional** e a **relação com os usuários**

– seja no sentido de contribuir para a construção das mesmas, seja no reconhecimento do papel que as relações baseadas no vínculo e na confiança exercem sobre a construção do diálogo. Para cada eixo temático serão abordadas em separado as respostas de profissionais de nível superior e ACS, as quais serão tomadas em conjunto no capítulo referente à discussão.

6.2.1 Concepções sobre educação em saúde

Em relação ao eixo temático **concepções sobre educação em saúde**, observou-se que houve dificuldade de definir a educação em saúde, recorrendo-se com frequência a exemplos e conteúdos de ações educativas como forma de conceituá-las. As definições de educação em saúde foram feitas em relação à **função**, aos **temas** e ao **processo de realização**.

As definições relativas à função referiram-se à **educação em saúde enquanto dimensão inerente ao conjunto das ações de saúde e educação em saúde como ação específica**, realizando a **mediação entre conhecimentos técnicos e os dos usuários**, tanto individual como coletivamente. Nesse sentido, a educação em saúde foi definida como **ação de transmissão de conhecimentos** e como **troca de conhecimentos**.

Outro grupo de definições tomou como referência os **temas**, definindo a educação em saúde como ação destinada a **informar sobre comportamentos** saudáveis e **utilização dos serviços de saúde**, a estimular a **autonomia** dos usuários e proporcionar informações com vistas à melhoria da **qualidade de vida**, assim como ação de **suporte emocional**.

6.2.1.1 Profissionais de nível superior

Um primeiro aspecto que se evidencia nas definições das profissionais de nível superior refere-se à compreensão da educação em saúde como **dimensão inerente ao conjunto das ações de saúde**, realizando a mediação entre os conhecimentos técnicos e os dos usuários. Neste sentido, a educação em saúde é definida como dimensão das várias formas do encontro com o usuário, incluindo não apenas a assistência, o consultório, mas o conjunto das ações de saúde. Observa-se também que a ênfase na **transmissão do**

conhecimentos está presente nas definições, através da menção ao repasse de conteúdos, visto ademais na perspectiva individual.

a gente passa a ser educador na medida que a gente tá prestando assistência, que a gente passa algumas orientações em diversas formas [...] (Informação verbal)¹².

Não tem como fugir, não tem. Tudo [...], até uma orientação de uma escovação de um dente, de uma troca de um curativo, de um banho, de um aparar de unhas que você diga... [...] é uma forma de você passar algum conhecimento. Isso aí não deixa de ser um processo educativo, né? (PS3).

Eu não sei, não estou sabendo explicar direito mas assim eu acho, porque assim eu vejo, em todas as ações que a gente faz, uma oportunidade de você entrar com a educação, entendeu? Eu não consigo separar muito assim, sabe... elas estão muito interligadas (Informação verbal)¹³.

Uma das entrevistadas ressalta que a dimensão educativa do atendimento está vinculada à **comunicação que se estabelece no atendimento individual** – que a profissional refere como **diálogo** – destinado a proporcionar ao usuário uma compreensão de sua condição, sem o que o atendimento não cumpre sua função educativa. Está relacionado à humanização do atendimento, colocando a perspectiva do acesso à informação que deve ser facultada ao usuário no ato do profissional de saúde.

Qualquer, se eu fizer se eu, um... a... um pré-natal, por exemplo, e apenas lesse aqui os exames, examinasse a gestante, sem manter um diálogo com ela, sem procurar mostrar algumas coisas que ela entenda o que tá acontecendo com ela, eu acho que isso não seria educação em saúde, eu não consigo perceber (PS2).

Embora nas definições anteriores a ação educativa cotidiana das práticas de saúde se defina enquanto processo de **transmissão do conhecimento**, em uma das falas, é identificada com a **troca de conhecimentos**, em que o profissional aprende ao ensinar.

É nosso trabalho aqui, à medida que a gente tá medicando, a gente tá educando, tá ensinando alguma coisa. E essa troca no dia a dia, a gente aprende também. Eu acho isso importantíssimo e acho que faz parte, né... (PS3).

E em algumas atividades educativas assim eu acredito que esteja promovendo essa educação em saúde e eu também acho que essa troca de saberes, essa troca, né, à medida que a gente passa, a gente também aprende, né. Então é uma forma de tá sempre... é um caminho de duas vias, né? (PS3).

A educação em saúde também foi definida em termos do **tema** mediado, sendo caracterizada enquanto ação que visa proporcionar informações dirigidas à **melhoria da qualidade de vida** da população. A definição da ação educativa, segundo essa perspectiva,

¹² Fala de PS3.

¹³ Fala de PS2

apóia-se no conceito ampliado de saúde, segundo o qual se estende o alcance das ações do serviço. No entanto, mantém o foco na idéia de informações a serem facultadas às pessoas.

Então, na minha prática, qualquer ação, qualquer orientação, seja ela na parte teórica ou na parte, apesar de... ah... ou com discurso ou na prática, então, qualquer coisa que eu venha a contribuir para melhorar a qualidade de vida das pessoas, eu transmito isso, né... Na teoria ou na prática, eu acho que eu tô trabalhando educação em saúde (PS2).

Então eu penso assim, educação em saúde seria toda a ação que eu desenvolvo, buscando a saúde do indivíduo, tendo saúde como um conceito bem amplo, como qualidade de vida (PS2).

A possibilidade de o atendimento individual se configurar como ação educativa está dada quando proporciona acesso a meios para melhoria da **qualidade de vida** do usuário.

Eu acho que é um dos mecanismos que se tem pra melhoria da qualidade de vida das pessoas. Se ela só receber as ações mecanicamente, não vai ter... não vai surtir grande efeito, mas isso aí pode melhorar consideravelmente a qualidade de vida delas e aí o indivíduo pode vir a ter, realmente, mais chance de ter saúde (PS2).

Outra definição de educação em saúde refere-a como ação voltada para processo de construção de **autonomia** no manejo do processo saúde-doença, na expectativa de que o indivíduo assuma sua **responsabilidade** frente ao adoecimento, sem que fique clara sob que perspectiva é compreendida essa responsabilidade.

é a gente estar contribuindo para que o indivíduo mude, mude sua prática, né, que ele possa sair daquele, daquele patamar de sujeito passivo, né, que acha que tudo vem, acontece por acaso, e a gente tenta, não sei a palavra, talvez não seja conscientizar, mas conversar com ele pra que ele tem, que ele é um componente ativo nesse processo de adoecimento, então... (PS2).

A educação em saúde também é definida no marco da proposta da **educação permanente**, em que o profissional se coloca como educador tanto ao **compartilhar saberes com outros profissionais como com a comunidade**. Note-se que nesta definição há referência a ações coletivas, como reuniões e rodas de conversa, ou mesmo palestras.

É poder dar um suporte pra os outros profissionais com algumas coisas que você domine mais e até pra própria comunidade através de palestras, através de algumas rodas de conversas (PS3).

6.2.1.2 Agentes Comunitárias de Saúde

As definições das ACS em relação à **função** das práticas educativas, referiram-se à educação em saúde como **dimensão inerente às ações de saúde, mediando conhecimentos**.

Em relação aos **temas**, a educação em saúde foi definida como ação de **apoio emocional, prevenção, melhoria da qualidade de vida, orientação para utilização dos serviços**; e, em relação ao **processo de realização**, as definições contemplaram a **transmissão de conhecimentos e mudança de comportamentos**.

Nas definições de educação em saúde as ACS a vêem, seja como **prática coletiva ou individual**, como ação que se realiza nos diversos momentos de sua atividade profissional e **disseminada no conjunto das atividades do serviço**.

Embutido... então pronto, durante as palestras, a orientação que há nas consultas e os agentes de saúde mesmo, que é na rua, é nas casas, é em tudo que é lugar... (Informação verbal)¹⁴.

Eu acho que a educação começa daqui... eu... eu... a educação em saúde começa logo da sala de espera. Porque tem muita informação, tem muita pergunta, muita coisa... acho que a já viu, né? (Informação verbal)¹⁵.

O modo como as ACS definem educação em saúde enfatiza o aspecto de **mediação entre conhecimentos**: “Acho que educar primeiro é orientar né, devido pelo que se tem aqui, é aprender algumas coisas, e passar pras pessoas” (AC2).

Como consequência, o conceito de educação em saúde para as ACS baseia-se na suposição de que os conhecimentos devem ser adquiridos por elas e repassados para a população, supostamente carente daquele saber, reforçando o caráter fundamentalmente normativo das práticas educativas. Elas atribuem importância central à necessidade de ter acesso sistemático a informações que possibilitem maior domínio dos conhecimentos técnicos sobre as doenças e as formas de preveni-las:

Eu acredito, assim, no meu pouco saber, eu acredito que sim, eu procuro saber passar o que eu aprendo. Seja, como a gente conversava, nas pequenas coisas. né? Então eu mesma, assim, eu procuro aprender pra passar, mesmo que eu não tenha segurança, mas eu procuro ler sobre alguma doença, sobre o que for. Orientações, tudinho, procuro aprender pra repassar (Informação verbal)¹⁶.

É, eu acho que a informação mesmo, procurar mais, pra eu ter mais informação de alguns temas que eu ainda não tenho total conhecimento, então eu acho que, pra eu ser realmente uma educadora eu tenho que tá sempre por dentro, como uma boa educadora sempre tá se atualizando. Então, é isso, eu acho que preciso me atualizar mais, procurar mais (AC2).

Assim, a boa prática de educação em saúde se constrói sobre informações:

Se a gente aprender direitinho, então eu vou ter como passar, explicar pra que as pessoas entendam direitinho, né? [...] Boa prática? Acho que procurar mesmo primeiro saber o que você tá fazendo, se informar, informação acho que é útil pra

¹⁴ Fala da AC2.

¹⁵ Fala de AC4.

¹⁶ Fala de AC1.

tudo, como eu disse, eu não vou chegar pra uma pessoa sem saber de nada, como é que eu vou orientar? (AC1).

A definição da educação em saúde, segundo esta perspectiva, vai propor uma prática voltada para a intervenção sobre as condutas dos usuários, visando evitar a ocorrência e/ou persistência daquelas que sejam percebidas como desviantes e equivocadas em relação ao previsto nas normas e regras técnicas. A ação educativa é descrita, portanto, como um processo realizado com base na identificação de situações que necessitam de correção, frente às quais se transmitem as orientações no decorrer das visitas:

Como agente de saúde, eu vou ver o que tá errado e vou ali, vou passando pro povo no momento que eu tô vendo... (AC4)

É aquela parte assim de... vamos supor, se tiver alguma criança descalça assim no meio da rua, né. Então a gente vai “ó, mãe, tenha cuidado.” Então é mais, assim, educativo, né, com relação a você orientar sobre algumas doenças, sobre o uso de preservativos, sobre... tudo, sobre as doenças, sobre até a vida assim (AC1).

A educação em saúde também foi definida em função dos **temas** abordados nas práticas educativas, os quais são indicativos de uma concepção de educação em saúde que privilegia os aspectos de **prevenção de doenças e agravos**, ainda que aludindo a componentes da promoção da saúde, como a **qualidade de vida**:

Educar é assim, é sobre... é sobre a sua alimentação, isso aí pra mim já é uma educação em saúde... é sobre a sua... sua medicação também... sobre... coisas de saúde... sobre exercício também... Porque a pessoa precisa fazer um exercício... aí, a gente aconselha sempre procurar um cardiologista, ‘procure um cardiologista... (Informação verbal)¹⁷.

Educar é sobre mesmo o que é ter saúde, o que é ter uma qualidade de vida melhor, tanto emocional, quanto voltada pra saúde mesmo. A gente chega muitas vezes nas casas e a gente participa do conjunto todo, envolve o que é educação mesmo, do dia-dia, é como deu pra perceber nas minhas visitas, eu sempre procuro saber algum texto geral, como tá a segurança, como tá a saúde da família. Acho que é isso, é orientar, e procurar orientar mais as pessoas (AC2).

Outra fala prioriza o papel de persuasão em relação a necessidades de saúde, em que a prática educativa é definida como orientação para **utilização do serviço**, e a ACS exerce a função de ponte entre o usuário e o serviço:

[...] eu acho que educar em saúde é a pessoa estar doente e antes, educar... chamar ela pra fazer uma consulta, né? E ela não quer aceitar que ela tá doente; ela não quer aceitar que ela tem que fazer aquelas consultas, não ... Muitas vezes, a gente chama ela pro posto... ‘você tá doente, você tem que fazer isso, isso e isso’... [...] Eu penso assim, que educar é isso, e é uma luta muito grande pras pessoa, muitos vêm e muitos... pra vir, pra você ajudar ele vir cuidar da saúde dele... (AC4).

¹⁷ Fala de AC3.

Observa-se, também, a definição da educação em saúde com base no seu papel de **orientar condutas relativas a higiene e meio ambiente** – como destino do lixo e saneamento básico –, segundo a qual o papel da prática educativa se amplia e vai além da utilização do serviço e da intervenção sobre a doença.

Educar saúde também não é só trazer ao posto. Eu vou falar também mais uma coisa que eu vejo. Educar saúde é você... muitas vezes as pessoa joga o lixo na rua, eu acho que isso aí também é saúde. Muitas vezes aquele outro ajeita o esgoto dele, bota um caminho, né, uma vendeta, o outro deixa o esgoto a céu aberto, eu acho.... eu penso assim, né, educar saúde também é isso. Aí fica aquele menino ali naquela lama... eu tô dizendo o que eu vejo... (AC4)

Nas definições de educação em saúde encontram-se também conteúdos relativos ao papel de **apoio emocional** que a ACS desempenha, frente ao sofrimento.

Não, eu me referi assim, porque a educação em saúde que eu falo, chego orientando sobre dengue, sobre o que tá acontecendo e também chego a educar mesmo sobre a segurança, sobre a questão da família, como a família tá, [...] e chega uma pessoa aqui chorando, se acabando, mas a gente tem que, de uma maneira ou de outra, é saber como orientar ela praquele problema, tipo encaminhar, acho que eu vejo dessa maneira, assim. [...] Exatamente, aí eu costumo dizer que até o agente é um pouco psicóloga, porque tem que saber lidar com várias situações (AC2).

Verifica-se, portanto, que, nas **concepções** das ACS acerca da educação em saúde, embora não sejam mencionados o diálogo ou referências a uma perspectiva transformadora da realidade, enfatizando o papel de transmissão de conhecimentos à população, também emergem aspectos em que uma perspectiva ampliada da saúde e a abertura às dimensões intersubjetivas se colocam como parte do seu trabalho educativo.

6.2.2 Características das práticas educativas

As respostas das ACS e das profissionais de nível superior entrevistadas em relação às características das práticas educativas foram analisadas em termos de **conteúdo, tipo e forma de realização** – modelo das práticas educativas; construção da relação (vínculo e confiança), êxito, formulação, dificuldades.

6.2.2.1 Conteúdo das práticas educativas

Neste tópico, são apresentados resultados referentes aos conteúdos que são objeto de ações de educação em saúde, segundo a perspectiva das profissionais de nível superior e das ACS, abrangendo os que foram considerados **prioritários** e em que há necessidade de intervenção e os que de fato **abordam** no seu cotidiano, de acordo com a descrição das atividades educativas. Foram considerados conteúdos das ações de educação em saúde os temas e situações em relação aos quais os membros da equipe entrevistados realizam algum tipo de mediação entre saberes e instruem os usuários. A escolha dos conteúdos como parte do processo de formulação das ações educativas foi abordada no tópico **realização das práticas educativas**.

6.2.2.1.1 Profissionais de nível superior

Os conteúdos considerados **prioritários** mencionados pelas profissionais de nível superior entrevistadas relacionaram-se a queixas e problemas que demandam atenção no consultório, e para os quais as profissionais de nível superior entrevistadas requerem suporte das práticas educativas. Entre eles, estão as patologias do aparelho osteomuscular, as quais são relacionadas ao perfil ocupacional e ao contexto de vida dos usuários. Deve-se observar a diferença entre a percepção de necessidade pela profissional e pelo usuário.

Olha, eu vejo pouca informação, por exemplo, com relação às patologias do aparelho osteomuscular, né? Eu, por exemplo, eles têm uma atividade, uma grande parte aqui é trabalhador, que não tem muito nível de escolaridade, trabalha na construção civil ou são donas de casa ou com atividade doméstica né, e eles têm muito doença, problema de coluna e eles não fazem esse nexos de achar que a atividade deles tá levando a isso. Então, eles preferem chegar aqui e pedir um antiinflamatório pra dor. Mas, quando você diz que eles tem que tentar ver e fazer um alongamento antes da atividade e tudo isso eles acham que é engraçado, até acham engraçado. Aí, eu acho que nessa área eles precisariam que a gente né reforçasse esse repasse de informações, conversasse com eles sobre isso (PS2).

O controle do diabetes também foi relacionado à necessidade de ações educativas com vistas a orientar os hábitos alimentares dos usuários, revelando a necessidade de suporte de profissionais de algumas áreas de conhecimento que não estão presentes no cotidiano da unidade.

Tem outra coisa, também, a questão do diabético. Dos alimentos que eles podem consumir. Eles têm muita, muita dúvida com relação ao que se pode realmente consumir e à quantidade. Que eles acham que ser diabético é deixar de comer tudo, tem muito medo de colesterol alto e de triglicerídeos, dislipidemias, e aí eles não têm noção do que eles podem comer e do que não podem. Então eu acho que isso aí faria com que eles, por exemplo, eu já propus mais de uma vez aqui a gente fazer uma aula prática, chama os diabéticos e a gente vai chamar uma pessoa da área que saiba fazer alguma coisa gostosa e que eles possam fazer também pra comer, mais light, mais diet, mais light (PS2).

Outro conteúdo considerado **prioritário** por uma das profissionais foi a higiene: “A pessoa tem que educar higiene, né? *(Baixa a voz)* Você vê tem gente que chega aqui, não toma um banho” (PS1).

Os **conteúdos abordados** no cotidiano do serviço, segundo as colocações das profissionais entrevistadas, estiveram **vinculados à prática clínica** e apresentaram grande variedade, sendo citados descontinuidade nos tratamentos pelas reações à medicação, limitações financeiras para seguir orientações, dúvidas motivadas por desconhecimento do corpo, sexualidade e adolescência.

É... as pessoas porque é que engorda... Porque aqui, ó, as dúvidas que chegam no nosso consultório é assim, se o remédio engorda, porque deixou de tomar o remédio porque ta engordando, deixou de tomar o remédio porque ta emagrecendo, deixou de tomar o remédio porque... porque acha que já tomou demais e não pode. Aí não usa camisinha porque o marido não quer e isso pode... ou só conhece esse tipo de camisinha ou só tem dinheiro pra, né, no caso só tem condição de obter esse tipo de camisinha (PS2).

Não conhece o corpo, vem mostrar muitas vezes a mim, olhe eu já vi a menina mostrar a amígdala dizendo que tinha um caroço na garganta aí eu disse “não, isso aí todo mundo tem e tal...” “– Tô to com um caroço...” E assim eu acho que tem coisas assim até mesmo no conhecimento do próprio corpo (PS2).

Questão da masturbação se pode, se não pode. Do menino que dorme demais, do adolescente que dorme demais e que não quer fazer nada. Então muitas vezes são questões que eu acho que nessas palestras a gente não tem como abranger todo esse tipo de coisa (PS2).

Nos **conteúdos abordados** nas atividades de educação em saúde descritas pelos profissionais de nível superior também houve ênfase nos conteúdos relativos a **programas de saúde**, abordados no cotidiano do serviço. Nesta fala, evidencia-se a utilização de enfoque de **risco epidemiológico**, através da menção à prevalência como critério de seleção, e a referência ao uso de **campanhas educativas** como no caso do incentivo ao comparecimento ao exame citológico:

Aqui é tudo o que envolve hipertensão, diabetes, medida de prevalência, né, alta na nossa área. Sempre, então, alimentação, atividade física, outras coisas relativas ao controle de hipertensão e diabetes é uma muito presente. Cuidado também com a gestante também é muito presente. Saúde, a questão da saúde da mulher, planejamento familiar, prevenção, sim [...] a gente teve no final do ano, teve a

história do citológico que [...], exigiu-se muito, a gente tava tentando ver isso também. Saúde da mulher como um todo também tem feito muita atividade. [...] campanha de incentivo, né, a fazer o citológico a gente tem, já teve muito também do aleitamento materno (PS2).

Em outra colocação, é mencionada a relação entre os conteúdos e as necessidades de acompanhamento e controle das patologias monitoradas pelo SIAB – refletindo a lógica dos programas de saúde –, tendo como perspectiva a **prevenção** de complicações.

É na, mais na, digamos assim, através da nossa demanda aqui mesmo que a gente percebe dos problemas que a gente ta enfrentando na comunidade, sabe, então a gente mesmo tem muito hipertenso, muito diabético e as complicações, evoluem pra complicações, pra AVC aí a gente sabe que tem que insistir na questão do diabetes (PS2).

O conceito de **qualidade de vida** é referido como um conteúdo que orienta a abordagem dos problemas de saúde no ato da consulta, através da inclusão de informações sobre comportamentos e hábitos saudáveis, e que têm como perspectiva a promoção da autonomia do usuário em relação ao cuidado de si. É importante assinalar que essa abordagem da qualidade de vida e da autonomia aproxima-se da perspectiva comportamental da promoção da saúde, da responsabilização do usuário e do empoderamento psicológico (CARVALHO, 2007).

E aí vem aquela questão da qualidade de vida né... Do conceito de saúde como qualidade de vida. Então, eu me preocupo mesmo aqui na minha... nas minhas atividades em... em repassar, por exemplo, se é um adolescente eu procuro saber se pratica atividade física, se ele ta indo à escola. Se é uma pessoa mais adulta eu procuro saber se ele ta trabalhando, como é no trabalho, se traz uma queixa de doença eu tento relacionar ao trabalho e tentar fazer com que ele seja... que ele tenha uma certa autonomia nesse processo de adoecimento e de cura (PS2).

Essa perspectiva é re-afirmada nesta fala, em que **o estímulo à autonomia** da população em relação à própria saúde é relacionado à ampliação da capacidade do usuário se responsabilizar pela própria saúde: “De certa forma, a gente tem uma responsabilidade sobre eles, mas a gente tenta passar pra eles que eles têm que ter autonomia também, né, o autocuidado faz parte” (PS3).

O **estímulo à participação e à organização da comunidade** na luta por seus direitos foram conteúdos mencionados pelas entrevistadas, os quais, nesta fala, são relacionados à **auto-estima**. A abordagem que se adota é a de buscar a superação da descrença dos usuários nos processos de mobilização, enfoque que se articula com a idéia de empoderamento psicológico, já citada.

Então eles não acreditam que é possível participar, então a gente tá tentando mostrar pra eles que é possível sim que a gente pode tentar mais uma vez e continuar

tentando até que se consiga o que se quer né. Pra lutar pelo que se quer, eu acho importante, agora que eles acham assim que é... a gente percebe muita descrença, é uma auto-estima assim muito... (PS2).

6.2.2.1.2 Agentes Comunitárias de Saúde

Os **temas considerados prioritários** pelas ACS são aqueles, dentre as ações previstas pela ESF, em que parece existir um maior desacordo entre a lógica dos usuários e a racionalidade técnica. Temas que, na opinião desses membros da equipe, suscitam a resistência da população e/ou apresentam dificuldade de abordagem. A concepção de educação em saúde que se depreende dessas colocações aponta para seu papel instrumental e voltado para a consecução dos **objetivos do serviço**, orientado pelos **programas de saúde**:

Acho que sexualidade, em primeiro lugar, porque muitos jovens que tão na minha área iniciaram uma vida sexual cedo, que a... você ver lá prevenção essas coisas, essas doenças... deixa eu ver... o citológico, ainda tem mulheres que assim, há uma resistência pra fazer o citológico, mesmo a gente orientando... deixa eu ver... amamentação também é interessante, já é uma coisa que acontece, mas inda tem mulheres que, sabe, quando a gente sai diz “– O menino ta chorando muito! Dá mingau!” [imita o tom de irritação da pessoa] (AC2).

A questão assim da orientação das drogas, sabe, drogas e bebidas alcoólicas, o vício né, em si, que eu acho que era um assunto de muita importância, um assunto de muita importância para ser discutido. [...] e higiene para os idosos... a gente orienta assim, mas é tão difícil (AC1).

Os conteúdos que as ACS mencionam como **prioritários** incluem questões relacionadas a situações de **vulnerabilidade social**, especificamente os adolescentes e os idosos. Frente a esses temas, as ações educativas assumem **papel terapêutico e de suporte e apoio social**:

Eu acho, assim, o que precisaria na minha opinião, de trabalhar tanto com jovens como adolescentes, adolescentes e jovens, idosos. Eu acho que principalmente idosos assim, que a gente vê que... que são pessoas que... quando envelhecem, né, a família não dá muita atenção, às vezes até abandona, aí ficam só (AC1).

Ao se referirem aos temas **abordados** em sua prática educativa, além dos que consideram **prioritários**, as ACS incluem outros relacionados à **ação dos serviços** e ao **processo saúde-doença**, além de situações ligadas às **condições de vida** da população e a **dimensões pessoais e subjetivas** – em especial ligadas ao plano afetivo e emocional.

Entre os conteúdos relacionados à **ação do serviço e ao processo saúde-doença**, são citadas informações que se caracterizam como **suporte à ação do serviço**, através do

estímulo ao comparecimento a ações de controle e prevenção, além das orientações sobre hábitos e comportamentos saudáveis, e sobre o meio ambiente:

[...] a gente olha o cartão de vacina das crianças, a gente orienta a criança, pra criança vim se vacinar, muitas vezes a mãe não sabe, esquece [...]. É... orienta pra ela vir pro peso, pra nutrição... e eu oriento em casa também, né! Alguma coisa pra comer, ela dar sempre um lanchinho pra criança [...] (AC4).

As ACS instruem sobre a **utilização dos serviços**, informando sobre horários de funcionamento, disponibilidade de consultas, entre outros, e dão suporte ao desempenho do serviço, reforçando a necessidade de comparecimento a exames periódicos – pré-natal, citológico –, divulgando campanhas e reuniões, e estimulando o cumprimento de prescrições e tratamentos pelos usuários.

Sobre o funcionamento da unidade, né, sobre alguns dias de entregar medicações, né, sobre o... o dia de citológico, dia da dentista... [...] A gente já repassa, às vezes a gente [*diz quando*], o pessoal chega aqui: – ‘Minha gente, o dia!’. Ai, vem na segunda, às vezes, vem na sexta, na quarta. Então a gente diz ‘Minha gente, o dia é terça de manhã e na quinta de tarde (AC1).

Porque eu digo assim: “olhe, minha gente, se a doutora passou, se ela anotou dois comprimidos por dia é porque sua pressão tava alterada demais, então vai que você tome um, tenha alguma raivinha altera a pressão e aí... não é melhor? (AC1).

A gente vai! É... eu gosto sempre orientar sobre a medicação, que é importante, que até mesmo eles não sabe... Fico com pena daquele que não sabe ler, que às vezes tá tomando até o remédio errado, né? (AC3).

[...] orienta também a parte da medicação, de pressão, como tomar a medicação, né! Não pode botar sal na comida, não pode comer sal de jeito nenhum (AC4).

A abordagem em alguns casos baseia-se numa construção da história do adoecimento calcada na noção de risco e enfatizando a responsabilidade individual, ao mesmo tempo em que se faz referência às precárias **condições de vida**. Nessas situações, as soluções, não incluem a dimensão coletiva do adoecimento a partir de uma leitura das condições de vida da população, e da perspectiva da integralidade e da promoção da saúde ou transformadora da realidade. O foco é colocado na prevenção, priorizando a normatização do cotidiano e da vida.

Aí a gente chega naquela casa e o esgoto tá correndo a céu aberto, daqui a pouco a criança fica com problemas respiratórios; fica, às vezes, muitas vezes, até com diarreia, por quê? Por falta de higiene, tá entendendo? Vai ver que não ferve a água, bota água, não tem nenhum fogo (AC4).

Pronto, na A2, tá que cortaram a água, a água potável, que eles tão só com aquela, como que chama, meu Deus... cacimba. [...] Eu cheguei essa semana, ela disse que quatro pessoas da casa já tiveram diarreia, aí eu perguntei novamente: ‘vocês tão fazendo o quê com a água?’ Porque tem que ferver, como eles não sabiam da maneira de ferver... [...] até porque a água... se não me engano, lá, já teve uma que deu como tá contaminada, [...] aí fui, procurei me informar com a (PS2) e ela disse que... que nos postos vinha um negócio assim, um copinho, não lembro de quê, uma solução pra colocar na água [*hipoclorito de sódio*]... (AC2).

É importante ressaltar que, ao mesmo tempo, as **condições de vida** surgem como **conteúdo abordado** no cotidiano do trabalho das ACS. Estes se recortam como pano de fundo das ações educativas e se configuram como conteúdos que extrapolam os temas específicos da saúde, mas que se articulam à mesma na perspectiva da promoção da saúde. O tema da pobreza esteve constantemente presente no processo de observação e nas falas das ACS, e é relacionado à dificuldade da população em seguir as orientações.

[...] a gente vai e pergunta: ‘qual a água, a fervida, a filtrada, comé que é? Ah! A criança tá com diarréia?’ [...] ‘Mas, mulher, não dá nem pra tu ferver a água?’ [...] – Aí ela, ”Não, mulher, que eu não vou gastar gás. Eu também não tenho nem gás, vou cozinhar com carvão, vai assim mesmo, boto ali na jarra, na geladeira, vai assim mesmo” (AC4)..

Teve uma que disse: ”ah, minha filha, não tenho condições não; meu dinheiro só dá pra comprar isso, eu como hoje e dou graças a Deus” – fica difícil sabe trabalhar, né, é uma questão bem delicada (AC1).

O acesso propiciado pela escuta como profissional e pela convivência como membro da comunidade, dá acesso a situações-limite no que diz respeito ao abandono de idosos, violência doméstica, conflitos familiares, desemprego, uso e tráfico de drogas, abuso sexual, entre outros conteúdos que extrapolam a área específica da saúde, mas que se articulam à mesma, segundo a perspectiva da promoção da saúde. Embora nem sempre sejam objeto de orientações específicas, esses temas surgem como conteúdos do trabalho das ACS, e contribuem para que as ações educativas assumam caráter de apoio social:

Às vezes, por as pessoas não terem condições realmente de... de ter uma higiene adequada, e, às vezes, até por já tá acostumado ali com aquela vida e nem nota, tá entendendo, já to acostumado tanto que... e a gente vê que é uma necessidade, né, principalmente, assim, pessoas que tem depressão, os idosos, que vivem só, também a gente vê que é uma coisa [...] pra se trabalhar realmente (AC1).

Teve uma vez que a gente fez aqui um grupinho com eles em homenagem aos idosos, a gente fez... fez um dia de beleza. Aí cortaram o cabelo, fizeram unha, se maquiaram... então, a gente vê alegria, sabe, no olhar. Eu acho que principalmente idosos assim, que a gente vê que... que são pessoas que... quando envelhecem, né, a família não dá muita atenção, às vezes até abandona, aí ficam só (AC1).

É tempo, entendeu? E aí, que eu tenho que dar bastante atenção pra ela, que ela desabafa com a gente, conta de tudo que tá se passando com ela, né? Porque gente idoso a gente só é olhar lá no olhar dele, a gente sabe que tá pedindo ali uma luz, que venha uma pessoa pra desabafar e tá falando a verdade. Não é fácil o que aquela senhora tá passando ali não, abandonar sua casa morar com a família, né? Então, pra ela não é fácil não, né? (AC3).

Muitas vezes, vou chegando nas casas pra pesar os meninos e a esposa está apanhando. Ela tá apanhando e muitas vezes ela sai com cara de choro e eu digo ‘Não, eu volto depois!’ ‘- Não!’ – E ela fazer questão. Aí tava ali marido e ele lá calado. Aí eu pergunto ‘- Tá chateada?’ ‘- Sabe por que eu tô assim? É a surra que ele tá dando em mim. Ele tá batendo em mim.’ E eu assim, né, calada. Porque eu não queria nem ficar, mas ela fazia questão e tava aperrada, né? (AC4).

É tudo ali vou registrando. Fora as dores que ela fala, “tô com uma dor aqui, tô com uma dor ali, tô achando que tô gestante, tô achando porque o meu esposo... eu ia usar preservativo meu esposo não quis, meu esposo bateu minha cabeça na parede, eu acho que tô grávida porque ele me pegou assim”. É muita coisa, entendeu? (AC4).

D. S., ela fica assim meio animadinha quando eu vou, mas ela é uma pessoa muito infeliz. O marido dela usa droga, bebe, rouba... tem o filho dela que o marido dava droga ao filho, de 21 anos, o filho começou a ficar doido, fumar crack, foi estuprar a irmãzinha (*palavra incompreensível*)... foi estuprar a irmãzinha. Os amigos que é do uso de droga dele pegou ele, deu-lhe um pau nele ele saiu correndo, correndo, correndo, pegou ali pelo loteamento, se escondeu numa casinha... Derrubaram a casinha e pegaram ele, trouxeram ele, Dra, todo machucado, o povo daquela rua ali ficaram tudo... assim... impressionado com a situação que fizeram, o tanto que deram, os amigos tava drogado, ficou com raiva e... (*palavra incompreensível*) mas deram tanto nesse menino, bateram a cabeça dele nas parede, lascaram a cabeça dele aqui, lascaram a cabeça dele ficou assim (AC4).

A ação educativa frente a essas situações se pauta pela escuta e pela orientação dirigida a proporcionar suporte emocional e afetivo para o usuário, e providenciar encaminhamentos.

Aí a pessoa conversa, conversa, e termina saindo dali, a pessoa já tá bem, tá entendendo! Já esqueceu o problema dela, já tá melhor (AC4).

Escutar ela, ouvir ela, muitas vezes aqui tem gente que tem problema que ninguém escuta ela, ninguém ouvi ela, ah, porque minha família não tem paciência comigo, não me escuta”, ”ah, porque fulano não me escuta”; “ah, porque meu marido é ruim pra mim, e ele não me escuta, muitas vezes eu quero... (dinheiro) pra comprar um feijão, pra comprar um arroz ele compra um quilinho de arroz e eu boto hoje e amanhã não tem pra botar no fogo mais”. Muitas vezes, ele bebe e fuma, prefere comprar o cigarro dele... tudo isso ela precisa, eles querem desabafar, quer sair de dentro deles, aquela angústia, aquela coisa ali que tá ali dentro deles, e eles querem conversar com uma pessoa... (AC4).

Os meninos, as piquininhas começaram a gritar... tudo isso sem mau humor... mesmo assim ela, com tudo isso, ela nunca chegou pra olhar pra mim com uma cara feia. Mas ela me chama pra contar os problema; ela, quando eu vou lá, é meia hora, uma hora, duas horas, uma manhã toda, tá entendendo, pra contar essa história, a sra foi lá e viu, não precisa nem contar (AC4).

As situações em que têm que lidar com problemas dessa ordem tanto contemplam iniciativas isoladas da equipe, como envolvem articulação com outras instâncias, a exemplo de situações de risco e de abandono de idosos.

Ele tinha setenta e pouco anos, não tinha, nem ele tomava banho, a senhora acredita? Não tomava, não tomava, então assim foi depois eu conversei com PS3, foi lá, sabe, a gente... [...] a gente fez até uma limpeza, assim... por cima, vamos dizer assim, porque não tinha condições de... de... né? Ai a gente conversou e chamou... aí teve que chamar o conselho do idoso. Teve que intervir, porque ele tava hipertenso já, já era hipertenso, não tomava medicação e... e... sabe, só a graça de Deus. Ainda bebia e fumava. [...] Aí a gente teve que acionar o conselho do idoso. Ai levaram ele, sabe, porque ele morava só e não tinha ninguém com ele (AC1).

A valorização dessa dimensão da ação educativa do ACS combina-se à ênfase dada aos conteúdos de prevenção e de práticas de saúde centradas nos aspectos biológicos da doença e nos comportamentos seguros.

Foram pouco mencionadas pelas ACS a **organização e mobilização** da população como conteúdos de educação em saúde. Quando mencionaram essas ações, a perspectiva esteve ligada à responsabilização da população pela resolução de seus problemas, numa busca de delimitar o alcance do trabalho da ACS.

E muitas vezes [...] eles querem que eu resolva o problema deles, eu como agente de saúde, eles querem que eu resolva o problema deles. E eu falo pra eles: “Não é eu só, [...] que tenho que resolver seu problema. Nós temos que se ajuntar, pra resolver o problema, porque eu sozinha, [...] sozinha, é pequenininha, olhe, sou sua vizinha, moro no bairro, moro na sua rua”, tá entendendo? (AC4).

Observa-se também que a ACS aborda os direitos de cidadania do usuário, e se inclui como integrante da comunidade.

Mas nós temos que se ajuntar, fazer reunião, quando chamar pra reunião. “Vocês tem que tá lá, pra falar, pra reivindicar, pra tirar comissão, pra ir lá, pra lutar! Porque é assim que acontece”. Sempre falo do SUS pra eles, sabe? “Porque não tem canto pior do que...” – eles dizem – Ai sempre eu falo: “Olhe, no SUS, no SUS, era assim, mas tiraram as comissões, tiraram as pessoas, lutaram. Hoje nós temos o SUS, não tá cem por cento, mas tem. Temos esperança que nós vai ser consultado. Temos esperança que nós vai ser consultado” (AC4)

Os conteúdos relatados pelas ACS em relação a sua prática educativa indicam um avanço em direção à compreensão dos determinantes da saúde e da doença, apesar de a ação educativa se fazer segundo uma perspectiva normatizadora e se dirigir à regulação dos comportamentos individuais, sendo pouco abordados aspectos do contexto de vida da população. Ao lado de conteúdos ligados à normatização dos comportamentos, se incluem conteúdos relativos a direitos de cidadania e estímulo à organização e participação da população.

6.2.2.2 *Tipo de práticas de educação em saúde*

6.2.2.2.1 Profissionais de nível superior

Nas falas das profissionais, predominaram as menções às orientações e informações individuais dadas em consultório como atividades educativas, compatível com o conceito de educação em saúde, como atividade inerente às práticas de saúde. As atividades educativas coletivas são reconhecidas como escassas, mencionando-se a necessidade de se rever as práticas do serviço, a agenda, para priorizá-las na prática.

Acontecem poucas, porque assim, PS2 e PS3 não têm tempo. Ai, às vezes, é que eu faço, eu faço mais na escola do que aqui. No caso daria pra fazer toda semana, se tivesse um espaço onde as gestantes já ficariam (PS1).

A gente teria que realmente priorizar os momentos, definir mesmo, sabe, proteger a agenda e deixar mesmo isso, porque acaba sendo uma atividade... relegada a segundo plano (PS2).

Em relação às atividades coletivas em que se enfatiza a escuta por parte do profissional e a participação do usuário – como as discussões em grupo e as rodas de conversa – as primeiras são valorizadas, em relação às palestras, embora não fique claro se não se trata de uma melhor forma de transmissão e persuasão.

Eu acho que a roda de conversa é melhor porque fica todo mundo assim batendo papo, vai saindo, pergunta um, pergunta outro, você dando uma palestra, fica como se você tivesse ensinando, tipo um professor, o pessoal fica tudo calado, só escutando... (PS1).

As profissionais posicionaram-se de maneira crítica frente às atividades coletivas sob a forma de palestras e transmissão de conhecimentos. Uma das questões apontadas é o processo verticalizado e unilateral, que causa inibição e distância entre profissionais e usuários, e a postura passiva do educando.

[...] você dando uma palestra, fica como se você tivesse ensinando, tipo um professor, o pessoal fica tudo calado, só escutando... (PS1).

Eu acho que é metodologia mesmo. Sabe, essa coisa de você ir pra sala de aula, aquele, aquele modo direcional, aquela coisa meio que vertical; sabem onde tem aquela pessoa que sabe e aquele que vai aprender. Então fica aquela coisa muito direcionada, um de frente pro outro, onde, sabe a coisa é muito verticalizada. Então, isso aí eu acho que, isso aí eu acho que dá um certo... não sei... causa uma certa barreira. Dá uma distancia muito grande (PS3).

Outra crítica foi relacionada à grande quantidade de informações que geralmente é abordada no modelo de transmissão de conhecimentos, e a dificuldade na interação com relação a esse tipo de atividade educativa refere-se às limitadas possibilidades de problematização e de questionamentos por parte do usuário.

É...eu tenho assim uma certa resistência quanto àquela, àquela palestra que é só transmissão de conhecimento. Sabe, você vai ali, você se destaca, você vai ali pra frente começa a passar lá um álbum seriado... “Isso é isso, isso é isso, isso é isso...” E eu acho que são tantas informações que são passadas, em um momento só, você fala, por exemplo, sobre dez doenças [...] Ontem mesmo surgiu uma pergunta só, “você têm dúvida?” Ora você explica sobre dez doenças e ninguém tem dúvida? Não é possível (PS2).

Os questionamentos em relação ao tipo de prática educativa também se dirigem à distância entre o que é considerado **prioritário** e **abordado** pela equipe, e o que de fato interessa e é percebido como necessário pelo usuário. Nesta fala, a entrevistada cita o exemplo de perguntas relativas a conteúdos diversos dos que foram abordados numa palestra, como constatação dessa distância em relação ao que é priorizado pelo usuário e o que é abordado pela equipe.

Aí outra palestra falou sobre planejamento familiar, não sei o quê... aí teve uma mulher que teve uma dúvida e foi até assim de certa forma fugindo do que a gente tinha esperado, e era isso mesmo que eu tava esperando... (PS2).

As atividades caracterizadas pela comunicação unilateral, no entanto, têm o seu papel reconhecido na disseminação de informações, embora se reconheça sua limitação em relação à eficácia, a qual é remetida a atividades educativas de caráter participativo, caracterizadas nesta fala pela escuta do usuário pelo profissional de saúde.

Eu acho que é importante que [*a palestra*] aconteça, sabe, mas se a gente tivesse só como forma assim de informação, a título de informação. Mas, assim, pra ser mais eficaz mesmo eu acho que deveria ter um momento mais assim de escutar (PS2).

Neste sentido, a crítica ao modelo de transmissão verticalizado se dirige, muitas vezes a sua capacidade de convencimento e não toca no processo de mediação entre os saberes.

6.2.2.2.2 Agentes Comunitárias de Saúde

Nas respostas das ACS sobre o tipo de atividade educativa realizada no cotidiano da unidade de saúde, ficou caracterizada a escassez de práticas **coletivas** de educação em saúde, seja sob a forma de palestras, reuniões ou rodas de conversa, enquanto momentos de transmissão de informação ou de discussão sobre temas específicos.

Tinha... tinha a questão assim dos grupos aqui na comunidade que por falta de usuário, acabou. Porque usuário, tava vindo dois três. Tinha esses momentos que era geralmente na quarta à tarde. Ai, infelizmente, porque a gente não só orientava, né, eram várias outras coisas (AC1).

Predominaram nas falas as referências a **orientações** transmitidas cotidianamente no decorrer das visitas domiciliares e nas interações com os usuários no cotidiano da unidade. Esse modo de atuar é visto pelas ACS como efetivo, em termos da maior atenção prestada às orientações pelo usuário e ao espaço para as suas colocações:

[...] A questão assim, sabe, das pessoas. Eu acredito que elas escutam, mas na minha opinião, elas escutam mais quando a gente tá na casa e orienta. Sabe, sobre qualquer doença for, sobre o que for. Então', na minha opinião, elas escutam mais do que, vamos supor, a gente fazer uma palestra na unidade, então as pessoas, não ficam muito... sabe? (AC1).

A interação na **orientação domiciliar** é valorizada, também, pela percepção de que o caráter individual do encontro profissional-usuário permite ao usuário se sentir à vontade para se posicionar e manifestar dúvidas frente aos assuntos que podem ser *tabu* devido ao seu sistema de valores. Aspecto que certamente cria maior possibilidade de esclarecimento das orientações fornecidas.

Até mesmo, assim, adulto, por ter muita gente, acaba se calando, né, e às vezes conversa com a gente quando a gente tá na casa. [...] que às vezes fica a dúvida e, por ter muita gente, por às vezes vamos supor, você falar sobre... sobre... doenças sexualmente transmissíveis, né. Tem pessoas que ficam com dúvidas, ainda tem aquele tabu. Ai, por causa disso, aí às vezes fica calado, tem dúvidas. E quando a gente tá lá, não. Se eu for conversar sobre o assunto, né, aí a pessoa : “Mas e é, fulano?” E começa a perguntar. “Mas é assim, assim, assim.” A gente vê... a gente vê que elas assim, entendem melhor e tiram as dúvidas, melhor do que uma palestra, na minha opinião (AC1).

Em outra fala, a **atividade coletiva** é valorizada pela possibilidade de atingir maior número de pessoas, mas se mantém a ressalva em relação à interação propiciada pela **atividade individual**, para o esclarecimento de dúvidas que permanecem.

Eu creio juntar um monte de pessoas, consegue um resultado, eu sei que é muito difícil juntar, né? Mas todo dia que eu chegar lá, vai perguntar aquela dúvida.... Se

a gente tá lá, quando volta, ele pergunta de novo. Se tem a palestra, eles perguntam novamente. Eu não sei se é porque eles querem perguntar pra acreditar, não sei não, ou se realmente eles querem entender... (AC4).

6.2.2.3 *A realização das práticas de educação em saúde*

A análise dos relatos da **realização das práticas educativas** pelas profissionais de nível superior e ACS abordou os seguintes núcleos de sentido: características do **modelo de mediação entre conhecimentos técnicos e dos usuários das práticas educativas**; o **processo de formulação**; a **valorização da construção da relação com o usuário – o vínculo e a confiança nas práticas educativas**; a **eficácia enquanto êxito técnico e sucesso prático**; as **dificuldades à realização das práticas educativas**.

6.2.2.3.1 Profissionais de nível superior

a) **O modelo de mediação entre conhecimentos técnicos e dos usuários**

Nos relatos das profissionais de nível superior identifica-se a dualidade já observada em relação aos outros tópicos – que alternam referências a modelos tradicionais de transmissão de conhecimentos e persuasão e modelos pautados pela **troca** e pelo **diálogo**.

A prática educativa voltada para a persuasão se evidencia em falas sobre a necessidade de **convencer** o usuário em relação a **comportamentos e hábitos saudáveis**, nas quais é comum a menção ao uso de **argumentos técnicos**.

[...] por exemplo, com relação ao aleitamento materno, de introduzir a água, de dar um leitinho, porque existe também aquelas que, aquelas pessoas que não querem fazer a mudança de vida, realmente se dedicar, querem dormir à noite, então quer dizer, durante a noite dão leite artificial pra criança e então a gente tenta o poder de convencimento; tenta mostrar o que aquele, o que aquilo ali, aquele estreitamento que se consolida na relação da troca no momento do aleitamento materno (PS3).

Na busca de persuadir e convencer o usuário, identifica-se um componente de **controle e normatização da vida**, que se evidencia na ação de vigilância exercida sobre as

práticas da população, em que as ACS têm o papel de veicular as informações para o profissional, relativas à possibilidade – a ser evitada – de o usuário não seguir as normas.

Porque a resposta disso tudo é a agente de saúde que conta pra gente que acontece, que muitas vezes a gente acha que o aleitamento também tá exclusivo e que o agente de saúde diz que, olha tava com a mamadeirinha, você saiu da visita, botou a mamadeira na boca do bebê. E aí? Eu disse a você que tava tudo bem, tava exclusivo. Então existe muito isso também, deles acharem que enganam, tentam enganar a gente, pra gente, tá acabar a conversa, tal e acreditar neles e a coisa só vem à tona mesmo quando acontece alguma coisa de grave, aparece alguma coisa, aí eles, algum problema com relação aquela prática aí ele... (PS3).

Por outro lado, em outra colocação – da mesma profissional –, a abordagem das práticas educativas dirigidas à **mudança de comportamentos**, cede lugar à **oportunidade de encontro com o usuário**, na construção do **vínculo e na abordagem integral de suas necessidades**. Assinala a compreensão de que o trabalho educativo não é qualificado apenas em termos de seu êxito técnico, mas desses componentes relacionais que emergem no processo.

Existem coisas nas entrelinhas, nesse nosso trabalho educativo. Ele é muito subjetivo, e não dá pra gente tá sempre, não é um valor numérico que a gente traça ali. Eu acho que a resposta tá na identificação do outro, tá na resposta de saúde do outro, não nos números, e que às vezes, muitas vezes, não nos índices todos, mas em parte, porque muitas vezes a prática educativa não quer dizer [...] que vai ter uma resposta positiva, né? PS3.

b) Formulação das práticas educativas

Na descrição do processo de **formulação** das ações de educação em saúde, as falas analisadas assinalam a sua tendência à verticalidade e a sua vinculação às ações de programas.

A agenda? Olhe tem umas campanhas aí de imunização, de intensificação de imunização, contra hepatite, tem a imunização agora, vai ter também do idoso. Tem também a campanha de combate à dengue. Teve essa semana que eles pediram né, estabeleceram, até não pediram, estabeleceram que deveria ser toda com atividades voltadas pra mulher (PS2).

A verticalidade, no entanto, não é criticada em seu aspecto centralizador, havendo uma leitura do papel da gestão enquanto uma instância que planeja, sendo pertinente que demande a implementação das ações. O aspecto que se questiona é o fato de, junto com a demanda, não serem providenciadas as condições materiais para a execução das ações de educação em saúde.

É, isso acontece, eu acho que isso, isso deve acontecer, é natural. Isso é natural porque eles se juntaram e planejaram e querem que alguém execute, né? Agora, o

que acontece muito, é que fica uma certa imposição, é que muitas vezes eles não dão respaldo pra gente, não dão apoio no que diz respeito a material. A gente diz que quer fazer alguma coisa, quer planejar alguma coisa, a gente não tem condições, a gente não tem equipamentos, a gente não tem meios pra tal. Então, eles apenas passam pra gente que a gente tem aquela demanda. “Façam, articulem, sejam criativos, façam como vocês quiserem e puderem” (PS3).

Não, recurso não; eles cobram, eles querem que mande coisa pra lá, mas assim de tá mandando material pra fazer, aqui pra mim mesmo nunca deram nada pra fazer. Só uma época que a menina trouxe, uma das... uma das... apoiadoras, né? (PS1)

Em outra fala, no entanto, a demanda da gestão e a cobrança da SMS-JP são valorizadas frente à pressão assistencial, por se constituírem em respaldo para rearranjos na organização do trabalho, disponibilizando tempo para realização da educação em saúde.

É mais mobilizador, porque tem a cobrança sabe, [...] porque muitas vezes a gente tem tanta demanda, outras demandas, pra fazer realmente aquela prática educativa que eu te digo, de se sentar numa roda de conversa, [...] onde todos vão pegar uma assinatura e tal, e que foi também realmente uma prática educativa (PS3).

c) Vínculo e confiança

Nessa perspectiva, em algumas falas das profissionais sobre a realização de atividades de educação em saúde, identificam-se componentes relativos ao contexto de intersubjetividade, através da valorização do componente afetivo e da construção de vínculo com o usuário. A construção do vínculo e da confiança são mencionados pelas profissionais de nível superior como elementos que facilitam as práticas educativas sob várias perspectivas. Em algumas falas, o vínculo e a confiança são associados a uma maior disposição e **interesse** do usuário em **seguir as recomendações**. Essa maior disposição está associada à ideia de uma proximidade, de relações em que o usuário reconhece no profissional alguém confiável.

Quando se tem um vínculo construído, né, eu acho que, quando se tem uma confiança entre os atores, né, desse processo, eu acho que você vê o resultado. Porque você, tendo confiança no que aquela pessoa tá dizendo, você vai, eu acho, você vai ter mais interesse, né, por aquilo. E vai procurar seguir, ou vai ter realmente mais atenção... (PS3).

O que confia em você vai [...] estreitar mais o vínculo com você. O que confia vai ter mais adesão ao seu tratamento, vai ter mais adesão à unidade de saúde, à equipe. O outro tem uma tendência a se distanciar. O que não confia não vai ter muita adesão às práticas da unidade (PS3).

O **vínculo** é construído com base na experiência da relação cotidiana, no estar atento, disponível a exercer **respeito** e **tolerância** frente ao outro, a saber o momento da **fala** e da

escuta. A característica de **continuidade** desse processo é assinalada no reconhecimento da relação cotidiana como o espaço onde se estabelece o vínculo entre usuário e profissional.

Eu acho que a gente estreita o **vínculo** é na relação mesmo, na relação do dia-a-dia, na atenção que é dada, no respeito, né. na tolerância. né. Quando se ouve, quando você fala e ouve. No momento certo, a gente sabe falar, no momento certo, a gente sabe calar (PS3).

Para essa profissional, o vínculo se constrói na troca cotidiana em que se desenvolve o conhecimento do outro e de suas necessidades e baseia-se na ação dirigida ao atendimento dessas necessidades.

Então, é quando você procura atender às necessidades do outro. Eu acho que tudo isso vai construindo. Você procurou ajudar de alguma forma aquele outro se **confiou** em você. De alguma forma, ele achou que você, que você, naquele momento, você atingiu o objetivo dele, né, ou parte dele. Você procura ser, de alguma forma **ajudar**, então aí é que é construído o vínculo (PS3).

Nesse processo, a **confiança** se estabelece quando há um comprometimento mútuo, de ajuda mútua, numa troca cotidiana. Nesse processo, se esboça uma ideia **reciprocidade e co-responsabilidade**, que envolve, de um lado, a responsabilidade do profissional e, do outro, o interesse da comunidade. A disposição pessoal de ambas as partes em constituírem uma relação facilita a construção do vínculo.

Quando, eu acho que a confiança é tida quando há o **comprometimento** de ambas as partes. Quando há aquele, eu acho que interesse mesmo em uma ajuda mútua aí vai acontecendo uma coisa acho que gradativa... (PS3).

Eu acho que o comprometimento, né, do profissional, a responsabilidade, também, o interesse da comunidade em querer é... em querer também estreitar esse vínculo, né, em querer estabelecer uma relação (PS3).

No processo de construção do vínculo, as **características pessoais** e as **competências profissionais** foram assinaladas como facilitadores. Neste sentido, a atitude do profissional de **abertura ao outro** e a valorização do seu papel **cuidador** foram apontados como parte desse processo.

Se você se faz aberto às pessoas chegarem perto, né. Se você se faz amigo, se você faz **cuidador**, se você faz presente naquele momento, eu acho que ele vai se sentir mais à vontade pra se chegar pra você, né? (PS3).

Ainda em relação às **competências profissionais**, foi mencionada a **credibilidade** no trabalho do profissional de saúde, no processo de conquista da confiança do usuário. De acordo com a entrevistada, a credibilidade está relacionada ao reconhecimento da capacidade do profissional em resolver os problemas do usuário. A confiança se constitui com base na

demonstração de algum nível de controle e de capacidade de intervir sobre sua realidade imediata e de aportar-lhe alguma solução.

A confiança acontece quando ela acredita, eu acho que tá muito ligado à credibilidade. Muito, a credibilidade, eu acho que se ele tem a confiança no profissional, num profissional que realmente é competente, que realmente faz e tem segurança do que faz e que ele vê realmente acontecer, que ele, e que o, o sujeito ele consegue resolver seus problemas ou parte dos seus problemas (PS3).

É importante assinalar que, para a profissional, o êxito técnico é secundário, frente à valorização da **atenção** e ao **interesse** manifestado, na conquista da confiança. As qualidades de **segurança**, **respeito** e **equilíbrio** mostradas pelo profissional são referidas como elementos que constroem a confiança e atuam no processo de aproximação ao usuário, dando relevância à qualidade da relação na construção do vínculo.

Ele vê que houve tentativa de resolução ali, embora muitas vezes não tenha, né. Porque aí eu acho que a confiança, né, vai existir quando parte muito da **segurança** do profissional, do **respeito** que ele vai mostrar e do **equilíbrio** que ele vai mostrar (PS3).

d) O êxito das práticas educativas

Um dos temas em que as profissionais de nível superior mais se fixaram no decorrer das entrevistas foi o do **êxito das práticas educativas** frente aos resultados esperados. Esse tema é abordado no contexto da relação entre o conhecimento técnico e a **adesão** dos usuários às orientações recebidas, abordadas em relação à **dificuldade para o seguimento das orientações**, chegando a ser motivo de questionamento da própria prática profissional.

Porque uma coisa que eu percebo assim é que eu pergunto, eles chegam aqui de dez horas da manhã, tomou seu remédio? – Não. Todo dia a mesma coisa: “tome o remédio logo cedo (PS2).

Que danado é que eu tô fazendo que nem isso a gente consegue, fazer com que a pessoa tome e será que ninguém consegue? (PS2).

As **dificuldades para o seguimento das orientações** pelo usuário foram abordadas em relação aos **motivos** – essencialmente atribuídos a dificuldades do próprio usuário – e à **atitude das profissionais** frente às mesmas.

No que diz respeito aos **motivos**, as **dificuldades para o seguimento** das orientações foram analisadas sob perspectivas distintas, sendo associadas pelas profissionais entrevistadas à **autoestima**, às **condições de vida** e às **preferências do usuário**.

Como uma das hipóteses para o não seguimento das orientações, a baixa **autoestima** estaria vinculada a um desvio da vontade do usuário frente a uma perspectiva inspirada no êxito técnico, cuja validação se apóia essencialmente na norma correta e deveria resultar numa decisão racional.

É difícil, é difícil. É aquela história, você saber que lhe faz o mal e você continuar insistindo, não ligar, eu acho que parte mesmo pra uma autoestima, uma falta de autocuidado mesmo (PS3).

As **condições de vida** da população constituem um outro motivo para o não seguimento das normas. A referência ao contexto de pobreza, falta de apoio familiar e de redes sociais, assim como o subemprego, justificam a não adesão a práticas como a do aleitamento materno, colocando-se a mesma ideia de um elemento que se interpõe entre o usuário e a sua escolha, mas relacionada ao seu contexto de vida.

As comunidades formadas por pessoas muito carentes, que é... não têm emprego fixo, não tem nenhuma estrutura, uma conjuntura familiar, muito firme, né, muito sólida. Então, o que é que acontece? Muitas vezes, a pessoa precisa largar o peito cedo, é... Desmamar cedo pra voltar a trabalhar. Os trabalhos demandam muito tempo durante o dia, então, muitas vezes tem que deixar mesmo, abandonar o aleitamento e muito precocemente. Tem pessoas que chegam já com um mês e tão querendo dar outra coisa, porque diz que no próximo mês já vai começar a trabalhar, então assim, esse é um problema. O subemprego das pessoas, assim eu acho que a falta de estabilidade das pessoas, a carência mesmo, eu acho que socioeconômica (PS3).

As situações em que há dificuldades ao seguimento das orientações motivadas pelo **contexto de vida** do usuário são referidas como o aspecto mais difícil da realização das práticas educativas, segundo as profissionais. Ao se evidenciar a impossibilidade da adesão à recomendação, a profissional questiona os limites do ato educativo baseado numa norma que não tem **viabilidade** no contexto de vida do usuário.

Difícil? É... Quando eu conheço a situação e que eu digo pra uma pessoa que ela precisa fazer algo, que elas não têm condição de fazer o que eu preconizo, que eu tô dizendo que aquilo é melhor pra elas e elas não têm condição nenhuma de fazer pelas limitações do próprio contexto delas. [...] Agora assim, é difícil, o que eu sinto mais é ter que passar uma informação que eu já sei que eles não têm condição de cumprir... (PS2).

Nessa situação, em que o usuário é visto como vítima das circunstâncias e não como sujeito autônomo de suas escolhas, a recriminação que normalmente acompanha o não seguimento das orientações é substituída por sentimentos de impotência e tristeza.

Aí quando eu sei, quando eu sei que as condições realmente têm um peso grande, eu não consigo ficar com raiva não, sabe, eu fico mais constrangida assim, mais com tristeza mesmo. Porque eu sei que aquilo não vai surtir efeito, porque eu sei as condições dali (PS2).

Além de assinalar o componente de identificação da entrevistada com o sofrimento do outro, essa postura parece significar que, apenas quando impossibilitado pelas circunstâncias, é que se compreende e aceita que o usuário não irá optar racionalmente pela norma correta.

Dessa forma, a reação frente à não adesão a orientações em um contexto visto como **favorável** é de **incompreensão**, pois espera-se que o indivíduo, diante de alternativas saudáveis e sem limitações para segui-las, opte pelas mesmas, como nesta colocação.

Mas assim, quando eu vejo que a pessoa tem tudo pra fazer, mudar de atitude e não muda, isso é em qualquer canto, não é só nessa minha vida assim de profissional não. Mas quando você vê que a pessoa tem todas as condições assim, mas não aproveita, aí isso me inquieta um pouco (PS2).

No entanto, atitude frente aos motivos do usuário, no relato desta entrevistada, também inclui uma aproximação aos motivos para a não adesão às orientações, onde se identifica a **abertura ao outro e a outra racionalidade na interação**, distanciando-se da perspectiva normativa. O reconhecimento dos porquês do outro remete ao reconhecimento de uma possível **autonomia** do usuário para realizar escolhas e a uma perspectiva de aprendizado por parte do profissional.

Aí, assim, no geral, eu tô tentando aprender isso sabe, que as pessoas têm os porquês delas, que um dia eu aprendo isso, né. Ficar menos impaciente com as pessoas, quando eu sei que elas, a escolha mesmo vem delas e eu não consigo compreender... (PS2).

Para as entrevistadas, o não seguimento das normas e condutas por parte da população, compreendido sob o ponto de vista das **preferências** do usuário, é motivado pela dificuldade gerada por prescrições que representam **limitações, interdições e incômodos** a sua vida e por suas **crenças e tradições**. Estes elementos são reconhecidos enquanto constituintes de uma outra racionalidade a reger as decisões tomadas pelo usuário.

As reflexões sobre a dificuldade de seguimento de orientações que trazem **limitações** à vida do usuário reconhecem, por exemplo, a **restrição ao prazer** como um importante fator de dificuldade à adesão às normas de cuidado.

Não querer? Olha, principalmente no que toca à questão da alimentação. É difícil, eles dizem, você diz assim, 'vai tirar o açúcar'. "Mas eu não vou poder mais comer nada de açúcar?" Pra eles, tão matando, assim. Tirando o ultimo prazer que eles têm. O ultimo prazer que eles têm. É, quando mexe com alimentação é peso, sabe... [...] É ruim de dar essa informação de mostrar pra eles que eles [...] vão ter que ter mais cuidado com a alimentação (PS2).

O papel das **crenças e tradições** é referido em outra fala, em relação à prática do aleitamento materno, onde parece estar implícita uma leitura das crenças como um atraso nas concepções e práticas de saúde dos usuários.

E a gente procura fazer isso, só que é tão difícil. Ela vem, ela já vem com tanto sacrifício, aí vai trabalhar, então, a mãe vem do interior pra cuidar dela. Já vem com aquela, né, com aquelas crendices, com aquelas coisas todas de querer dar água, que tem quer dar chá, que tem que dar isso e aquilo outro (PS2).

Na relação com as **crenças e as práticas tradicionais** da população, uma das falas das entrevistadas mostra uma perspectiva dual. Ao mesmo tempo em que questiona a validade normativa desses saberes, reconhece-os enquanto construção baseada na experiência de vida dos usuários e assume a necessidade de respeitar suas tradições, sem deixar, no entanto, de buscar formas de construir pontes entre os conhecimentos e levar a mudanças nas práticas de saúde da população.

Então é difícil lidar com isso [...] a gente lidar sempre com essa medicina tradicional, que essas coisas alternativas, qual é a influência realmente negativa que poderia ter essa, essa medicina natural, né? Essas práticas, essas crendices, essas culturas diferentes... teriam na vida deles? Mas eu vou dizer que isso é errado? Não é errado! Mas a gente procura, pelos estudos que se tem, né, a gente procura tentar impactar isso na vida deles. Só que, imagina uma pessoa que possui oitenta anos, no interior, lá, vivendo de plantas, vivendo de coisas e achando que tudo é natural e que aquelas práticas sempre deram certo e agora vai ser diferente, né? (PS3).

Observa-se que, apesar das falas em que se alternam perspectivas de maior ou menor compreensão frente ao não seguimento das orientações, predomina uma perspectiva **normativa** e o recurso a estratégias variadas de **persuasão** com vistas a conquistar a adesão do usuário. Ainda que essa perspectiva conheça um esgotamento, um limite além do qual pouco se pode fazer, se mantém o recurso à **insistência**, que é exercida através da busca contínua de novas formas de abordagem.

Chega um ponto, chega um limite também, chega num ponto que a gente, poxa, a gente vai até onde a gente dá pra ir, né? A gente às vezes até ultrapassa. Mas até onde a gente pode ir, a gente vai, vai insistindo, vamos tentar uma forma. Vai tentando outra alternativa. E vamos ver como é que a gente pode buscar melhor (PS3).

Frente à dificuldade à **persuasão**, a **insistência** é realizada como uma forma sutil de coerção, baseada no controle, que assume o caráter de **atenção** e **suporte** para a adesão à orientação indicada.

E que a gente vai em cima, a gente não desiste. A gente tem essa característica aqui. Porque as meninas trazem sempre pra gente, né, “Tá, fulaninha é bem difícil”. Porque a gente sempre insiste: “Não, vamos procurar, vamos procurar...”. “Ah, o que eu vou fazer, vou segurar na mão?” “-Vou.” A gente tem que fazer, né, a gente é responsável (PS3).

No confronto entre a racionalidade técnica e a experiência concreta da população, outra forma de **persuasão** baseia-se no argumento técnico, como no caso do tabagismo na gravidez, relatado nesta fala. A perspectiva do êxito técnico contrasta com a da usuária, para quem o sucesso prático traduzido no hábito de fumar se impõe na escolha que realiza.

Aqui na frente a gente procura conversar, fazer rodas de conversa, mães acompanhando filhas que fumam, também nas ruas, e que dizem na frente de todo mundo que nunca tinha acontecido nada “Por que com minha filha vai acontecer agora, por que o meu neto vai nascer com algum problema? Nunca aconteceu comigo.” E eu procurando, usando de mil e um artifícios e recursos: “Olha, porque a falta de oxigenação...” Explico tudo, onde chega, a célula, a troca gasosa direitinho... (PS3).

Outra estratégia, além da **persuasão**, propõe a intervenção junto ao núcleo familiar, na busca de apoio para a adesão do usuário à conduta ou para a execução de tratamentos, como no caso dos projetos terapêuticos, que surgem nas falas como espaços da educação em saúde.

Exatamente, um núcleo. Um pai, a avó, todo mundo que tá junto, que cuida, tivesse um certo apoio, se a gente pudesse tentar orientá-los, se de alguma forma eles viessem também pro pré-natal (PS3).

Se eu tenho uma pessoa, por exemplo, um diabético que não quer tomar o remédio, não quer se... Não quer cuidar do pé, não quer deixar de comer doce, então, tem que trazer a família pra junto, tem que falar pra vir, tem que trazer toda a estrutura familiar, ver onde é que tá... aí, se a coisa tá muito grave, fazer montar um projeto terapêutico mesmo, chamar a família, chamar o responsável e procurar buscar alternativas praquilo lá, né? (PS3).

A articulação de estratégias para a ação educativa frente ao contexto de vida da população, além do suporte das famílias, propõe a utilização de redes de apoio social.

Vamos ver qual é a alternativa melhor. A gente tem parceiros? Que possam ajudar nessa adesão, pra que ele possa, né... Vamos ver se a família pega na mão, se tem algum amigo, se tem algum grupo que possa tá trazendo essa pessoa [...] e dar um suporte né, de tá querendo dar uma melhor orientação pra ela... (PS3).

A ampliação do alcance das ações educativas de modo a atingir a comunidade requereria parcerias com outros atores, de acordo com uma das falas, remetendo à intersectorialidade, através da articulação com escolas e outros serviços.

Porque, pra comunidade, aí teria que ter os agentes multiplicadores, né, a gente precisava de muitos pés pra fazer essa parte **pra toda comunidade**. A gente, às vezes, tem que priorizar alguns grupos. Sim, tem que priorizar alguns grupos, por exemplo, na escola, né. Se a gente pudesse trabalhar com, fazer uma parceria com educação, e que os professores tivessem uma, uma... capacitação, aliás, uma formação voltada pra educação em saúde, seria uma forma, como existe em outros estados. Eles recebem até uns livros específicos de educação em saúde com uns temas mais interessantes (PS2).

O recurso a métodos que despertem o **interesse e a atenção** do usuário, nas atividades coletivas de educação em saúde, é proposto pelas entrevistadas como uma outra estratégia de **persuasão**. O fato de despertar a atenção da população é visto como uma forma de causar impacto, o qual é entendido como capacidade de levar a respostas por parte da população.

Só que aquela coisa, tá, como vai ser uma atividade educativa, pra mim tornar mais atraente e que... não se torne uma coisa tão monótona, tem que ter alguma... [...] alguns meios que atraiam as pessoas. [...] um meio, uma coisa a mais, um algo a mais que esteja faltando pra chamar a atenção das pessoas, pra que isso realmente cause **impacto**. Porque, qual é o sentido de você fazer essa mobilização toda se você não causa um impacto, não tem alguma resposta, né? (PS3).

e) Dificuldades à realização das práticas educativas

As falas referentes às **dificuldades** para a realização das ações educativas referiram-se em sua maioria à realização das atividades coletivas de educação em saúde, e remeteram a um conjunto de aspectos que foram agrupados em dois temas maiores denominados **contexto institucional** e **dificuldade de participação dos usuários**, levando ao seu esvaziamento.

No tema **contexto institucional**, foram mencionadas **o volume de trabalho, a limitação do espaço físico e de recursos materiais e a falta de apoio da gestão**. O tema **esvaziamento das atividades** incluiu **as características das atividades educativas e a pouca disponibilidade dos usuários em frequentá-las, devido ao contexto de vida e ao modelo médico-centrado**.

A **pouca disponibilidade de tempo** foi a principal limitação às práticas educativas relacionada ao contexto institucional. As ações de educação em saúde buscam abrir espaço no cotidiano do serviço, em especial as de alcance coletivo, pelo pouco tempo disponível pelas exigências do **atendimento em consultório**. Nesta fala, inclusive, fica sugerida a necessidade de reorganizar a agenda dos profissionais para garantir a sua disponibilidade.

O tempo, porque assim, a gente tá sempre atendendo, assim, eu tenho mais tempo do que... dá pra eu fazer antes e depois vir [*atender*] (PS1).

Porque, como a atenção individual é de questão urgente, de cuidado urgente, essa parte educativa a gente acaba deixando em segundo plano, essa parte de ações coletivas. Agora, para isso, a gente precisava saber com quem a gente pode contar no momento, né, tem que começar por aí (PS2).

As demandas assistenciais muitas vezes assumem o caráter de urgências e situações que requerem atenção imediata. Esse aspecto da dinâmica cotidiana do serviço é visto como

mais um elemento que interfere nas possibilidades de continuidade das ações educativas, sobrepondo-se inclusive às campanhas e demandas da gestão no comprometimento da programação das atividades da USF.

E o empecilho maior, muitas vezes, é a própria... Por exemplo, quando se pensa a política do cuidado integral da saúde, aí a gente pensa que o que leva tempo é só, só essas campanhas, essas coisas que vêm de fora, mas a gente também acaba furando essa agenda porque surgem situações urgentes que não dá pra deixar pra amanhã (PS2).

Que é daqui da própria demanda dos usuários. Então, se o usuário precisa de uma visita domiciliar hoje, ou de um atendimento hoje, ou de uma conversa específica hoje, eu não vou poder deixar isso pra amanhã (PS2).

Aí hoje vai ter uma atividade educativa, então, mas ao mesmo tempo eu sei que tem uma família lá com vários portadores de transtorno mental e que tem uma pessoa que descompensou hoje, outro, agora já tá quebrando tudo... (PS2).

A demanda pelas atividades assistenciais, de acordo com o relato de uma das profissionais, se expressa também nas reações dos usuários frente a sua participação em atividades de educação, em detrimento das consultas.

Até mesmo assim, essa semana [*da Mulher*] a gente tá cheio de boa vontade [...] só que vai falar sobre educação, e aí eu me vi ontem justamente nesse tempo, no meio de uma atividade como essa – porque o tempo que nós tínhamos era aquele – e tava aqui um monte de gente me esperando pra eu atender. E eu não podia suspender, porque aí eles não iriam nem sequer parar pra escutar tudo, ia dizer: “É, esse povo tá conversando besteira... E não vai atender, não?” Não podia parar [*o atendimento*]. Aí tinha que estar lá na frente e tinha que vir pra atender... (PS2).

A disponibilidade de tempo também é limitante frente às possibilidades de abordagem criativa de temas, por não permitir o planejamento e a preparação das atividades coletivas.

Os temas são diversos, variados, o que a gente pode abordar muita coisa. Só que fica só na fala, muitas vezes, ele [*o usuário*] quer alguma coisa ilustrada, **a gente podia ilustrar com alguma coisa** e assim a gente, né, **pode até usar da criatividade, mas assim, pela falta do tempo de você sentar e ter que organizar alguma coisa, fica meio a desejar né** (PS3).

Frente às restrições de tempo, a estratégia descrita é buscar inserir atividades educativas nas práticas cotidianas, principalmente na sala de espera, onde se busca abordar conteúdos ligados às ações desenvolvidas no momento, as quais muitas vezes são relacionadas aos programas de saúde e às pautas de prevenção.

Pois é, a gente é assoberbado mesmo, vou ser sincera que a gente é assoberbado de tanta demanda que a gente tem no dia a dia, que a gente fica meio é... fica meio deficitário. [*Na educação em saúde*], a gente procura se agarrar mesmo nas datas que a gente tem. Por exemplo, é... Eu tenho o citológico, eu sempre procuro tá juntando o pessoal e tá abordando esse tema da parte da mulher, da sexualidade, do preventivo. Eu sempre procuro tá abordando. É... e a gente procura assim, em alguns

momentos de idosos, por exemplo, em momentos que a gente aborda a parte do citológico, eu falo de hipertensão, diabetes. A gente tá sempre falando em sala de espera assim, em algum momento... (PS3).

As atividades na sala de espera, no entanto, são dificultadas pela exiguidade do espaço, além da limitação do tempo pela pressão da demanda e pelo fluxo de outras demandas no interior da unidade: “Aí o **tempo** era curto, não tinha um **espaço** porque, de vez em quando chegava alguém pra pegar um medicamento pra saber não sei o quê, uma informação” (PS2).

O espaço físico foi citado como outro importante limite para as práticas educativas, interferindo na privacidade e contribuindo inclusive para a persistência do formato de transmissão vertical do conhecimento.

Então, se a gente pudesse, pudesse aproveitar aquele momento, seria ideal. Mas pra aproveitar esse momento aí já vem a questão do espaço físico. Nosso espaço físico não deixa, não dá nenhuma privacidade pra garantir o sigilo do que vai ser feito ali. Então aí já fica aquela coisa, só aquelas metodologias mais **transmissivas** ainda... (PS2).

As condições materiais para a realização das atividades educativas são deficitárias e somam-se à pouca disponibilidade de tempo e às limitações do espaço físico da unidade.

Dificulta. Falta de tempo, demanda excessiva e falta de material também pra tá ajudando a gente nisso. A gente não tem equipamentos pra tanto [...]. Mas, assim, fica difícil por isso, pela falta do **tempo**, pela falta de **material** que muitas vezes a gente não tem. A gente não tem subsídios pra poder trabalhar com isso. O **tempo** assim pra poder trabalhar alguma coisa de interessante, né (PS3).

A falta de condições para a realização de algumas ações educativas, como caminhadas e atividades físicas, também está relacionada às precárias condições da comunidade no que diz respeito ao calçamento das ruas, agravado pelo relevo acidentado da área.

Tinha uma, não, que vinha toda semana, toda semana tinha umas três pessoas que vinha toda semana, tinha uns que vinha uma vez, outras não vinha. Também tem um problema pra caminhar que as ruas são muito ruim, né, aí já dificulta, se fosse um local bom, talvez o pessoal gostasse... (PS1).

Apesar de se reconhecer a necessidade do trabalho educativo ainda que realizado sob condições precárias, fica expressa na fala de uma das profissionais, a disposição e a expectativa de que sejam dadas condições para a realização de um outro modelo de prática, onde a interação, a troca e a escuta sejam viabilizadas.

Você botava o pessoal todinho ali, você ficava ali conversando numa roda de conversa, não precisaria nem você expor, ficaria um bate-papo, sentava, “você tem dúvida em quê? Vamos ver em quê?”. Acho que limita muito essa falta de espaço (PS1).

Então, eu acho assim, que é importante que tenha, sabe, mas que dali fosse criado um outro momento, com mais tempo e um ambiente mais adequado, eu acho que as unidades que vão ser construídas deveriam ter uma sala realmente de reuniões, pra que se chamasse as pessoas pra escutar mais o que elas têm, as dificuldades que elas têm no dia-a-dia (PS2).

As alternativas para o enfrentamento dessas dificuldades incidem sobre processos que repercutem na lógica do modelo de atenção/organização do processo de trabalho. As falas referem-se a rearranjos na organização do processo de trabalho na unidade, envolvendo a cooperação entre os profissionais e a flexibilização na oferta de atividades assistenciais.

Se antes todas estivessem aqui, antes de começar o atendimento, a gente marcasse pelo menos uma vez por semana pra fazer essa palestra, todas juntas, ia começar um pouco mais tarde o atendimento, mas... (PS1).

Aí, nesse caso, teria que ter o planejamento, um plano “B”. Porque a gente, geralmente a gente nunca pode confiar só em um profissional pra fazer a coisa, tem que ter alguém da equipe, é pra trabalhar em equipe [...] semana passada foram dez gestantes e, se eu tiver que atender, atender tudo, vai ser na correria, então, não vou poder ficar lá fora o tempo todo né, nessa conversa com elas, vai ter que dividir, alguém vai ter que ficar atendendo e alguém vai ter que ficar com elas, nessa conversa. Não dá pra fazer assim, pensando só em um profissional, não (PS2).

Aí, por exemplo, vamos fazer coisas relacionadas à mulher. Eu tinha umas atividades de puericultura. Puericultura, não, era... assim, não era urgência, são acompanhamentos que eu faço todos os meses, que se eu deixar de fazer este mês talvez não tenha nenhum problema, eu posso até deixar pra outra semana. Porque talvez não seja necessário fazer tudo essa semana, eu posso abrir mão disso aqui pra fazer alguma atividade educativa, alguma coisa relacionada àquele meu planejamento (PS3).

As entrevistadas também mencionaram aspectos relativos às disposições pessoais e à articulação entre os membros da equipe, ressaltando a necessidade da coordenação de esforços de maneira a dar suporte para a realização das atividades de educação em saúde. A motivação é relacionada à disposição e à boa vontade, frente a uma atividade descrita na fala como difícil. O estímulo para a profissional é decorrência do suporte e da integração entre os membros da equipe, sendo enfatizado o papel desses mecanismos para que as práticas educativas possam se constituir em parte da rotina da USF.

A boa vontade, a disposição hoje é o que são facilitadores, eu acho que sim e o apoio da equipe, né, ter uma equipe integrada onde a gente possa estar se apoiando, ter uma que ajuda a gente, quando a gente desanima, a outra vem e ajuda. Eu acho que isso aí é o fator motivador, sabe, pra que a gente possa continuar a prática apesar das dificuldades. Apesar de ser tão difícil, continua ainda sendo difícil, mas... (PS3).

É preciso disposição, eu acho que é preciso uma integração melhor, o amadurecimento da idéia, que uma grande parte, senão a maioria, esteja empenhada nisso, esteja disposta a se mobilizar pra isso, eu acho que sim. Apesar de que tem a história da formiguinha né, mas, não sei a gente precisa de parceiros pra isso, né (PS3).

As falas sobre as dificuldades à realização das práticas de educação em saúde contemplaram um outro grupo de temas relacionados à **dificuldade de participação dos usuários**, levando ao **esvaziamento das atividades educativas**. A dificuldade para conseguir a adesão dos usuários às atividades educativas coletivas realizadas pela equipe, e de **despertar a atenção** e o **interesse** dos mesmos foram aspectos problematizados pelas entrevistadas.

Nas falas, foi possível identificar um tipo de percepção a respeito do usuário, já abordada a propósito da sua adesão às orientações, em que se combinam conteúdos variáveis, que vão desde a vitimização até a ideia de uma “má vontade” em participar das atividades educativas, indicando a necessidade de aprofundamento das relações e interações entre profissionais e usuários.

Em uma das falas, a causa para o não comparecimento estaria relacionada a uma “má vontade” da população, podendo-se identificar o questionamento feito pela entrevistada a respeito do direito ao exercício de **preferências** por parte dos usuários.

O que poderia dificultar é a má vontade do povo, por querer ir embora porque tem um negócio em casa pra fazer e às vezes, nem é, às vezes, vai pra casa conversar com a vizinha, dormir, assistir televisão (PS1).

Em outra fala, no entanto, uma das entrevistadas relaciona o não comparecimento à saturação dos usuários, acompanhada do reconhecimento de que as demandas do cotidiano levam a uma busca do serviço para o atendimento de necessidades pontuais, diretamente relacionadas à assistência.

Então porque elas não querem, não têm aquele interesse, eu acho que estão meio saturadas. O corre-corre da vida é tão grande que elas vêm ao posto, muitas vêm ao posto com algum objetivo, se conseguir o objetivo vai embora (PS3).

Essas demandas seriam prioritárias, diminuindo a disponibilidade da população para atividades educativas e se referem a dificuldades que a entrevistada identifica no contexto de vida da população. “É a vida, tá muito... eu acho que a vida tá exigindo demais das pessoas assim, as dificuldades, não sei, as carências, as demandas de casa” (PS3).

As percepções em relação ao desinteresse são contraditórias. Em uma das falas, a indicação de desinteresse surge nas situações em que a convocação dos usuários para um tema específico não é eficaz, sendo necessário o aproveitamento do momento em que o usuário comparece às atividades de rotina, no dia do atendimento, como no caso das gestantes relatado nesta fala:

Todas as ações não, a gente ia conseguir no máximo um turno pra fazer isso, porque o ideal, o ideal seria pegar o pessoal, no dia de atendimento. Porque, quando a gente

teve a oportunidade de chamar, não foi muito legal. Assim como noutro dia, gestante só atende na terça. Se chamasse: “na quinta-feira vai ter uma conversa com as gestantes”, não aconteceria direito. Elas não vêm (PS2).

Outra profissional manifesta uma percepção diferente em sua fala, reconhecendo um interesse maior entre os que comparecem às atividades programadas, ao passo que as ações realizadas na situação da sala de espera, aproveitando o momento em que o usuário está na unidade para ser atendido, tendem a competir com as outras escolhas do usuário em relação ao seu tempo.

Tem pessoas que são realmente interessadas, quando a gente... é bem interessante quando a gente agenda, né, quando a gente agenda, que vê quem vem, que tá realmente super interessado, participa. Quando é em sala de espera, tem meio que às vezes umas respostas negativas. Tem gente que fica e levanta a cabeça e balança a perna e olha o relógio, e “Vai terminar logo?” Aquela coisa, né? Embora a gente saiba, sinta que tá sendo uma coisa interessante que a gente tá passando. Uma coisa bem... mas tem gente que não quer mesmo, quer o tempo dele pra outras coisas... (PS3).

O não comparecimento da população também é relacionado a um acesso maior a informações, frente ao qual a entrevistada levanta a possibilidade de os usuários não sentirem necessidade das ações de educação em saúde. Ao mesmo tempo, questiona a qualidade dessas informações, possivelmente veiculadas pela mídia.

Então, assim, eu não sei até que ponto a comunidade tem essa necessidade de informação. Porque hoje, eu acho que hoje a gente já vê nos canais, nos canais de TV, muita informação superficial a respeito de várias doenças. Talvez eles até já saibam muita coisa e por isso não perguntem (PS2).

As reflexões a respeito do esvaziamento das ações educativas coletivas fizeram emergir o conceito de educação em saúde articulado à ação de mobilização e organização da população e à luta pelos direitos de cidadania. A profissional analisa o processo de esvaziamento dessas atividades à história da comunidade em relação a sua experiência política. De acordo com sua fala, a mesma seria caracterizada por uma relação com lideranças políticas clientelistas e pela dificuldade em ver atendidas suas reivindicações, o que levaria à descrença nos processos de mobilização.

Olhe, o que eu percebo, assim é que eles tão, uma descrença muito grande na organização, que a organização popular possa conseguir alguma coisa então eles não, apesar dos vinte e oito anos de existência, essas casas aqui já começou assim, foi um terreno invadido depois veio alguém e deu as casas pra eles e aí, vinte e oito anos e não conseguem avançar né, em infraestrutura, não temos ruas calçadas. Até há uns quatro anos, começou o saneamento, há uns seis anos, e terminou agora saneamento. Então tiveram já vários líderes aí mas que não conseguem o que eles estão querendo. Então eu acho que eles, assim, acham que não acreditam que se organizando é possível conseguir alguma coisa. Sabe, então eu acho que a experiência fala muito se a experiência deles é negativa a esse respeito e se os políticos só vêm aqui prometer e não cumprem e como eles não crêem que é

possível, até as coisas que são, assim, já confirmadas como foi o calçamento das ruas, aí, de dez ruas, e só saiu o calçamento de uma rua - que não era a mais necessitada, que é uma rua plana -, então, todo mundo reclama disso (PS2).

6.2.2.3.2 Agentes Comunitárias de Saúde

A discussão sobre a **realização das práticas educativas** no trabalho cotidiano das ACS abordou o **modelo das práticas de educação em saúde**, a **construção da relação com o usuário** e as **dificuldades à realização das práticas educativas**.

a) O modelo de mediação entre conhecimentos técnicos e os dos usuários

No modelo mediação entre o saber **técnico** e o do **usuário** – presente no relato das ACS sobre o seu trabalho e constatado no processo de observação –, se identificam a normatividade e a argumentação técnica (êxito técnico) como forma de persuasão do usuário em relação a condutas orientadas pelo serviço.

Eu falei pra ela que não desse o leite, desse o peito, entende? Mas essas pessoas não têm paciência de dar o peito à criança, vê que a criança tá com fome, mas mesmo assim... eu tô sempre orientando ela dar o peito à criança, né! Agora, voltei lá... ela deu o leite à criança e a criança ficou doente e tá internada, porque ela não... (AC4).

Muitas vezes, essa mulher acha que o leite tá bom, a gente traz aqui no posto, então leva PS3 lá, ou então uma menina de nutrição, pra falar com ela, incentivar ela, dar o leite é o melhor pra criança, é saudável, tá entendendo? (AC4).

E ela fala "não, AC4 já falou isso. Muitas vezes ela fala que o bico do peito tá doendo, aí eu falo pra ela que tem pegar a rodinha toda, né! Pra não puxar só o bico. E ela... 'não, mas é porque esse menino dorme e se acorda o tempo todo.' E fala que se ela quer comer... toda hora, a criança faz xixi, ela tá com fome, ela quer comer novamente e ela não tá trabalhando, ela tá ali só pra cuidar do filho dela, aí levo outra pessoa, levo médica e enfermeira, explicam a mesma coisa pra ela, porque se ela der o leite exclusivamente... sem levar uma massinha, a criança não vai ter gripe, a criança não vai ter diarreia, não vai ter cólica, a criança vai ser sempre saudável... (AC4).

O mesmo se observa em situações em que a ACS dá suporte aos tratamentos prescritos pelos profissionais de nível superior, onde a argumentação técnica se sobrepõe às razões da usuária, e o conceito de risco é utilizado para o convencimento. A interação e a

argumentação não incluem a negociação do horizonte normativo ao qual se circunscreve a orientação.

É como a senhora da minha área que eu visitei, Dona J., ela tava de manhã, ela tava sentindo bastante tontura. Aí, eu disse a ela, eu disse: “olhe, Dona J., a doutora não passou captopril de doze em doze horas, duas vezes ao dia? Então! Por que a senhora não toma? Não é melhor a senhora tomar a medicação?” . “Ô, mulher, não gosto de tá tomando todo dia, não”. “Sim, mas a doutora não passou? Se ela passou, é porque a sua pressão tá alterada. Então, não é melhor a senhora tomar e ficar bem o dia todinho, do que a senhora, olhe, não toma, deixa de tomar, podendo ter um AVC, que é trombose – às vezes o pessoal não sabe o que é uma trombose –, tá aí, a senhora quer depender dos outros pra tudo?” “Deus me livre!” E eu digo: “Pois, pronto, minha filha, se a senhora não quer, a senhora trate de tomar” (AC1).

Tem outras situações, tipo o hipertenso e o diabético, que sabe que não é para beber, bebida alcoólica, né? Aí diz assim: “tô bebendo...” “não tô tomando o remédio, não”. “Olhe, eu tô bebendo hoje e aí?” Aí eu disse assim: “o senhor vai morrer...”. E, na hora que eu bato no ponto X deles, sou bem durona: “o senhor vai morrer, viu? O senhor vai durar pouco...” (AC3).

A abordagem adequada leva em conta o uso de linguagem que possa ser compreendida pelo usuário, procurando superar o jargão técnico da saúde (validação expressiva).

Então, assim, pra fazer com que a comunidade entenda eu acho que não tem muita dificuldade, não, porque a gente procura passar, sabe, numa linguagem bem acessível, né, eu, a enfermeira, as meninas, as outras agentes de saúde (AC1).

Da mesma forma, é valorizado o comparecimento do usuário às atividades de educação em saúde coletivas, como as palestras, acompanhado da expectativa de que o mesmo siga as orientações.

Eu acho assim, que quando a gente convida uma pessoa, principalmente para ouvir uma palestra a gente vê que aquela pessoa vem, é uma satisfação enorme pra gente, quer dizer, tá vendo que é do interesse deles. É uma satisfação enorme pra todo mundo. E é o que a gente quer ver, pra ver que a... que a gente... que se a gente convidou pra participar daquela palestra e vê que tá ali prestando atenção, a gente espera que eles tenham um bom... saibam ouvir, aprender e cumprir, né? (AC3).

Há situações em que, ao mesmo tempo, em que reconhecem a complexidade de uma prática educativa desenvolvida em contextos de pobreza e de necessidades de sobrevivência, que não favorecem a adoção de determinadas condutas, as ACS lançam mão de argumentos técnicos na tentativa de persuadir os usuários.

Às vezes, tem mães que trabalham também, sabe, aí não podem, né. Vamos supor, começa a dar de mamar só até dois meses, algumas que chegam a três meses, minha querida. Infelizmente não são todas, não. Aí, diz: “Ah, tem que se acostumar, que vou trabalhar e não dá.” Olhe, a gente vai saber que ali vai ser muito difícil ela manter a amamentação exclusiva justamente por causa dessa pressão, né, mas a gente orienta que... que, quando ela der de mamar à criança, vai ficar imunizada assim... bastante, contra algumas doenças, vai ajudar na dentição dela, da criança, então a gente procura convencer, né, mas a gente vê que hoje é tão difícil, tão difícil.

Eu acredito que não é só aqui na unidade de saúde, não, é em todos os lugares, em todas as outras unidades por aí. É difícil [...], uma situação trabalhosa (AC1).

Nesta situação, lançam mão da argumentação tecnicamente correta, mas que não dialoga com a problematização que emerge do contexto de vida do usuário, priorizando o horizonte normativo.

Olhe, a gente diz que tem o leite que guarda, né, que tira e pode guardar, sabe? Mas a reclamação deles é que as crianças choram demais, sabe, “é fome, ele tem fome...” aí... (AC1).

E até mesmo, até em economia, né,... pra o bolso deles e saúde pra criança, você dando o leite pra sua criança, você tá levando sua criança pra uma doença, pra uma infecção. Se uma criança vai pegar um peso com o seu próprio leite... sem precisar de comer mingau, mamadeira... então, a gente vai ver que é uma gordura saudável (AC3).

Assim, a insistência, a repetição no repasse da informação seria uma forma eficaz de ir gradativamente persuadindo o usuário, na busca de alcançar a adesão às condutas preconizadas.

[...] batendo, batendo, batendo [*no sentido de insistir*], mas dá porque às vezes a gente tá conversando, conversa tanto... que entra na cabeça e resolve, né! (AC4).

Aí, ela dizendo, né... eu tô dizendo assim porque ela chegou a comentar comigo... E disse à doutora, que falou, que não tomava água, que começou a tomar água... sim! E que tava sentindo dores nos rins, ela dizendo... e é tanto que ela disse que só começou a tomar água depois que ouviu eu tanto falar nas visitas... Porque eu sempre tocava, né, no assunto... “E aí, Dona. M.? A senhora já começou a tomar água direitinho?”. Ela disse: “Agora eu tô tomando...Mesmo sem eu querer, agora eu tô tomando... Quando eu olho pra água eu me lembro de você...” – ela diz (AC3).

A pressão por metas e indicadores – reflexo da persistência de características do modelo de atenção vertical – referenda esta forma de agir, visando a persuasão baseada na norma e na racionalidade técnica. Convém notar, no entanto, que, frente à pressão por resultados, as ACS argumentam com base na liberdade de escolha da usuária e na impossibilidade do controle sobre as opções que surgem frente ao contexto de vida da população. Ainda que possa significar a justificativa de um “fracasso”, esta atitude também indica a compreensão frente às opções assumidas pela população.

[O Distrito Sanitário] eles se sentam, já se sentaram algumas vezes com a gente sobre isso e a gente explica que não, infelizmente, que a gente não pode ficar, tá lá 24 horas com a mãe dizendo, né? A gente faz a nossa parte. A gente orienta, mas a gente sabendo que aí vai ser com ela e, né, e o bebezinho, se realmente ela vai dar... se ela vai continuar amamentando ou não... (AC1).

As ACS criticam o autoritarismo no modo de abordagem das famílias, o que evidencia e é consistente com o cuidado na construção da relação e o respeito ao usuário. Ao

mesmo tempo, a prática educativa relatada e observada é prescritiva, voltada à normatização da vida e dos hábitos do usuário e, na tentativa de persuadir quanto à conduta, discorrem sobre as conseqüências advindas do não seguimento de orientações e prescrições.

Eu chegar mandando na casa da mulher? Não, não. Eu chego lá, reclamo, fico ali, né, com aquela conversa... “mas mulher, olha, essa roupa ai que tá jogada assim, vai mofar todinha e pode trazer uma bactéria ali, um negócio de rato, algum bicho pode passar por cima, mesmo que tu lavar e tu não passar água quente pode ficar um bicho aí e o menino vai ficar todo se coçando. E é em cima disso aí que eu vou vendo, e vou falando, tá entendendo? Mas eu não vou chegar mandando na casa da mulher. Eu chego lá, fico sentadinha, eu converso, vou conversando e a gente vai olhando e vai... (AC4).

O recurso à argumentação baseada no risco de adoecimento é freqüente nas práticas educativas.

Eu digo: “Seu D., o senhor não fique assim entusiasmado demais não, que pode fazer isso, que pode fazer aquilo, porque um dia o senhor pode ficar também igual a sua esposa... Porque ela é diabética, é hipertensa mas não é porque ela quis, não... Então o senhor já tá abusando demais da sua saúde...” Sempre eu digo isso pra ele... (AC3).

b) Processo de formulação das práticas educativas

Não obstante a preocupação das ACS em escutar as pessoas, é marcante o reconhecimento de que, no processo de **formulação** das atividades coletivas de educação em saúde, na maioria das vezes, a escolha dos conteúdos não se faz a partir de demandas dos usuários e nem com base em sugestões das ACS, a partir do conhecimento da realidade. O “calendário” geral do município (datas como Dia Internacional da Mulher, Dia das Crianças, Orçamento Democrático) ou a emergência de situações que requeiram uma intervenção específica, como aumento da incidência de determinadas doenças ou a necessidade de atingir metas de procedimentos ou de indicadores de saúde, condicionam os conteúdos das atividades educativas.

A dos idosos a gente faz porque tem o dia do Idoso... aí, pronto, a gente faz, e é uma semana... Tem também dia das mães, né?... Sempre tem os temas, né? Dia das Mães, também... Dia da Mulher... Não tem o Dia Internacional da Mulher? Essa é uma forma... (AC3).

Às vezes, tem campanhas, né, como de hanseníase... Pronto, como já aqui na área já teve duas crianças com hepatite, né, então a gente tá procurando mais orientar sobre hepatite, né. Eu acho importante, porque é assim até a questão dos alimentos, que de frutas, que até da água (AC1).

Campanha, você tem que fazer a campanha do citológico, tem que fazer a campanha

da vacina, tem que ter a campanha de vacina de criança, a campanha de vacina das mulheres... que é daquela de... pra mulher... [rubéola] (AC4).

Frente a um processo que frequentemente é vertical, vindo da gestão, o sentido das prioridades nem sempre está claro para as ACS.

A maioria vem assim. Tipo assim que a gente tava falando... Dengue... aí vem de lá de cima... da secretaria, aí passa pro distrito, aí: “AC3, trabalha nisso!”. Aí, a gente sempre, né... vai falando sobre a dengue, vai falando sobre o lixo, um monte de coisa... (AC3).

A lógica relatada para a escolha de temas e de momentos para as ações educativas, em especial as atividades coletivas, evidencia o papel do raciocínio epidemiológico e da motivação em serem atingidas metas.

Assim, às vezes, o distrito sanitário vê assim, que assim a gente tá precisando... vê a quantidade, vamos supor, de jovens, né, quantos jovens tem aqui, é da necessidade, quantos jovens. Aí, ele vê quando tem uma campanha de, como é que se diz?.. de aids, aí a gente... ou campanha, né, ou eles mesmo que... às vezes, o Distrito Sanitário mesmo que vê, pergunta, e aí, a partir daí, que eles pedem pra gente convidar e ficar fazendo assim, vamos supor, durante uma semana, né, aí você fala um pouco a cada turno, fala um pouquinho sobre o que é a DST/aids ou qualquer outra coisa (AC1).

Uma das agentes comunitárias relatou situações menos frequentes em que a ação educativa é realizada a partir de necessidades identificadas no âmbito da unidade de saúde, mas ainda assim sem ser a partir de demandas expressas pelos usuários.

Não, é... raramente assim, algumas vezes não é sempre, não. A gente que chega, né? “Ó, você já ouviu sobre hepatite? Você já ouviu falar sobre a hanseníase?” Então, é a gente que conversa, que busca o assunto né (AC1).

Não, tem momentos que surge, né, na necessidade que a gente vai vendo, né. Tem que falar, né, tem que falar, surgindo outros momentos, não só quando tem campanha, em outros momentos também surge (AC1).

Assim, de voltar... às vezes, tem campanhas, né, como de hanseníase... Pronto, como já aqui na área já teve duas crianças com hepatite, né, então, a gente tá procurando mais orientar sobre hepatite, né Eu acho importante, porque é assim até a questão dos alimentos, que de frutas, que até da água, que se tiver alguma contaminação a pessoa, tanto adulto como criança, a pessoa pode vim a ter hepatite então eu acho muito importante (AC1).

c) Vínculo e confiança

O processo de construção da relação com o usuário foi uma questão que emergiu e foi reiterada nas falas das ACS, a propósito da realização das práticas educativas. Nesse

processo, a conquista da **confiança** e a construção do **vínculo** foram os componentes mais valorizados pelas ACS, vistos como essenciais à realização do seu trabalho como educadoras. Para elas, a confiança se constrói de forma gradual e é essencial para que se estabeleçam o diálogo e as trocas intersubjetivas, mediante as quais tomam conhecimento das necessidades da população.

O que faz com que a minha visita seja melhor, seja mais produtiva? Eu acho que primeiro a confiança que a gente tem que passar pros usuários, né? (AC2).

Olhe, é devagar, é assim dia-a-dia. Né, porque trabalhar com comunidade é assim, principalmente para o agente de saúde conquistar a confiança, né. Conquistar tá, sabe, a ponto assim do usuário conversar, assim dizer realmente o que ele sente. Muitas vezes, até a gente comenta assim que às vezes o usuário tem coisas que ele não diz à médica, mas conversa com a gente, desabafa entendeu. Então, assim pra mim é isso. É no dia-a-dia, a gente vai construindo, vai com conversa, né, com atenção acho que... é isso (AC1).

Quando o usuário, ele passa confiar na gente. Quando ele se sente à vontade para conversar sobre a vida dele, sobre o que ele tá sentindo também com relação a alguma doença, sabe? O vínculo, na minha opinião, é esse, de confiança, de ter confiança (AC1).

A **confiança** e o **vínculo** se colocam como portas para a abordagem dos problemas, dão o espaço para a realização das orientações e prescrições.

[...] a gente vai ter mais, assim... essa ousadia de poder... não sei nem se é a palavra correta... de poder conversar, de poder, sabe, fazer com que ela se abra naquele momento. Então, é bom porque a gente, aí a gente vai poder, sabe, dizer é assim, assim, assim... conversar direitinho (AC1).

Da mesma forma, a conquista da confiança e a construção do vínculo são valorizados nesta fala de AC1, onde se observa o cuidado na abordagem e o processo gradual de aproximação frente a uma situação que a usuária inicialmente não relatava para a ACS.

Então os vizinhos que disseram a mim que ela tinha crises e desmaiava dentro de casa. Então, fui visitando, fui bem devagar, fui começando a tocar no assunto, sabe, para que ela não ficasse, né, assustada, então, ali eu comecei... dali, fui puxando, conversando, dizendo a ela que ela precisava se cuidar. Que ela precisava tomar uma medicação, que aquilo podia prejudicar ela, aquela doença dela. Então, ali eu fui conversando com ela, então ali foi educando, né, uma conversa educativa. Como eu falei, uma conversa. Então, ali ela, graças a Deus, foi o tempo que ela foi se conscientizando que ela tinha que fazer alguma coisa pra melhorar e foi quando ela chegou à unidade. E até hoje, até hoje, ela tá tomando remédio, fazendo uso do remédio, da medicação e, graças a Deus, nunca mais ela teve crise (AC1).

O tempo, a continuidade do trabalho, são elementos que as ACS mencionam no processo de construção do vínculo e da confiança.

Eu acredito que seja também o tempo, assim, de você tá indo lá na casa do usuário, se importando com o que ele tá sentindo, sabe, eu acho, às vezes, assim quando eu chego assim, aí eu pergunto assim: “você tá bem aí?” E hoje a pessoa não tá, então

amanhã eu já dou uma passadinha... “e aí, tá melhor?” Sabe, eu acredito que isso é muito importante também (AC1).

A qualidade pessoal que as ACS consideram mais importante para a construção da relação de confiança e do vínculo com o usuário é a calma, que é relacionada à disponibilidade para a escuta, especialmente frente a situações que requerem suporte emocional.

Aí, tem isso, aí o pessoal, “aí, não sei o quê”, aí emburrava... mas vai ter que conversar tem que ir na calma porque, na briga não adiantava nada (AC2).

Meu jeito de tratar as pessoas também, acho que é a forma como eu trato as pessoas, meu jeito calmo, às vezes, também ajuda, porque já teve dia de eu chegar em uma casa e o pessoal tá “quebrando o cacete” e eu tive que, né, com minha calma consegui tranquilizar, eu acho que é isso, meu jeito (AC2).

Olhe, a pessoa tem que ser uma pessoa calma né, e paciente (*ri*), muito paciente! Né, uma pessoa que realmente né, é, então vai ter que ser muito calma sabe, saber ouvir, [...] às vezes as pessoas precisam né, de a gente parar pra escutar, mesmo que demore mais um pouquinho ali, mas precisam assim, que a gente escute, sabe, que a gente fique conversando mais tempo (AC1).

Mas eles fazem muita questão de eu ir na casa deles, por quê? Porque eu escuto eles, vejo o que eles têm pra falar e muitas vezes sai uma palavra que eles ficam bem satisfeito com o mundo, não vai ser um prato de comida, não vai ser nada a gente escutar, porque a gente escutar é muito importante pra pessoa (AC4).

Disponibilidade que é valorizada, sobretudo porque possibilita que as orientações sejam feitas a partir das necessidades manifestadas pelo próprio usuário.

Então, ali, no momento eu esqueço a minha vida e vou ouvir eles, tá entendendo? E dentro do que eu tô ouvindo, escutando, e do que eles tão falando... [...] e eu vou responder pra eles... assim alguma coisa... dentro das palavras que eles tão conversando comigo. Às vezes, eu escuto mais, assim, eu escuto mais pra eu poder dar a resposta pra eles, e muitas vezes eles, eles confiam muito em mim... (AC4).

Uma atitude calma, ao propiciar a construção do vínculo e a conquista da confiança do usuário, também ajuda na mediação frente a situações que aumentam a vulnerabilidade das ACS à violência presente em alguns dos domicílios cobertos.

Muitas vezes, lá na casa de A., eu confesso com a senhora, eu tenho medo de entrar porque eles já deram em muitas pessoas, só que não bateram em mim. Mas eu entro com cuidado, converso, tento conquistar eles, e conquisto, e conquisto (AC4).

Eu cheguei assim, bem, conquistando, conversando com eles lá, né! Lá dentro. As pessoas me viam e se admira, “AC4, tu teve coragem de entrar aí dentro, tu tem coragem...” Mas eles nunca me levantaram assim nem um dedo. Quer dizer... no vizinho, né! Joga pedra no vizinho, já vi, já chegou momento de amarrar A., né! na grade lá! que A. tava agressiva, é o jeito dela, é o momento dela (AC4).

No processo de construção da relação com a população, as ACS relatam o enfrentamento de situações de perigo, criminalidade e violência – o medo que é enfrentado na construção da relação.

Eu tive um medo tão grande! Aí, eu disse: “Aí, meu Deus.” Eu me esfriei todinha, todinha e o homem com uma lapa de faca deste tamanho! Isso aconteceu comigo duas vezes! Uma lapa de faca deste tamanho! Aí disse: “O que é que você quer aqui?” Eu também não corri, não, sabe? Eu fui, expliquei pra ele que era um trabalho pra secretaria de saúde, que tava querendo abrir um posto e o posto, e o posto também precisava saber também a quantidade de pessoas certo, que a gente tem que cadastrar, que é pra não ter nada. E esse, e o posto ia ser aberto, aqui no Grotão, e ia ser melhor pra comunidade do Mirante A, que só tinha o [...], que não dava conta, que era... Aí, ele: “Tá certo! Venha pra cá” (AC4).

Além das qualidades pessoais, a conquista da confiança se dá com base na ética profissional, entendida como garantia de sigilo frente às informações compartilhadas pelos usuários.

Eu aprendi muito, assim ,sabe que quando a gente tá assim com o usuário, o que a gente escuta lá, deixa lá. Então foi assim até hoje, graças a Deus, me fez crescer muito no meu trabalho, né, até porque eu já enfrentei muitas situações constrangedoras... (AC1).

Eu sempre, nas minhas visitas, eu dizia que eles podiam ter aquela... podiam se abrir comigo porque ali era o meu trabalho, então, quem falasse ali comigo, ficava entre a gente, foi um pacto, né? É um pacto, né? “Então, vocês podem se abrir, falar, que eu não vou falar nada, eu sou um túmulo”, eu dizia... Sempre eu digo isso que sempre o que me falarem vai ficar sempre ali entre a gente, não vou sair espalhando pra ninguém. Então... eu acho que foi isso, né? (AC3).

Nesse processo, as ACS relatam a existência de uma desconfiança inicial da população enquanto as vê como membros da comunidade e, como tais, capazes de relatar aos vizinhos suas dificuldades e problemas. A relação de confiança se estabelece quando elas passam a ser vistas como profissionais.

Olhe, muitos me recebiam muito bem, né? Mas foi difícil assim, porque, como era moradora do bairro, foi difícil eu... eu... eles se abrirem comigo... foi difícil, então, é por isso que eu tô dizendo que tive essa dificuldade, porque eles estavam me vendo como moradora do bairro, não estavam vendo eu como agente de saúde, exercendo a minha função. Depois foi que... com o passar do tempo, aí, a gente foi conquistando, foi ter o momento que eles... às vezes até tinham vergonha de se abrir comigo né. [...] Assim... não é vergonha, eu acho... não é vergonha, não, não é bem esse nome não, é outro nome é que eu não sei falar, mas eu achava assim... que eles diziam assim: “eu não vou falar nada pra ela, não. Pode ser que ela saia espalhando”... não tinha aquela confiança... confiança!... de falar o assunto devido comigo (AC3).

Ainda a respeito da relação da população com as ACS, um outro tema que se colocou foi a procura contínua por informações sobre a disponibilidade do serviço de saúde, horários, marcação de exames, entrega de resultados etc.

O agente de saúde é assim, você passou à noite e o pessoal lhe pára e você tem que falar, você tem que dar assistência, aí me falam, “[...] eu não gosto de andar contigo”. Eu digo: “por quê?” ‘- Porque todo canto tu para’. Eu disse: “mas é meu trabalho, eu não posso...” “não, amanhã a gente conversa”. Eu procuro tratar as pessoas do mesmo jeito, sabe. Teve um dia, meu Deus, eu atrasada pro meu curso e uma senhora ‘ta-ta-ta...’, eu penso “eu não posso tratar mal, porque como eu vou chegar no dia seguinte na casa dela?”. Ainda tem isso, né? (AC2).

Eu, muitas vezes, eu varro a minha frente de casa de noite, porque, se eu chegar meio-dia, na hora do almoço, pronto, quando eu chegar lá de cinco hora, cinco e pouco, todo mundo vem atrás, vem me perguntar. É eu varrendo e eles perguntando, o negócio do posto, o negócio de saber se a consulta chegou... “Meu exame? PS2 tá lá?” E eu varrendo mesmo, porque eles acha que toda hora eles tem que tá perguntando do posto, senão a gente fala toda hora, tem que tá disponível pra eles. Se eu sair na rua, se eu for pra igreja, eles já fica: “Ei, AC4, vem cá, AC4, eu quero perguntar um negócio a tu. PS2 tá lá? E B? E a vacina? E não sei o quê?”. Eles sempre tem que tá perguntando alguma coisa... (AC4).

d) O êxito das práticas educativas

Em um contexto onde se configura a dificuldade de transformação de hábitos e costumes referentes à saúde e à qualidade de vida, uma boa prática educativa para as ACS é aquela que consegue a atenção do usuário e alcança a mudança de comportamento pretendida pela norma.

Então é quando a pessoa **interage** e quando eu volto na casa e eu vejo que aquilo realmente **mudou**, que a criança que tava ali, toda com as unhas toda coisada, eu disse: “ó, corta a unha, dá uma limpezinha”,. Ou eu digo: ó, cuidado com o negócio da dengue”, e quando eu chego lá não tá mais, sabe? (AC2).

Eu acho que é bom, quando eu tô falando com a pessoa, eu to percebendo um entusiasmo, percebendo que ela tá querendo fazer tudo, porque claro que não vai fazer tudo que eu digo, até porque muita coisa a gente esquece, mas que boa parte daquilo eu tô percebendo que ela tá captando e que quando eu chegar lá e vou... (AC2).

É a gente ver, falar e ver o resultado depois... entendeu? É... por exemplo, vou dar um exemplo aqui, uma mãe que está amamentando seu filho, aí a gente orienta: “ó, amamenta essa criança até os seis meses. Não dê, não dê água, não dê chá”, aí daqui pra frente, pronto, aí eu já falei naquele dia, né? (AC3).

Então é bom, a gente dar aquela palestra, fazer aquela palestra e ver e depois ver o resultado, ver que aquela menina fez certo, vai fazer certinho (AC3).

A dificuldade ao seguimento das orientações pelo usuário é vista sob diferentes perspectivas pelas ACS. Às vezes, a adesão às normas é relacionada à aquisição de informação e, neste caso, presume-se que não é por falta dela que os usuários não adotam o comportamento indicado, mas por alguma característica pessoal como comodismo.

[...] eu acredito assim que falta de informação, não, seja (*a gente já deu muita palestra*). Então eu acho que seja assim, como eu lhe disse, a resistência, o comodismo, sabe. As pessoas não coloca ainda na cabeça, sabe, que aquilo, que a água contaminada pode prejudicar, pode, né, gerar outras doenças, então, eu acho que seja por isso (AC1).

Tem gente que evita as coisas, enquanto tem gente que não, que é descuidado mesmo, que você passa ali orientando todo dia, todo dia, todo dia e ela não tá nem aí. É, tem isso, né, e a rotina do dia-a-dia, tem o descuido mesmo das pessoas que não ligam, não procuram também, é... a gente dá informação e eles deixam pra lá (AC1).

Em outra colocação, são mencionadas as **preferências** do usuário, atribuídas a dificuldades para a aceitação das limitações impostas pela patologia, traduzidas como “revolta” pela ACS, que as reconhece como motivo para a não adesão às orientações.

Principalmente as pessoas que toma... esses, hipertensos e diabéticos... também, né? Principalmente os diabéticos, que sabe que não tem, né... eles assim sabem, tem uns que tão revoltados da vida, dizem que... “vai morrer mesmo”, eles fala “eu vou morrer mesmo, pra que tomar isso?...”... Eu tô com dois casos na minha área... de gente assim... e todos dois são diabéticos e estão revoltados da vida... (AC3).

Em outras situações, ao mesmo tempo em que fazem referência a uma falta de empenho do usuário, enfatizam o papel das **condições de vida** da população e mostram a compreensão da complexidade dos fatores envolvidos na aquisição dos hábitos pela população.

Muitas dizem, “ai, é muita correria do dia-a-dia, trabalho, faço isso, faço aquilo, não tenho tempo de tá esperando” Algumas colocam a rotina do dia-a-dia, outros, é por preguiça mesmo, por falta de interesse [...] (AC2).

Podiam se esforçar um pouquinho mais, podiam. E sempre não é a mesma coisa, porque sempre, todo dia... se eu for lá hoje, e amanhã voltar lá, já é outra coisa diferente, é outro problema, nunca é aquele mesmo, nunca é aquele, sempre é outro, porque se fosse só aquele, era bom, às vezes eu esqueço até daquele outro porque já tem o outro (AC4).

As referências à precariedade das condições de vida dos usuários surgiram em uma grande variedade de colocações das ACS, como conteúdos e situações com os quais lidam cotidianamente, frente aos quais mostram pouco poder de intervenção e manifestam uma grande compreensão, expressando o profundo conhecimento da comunidade.

Uma das coisas, quando eles conversa com a gente, que eles fala, é a questão das condições financeiras que não tem, é uma das coisas principais que eles falam – “mas, AC1, eu não tenho condições de...” sabe? A dieta ai é difícil pra manter. [...] Aí, né, a gente fica meio perdido, assim meio, né, porque não tem o que fazer assim, a gente sabe: ”Olha, a senhora sabe que não pode tá tomando café direto, direto, direto, tenha cuidado. A senhora sabe que não pode comer muito macarrão, quanto mais a senhora engordar, mais a sua pressão vai subir” [...] – “Aí, eu sei, eu evito” – tem umas que diz “eu evito, minha filha, eu como só uma vez por semana” – sabe, “tenha cuidado nas massas, tenha cuidado, né, não pode tá tomando refrigerante.” Então a gente sabe... que sai, mas às vezes o pessoal... (AC1).

Tá entendendo? É a situação de vida deles. E... não dá pra mudar, eles não podem mudar, eles podem até tentar mudar, mas não conseguem mudar (AC4). [...] Falam que, se tivesse um emprego, tivesse um marido que trabalhasse... muitas vezes, a gente chega e o marido tá lá bêbado, por quê? Porque não tem um emprego pra trabalhar e tem quatro, cinco filhos. Às vezes, dá graças a Deus do pão e do leite pra poder ter o café pra dar às criança. Tem outros que diz: “AC4, botei água!” – eu penso benza-te Deus –, “botei água nesse pacote de leite pra três crianças, o leite e o pão.” Porque se der a um de manhã, os outros dois fica sem comer, porque vai dar ao mais novo. Aí o marido vai, vê aquela situação, desempregado... [...] Você fala hoje, vê aquele aperreio daquela mulher todo dia, aí ela não consegue, não, precisa muita conversa, mais conversa, pra mudar. Porque aquela mente dela num tá... (*gesto de que a pessoa não está bem*), tá entendendo? (AC4).

As situações em que, apesar dos argumentos técnicos, o usuário não adota as orientações em um processo de decisão racional, foram recriminadas por uma das ACS como resultado de descaso.

É, ela tá vendo que é para o bem, mas só que pra ela tá achando que é... Eu sei lá, não sei não, o que eles pensam não, porque a gente, quando chega da outra vez, é a mesma coisa. Então a gente quer dizer o quê? Que não tá fazendo, né? Não tá seguindo as orientações direito, não tá. [...] A mãe faz de conta que... Isso que é a raiva que dá, faz de conta que não escuta, entendeu? (AC3).

A descrição dos argumentos utilizados pela população em relação à prática do aleitamento materno ilustra as dificuldades e resistências por motivos que envolvem crenças e tradições dos usuários, que, para as ACS, são vistas como barreiras.

Teve uma puérpera que a gente tava orientando amamentar a criança dela, aí a mãe disse: “Eu vou dar...”. A mãe dela: “Ah, ela vai dar é mingau, ela foi criada assim. Por que a criança não vai poder ser criada? Eu criei minha filha assim...” Então... (AC1).

Eles explicam. Uns dizem que é aquela questão, que tem a família, a sogra, tem a mãe, outras dizem que vão trabalhar que precisam trabalhar. Outras dizem que não conseguem dormir à noite, outras dizem que o leite é fraco, tem isso. Que quanto mais dá de mamar, mais a criança chora, então é mil e um fatores, mil e uma... como que chama... barreiras que elas colocam pra... pra... é, infelizmente (AC1).

e) Dificuldades à realização das práticas educativas

Entre as **dificuldades** à realização das atividades de educação em saúde coletivas, foram referidos a falta de condições físicas e materiais – espaço, material didático –, e à falta de tempo, elementos que relacionados ao contexto institucional e que contribuem para a sua escassez; por outra parte, foi relatado o esvaziamento, decorrente do formato e dos temas repetitivos, que não motivam à participação dos usuários.

A falta de condições para a realização das atividades educativas é relatada nesta fala, que se refere especificamente à disponibilidade de recursos materiais e financeiros junto à gestão.

Não tem apoio na realidade de... de... nem condições financeiras pra ta trabalhando, que a senhora sabe que é difícil... pra gente conseguir as coisas no distrito é difícil (AC1).

A pouca disponibilidade de tempo é outra dificuldade mencionada e é relacionada à sobrecarga de trabalho intensificada, em parte, pelo preenchimento dos formulários do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), que limitaria o tempo para a realização de atividades educativas, e atividades na recepção da unidade.

É falta de tempo. É muito trabalho, muita coisa, muita coisa mesmo. E poucas pessoas pra trabalhar... (AC4).

Muito papel pra preencher, eu acho que devia diminuir o papel, porque é muito papel. A gente vai entregar a produção, não podia ser só um papel? Ai a gente joga pra aquele papel, depois pra aquele papel, e joga pra aquele outro papel e joga pra aquele outro papel. Aí, haja papel. Aí, perde muito tempo. Tá entendendo? (AC4).

Porque, a gente, olhe quando a gente chega aqui, a senhora, vê, temos que ajudar ali na frente, que não é fácil. A gente começa por aí pela frente [...], pesa umas pessoas, tira prontuário, né, depois quando a gente tá, [...] quando ela não tá, a gente tem que ficar e se virar mesmo (AC4).

A mesma ACS chama a atenção para o seu trabalho, que inclui as demandas cotidianas que surgem nas visitas domiciliares e abrangem a contínua atualização das informações sobre a situação de saúde e as condições de vida da população. Estas características são assinaladas nestas falas como fatores limitantes à disponibilidade para realização de atividades educativas coletivas:

Aí outro dia eu disse assim: “Ah, eu vou ali só entregar aquela consulta”. Mas não é só entregar a consulta... a gente pensa que vai, e a gente tá com um mói de consulta desse tamanho, mas vai ter outra história... “Eu queria te ver mesmo, mulher, porque aconteceu isso...” Tá entendendo? Às vezes também é até uma simples coisa, mas aí... “Ai, AC4, eu quero falar contigo...” (AC4).

Tudo isso a gente tem que fazer na área, a gente não vai só na área pra fazer essa visita essa, eu tenho que saber quem nasceu, tem que saber quem morreu, tem que saber se mudou, tem que saber quem tá morando na casa, tem que saber, com que... eu vou lá e se chegou outra pessoa, eu tenho que cadastrar aquela pessoa, trazer pro posto, botar o nome no livro e fazer o novo prontuário daquela outra pessoa. Né? E ver aquela numeração todinha do prontuário... (AC4).

Tem que saber quantas pessoas tem no serviço que tá tuberculoso, recebido, né, que tem aquelas meninas na minha área e quantas pessoas, tudo, todos tipo de doença, se tem pessoas com hanseníase, se tem pessoas com tuberculose, pessoas com diabetes, pessoas com... com... aqueles... hepatite, com aqueles tipo de doença, se acusar e eu não saber, que é que acontece? A secretaria vem aqui, “Oxente, aconteceu isso lá na rua G! Tá sabendo disso, AC4?” – Tá entendendo? (AC4).

A monotonia decorrente do formato e dos temas repetitivos também é mencionada:

Então assim sabe tudo... tudo que assim vai ficando aquela mesma coisa, fica monótono. Você chega, aquela mesma coisa, então as pessoas vão perdendo o interesse, sabe? [...] (AC1).

Com relação à dificuldade, é mais o espaço físico e a forma com que a gente vai trabalhar, sabe, porque é como eu tava dizendo à senhora, não adianta chegar lá e be.. be.. be... e falar, aí... as pessoas vão embora. Eu acho que teria que fazer dentro daquela palestra um trabalho, algo que ficasse marcado para que as pessoas não... assim... não esquecesse, né, pra que as pessoas deixasse marcado realmente um trabalho dentro da palestra (AC1).

Uma das ACS relaciona a falta de atualização nos conhecimentos à repetição do seu trabalho, o que seria um dos fatores que contribuem para a dificuldade em realizar atividades educativas. Para ela, esse caráter repetitivo, além da saturação da população, levaria algumas vezes até mesmo à não aceitação das visitas.

Dificuldade pra mim, né? [...] porque a gente não tem assim... o ACS, né, não tem um ensino, não tem assim uma reciclagem. A gente tem coisas que realmente eu não sei, sabe, que me deixa dúvidas, então, eu sinto desmotivada por muitas coisas, [...] acaba, sabe, é como... o trabalho da gente acaba assim virando muito uma monotonia, não é? Eu vejo assim muito isso, aí desmotiva muito a gente.(AC1).

Tem gente que diz: “Aff, lá vem a agente...” [...] É, entendeu, tem pessoas que não aguenta mais, fecha as portas, então, hoje assim... (AC1).

Há também a leitura de que a população usuária já teria acesso a informações por outras vias, e que isto contribuiria para o seu não comparecimento às atividades coletivas ou o desinteresse frente aos conteúdos.

É, alguns prestam atenção, outros não, o povo diz assim “ah eu já sei”. Tem uns que dizem assim “eu já sei, nem precisa tá falando nisso mais, eu já sei...” [...] Eu acredito que mais gente que saiba, [...] porque hoje olhe é muita informação, é muita informação, tem a mídia aí, né, tem... tem aqui as unidades, tem panfletos tem... não é só aqui. Às vezes, até lá no parque Sólon de Lucena, às vezes, tão fazendo campanhas, que já orienta lá mesmo, sabe eu acho que é muita informação, muita informação mesmo, assim, né? (AC1).

O desinteresse da população também é relacionado a um questionamento sobre o sentido e o propósito das atividades educativas para os usuários.

O povo já não aguenta mais tanta conversa. (*risos*) Então eu acho que na prática ‘hoje vai cortar cabelo, amanhã é... vamos fazer uma pintura. Vamos fazer... eu acho que tá faltando muito isso, sabe, pra pessoas ter interesse de vir, sabe? Aí vamos... ‘vai ter uma palestra’ aí o povo diz logo assim, ‘Ave Maria, pra conversar, pel’amor de Deus.’. Mas é, eu como comunidade, muitas vezes, eu digo isso, imagine as pessoas. (AC1).

Da mesma forma, os temas podem não despertar o interesse da população por não se ver a possibilidade de solução de suas questões.

Eu acho que assim, na minha opinião só o SUS não ia despertar pra eles, porque eles querem ver o conhecimento, mas também querem ver a ação, entendeu, querem... é a mudança acontecer, então, seria muito útil pra eles saber o que que já aconteceu, mas se pra todos, mas chegasse pra conversar, olha o SUS é isso, isso e isso, e nós vamos promover tal mudança, então pra eles eu acho que teria mais valor (AC2).

Hoje eu vejo que ta muito... ficando muito... muito... monótono eu não sei nem dizer a palavra... muito, é tanto que a senhora veja até pela gente mesmo, quando a gente vai... quando eu... quando a gente vai pras reuniões, né? É tanto falatório, sabe, que a gente perde... perde realmente, e acaba não resolvendo nada, sabe? (AC1).

Em suas falas, as ACS fazem algumas sugestões para a melhoria da qualidade das ações educativas. Uma delas seria a realização de treinamentos, com vistas à atualização de seus conhecimentos, como forma de superar a repetição dos conteúdos.

O ACS tá precisando se reciclar, realmente, hoje. Antigamente a gente tinha... a gente tinha... tinha treinamentos, tinha cursos, tinha... sabe... eu sinto saudades de antes e hoje a gente não tem quase, minha filha, pelo amor de Deus (*risos*) hoje a gente não tem praticamente nada, nada, nada, nada... O que a gente quiser aprender tem que correr no livro e... sabe? (AC1).

É treinamento, saber mais. Porque eu, eu, eu tiro de mim, do meu esforço, tá entendendo? Eu não sei, né, se tivesse mais treinamento... eu vou educando dentro do que eu vejo, o que eu vejo que tá errado, é isso, do que eu vejo que tá errado. Eu tô vendo que tá errado, então eu vou falar (AC4).

Além dos conteúdos, as ACS fazem sugestões dirigidas à inovação em relação à **metodologia** - tipo, formato das atividades de educação em saúde – tendo como foco estratégias destinadas a despertar o **interesse** dos usuários. E agregam, ainda, a proposição de uma função **terapêutica** ou de **apoio social** ao trabalho educativo.

São, se forem de maneiras assim, que não deixa a pessoa só parada, só escutando, que ela interaja, que ela participe que... sabe? Que movimento, porque uma coisa só como sala de aula, o professor lá na frente e a turminha lá atrás, então se for só assim eu acho que não tem... (AC2).

Tudo que vira monotonia as pessoas deixam de lado, não querem mais, mas eu acho que o que tava faltando assim hoje até não só com a gente mas em qualquer lugar, é assim se trabalhar com a palestra dinamizada, que eu já gosto de dizer à senhora, quando a gente tava conversando, né? Sobre... sobre o... a terapia, né? (AC1).

É, também tem isso, então, sei lá uma aula, eu não to sabendo a palavra direito, aquelas aulas que você faz pra relaxar, uma aula de pintura, alguma coisa assim, que no meio dessas pinturas fosse voltada pra saúde entendeu, a saúde com essa ação educativa, essa seria legal (AC2).

Assim, se a gente tivesse condições de... de... formar um grupo com os idosos sabe... sabe... é... pra ser assim, pra tirar eles muitas vezes da solidão, sabe mesmo dentro de casa não tem atenção, infelizmente a gente vê que não tem, que às vezes a família não dá atenção então eu acho que se a gente pudesse, é porque a gente né... (AC1).

[...] Eu tava dizendo é por isso que a gente não tem condições, que o meu sonho era ver assim vamos supor as pessoas trabalhando com pintura, sabe, se pudesse ser na uni... a unidade fosse grande, meu sonho era esse, sabe, de ver as pessoas... ter uma

terapia mesmo, uma terapia é... comé que diz? Na prática, não só de conversa (AC1).

As inovações, no entanto, são limitadas pelas **condições materiais**, segundo esta fala:

Eu tava dizendo, é por isso que a gente não tem condições, que o meu sonho era ver assim, vamos supor, as pessoas trabalhando com pintura, sabe, se pudesse ser na uni... a unidade fosse grande, meu sonho era esse, sabe, de ver as pessoas... ter uma terapia mesmo, uma terapia é... comé que diz? Na prática, não só de conversa (AC1).

A referência a ações educativas dirigidas à organização da população ocorre na menção às discussões para a formulação de pautas de reivindicação da comunidade para o Orçamento Democrático, prática que se inaugurou no município com a atual gestão. Frente às reivindicações, uma das ACS se coloca a partir do ponto de vista da comunidade e reconhece a necessidade de enfrentamento do problema através de um processo coletivo de discussão.

Eu, como comunidade, me coloquei no lugar deles, né? Realmente o que eu não quero pra mim eu não dou aos outros, né, a pessoa vim... realmente já é, né... eu espero que a gente ainda vai se reunir pra marcar uma reunião com a comunidade pra ver aí essa questão do acolhimento né, melhorar, sabe Eu realmente, como comunidade, eu reconheço que é uma falha, né, que isso não era pra tá acontecendo, sabe, e a gente vê que em alguns lugares já tá melhorando, acho que é no dia-dia que vai melhorando, acho que o que não pode ficar é como tá já né, não pode permanecer mais isso, sabe, não pode (AC1).

6.2.3 Concepções de diálogo

A proposta de abordar as concepções de diálogo entre as profissionais entrevistadas teve como motivação a necessidade de conhecer que elementos qualificadores de sua prática são valorizados. A abordagem baseou-se em uma pergunta específica do roteiro e abordou a prática do diálogo no conjunto das situações que envolvem a relação com a comunidade e com os usuários da unidade.

Na maioria das colocações das ACS, o diálogo não foi relacionado diretamente à prática da educação em saúde.

Os temas que foram colocados pelas entrevistadas sobre concepções de diálogo convergem substancialmente com os que são relatados em suas falas sobre a realização das práticas educativas, especialmente em relação ao vínculo e às condições limitantes a sua implementação.

As respostas permitem reconstituir a relevância dessa categoria nas práticas da educação em saúde, na medida em que a reflexão sobre as possibilidades e o exercício do diálogo, no conjunto das práticas de saúde, pode se aplicar ao seu desenvolvimento no contexto das práticas educativas.

6.2.3.1 Profissionais de nível superior

Ao conceituarem o diálogo, as entrevistadas apontam como elementos definidores a **troca**, a **atenção** e a **compreensão**, assinalando a dimensão de encontro, a interação, a alteridade.

Bem simples mesmo, é falar e escutar mesmo com atenção o outro. Poder falar, mas também escutar o que o outro tem a dizer, tentar compreender (PS2).

Diálogo eu acho que é uma troca né, uma conversa entre duas pessoas (PS3).

Em uma das colocações, a prática do diálogo é referida a um tipo de encontro com o usuário em que as interações se voltam ao atendimento de **necessidades subjetivas**, **dimensões individuais**, e que se contrapõem ao indiferenciado, ao padronizado.

Então a gente assim, é tomado por tanta coisa, que deixa muito a desejar o que a gente realmente queria fazer, né, às vezes a cobrança, às vezes eu tenho uma coisa muito **mais subjetiva pra fazer**, eu tenho uma **conversa** tão importante pra ter com aquela usuária ali, uma coisa muito além, **além do que seria o meu trabalho** lá e eu tenho uma demanda de umas dez pessoas me esperando pra eu entregar o medicamento. Ta entendendo como são as coisas? (PS3).

Em uma das falas, a interação é descrita como momento de obtenção de informações, assumindo um viés de controle sobre o que o outro tem a dizer ao interlocutor representado pela profissional. O diálogo é **resposta** sobre as ações do usuário perante o profissional.

Acho que é quando, assim, os dois né, eu falo e a pessoa também responde, diz ali direitinho o que está fazendo, o que não está... (PS1).

Assim como as práticas educativas, nas falas das entrevistadas, o diálogo está relacionado ao **tempo disponível** para que se faça a escuta, tempo este que é condicionado pela demanda assistencial. Dessa forma, a prática do diálogo é remetida às possibilidades da relação com o usuário no interior das práticas assistenciais, estando, portanto, condicionado pelos arranjos possíveis para a realização das mesmas.

É quando dá tempo, você diz assim, tempo porque você não pode, chegar um paciente [*e dizer*] “senta aqui” e aí conversa, conversa, conversa, conversa, aí tem os outros lá fora esperando, a gente pensa nisso também (PS1).

Porque, pra haver esse diálogo, eu acho que exige, pra você ouvir o outro, você tem que ter tempo, se você tem vinte pessoas esperando por você, quantos minutos eu vou ter, que tipo de qualidade eu tenho nesse... eu não consigo, sabe, ver assim como otimizar esse tempo. E se você assim dividir o tempo que você tem aqui na unidade pras atividades que a gente tem que dar conta aí como é que fica esse diálogo? Será que, por exemplo, se eu tenho cinco a dez minutos numa consulta, é suficiente? Eu tento, sabe, eu acho que a gente tenta ser mais... (PS2).

Além da disponibilidade de tempo, o diálogo aparece relacionado a **características pessoais** do profissional, que influenciam no estabelecimento da **relação** com o usuário. Entre as características que facilitam o diálogo entre profissionais e usuários, aparecem nas falas das entrevistadas, ser capaz de inspirar **confiança**, mostrar o **respeito**, a **dedicação** e a **atenção** ao usuário, além da disponibilidade de tempo.

Acho que a confiança, simpatia, ganhar confiança... (PS1).

Educação, ser um profissional respeitoso, ser um profissional dedicado. [...] O respeito, a atenção, o tempo... (PS3).

Os pontos que dificultam o diálogo do ponto de vista do profissional incluem os atributos contrários, que indicam uma não disponibilidade do profissional em estabelecer uma relação com o usuário: autoritarismo, egoísmo, falta de educação (boas maneiras, grosseria). “Ah eu acho que é o autoritarismo, o egoísmo, a falta de educação” (PS3).

Uma das entrevistadas, em sua fala, assinala como uma das características do profissional que dificulta o diálogo, o seu **preconceito** quanto à capacidade de compreensão do usuário. “O que dificulta... Primeiro, eu acho que já é a nossa pré-concepção que as pessoas não captem a informação” (PS2).

Por outro lado, em relação ao usuário, caracteriza a existência de uma **reserva** e de um **temor** que interferem tanto na fala, como na escuta do que está sendo dito pelo profissional.

E de lá pra cá também, eu acredito que eles também têm uma dificuldade de escutar o que o profissional diz e já escuta com um certo temor. Não flui muito a conversa, não falam tudo que querem, o que pensam. Têm sempre reservas. Não conseguem se abrir, falar, eu acho. Falar da experiência (PS2).

A necessidade da existência de uma **disposição recíproca** – de profissionais e usuários – para que se dê o encontro e a troca é assinalada na seguinte fala:

É uma troca, eu acho que tudo, eu acho que pra que aconteça é preciso os dois terem vontade, né, que aconteça, senão não acontece. Tem que ter, senão se torna um

monólogo. Eu falo, falo, falo a pessoa se levanta e sai. Pra que haja troca realmente... (PS3).

Da mesma forma que para as práticas educativas, as falas sobre o diálogo fizeram referência **ao vínculo** e à **confiança**. Estes foram mencionados tanto como **resultantes** da experiência do diálogo, como enquanto elementos que **favorecem** a sua realização no cotidiano da USF.

Nesta fala, o diálogo constrói o vínculo em um processo cotidiano e baseado na qualidade do encontro entre profissional e usuário. O diálogo, aqui, relaciona-se à continuidade de um modo de realizar o encontro, baseado no falar e no calar para escutar o outro, na tolerância e no respeito.

Eu acho que a gente estreita o vínculo é na relação mesmo, na relação do dia-a-dia, na atenção que é dada, no respeito, né na tolerância né. Quando se ouve, quando você fala e ouve. No momento certo a gente sabe falar, no momento certo a gente sabe calar (PS3).

O diálogo, em outras falas, é associado à construção do vínculo através da proposição de um modelo de prática de saúde caracterizada pela relação com a população, baseada no conhecimento de suas necessidades e do seu contexto de vida.

Então assim, eu gostaria que fosse diferente, eu gostaria de ter mais liberdade pra poder realmente analisar o que é que tá acontecendo na área. Estudando a área, a gente pudesse sentar e ver, vamos ver realmente o que é que tá acontecendo. Não temos condição disso, né? (PS3).

Porque eu acho necessário, porque eu sinto vontade de conhecer as famílias, eu sinto vontade de saber quem é d. Maria, quem é seu José, e saber o problema deles, se chegar pra mim e eu saber falar, sabe. [...] Eu tenho vontade de chegar na casa da pessoa e saber o que acontece ali naquele momento, qual a conjuntura daquela família (PS3).

De forma distinta, nesta fala, o diálogo é limitado pela **fragilidade do vínculo**, construído em pequenos encontros fragmentados, comprometidos pela urgência e pelo imediato, marcados pela não permanência, em que não há o **tempo da interação**.

Porque o nosso, o nosso vínculo ainda é frágil, o vínculo é frágil devido à falta de tempo, o contato rápido, a demanda urgente, imediata – é um vínculo ainda que é feito assim sempre, é... pequenos momentos repetidamente, várias vezes a gente tem poucos encontros e pequenos assim. Aí eu não sei se dá pra sedimentar se dá pra... E o ser humano eu acho que tá sempre buscando as coisas urgentes e as importantes vão ficando assim de lado (PS2).

O vínculo como condição para que o diálogo se viabilize surge de forma indireta em outras falas. Neste sentido, o diálogo foi mencionado como o processo mais difícil de ser construído na relação com a comunidade, dependendo de um processo de conhecimento da

mesma, para que o profissional possa se fazer entender e conseguir credibilidade junto à população. E, para isto, o tempo foi referido como o elemento central.

Eu, quando cheguei aqui, eu achava que sabia muito [...] eu achava que eu tava pronta, a questão da comunidade, eu não achava que era difícil, não. Mas, menina, hoje eu acho que o nó pior é esse. É você conseguir chegar e dialogar com as pessoas e se fazer entender e ser acreditada, sabe? Eu acho que quanto mais tempo a gente passa, mais a gente vai conhecendo a área [...]. E isso vai fazendo com que você se torne mais acessível, sabe, mais... sensibiliza mais a reagir diante de determinada situação. Porque só o tempo dá a condição de você ter esse conhecimento da área (PS2).

Diálogo e construção da relação e do vínculo com a população estão interrelacionados nas falas das profissionais entrevistadas, convergindo para o reconhecimento da dimensão intersubjetiva desse processo. A reciprocidade, as correspondências entre fala e escuta, o lugar do outro são aspectos que emergem nas falas das entrevistadas.

O tempo emerge nas falas como elemento considerado essencial à construção do vínculo e, à possibilidade do diálogo. Tanto o tempo que permite a qualidade de cada encontro, como o tempo da continuidade que dá a oportunidade de novos encontros e da construção da relação e do vínculo, propiciando espaço para trocas cada vez mais significativas e enriquecedoras para os interlocutores.

Estreitamente ligada ao **vínculo**, a **confiança** foi mencionada como categoria relacionada ao **diálogo**. A conquista da **confiança**, enquanto aspecto da construção do diálogo, esteve relacionada à **disponibilidade** do profissional para o atendimento das necessidades do usuário e à **credibilidade**.

A disponibilidade se expressa na **dedicação** e no **tempo** para a realização do cuidado, descritos nesta fala como elementos constitutivos da confiança, pelo processo de aproximação entre o profissional e o usuário.

Primeiro, eu volto à questão do tempo que a gente veio, eu acho que a família que eu me aproximei, que eu me dediquei muito mais a ela nesse projeto terapêutico lá de saúde mental, eu acho que eles confiam mais em mim (PS2).

A **credibilidade**, para a entrevistada, resulta da correspondência entre o que se fala e o que se cumpre na relação com o usuário, podendo ser relacionada à **honestidade** no uso da palavra, se contrapondo ao processo de perda de confiança pelo não cumprimento das promessas e pela manipulação política clientelista, já relatada a propósito das características das práticas educativas.

A confiança, dá pra estabelecer essa confiança porque eles estão vendo na prática que eu estou tentando ajudá-los. Eles veem que eu não tô só no discurso, o discurso

eles já estão acostumados a escutar. Então, quando eu faço, quando eu faço mesmo, quando parte pra prática, eles estão vendo (PS2).

A gente sabe que lógico que não deixa de ter uma intenção, toda ação tem finalidade. Mas que, assim, que isso não é a exploração do outro, não é visando o mal do outro. Não é tentando obter assim, outras coisas assim... Porque as pessoas estão cansadas de pessoas que estão infiltradas na comunidade seja profissionais, médicos... (PS2).

As **dificuldades** à realização do diálogo, segundo as entrevistadas, foram a **desconfiança** resultante da experiência de **manipulação política** vivida pela população e as situações de **conflito com os usuários**.

Na fala, a **desconfiança** da população ocorreria pela possibilidade da busca do diálogo estar sendo guiada por interesses pessoais, caracterizando uma **relação de exploração** e representando até mesmo a possibilidade de serem **prejudicados**.

Então assim eu acho que as pessoas já tão muito, são muito desconfiadas de toda experiência que eles tiveram. Então, quando você se propõe a dialogar “Que danado essa doutora quer?” Aí fica até, né, se resguardando com medo “O que ela tá lucrando de mais, o que é que ela quer, na verdade, pra tá ajudando assim?” Eu digo da minha parte, né, mas assim, não só da minha né, a da equipe como um todo. As pessoas têm até medo de se aproximar muito umas das outras, porque acha que tem sempre uma segunda e terceira intenção ali (PS2).

Vale ressaltar que a prática do diálogo é vista como ligada a interesses eleitoreiros até mesmo entre os profissionais de nível superior.

O diálogo é visto como interesse político até por colegas profissionais. Eu fui dizer que tava fazendo isso aí, aí um colega disse: “Pronto, você já tá pronta pra ser vereadora” – começam a debochar... (PS2).

A emergência de **conflitos com os usuários** no cotidiano da unidade é resultante, em grande medida, da dificuldade para conseguir vagas para o atendimento. Em suas colocações, as profissionais entrevistadas referem-se à dificuldade de negociar as demandas por atendimento imediato, que ocorrem cotidianamente, que repercutem sobre a relação interpessoal. As falas tanto se referem à incompreensão do usuário frente às normas e à disponibilidade do serviço, como mostram compreensão da entrevistada frente ao desgaste da população pelas dificuldades enfrentadas no contato com a rede de serviços.

Então essa, essa coisa assim de dizer não ao usuário pra o atendimento clínico, eu acho que isso pesa muito. [...] Então uma dificuldade que eu vejo é essa, de dizer não à demanda as pessoas que me procuram. Porque não entendem, porque não conseguem ter acesso ao tipo de... as consultas aqui então essa é uma dificuldade pra dizer não sempre (PS2).

E muitas vezes quando a pessoa já veio por não conseguir muita coisa, porque a rede ainda é muito deficitária ou a gente ainda está caminhando, né, em busca de muitas coisas. Então eles, o apelo da saúde é muito grande, né. E por ele muitas vezes não

atingir os objetivos dele, não conseguir, o... atingir as necessidades mínimas dele. Não conseguir aquilo lá, então ele fica muito ansioso, nervoso, muito intolerante. Então muitas vezes não quer, não quer, não aceita muitas coisas. Não aceita uma conversa, não aceita um diálogo. Então as exigências são muitas e ele, ele rejeita muitas vezes qualquer tipo de relação porque ele acha que “o que eu queria não consegui” e por aí vai... aí isso aí dificulta muito né (PS3).

Apesar dos questionamentos e dos relatos de conflitos, a relação com o usuários é descrita como salutar, sendo valorizada enquanto uma relação de troca, mas limitada pelas necessidades de atender às demandas e pela falta de tempo.

Eu acho que é uma relação salutar, é uma relação de troca, eu acho assim, muitas vezes eu tenho que impor alguns limites devido à demanda que a gente tem, devido ao tempo, devido à sobrecarga que a gente tem que ainda é uma coisa que consome demais a gente (PS3).

A proposta da **política municipal de saúde** é identificada como tendo papel positivo na construção de práticas educativas dialógicas. O processo de educação permanente, o apoio matricial como desencadeador de discussões do processo de trabalho para a construção de propostas usuário-centradas, têm enfatizado a construção do vínculo e relações de confiança com o usuário e o estímulo ao diálogo e à participação. O processo de formação da equipe, através da proposta da educação permanente, é referido como mecanismo (“dispositivo”) capaz instituir a prática do diálogo no cotidiano da unidade, assimilação da proposta no nível do discurso da profissional.

É... eles têm como política de educação em saúde, a política da educação permanente, e a questão do matriciamento, e eu vejo da gestão, uma necessidade assim, que as equipes trabalhem o empoderamento da comunidade, né... Em aspectos até mesmo conceituais, assim, questão de saúde, por exemplo política de, a questão da participação popular e eles fazem isso a partir do setor central né, vem pros distritos, e eles fizeram por exemplo um projeto de NASF, de núcleo de apoio a saúde da família, totalmente diferente de outros municípios, pensando na educação permanente (PS2).

A partir do momento que eles fazem com que os apoiadores trabalhem dentro das equipes, não só na perspectiva clínica, mas de organização do processo do trabalho, eles começam a passar esses conceitos que a gente deve fazer não palestras, mas rodas de conversas... Que a gente deve conversar com o usuário, repassar alguns conceitos, mas tentando escutar também o usuário que a gente deve tá assim, dividindo, compartilhando saberes, com a equipe, que o médico, por exemplo, e enfermeiro deve fazer, médico e enfermeiro, toda equipe deve fazer, é... (PS2).

Nesse contexto, a experiência de construção de projetos terapêuticos é referida como espaço para educação em saúde e da construção de diálogo e vínculo. Nos relatos das profissionais, há a emergência da **ação educativa como parte da estruturação do cuidado**, o que traz associada a problematização sobre os conteúdos e os propósitos da mesma, além de

identificar os espaços de discussão e interlocutores para darem suporte ao cuidado. Além disso, traz questões relativas à organização do processo de trabalho.

Pronto, aí a gente acabou de internar uma delas a semana passada e ela veio, eu fui visitar... Não tá escrito que eu tenho que fazer visita domiciliar, mas eu fui fazer a visita lá onde ela estava. Não tava escrito que eu devia ir buscá-la e trazer pra casa, mas a família queria deixar internada no hospital e eu tive que ligar várias vezes para a família fazer uma comida em casa e ir no sábado de tardezinha e entrei no sábado à noite, na casa da... da família, trouxe, aí eu trouxe, fui buscar o usuário lá no PASM (PS2).

Vim pra casa dela, deixei, a gente comprou bolo e tal, pedi pra eles fazerem um café, a gente fez uma acolhida pra ela, entendeu, saí de lá no outro dia. Pra ver se tenta resolver uma situação né, evitar conseqüências, porque a família tava com raiva dela queria que ela passasse um mês internada, então eu quis tentar reintroduzi-la na família, mostrando que ela tava, não fazia aquilo não era só questão de ruindade, só que eu já soube que ela não tá bem, ela tá atirando pedra, ela tá atirando pedra na vizinhança Então, que atividade educativa eu posso fazer nesse caso? (PS2).

6.2.3.2 Agentes Comunitárias de Saúde

O conceito de diálogo para as ACS está fundamentado nos elementos de **interação, vínculo e reciprocidade na fala e na escuta** entre os indivíduos. Além desses componentes, é mencionada a construção do entendimento, baseada na reciprocidade, na escuta.

Diálogo é a maneira como a gente interage, através da conversa, a gente vai criando um vínculo e a gente vai descobrindo as coisas mesmo, acho que... é isso, a interação mesmo, entre as pessoas, entre o conhecimento, acho que é isso (AC2).

É a conversa assim, quando você né ta ali conversando, como eu disse, também escutando o que a pessoa, o que aquela família, aquela usuária tá falando. Então é você conversar, mas você escutar também, né (AC1).

Você ter diálogo com as pessoas, é...*(pausa para elaborar)* é responder também e eu acho que é isso que eu faço, é responder, porque se eu for, antes de ouvir ela, tá entendendo? E for passar na frente dela, vai ter uma contenda, porque muitas vezes eu já quis fazer isso, elas falam: “AC4, me escuta, me ouve!” (AC4).

Em uma das falas o diálogo é construído a partir da escuta. Através da escuta, se tem acesso aos problemas vividos pela família em seu conjunto e a identificação de particularidades de cada membro, e a partir desse conhecimento a ACS constrói sua fala. A caracterização do diálogo nesta fala é a de um processo que se fundamenta nas necessidades do usuário, identificadas pela disponibilidade à escuta atenta da ACS.

Aquilo que eu falei, eu sou mais de ouvir do que falar, quando eu vejo a hora de falar, eu entro. Então é bom ouvir deles, pelo menos a gente sabe que o que eles tão passando é mais assim problemas de família, aí vem... porque primeiro tem a doença, né, os problemas deles. Vêm os problemas deles, vem o problema com a

família, problema com o marido, tá preocupado com a família lá do outro lado. Então é isso, eu sou mais de ouvir do que falar (AC3).

O diálogo também é referido ao processo de construção do **vínculo** com a população usuária, sendo descrito como processo que fortalece a relação entre população usuária e equipe. *Este processo é valorizado, inclusive, por propiciar maior aproximação do usuário à equipe de saúde.*

Porque, pra eu chegar no convívio deles, eu tenho que conversar, eu tenho que procurar a melhor maneira de chegar naquele ponto. Então, é através do diálogo que eu consigo ir mais a fundo, descobrindo e conseguindo o vínculo mesmo, através do diálogo (AC2).

Pra o usuário, eu acho que também serve, porque é a interação, né, o diálogo é que vai unir tanto o usuário com o agente, como com o pessoal da equipe, né (AC2).

Por outro lado, o diálogo é entendido como conversa através da qual a ACS tem acesso a um maior conhecimento sobre o usuário, conhecimento que é relacionado a uma dimensão de controle sobre as vidas dos indivíduos, traduzindo uma visão centrada no profissional, pragmática, em que o diálogo deixa de ser troca, distanciando-se de seu significado original.

Por isso que é importante o diálogo, né, porque é através dele que eu vou descobrir se a pessoa realmente tá ou não tá... E ainda tem aquele porém, as pessoas que mentem, né, a gente vê aí... (AC2).

É importante assinalar que em, uma das falas, uma ACS caracteriza a disponibilidade para a escuta como um aprendizado da capacidade de perceber o sofrimento do outro e se colocar em posição de construir saídas e alternativas de intervenção.

Olhe, precisou na questão assim, que eu era assim, uma pessoa que eu escutava, mas não escutava assim como escuto hoje, né, a comunidade... [...] Então... assim, sabe, o... o... de ver, de olhar, sabe, o que o outro ta passando, às vezes, eu era ali aquela situação, porque tava passando, eu sabia que tava, mas, sabe, eu não fazia nada, não fazia assim minha parte, não fazia nada pra ajudar e hoje eu acho que, hoje eu sou mais humana, né, eu aprendi muito assim, muito mesmo... aprendi muito (AC1).

Entre os fatores que **dificultam** a construção do diálogo foram mencionadas a falta de disposição ao entendimento e as predisposições pessoais, do profissional e do usuário. A dimensão intersubjetiva opera já na delimitação da possibilidade do diálogo – este não é visto como possibilidade de construção de relações de mudança nas disposições pessoais –

A falta de compreensão, sabe, das pessoas, o que dificulta (*o diálogo*) é isso (AC1).

Acho que, pronto, se eu for por resistência pessoal, porque fulano é assim, fulano é assado, acho que não vai rolar bem, eu não vou ter... eu não vou me soltar bem, eu não vou saber as palavras usar, sabe, acho que pode dificultar isso, a resistência que

eu mesmo posso ter e também a pessoa, porque às vezes eu posso... sou totalmente aberta e a pessoa tá bem restrita pro meu lado, acho que dificulta (AC2).

As ACS relacionam a possibilidade do diálogo a uma abordagem cuidadosa, onde se sobressaem o respeito ao outro e a compreensão da diversidade, elementos que vão ser levados em consideração no momento de se estabelecer a relação com o usuário a partir de sua singularidade, definindo o tipo de linguagem a utilizar e os conteúdos apropriados a cada situação.

Acho que a maneira como eu chego mesmo, de saber abordar, como se eu fosse abordar um tema, conversar com uma pessoa, eu tenho que saber a pessoa, eu não vou chegar pra um jovem e ir conversando a mesma coisa que eu abordo com um idoso, ou chegar pra um idoso e falar o que eu tava falando com um jovem. É totalmente diferente, né? O jovem tá na flor da idade, tá nos hormônios flor da pele, tudinho e o idoso não, tá naquela calma. Alguns idosos que eu acompanho são mais o quê, evangélicos, outros não, aí tem que saber como dizer, como encaminhar, sabe, aí tem isso (AC2).

É também tem isso, é... sabe? A gente saber respeitar o que cada um segue, se é evangélico, você é católico, você é, sei lá outro tipo de religião... umbanda, sabe? A gente tem que... o agente de saúde não pode levar isso, não, tem que saber a maneira certa de conversar, então acho que é isso, a maneira como eu chegar, como eu falar, acho que facilita (AC2).

6.3 Resultados da observação participante

A observação participante teve essencialmente o papel de subsidiar as entrevistas, proporcionando elementos de análise a partir da observação das visitas domiciliares das agentes comunitárias de saúde e das situações do cotidiano da unidade de saúde e reuniões realizadas com a comunidade. Dessa forma, os dados da observação triangulam as entrevistas em relação às características das ações educativas no cotidiano da atenção básica.

A coleta de dados através da observação direta, já descrita na metodologia, teve a duração de quatro meses (31/10/08 a 28/02/09), compreendendo várias situações e momentos do cotidiano da unidade de saúde. Foi feita observação direta das práticas educativas no cotidiano da unidade, nas visitas domiciliares e reuniões na unidade de saúde e na comunidade.

Foi utilizada observação livre, a partir das situações do cotidiano do serviço, buscando contemplar as questões que constavam do roteiro. O roteiro inicial para a observação, descrito na metodologia, contemplou aspectos relativos às características das

práticas educativas, através das seguintes questões: Que características estão presentes de forma explícita ou implícita nas colocações e nas atitudes dos profissionais, nas atividades educativas? Em que tipo de modelo de comunicação se baseiam as práticas educativas? Como se constroem o diálogo e as relações com os usuários nas práticas educativas?

As situações acompanhadas, descritas no capítulo da Metodologia, foram:

- **no cotidiano da sala de espera da USF:** as conversas, as orientações e informações passadas, as demandas e a forma de lidar com as discussões e conflitos. As ações (verbais, gestos etc.), atividades, significados. Momentos informais com membros da equipe, onde se identificaram concepções sobre educação em saúde.
- **visitas domiciliares** – o trabalho das ACS e, esporadicamente, outros membros da equipe, observando as situações de fala, ações, atitudes, atividades desenvolvidas pelos profissionais.
- **reuniões** – foram observados as falas, as concepções sobre educação em saúde, diálogo, e sobre o sujeito usuário e a comunidade; o processo de formulação das práticas educativas; as ações, atitudes, significados e interações na relação com o sujeito usuário.
 - o reuniões da equipe com apoiadores/gestão: só com a equipe da USF ou com as outras equipes que atuam na área –, como parte do processo de matriciamento e de educação permanente. Discussão de temas do curso de especialização em saúde da família; atividades de dispersão do treinamento introdutório dos ACS; programação de atividades, discussão de pautas de trabalho.
 - o reuniões internas da equipe de saúde da família:
 - rotina – preparação de atividades, organização de pautas de trabalho, encaminhamento de ações de rotina e extraordinárias, como campanhas (dia D da Dengue), relatório anual e entrega de solicitações de dados específicos por parte da gestão;
 - discussão de temas e preparação de atividades de dispersão do treinamento introdutório das ACS: palestra sobre o SUS realizada como atividade do curso das ACS;
 - reuniões para discussão de projeto terapêutico de pacientes psiquiátricos – com a equipe da USF e com familiares dos pacientes.
 - o reuniões com a comunidade ou representantes com apoiadores/gestão: Orçamento Democrático; reuniões do conselho comunitário (definição da sede da unidade integrada e processo de integração).

- **atividades educativas coletivas** - campanha, comemorações – as ações, atitudes, relações e interações que ocorrem
 - o palestra sobre o SUS
 - o atividades da Semana da Mulher
 - o realização do dia D da Dengue

Os resultados aqui apresentados dizem respeito às situações em que as ações de educação em saúde se colocaram de forma mais evidente e sistemática: as **visitas domiciliares** e o **cotidiano da unidade de saúde**. As demais situações serão abordadas de forma a complementar as observações analisadas nesses tópicos: as **reuniões** proporcionaram elementos a respeito das concepções sobre educação em saúde e as **atividades educativas coletivas** complementam as observações sobre o conteúdo e o tipo de prática educativa que se realiza no cotidiano da unidade.

A análise dos dados das observações se concentrou no eixo temático **características das práticas educativas**, abordando o conteúdo, o tipo de atividades e o **processo de realização**.

6.3.1 A rotina da Unidade de Saúde da Família

A observação da rotina da unidade de saúde apontou alguns aspectos relacionados às características das práticas de educação em saúde: frequência de práticas coletivas de educação em saúde, conteúdos abordados, interações que ocorrem no cotidiano da unidade (a respeito da regulação do uso do serviço, orientações sobre prescrições, encaminhamentos, agendamento). Foram observados, também, aspectos relativos ao contexto institucional relativos especificamente à organização do processo de trabalho.

O espaço exíguo da sala de espera é tumultuado em dias de atendimento. A televisão é onipresente, as conversas são variadas. Os usuários dirigem-se à recepcionista, há um movimento grande de pessoas para aferir a pressão arterial, tanto os que vão para os consultórios, como os que vêm simplesmente fazer o monitoramento. A observação da rotina na sala de espera da unidade mostra-a como o espaço de negociação entre o serviço e os usuários, onde ocorrem os encontros cotidianos.

OB7.7 - No movimento cotidiano, no entra-e-sai, vão se construindo conversas, entendimentos, trocas. A informação sobre o horário, sobre o remédio – como

tomar. As sugestões, os eventos da vida vão sendo narrados e compartilhados. A USF é também um ponto de encontro para alguns usuários (Informação escrita)¹⁸

Os processos que ocorrem neste espaço expõem as tensões entre o cotidiano e as necessidades da população, e a lógica do serviço, as quais se expressam muitas vezes sob a forma de conflito.

Em relação a ações de educação em saúde, no período de observação, foram escassas as **práticas coletivas** enquanto momentos de transmissão, repasse ou discussão sobre temas específicos. Não foram observadas rodas de conversa ou palestras sobre **temas específicos** como atividades cotidianas da unidade, apesar de as mesmas serem relatadas nas entrevistas com as profissionais de nível superior e as ACS. Estas atividades ocorrem de forma pontual, determinadas principalmente pela agenda do município e demandas da gestão. Predominam as orientações fornecidas pela recepcionista – também atendente de enfermagem –, pelas agentes comunitárias e, às vezes, pela atendente do consultório odontológico. As orientações dizem respeito majoritariamente à regulação do uso do serviço – compreendendo informações sobre horários, dias de consulta, dias para controle – e orientações sobre prescrições, encaminhamentos, agendamento.

Os conflitos cotidianos surgem principalmente em torno da regulação da relação do usuário com o serviço. As reclamações aparecem por falta de vaga para os atendimentos, pela falta de medicamentos, pela demora nos encaminhamentos de exames e consultas de especialidades.

A população da área de abrangência da USF chega de madrugada, espera até as 7 horas para então pegar a ficha para o atendimento com a médica, a enfermeira ou a dentista. A distribuição das fichas para o atendimento é feita pelo vigilante, após o que os usuários vão para suas casas para retornar depois, com a chegada da recepcionista, que os inscreve na lista para o atendimento por ordem de chegada.

O conflito maior se dá em função do atendimento médico. Observaram-se e foram relatados momentos de conflito, na maioria das vezes envolvendo a disponibilidade de vagas para o atendimento.

No período de observação, ocorreu um desses conflitos, particularmente forte, aqui relatado:

OB9.1 – Hoje houve forte conflito com AC4, que ocupava o lugar da atendente – em férias –, ao explicar que não podia deixar consultas marcadas de antemão, por orientação do distrito sanitário. Os ânimos se acirraram, a ACS sentiu-se pressionada pela população a fazer algo que era proibido, e que ela “não podia ir

¹⁸ Registro do Diário de Campo.

contra”. Ficou exaltada e a população reagiu. A ACS ficou assustada, não conseguiu lidar com a situação, pois não podia ir contra a norma do serviço (Diário de Campo).

Nesse processo cotidiano, observaram-se atitudes e reações variáveis dos profissionais e seus modos de transmitir as informações em relação aos processos de comunicação. Às vezes, o usuário é classificado como ingrato ou mal-educado, a equipe fica ofendida e magoada, recrimina, sente-se incompreendida.

OB7.6 - Noto que a construção que os ACS (a equipe) fazem sobre a população é a de uma necessidade de agradecimento por parte da mesma em relação à USF. As críticas nunca são bem-vindas, são acolhidas com mágoa (Diário de Campo).

Há dificuldade de qualificar o diálogo, a tentativa de explicar, negociar, justificar é passível de desencontro. A reação de uma ACS foi a de caracterizar os usuários como ingratos, frente à reação agressiva de uma paciente pela impossibilidade de ser atendida naquele momento: “Tá vendo como eles são? Não reconhecem o quanto a gente faz” (Diário de Campo).

Outras vezes o usuário é alguém que tem problemas, para quem a vida está difícil e por isso “explode” na sala de espera, e que precisa de compreensão. Essa relação ambígua entre os profissionais e o sujeito usuário que reclama fica clara na reflexão que as ACS fizeram em reunião da equipe, a respeito de uma dinâmica que se realizou no Treinamento Técnico. O trabalho, que utilizou dramatização baseada no Teatro do Oprimido, assinalou para as ACS que o personagem do usuário é representado por elas como opressor, ameaçador, ou desvalido e dependente do cuidado a ser desenvolvido pela equipe.

OB18.4 – No relato sobre a dinâmica o ‘teatro do oprimido’ realizada com as ACS na véspera, comentam o fato de o paciente ser interpretado como opressor, ameaçador, como alguém que precisa ser domado através dos argumentos (Diário de Campo).

Outra situação bastante comum foram as negociações sobre o comparecimento de usuários às ações de controle e instruções sobre prescrições e tratamentos, como é o caso dos hipertensos e diabéticos. Buscava-se instruir os usuários a comparecerem nos dias definidos porque, no período de observação, o atendimento a esses grupos dependia da possibilidade da atendente de enfermagem ser liberada da recepção através da ajuda de alguma das ACS ou de algum estagiário de enfermagem. No atendimento a esses grupos, predominam as orientações sobre a importância de não faltar às consultas de controle, não deixar de tomar a medicação e como usar os medicamentos.

OB11.2 - O pessoal que vem em dias fora do calendário para a retirada de medicamentos sempre é lembrado da regra dos dias certos. A dificuldade de

entendimento parece estar relacionada ao confronto entre norma e cotidiano (Diário de Campo).

No período de observação, a atendente acumulava sua função com a de auxiliar de enfermagem, necessitando que a equipe se mobilizasse para dar suporte no momento de retirada dos prontuários e em atividades como aferição da glicemia e da pressão arterial, ou pesagem das crianças. Era comum encontrar as ACS na unidade, antes de saírem a campo, nesse trabalho. Nos períodos de férias da atendente, as ACS se revezavam nessa função. Para as ACS, essa superposição de papéis é objeto de brincadeira constante, referem-se a si mesmas como “Bom-Bril, mil e uma utilidades”.

As atividades assistenciais ocupam grande parte do cotidiano da unidade. Em conversa com a médica, esta refere-se a essa situação e diz que “é legitimada pela população, que tende a ver o serviço com essa função” (OB1.1, Diário de Campo).

OB19.4 -Assisto a uma discussão da médica com usuária na sala de espera. É dia de entrega de medicamentos e controle de portadores de hipertensão arterial e diabetes, a sala cheia com esses usuários e outros problemas, inclusive o paciente de portador de hipertensão de ontem. A médica pede compreensão, que hoje não é dia de adulto. Mas a mulher insiste, quer um encaminhamento, exige ser atendida. Há irritação, confronto, ao fim, a médica diz que vai atendê-la, mas depois das urgências (Diário de Campo).

OB6.4 - Apesar da escala e da programação, o atendimento se desdobra frente à demanda, que ultrapassa o número inicialmente previsto. Além da consulta com a enfermeira, há pesagens, medição de pressão arterial, curativos, vacinas, injeções, entrega de medicamentos. E também marcação e entrega de resultados dos exames (Diário de Campo).

Além das demandas assistenciais, outras situações surgem sob a forma de reuniões com as outras equipes da área ou com apoiadores, às vezes, marcadas à revelia da equipe, atividades da Formação Técnica das ACS, ou demandas como campanhas para intensificação de atividades com vistas a atingir metas de procedimentos, implantação de novos formulários do SIAB, levantamentos de dados, ou realização de campanhas de prevenção em função de datas. Em uma das reuniões dos apoiadores com a equipe, foram feitas as seguintes demandas:

OB 5.3 – (Os apoiadores) Pedem estatística de usuários de álcool e drogas. A intervenção se dará no sentido de ordenar o trabalho junto aos usuários. Pedem também caso clínico para as ACS. Discutirão a rede a partir desses casos. Lembram a terapia comunitária como uma ferramenta importante. Pedem levantamento dos estabelecimentos comerciais e de infraestrutura das micro-áreas, dando prazo de um mês (Diário de Campo).

Em outra ocasião, foi pedido que a USF desse suporte a um levantamento domiciliar de situação da vacinação contra rubéola, no final de semana:

OB10.4 – É discutida a realização de um levantamento amostral para avaliação de cobertura de vacina contra rubéola no final de semana, solicitando o acompanhamento de alguma das ACS (Diário de Campo).

OB10.5 – Os motivos não são explicados, a atividade é recebida com saturação, como algo que tem que ser feito, mas que carece de qualquer sentido e cujos resultados não serão vistos pela equipe. Nem sequer para se ter uma estimativa local ou um cadastro dos que foram entrevistados (Diário de Campo).

A necessidade de agilizar os processos de decisão, de respostas rápidas frente a determinadas situações pode ocasionar atropelos à agenda da USF, como neste caso:

OB14.1 - Visita do apoiador trazendo a notícia da data para atividades de dispersão da formação das ACS, interferindo no cronograma da USF. É questionado por PS2, que não havia sido informada. A atividade será realizada na próxima 5^a. feira, daqui a dois dias (Diário de Campo).

A busca por atingir metas ainda é presente, mesmo levando-se em conta que são metas pactuadas em amplo processo de discussão, causam sobrecarga e interferem na rotina da USF.

OB24.2 – A campanha do citológico tem como meta atingir 90 exames em 10 dias. A pressão é grande, requer visitas domiciliares para a busca de mulheres que ainda não fizeram o exame (Diário de Campo).

Neste contexto, a disponibilidade de tempo para as ações de educação em saúde é reduzida. O fato de não serem viáveis espaços cotidianos de encontro entre os usuários e os profissionais com a finalidade específica de discussão e troca de informações – determinando o seu caráter esporádico –, assim como o seu formato vertical, vai limitar as oportunidades de enfrentamento crítico dos problemas e a construção de novas propostas de formas de cuidado, de caminhos de transformação nas condições de saúde e de vida da população. Dessa mesma maneira, ficam comprometidas as possibilidades de realização das ações de estímulo à organização e controle social, ou seja, à participação da população.

O processo de formulação das atividades de educação em saúde é vertical, não resultante de um processo de problematização com os usuários ou de conversas informais com os mesmos, ou de uma percepção de necessidades construída por reflexões sobre as experiências cotidianas dos profissionais da equipe.

Nas práticas coletivas de educação em saúde realizadas durante o período de observação, predominaram as palestras, destacando-se a atividade “Em Defesa do SUS” e a realização de atividades durante a Semana da Mulher. No período final do trabalho de campo, foram realizadas reuniões de programação do Dia D da Dengue e reuniões para discutir a construção da unidade de saúde integrada que passaria a atender a toda a área do Grotão.

A atividade de educação em saúde “Em Defesa do SUS” foi realizada como atividade de dispersão do Treinamento Técnico das ACS, com a finalidade de levar ao conhecimento da população, os princípios do SUS. Essa atividade deveria ser implementada pelas equipes das três unidades de saúde do bairro, nas respectivas áreas de abrangência.

Durante o processo de preparação da atividade, foi realizada uma reunião em que foram discutidos os fundamentos e os objetivos da mesma, com a presença dos apoiadores e das três equipes de saúde. De acordo com os apoiadores, a finalidade da reunião foi chamar a atenção das equipes e das ACS para a necessidade de se defender o SUS.

A atividade proposta tinha como objetivo apresentar à população a proposta do SUS, enfatizando sua dimensão como direito de cidadania. Na discussão, um dos pressupostos era que a população não reclamava seus direitos, sendo passiva frente aos problemas de funcionamento dos serviços, e que seu posicionamento crítico impulsionaria a mudança e a melhoria da qualidade da atenção pela cobrança que poderia ser feita sobre os profissionais.

A proposta foi a da construção de uma relação entre população e serviço, em que a mesma viesse a ser fiscalizadora do cumprimento por parte dos profissionais de suas atividades. A intenção parece ser a de deflagrar processos no cotidiano dos serviços que contribuam para impulsionar as mudanças na organização do trabalho. Embora a possibilidade de mobilização tenha sido colocada como resultado esperado dessa atividade, pela gestão, acompanhou-se da recomendação na reunião de que “não pode ser reclamação de revolta. Usar carta, abaixo-assinado etc.” (OB16.15, Diário de Campo), segundo a colocação de um dos coordenadores em reunião com as equipes da área.

Durante o processo de preparação da atividade, as ACS mostraram-se inseguras em relação ao tema.

OB15.3 - Perguntam sobre o ‘que são políticas públicas’. Não conseguem entender o conceito. Têm dificuldade com os textos, com a forma de ensino, a linguagem. Sentem-se sós. Acredito que o problema radica na falta de uma leitura do conceito a partir do seu próprio campo de experiência (Diário de Campo).

A atividade foi realizada em 12/12/2008, havendo comparecido pouquíssimas pessoas, mas as ACS relatam que não tiveram problemas para falar com o grupo reunido.

OB27.1 - Procuo saber como foi a atividade educativa. Dizem que vieram pouquíssimas pessoas, mas que não tiveram problemas para falar. Todas falaram, tocaram no ponto da mobilização da comunidade e isto possibilitou uma reflexão no grupo, com sensibilização de algumas pessoas. O líder da comunidade em cuja casa foi realizada a reunião se colocou falando da dificuldade de mobilização. As outras USF tiveram uma frequência maior, e as ACS acham que foi pela capacidade de mobilização do pessoal. Quando o apoiador disse que elas deveriam rever suas práticas de trabalho, elas argumentaram que o problema do esvaziamento se repetia em outras reuniões na casa desse líder comunitário (Diário de Campo).

As atividades da Semana da Mulher ocorreram no período de 16 a 20/03/2009 por recomendação da gestão. No entanto, verificou-se a capacidade da equipe e das ACS de aproveitarem criativamente a data para o trabalho educativo. Durante o período, a equipe instituiu uma rotina diferenciada e foram realizadas atividades educativas coletivas abordando temas como o uso de plantas medicinais e prevenção de DSTs/aids, utilizando uma metodologia interativa, respondendo perguntas das usuárias. A possibilidade de não seguir a rotina e o aproveitamento de conhecimentos que as ACS já tinham e que compartilharam com as usuárias foi a marca dessa semana.

A necessidade de implantação do acolhimento vem sendo assinalada no decorrer da atual gestão, mas a equipe tem tido dificuldades para implementá-lo, tanto pela falta de espaço físico como pela pouca disponibilidade para encaminhar um processo de discussão com a comunidade a esse respeito.

No final do processo de coleta de dados, foi convocada uma reunião para a discussão de propostas para a elaboração do Orçamento Democrático no município e retirada dos delegados da área de abrangência da unidade. Nessa ocasião, a existência das filas de espera para o atendimento foi abordada pela população, ainda que não estivesse prevista na pauta – a qual contemplava inicialmente aspectos ligados à infraestrutura do bairro. A discussão terminou por gerar o encaminhamento de realização de reuniões com a comunidade para a implantação do acolhimento. Esta situação contrasta com a visão de um usuário vítima de suas circunstâncias de vida, que necessita de estímulo para se organizar, e que não implementa as recomendações da equipe por comodismo.

Ao mesmo tempo, a inclusão do tema na pauta da reunião, a escuta e a busca de encaminhamentos deve ser valorizada como abertura a negociações e diálogo com a comunidade.

6.3.2 As visitas domiciliares

Foram acompanhadas 37 visitas domiciliares, a maioria com as cinco ACS da unidade e uma com profissionais de nível superior. A observação contemplou o conjunto das situações vivenciadas no processo, abrangendo a interação e o reconhecimento da população, o modo como são executadas as ações educativas e a interlocução com a população e o contexto de realização das visitas domiciliares. O horário de realização das visitas assim como

a escolha das famílias a serem visitadas foram determinados pela dinâmica cotidiana do trabalho da equipe.

As casas visitadas foram definidas em função da agenda das ACS, contemplando:

- acompanhamento de rotina de crianças, hipertensos, diabéticos e gestantes;
- visitas a doentes – pacientes em pós-operatório, doentes em fase terminal ou vítimas de acidentes ou violência, pacientes acamados, casos de distúrbio mental;
- situações de vulnerabilidade social – casos de violência doméstica, pobreza extrema e abandono, desemprego;
- entrega de marcações e resultados de exames;
- captação de usuários para exames e consultas de rotina, como pré-natal, controle de diabetes e hipertensão.

No percurso das visitas, evidenciaram-se os seguintes aspectos relativos à execução do seu trabalho:

- a interação e o reconhecimento pela população – a receptividade nas casas visitadas;
- o modo de realização das ações educativas e a abordagem nos domicílios;
- o contexto de realização das visitas domiciliares.

As ações realizadas incluíram:

- procedimentos de rotina – pesar crianças, estimular comparecimento ao serviço nas situações consideradas de vulnerabilidade, reforçar prescrições, acompanhar e monitorar pacientes hipertensos e diabéticos, visitar doentes, especialmente os que não podem se locomover até a unidade de saúde;
- proporcionar suporte e apoio emocional;
- a articulação de ações do serviço, em especial a busca de suporte familiar para projeto terapêutico;
- articulação de suporte e apoio social e encaminhamento a programas sociais.

Em relação à **interação e o reconhecimento pela população**, observou-se que, durante a realização das visitas, as ACS – sem exceção – eram abordadas na rua, muitas vezes sendo chamadas pelos moradores para dar informações ou para dar algum tipo de assistência à família. Em algumas situações, as visitas eram agendadas, dependendo da situação. No caso de AC3, fomos chamadas a uma casa que não estava prevista na agenda, para verificar a pressão arterial de uma idosa que passara a noite em crise hipertensiva. Com AC4, fomos abordadas por uma moradora portadora de distúrbio mental, acompanhada pela filha, em busca de orientação para a gravidez de sua neta adolescente. Há vínculo, há continuidade na relação.

Todas as visitas foram bem recebidas, especialmente as realizadas pelas ACS, que eram convidadas a sentar e tinham o tempo da escuta dos problemas enfrentados pelos usuários, os quais muitas vezes extrapolavam as questões específicas da área da saúde.

6.3.3 A realização das práticas educativas

As visitas domiciliares realizadas pelas ACS foram o espaço no cotidiano do serviço em que a escuta do outro se deu de maneira mais sistemática. Nelas, acontecem relatos de vida, de situações que dizem respeito ao cotidiano da população, atentamente escutadas pelas ACS, e são dadas orientações, junto com encaminhamentos à unidade, quando necessário. Também são realizadas as condutas previstas no seu trabalho, como pesagem de crianças e perguntas de rotina referentes ao acompanhamento de grupos de risco e condições específicas, como acamados. Foram selecionadas algumas situações observadas nas visitas domiciliares, as quais são relatadas a seguir. É importante ressaltar que o conhecimento da realidade – cada caso é precedido de uma narrativa, uma explicação – demonstrado pelas entrevistadas, em especial as ACS.

As visitas para acompanhamento de rotina foram realizadas pelas cinco ACS. Em todas foi evidente o cuidado com que entram nas casas, o interesse e a disponibilidade para a escuta, além do ânimo que levam em determinadas situações difíceis vivenciadas pela população. Com uma das ACS, a visita a uma das áreas de vulnerabilidade evidenciou o seu conhecimento da situação de sua microárea. Essa área está em um terreno localizado numa parte baixa do bairro, e pertence a particulares que deram permissão para uma família morar e cuidar da propriedade. São três casas pequenas no meio de um terreno onde há árvores frutíferas, cujo produto é vendido pelos proprietários. A ACS conta essa história enquanto mostra a situação da área, apontando o córrego de águas servidas e a laguna para onde confluíam, referindo ser aquela a água utilizada pelas famílias residentes, desde que a CAGEPA cortara o fornecimento de água da rede pública. AC2 cumprimentou o chefe da família, sua atitude é de discrição e escuta atenta às informações que vão sendo dadas.

Algumas visitas foram realizadas para **confortar as pessoas doentes ou suas famílias**, como o caso de D. L., que era portadora de câncer em estágio terminal e que vinha sendo cuidada pela nora e pelo filho. As visitas realizadas com AC4, por duas vezes, tiveram o objetivo de prestar solidariedade, discutir com a família a melhor opção entre levar para o

hospital ou mantê-la em casa até falecer. Após a segunda visita, a D.L. veio a falecer e pude observar como AC4 se mostrou solidária com a dor da família e como se emocionou ao sair da casa, falando sobre sua tristeza. Lamentou o enterro ser no interior e não em João Pessoa, pois gosta de acompanhar a família nesses momentos.

OB29.1 - Saímos para a rua e AC4 está triste e chora. Ela me diz que sempre fica triste quando vê tristeza e sofrimento. Vejo como ela está emocionada. Me diz que o ACS da área sempre vai aos velórios e aos enterros. Ela só não vai a esse enterro porque a última vontade da D.L. foi ser enterrada junto aos pais, em Itabaiana (Diário de Campo).

Com AC4, fomos visitar D.S., mãe de uma dezena de crianças, nenhuma delas vacinada, apesar da insistência de AC4 e da equipe da unidade de saúde para que o fizesse. Aos 43 anos, era puérpera e as condições em que vivia a impediam de manter o aleitamento materno por muito tempo, pois ao terminar a licença-gestante, terá que assumir seu trabalho como servente numa escola pública. No período da pesquisa, AC4 me conta sobre os eventos recentes pelos quais havia passado essa usuária. O marido é usuário de drogas – segundo AC4, deve traficar – que compartilha com o filho mais velho de D.S., adolescente, portador de distúrbio mental. Recentemente, o filho tentou estuprar a irmã de sete anos e foi agredido pelo esposo de D.S. e pelos amigos, tendo sido internado. Dias depois, o esposo de D.S. teve um quadro de descompensação e agrediu fisicamente D.S. e os filhos, fugindo em seguida. Foi encontrado e encaminhado para um centro de reabilitação. D.S. pensa em separar-se, e está sendo apoiada por um pastor evangélico da igreja de sua mãe. Segundo AC4, o caso de D.S. recebe sua atenção pelo **conforto** que ela sabe que precisa. Os filhos continuam sem receber vacina, mas AC4 acha que poderá convencer D.S. algum dia. Não há menção ao envolvimento do Conselho Tutelar para fazer frente a essa situação, tanto pela posição de vulnerabilidade da própria ACS enquanto membro da comunidade, como pela possibilidade de D.S. ser ameaçada pelo marido.

Com AC3, as visitas foram a famílias de diabéticos da sua microárea, já que eram essas casas as que estavam agendadas. Na casa de D.M., AC3 informa previamente que se trata de um casal de idosos portadores de diabetes, que vivem em situação precária, com filhos e uma nora. Esta se encarrega de dar suporte ao casal, e um dos filhos ultimamente começou a fazer uso de drogas. A esposa tenta manter o diabetes sob controle, através da medicação e do cuidado com a alimentação, mas o esposo se recusa terminantemente a aderir ao tratamento. Ele não se encontra em casa no momento da visita, e a conversa em grande medida é o desabafo e a preocupação com o surgimento de sinais de neuropatia diabética que ele se recusa a tratar. Observo a forma como AC3 realiza as orientações, buscando identificar

alternativas de cuidado que sejam compatíveis com as condições de vida da família. Finaliza a visita com a proposta de conversar com a equipe de saúde e ver alternativas viáveis para o cuidado dos idosos.

Com AC5, uma das visitas ilustra a articulação com as redes de apoio e programas sociais. É o caso de D.E., portadora de psoríase, que mora sozinha e foi abandonada pelo esposo desde que adoeceu, encontrando-se sem trabalho. O trabalho realizado junto a essa usuária consistiu na mobilização da família para custeio do seu tratamento, ao mesmo tempo em que foi orientada a dar entrada no pedido de pensão alimentícia para si. D.E. começou a fazer enfeites e lembrancinhas para eventos e festas, e as ACS tratam de divulgar seu trabalho como forma de ajudá-la. AC5 explica que, durante o processo, uma vizinha se dispôs a fazer compressas com infusão de plantas medicinais nos pés, afetados pela doença, diariamente, o que tem sido de grande conforto. Durante a visita à paciente, AC5 a incentiva a continuar fazendo os enfeites e lembrancinhas como forma também de se ocupar.

OB26.2 - Vou à casa de uma mulher que sofre de psoríase nos pés, sem fonte de renda, abandonada pelo marido, que não paga pensão. Pelas lesões, a mulher não consegue caminhar, mas tem contado com a ajuda de uma vizinha – de quem antes era inimiga – para cuidar dos pés. A pensão foi autorizada pelo juiz, falta definir conta bancária. A ACS orienta como conseguir o medicamento gratuito pela SMS e encaminha ao HU, com acompanhante para que ela dê continuidade a seu tratamento. Antes, fazia em Guarabira, às custas de um primo, mas ficou difícil viajar (Diário de Campo).

O suporte ao tratamento de determinadas condições envolve muitas vezes o **enfrentamento do contexto de violência e criminalidade** da área, como no caso de uma outra família acompanhada por AC4, portadora de distúrbio mental: a mãe, a filha e os dois filhos que moram com ela. Nenhum deles trabalha, a mãe recebe uma aposentadoria. No decorrer do trabalho de pesquisa, um dos filhos teve seu quadro agravado, o que motivou queixas da vizinhança por seu estado agressivo e uma grande pressão por parte do pastor da igreja à qual eles pertenciam, que acusou a equipe de saúde de ter abandonado a família. Segundo relatos da equipe da unidade, apesar de várias tentativas de tratar a família e esse paciente, os mesmos resistem e se recusam a tomar a medicação, alegando que não são doentes.

Diante do agravamento do quadro, o caso foi discutido com os apoiadores e deu-se início ao processo de discussão de projeto terapêutico, para o que se necessitava localizar algum familiar que pudesse dar suporte ao processo. AC4 foi encarregada de localizar uma irmã do paciente que morava em uma área vizinha, visita em que foi acompanhada pela pesquisadora.

Tratava-se de uma área de invasão, área de abrangência de outra unidade de saúde. No caminho para a área, dois homens a cavalo seguiram AC4 e a pesquisadora e, mais adiante, viraram em uma das estreitas ruas entre as casas. Após localizar a casa que AC4 buscava, descobriu-se que a irmã do paciente havia saído. Deixamos recado para ela procurar a unidade e retornamos. No caminho de volta, vimos os homens que nos haviam seguido regando uma plantação de maconha.

OB28.4 - Fomos por um longo caminho a uma área de invasão, o A1, no caminho cavalos, comentários de AC4 sobre os traficantes. Não achamos a irmã do paciente e voltamos. Vejo uma plantação de maconha. Passamos por umas casas grandes que são deles (Diário de Campo).

Ao lado de situações em que se observou a sensibilidade na relação com o outro, houve momentos em que se identificaram desencontros. Em uma das visitas para acompanhamento de uma idosa hipertensa que não estava se sentindo bem, foram mobilizadas profissionais de nível superior. A interlocução inicialmente realizada caracterizou-se pelo foco clínico e biológico da abordagem da paciente, que disse haver parado de tomar a medicação anti-hipertensiva, pois sua pressão havia se normalizado. A conversa descrita abaixo ilustra a situação:

D. A.: A gente parou porque a menina veio e viu que a pressão tava normal.

PS3: - Não pode parar de tomar, não!

(silêncio)

PS1: - É, não pode.

(silêncio)

A pesquisadora resolve perguntar: - A senhora sentia alguma coisa tomando o remédio?

D. A.: - Uma agonia...

PS3:- Aaahh! Agora sim...

Então sugerem que a família leve D. A para uma consulta na USF para ajustar a dosagem ou mudar o medicamento (Diário de Campo).

7 Discussão

7 DISCUSSÃO

Neste capítulo, os resultados serão discutidos com base na pergunta condutora deste trabalho: **“Como ocorrem as práticas educativas na atenção básica, no que diz respeito ao diálogo e à intersubjetividade?”**

Buscou-se, portanto, caracterizar as práticas educativas em relação ao diálogo e à intersubjetividade, a partir dos relatos das entrevistadas e da observação do cotidiano da equipe de saúde. Foram explorados os conceitos de educação em saúde, as características das práticas educativas, assim como a percepção das entrevistadas em relação a suas possibilidades de realização enquanto práticas dialógicas.

Serão retomados os eixos temáticos utilizados para a apresentação dos resultados: **conceitos sobre educação em saúde, características das práticas educativas e concepções de diálogo.**

Para cada eixo temático, serão abordadas diferenças e convergências entre as respostas de ACS e profissionais de nível superior, analisadas com base no referencial teórico adotado. As categorias diálogo e intersubjetividade serão analisadas de forma transversal a cada eixo temático. Haverá o maior aprofundamento da abordagem dessas categorias, em relação a sua expressão nas ações de educação em saúde, no eixo correspondente às **características das práticas educativas.**

É importante ressaltar, ademais, que no processo de análise das práticas educativas na atenção básica segundo a perspectiva dos profissionais de saúde, teve-se como pressuposto que a sua construção não decorre da vontade dos mesmos, mas articula-se a processos ligados a uma série de condições. A propósito dessa análise, pode-se tomar como referência as considerações de Bornstein (2007, p. 464) a respeito das ACS, ao afirmar que, na construção de sua prática, operam “múltiplos fatores entre os quais: as diretrizes dos serviços; as metas exigidas; a organização dos serviços e sua permeabilidade à demanda da população; a formação dos agentes de saúde e dos demais profissionais de saúde”.

Esta ressalva é importante tendo em vista a inclusão de temas que foram emergindo no decorrer das entrevistas e que se dirigiram a aspectos relativos ao contexto institucional e às situações trazidas pela dinâmica do cotidiano da unidade de saúde, os quais, no entanto, repercutem na construção e implementação das práticas educativas no serviço.

As análises foram realizadas com base na educação popular de Paulo Freire e sua tradução para o campo da saúde, a educação popular em saúde, pela especificidade do objeto

– as práticas educativas – e por se constituir na referência central em relação à educação em saúde no cenário brasileiro (VASCONCELOS, 2002, p. 7). Incorporou-se contribuições da teoria da ação comunicativa de Habermas e da hermenêutica em relação ao processo de construção do cuidado – especificamente as discussões desenvolvidas por Ayres (2001, 2007) em relação ao diálogo e à intersubjetividade. Compreende-se que estes aportes teóricos contribuem para a caracterização do diálogo e da intersubjetividade nas práticas educativas, a partir da análise da relação entre as racionalidades presentes no contexto das prescrições e orientações, seja em relação aos processos de validação dialógica ou das noções de êxito técnico e sucesso prático segundo as quais se realizam essas práticas.

Compreende-se que esses três eixos conceituais se complementam, sendo a educação popular em saúde a referência central para discussão dos resultados.

A análise dos resultados em relação ao **conjunto dos eixos temáticos** baseou-se na compreensão da educação em saúde segundo uma dupla perspectiva: como **ação inerente às práticas de saúde** – referindo-se às **ações de orientação** no contexto do próprio trabalho das entrevistadas –, e como **atividade específica**, em geral coletiva, destinada à transmissão ou discussão de temas e conteúdos, com formas diferenciadas de participação dos usuários, como palestras, rodas de conversa e reuniões. Como já discutido no marco de referência, de acordo com Morosini et al. (2007, p. 19) – a propósito do trabalho do ACS – pode-se compreender a primeira acepção como ação educativa, ao passo que a segunda se denominaria trabalho educativo, as quais se alternam e se mesclam nos relatos das profissionais de saúde.

A análise do conjunto dos eixos temáticos evidenciou a existência de concepções e características das práticas educativas relacionadas ao modelo tradicional – ou monológico, segundo Albuquerque (2003, p. 154) – combinados a elementos do modelo dialógico. Do modelo tradicional, foram observadas: a transmissão do conhecimento, a persuasão e a racionalidade técnica, o referencial biomédico, assim como o predomínio da validação normativa na argumentação e a ênfase no sucesso técnico como norteador do propósito das práticas educativas. Aproxima-se, nesse sentido, ao modelo comportamental da promoção da saúde e baseia-se na responsabilidade individual sobre o adoecimento.

A esse respeito, Oliveira (2005, p. 425) relaciona o modelo tradicional de educação em saúde – que também chama de preventivo, baseando-se em autores anglo-saxônicos – a abordagens individualistas e behavioristas, que utilizam o enfoque de culpabilização da vítima (*victim blame*) e a ideia de difusão de novas pautas de comportamento que instruiriam de forma eficiente as pessoas em suas decisões individuais sobre sua saúde. A “ênfase no ‘individual’ acaba produzindo uma representação de ‘falta de saúde’ como uma falha moral

da pessoa e um discurso que culpa a vítima pelo seu próprio infortúnio”. (OLIVEIRA, 2005, p. 425).¹⁹

Por outro lado, conceitos como troca de conhecimentos; referências à qualidade de vida; o papel de suporte emocional atribuído às orientações cotidianas; a busca e a valorização do estabelecimento do vínculo como base para a ação educativa; o reconhecimento da necessidade de conhecer os problemas da população; e propostas de ação intersetorial são elementos que aproximam a visão de educação em saúde das entrevistadas aos referenciais de uma prática educativa baseada nos princípios da pedagogia freireana e alinhada a correntes *progressistas* da promoção da saúde (ALBUQUERQUE, 2003; ALVES, 2004).

O primeiro eixo temático abordado neste capítulo será **conceitos de educação em saúde**, onde se identificaram definições baseadas na **função** e nas **características** das práticas educativas.

7.1 Concepções de educação em saúde

No discurso das ACS e das profissionais de nível superior, as definições de educação em saúde se basearam em exemplos, refletindo provavelmente a dificuldade em situar as práticas educativas como atividades específicas no conjunto das práticas de saúde. Dessa forma, foi mais fácil sua definição em termos da **função**, dos **temas** que abordam e do **processo de realização**.

Em termos de **função**, a educação em saúde, nas definições de ACS e profissionais de nível superior, se destina a realizar a mediação entre conhecimentos técnico-científicos e os dos usuários, com o papel de tornar acessíveis as informações sobre saúde e doença. Este conceito, que perpassa o conjunto das colocações das entrevistadas, deriva da ênfase na ação de comunicar informações como tarefa da ação educativa, segundo a visão hegemônica nos serviços de saúde.

Pereira e Servo (2006, p. 12), em estudo sobre as concepções e práticas da educação em saúde entre enfermeiras das unidades básicas de saúde de Feira de Santana (BA), apontam a existência de uma concepção tradicional de educação em saúde, destinada a “reforçar os

¹⁹ A autora toma como referência o artigo de Crawford, R. You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. *Int J Health Services*, 1977, v.7, n.4, p. 663-80.

padrões de saúde concebidos pelo Estado para a população” e “entendida como uma atividade de transmissão de informação, ou seja, caracteriza-se pelo caráter informativo.”

Teixeira (1997, p. 20) refere-se à persistência de um modelo de comunicação em saúde voltado para “aumentar as expectativas” de consumo e “persuadir as pessoas a aderirem aos programas de modernização”, característico do higienismo que predomina na primeira metade do século XX, o qual cristalizou-se em uma espécie de “núcleo técnico fundamental das práticas de comunicação em saúde ainda plenamente atuante”.

Esse modelo, que ainda instrui as práticas educativas em sua tradução nos programas e políticas de saúde, parece se refletir no modo de definir a educação em saúde das entrevistadas, discussão que será retomada no próximo tópico, referente às características das práticas educativas.

7.1.1 Definições baseadas nos temas das práticas educativas

Nas definições construídas com base nos **temas**, a educação em saúde foi compreendida por ambos os grupos como ação destinada a proporcionar informações com vistas à melhoria da **qualidade de vida** e a informar sobre **comportamentos saudáveis e utilização dos serviços de saúde**.

As referências à **qualidade de vida** podem indicar um avanço em direção à caracterização da educação em saúde a partir de uma visão ampliada dos determinantes da saúde e da doença, e como intervenção que amplia o alcance das ações de saúde no sentido da melhoria da qualidade de vida da população.

No entanto, as definições incluem uma abordagem baseada na adaptação dos comportamentos individuais de acordo com as normas instituídas, sugerindo que não está superada a possibilidade do “conceito de qualidade de vida ser apropriado como um conjunto de normas de vida que representem apenas “novos consumos em saúde” e a ênfase nos comportamentos e hábitos ainda remeter à responsabilização da população por suas condições de saúde (MARCONDES, 2004, p. 11).

Nesse sentido, as definições de educação em saúde se orientam a um modelo de promoção da saúde que se estrutura em função da perspectiva behaviorista e de uma abordagem em que se privilegia a concepção biomédica do processo saúde-doença, centrada nos serviços de saúde, em que sua **utilização**, além de assumir um papel central, é de

responsabilidade do usuário. Esta concepção se reflete na escolha dos conteúdos descritos no tópico relativo às características das práticas educativas.

Ainda em relação aos **temas**, foram incluídos nas definições de educação em saúde, **autonomia** e **apoio emocional**, observando-se diferenciações entre as respostas das profissionais de nível superior e das ACS.

As profissionais de nível superior definiram a educação em saúde como prática destinada a estimular a **autonomia** dos usuários no cuidado da própria saúde, não se referindo às ações de apoio emocional. Por outro lado, as ACS conceituam educação em saúde como ação que visa proporcionar **apoio emocional**, sem fazer referência à autonomia.

As distintas ênfases podem ter relação com algumas características do perfil profissional e do processo de trabalho que, entre as profissionais de nível superior, se baseia numa relação mediada pelo ato da consulta, no espaço da unidade de saúde, e pela perspectiva de uma intervenção sobre o que é relatado como o motivo, o incômodo, a doença que levou o usuário a buscar o serviço. Essa intervenção se baseia em prescrições e orientações que o profissional espera que o usuário siga, onde o estímulo à autonomia tem o papel de dar suporte a esse processo.

Já no caso das ACS, o perfil profissional e as características do processo de trabalho implicam em uma relação cotidiana com a comunidade e o contato com as dimensões do sofrimento e da doença no espaço do domicílio, da vida privada, sendo frequente que as suas orientações de dirijam à função de apoio emocional, o que foi corroborado pela observação do trabalho das ACS nas visitas domiciliares, em que se evidenciou esse papel. Esta característica é referendada por Bornstein (2007) e provavelmente demarca uma concepção da educação em saúde em que esse tema é ressaltado.

Ademais, a formação profissional do ACS não inclui o estímulo à autonomia do usuário como item a ser abordado e a sua menor autonomia frente aos conteúdos técnicos coloca-os diante do papel de prescrever, repassar as orientações, sendo a cobrança do desempenho relacionada ao convencimento da população.

Na literatura, as referências a estudos abordando o trabalho da equipe de saúde da família em seu conjunto são menos frequentes em comparação com os estudos desenvolvidos sobre as especificidades do trabalho do ACS. Nesse sentido, seria indicado como desenvolvimento de estudos futuros, os quais ultrapassem a abordagem das categorias profissionais separadamente sem, no entanto, deixar de evidenciar as especificidades inerentes a cada uma no que diz respeito à ESF.

7.1.2 Definições baseadas no processo de realização das práticas educativas

Nas definições de educação em saúde baseadas no **processo de realização** das práticas educativas dos integrantes da equipe de saúde da família do Mirante A, predomina a menção à **transmissão de conhecimentos** e à **persuasão** em relação a comportamentos e hábitos saudáveis. Esta forma de definir educação em saúde – coerente com as definições baseadas na sua **função** e nos **temas** – tem sua base na compreensão da mesma como mediadora entre saberes, a qual se orienta, no entanto, ao repasse de informações que se destinam a instruir e persuadir os interlocutores – os usuários – sem que se leve em consideração o seu saber prévio. Esta perspectiva vai ser reafirmada nas **características das práticas de educação em saúde**, nas descrições sobre o tipo e a realização das mesmas no cotidiano do serviço.

Este parece ser o modo predominante de conceituar e exercer a educação em saúde nos serviços. De acordo com Besen et al. (2007, p. 66), em estudo realizado sobre a ESF como objeto das práticas de educação em saúde, esse foi o “estilo de pensamento” dominante nas concepções de educação em saúde entre os profissionais de saúde da ESF: “a maioria dos discursos é permeada por uma educação voltada para as doenças e para a tentativa de mudança de comportamento dos indivíduos, com relação vertical e impositiva.”

Por outra parte, entre as profissionais de nível superior, a educação em saúde também foi definida como **troca de conhecimentos**, perspectiva ausente nas definições das ACS.

A educação popular em saúde tem na troca de saberes uma das bases de sua proposta de pedagogia. Este conceito se baseia no reconhecimento da existência de saberes distintos no interior do processo educativo, representados pelo senso comum e pelo conhecimento técnico-científico, os quais, no entanto, não são hierarquizados.

Não existe nessa relação um que “sabe mais” e outro que “sabe menos” (STOTZ et al., 2007, p. 60), e se estabelece que a construção do conhecimento é um processo compartilhado. Segundo Vasconcelos (2001, p. 15), a Educação Popular está

associada a uma proposta de não apenas um atendimento profissional competente aos “menos favorecidos”, [...] mas de um intercâmbio de saberes, de valores, de projetos de vida, de alternativas socioculturais de superação de um modo de vida subalterno dentro de uma sociedade desigual (VASCONCELOS 2001, p. 15).

A referência a um conceito que integra proposições da educação popular e saúde pode representar uma maior elaboração conceitual das entrevistadas em relação à educação

em saúde, assim como a abertura a novos formatos, derivados do processo de educação permanente em curso no município.

Entre as ACS, a definição de educação em saúde enquanto **transmissão** de conhecimentos esteve associada à demanda por domínio de conhecimentos técnicos acerca dos conteúdos a serem repassados à população. É inegável a importância de que as ACS disponham de conhecimentos técnicos acerca das ações de saúde que desenvolvem, mas a ideia que elas associam, fortemente, a este conhecimento está mais dirigida à melhoria da capacidade de persuadir o usuário para que realizem escolhas com base no que convém às ações programáticas, do que à troca de saberes e às mediações entre a norma e o cotidiano dos usuários.

Não houve menção, nas definições das entrevistadas, à participação, organização ou mobilização da população. Tampouco se mencionou de forma explícita o diálogo como elemento característico das práticas educativas.

Predomina, portanto, nas concepções de educação em saúde das entrevistadas, a perspectiva **comportamental e de transmissão do conhecimento**, a ênfase nas **normas** e no **conhecimento técnico**, ainda que os conteúdos mencionados nas definições incorporem uma perspectiva ampliada na abordagem da saúde e da doença.

Assim, o modelo que predomina nas definições de educação em saúde das entrevistadas atribui à mesma o papel de persuadir a população usuária por meio da transmissão de informações específicas, em que o diálogo não se realiza enquanto troca intersubjetiva na mediação entre os saberes. Segundo a perspectiva freireana, o conceito de educação em saúde que se depreende das definições analisadas não se dirige a uma perspectiva **emancipadora**, não se baseia na **problematização** nem na **construção compartilhada do conhecimento**.

É de se esperar que as ações de promoção da saúde orientadas por esta perspectiva normatizadora da educação em saúde tendam a limitar as propostas de transformação das condições de saúde da população a aspectos ligados à expressão biológica da saúde e da doença, priorizando temas ligados a ações preventivas voltadas para a mudança de comportamento e estilo de vida. (SICOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 103). Nesse sentido, afasta-se da perspectiva emancipadora voltada à construção da autonomia dos usuários e à mudança dos condicionantes da saúde e da doença.

Esses resultados são consistentes com os que foram relatados nas colocações das entrevistadas e observados no trabalho de campo, no que diz respeito às **características da educação em saúde**, tema do próximo tópico.

7.2 Características das práticas educativas

Em que pese a maior expressão de uma concepção tradicional nas definições de educação em saúde, a observação das práticas educativas e as descrições feitas pelas ACS e profissionais nas entrevistas mostram **características** em que essa concepção se superpõe a elementos indicadores da possibilidade de se construírem novos formatos para as práticas educativas. As **características das práticas educativas – conteúdos, tipo, forma de realização** – descritas pelas entrevistadas apresentaram variações em relação a essas características tanto **entre** as categorias profissionais como no **interior** das mesmas.

7.2.1 Conteúdos abordados nas práticas educativas

As respostas em relação a este tópico incluíram **temas** citados nas definições de educação em saúde – qualidade de vida, comportamentos saudáveis, autonomia, apoio emocional, utilização dos serviços. No entanto, incorporaram outros que não foram mencionados nessas definições, identificando-se uma perspectiva mais ampla das questões que são objeto das práticas educativas no serviço. Serão discutidos os **conteúdos considerados prioritários** e os **conteúdos abordados** nas práticas educativas das entrevistadas.

No processo de observação e nos relatos das entrevistadas, predominaram conteúdos relacionados a **comportamentos frente à saúde e à doença**, com ênfase em **hábitos saudáveis e pautas de prevenção**. As orientações se referiram também à **utilização dos serviços** e ao **suporte aos tratamentos e prescrições do serviço**.

Os conteúdos considerados **prioritários** pelas ACS e pelas profissionais de saúde se diferenciaram. As ACS fizeram referência às orientações frente às quais os usuários apresentam resistências ou que são de difícil abordagem, enfatizando os temas relacionados aos **programas de saúde** e a ações de **apoio emocional e social** em situações de vulnerabilidade (violência doméstica, envelhecimento, desemprego etc.).

Entre as profissionais de nível superior, a ênfase esteve nas orientações de suporte ao **tratamento de patologias** (diabetes e problemas no aparelho osteomuscular) e nos **hábitos**

de higiene. As distintas perspectivas remetem às diferenciações assinaladas a propósito das definições de educação em saúde relativas ao processo de trabalho de cada grupo.

Os **conteúdos abordados** no cotidiano mencionados pelas profissionais de nível superior entrevistadas também se referiram a condutas de **prevenção** relacionadas aos **programas de saúde**, mas incluíram **questões variadas trazidas pelos usuários ao consultório**, combinadas a **estímulo à autonomia, qualidade de vida, e participação e organização da comunidade.**

Chama a atenção a variedade de questões que emergem da prática em consultório – conhecimento do corpo, sexualidade, saúde mental, adolescência –, solicitadas pelos usuários, observando-se poucas referências às situações de vulnerabilidade relatadas pelas ACS. Portanto, ainda que os usuários não demandem a realização de atividades educativas, solicitam esclarecimentos aos profissionais de saúde com relação a uma grande variedade de conteúdos, os quais, no entanto, não foram objeto de atividades educativas sistemáticas durante o período de trabalho de campo, além das interações em consultas e visitas.

Por outro lado, o **estímulo à autonomia** da população em relação à própria saúde – mencionada nas definições de educação em saúde –, esteve vinculado à aquisição de habilidades e à adoção de comportamentos saudáveis, orientados pelo enfoque comportamental e individual da promoção da saúde.

Ao se dirigir ao aumento da capacidade do usuário se responsabilizar por sua saúde, pressupõe um conceito de autonomia que mais se aproxima do de responsabilidade individual, do que do exercício de direitos adquiridos e a capacidade de lutar por alcançá-los. Neste sentido, esta forma de compreender o estímulo à autonomia remete ao empoderamento psicológico, o qual, embora Carvalho (2007) defenda como necessário ao processo de empoderamento no seu sentido mais amplo, reconhece que não é suficiente para o desenvolvimento dos processos de transformação incluídos na proposta da promoção da saúde.

A abordagem da **qualidade de vida** é explicitada pelas profissionais de nível superior e também se baseia em uma perspectiva comportamental, ligada a pautas de prevenção e ações individuais que são abordadas a partir de uma perspectiva fundada no êxito técnico, consistente com a sua utilização nas definições de educação em saúde. No entanto, vale ressaltar que a inclusão desse conteúdo pode indicar uma aproximação a uma visão ampliada do processo saúde-doença, e a busca de superar o enfoque restrito ao paradigma biomédico, no âmbito das práticas de educação em saúde.

Os **conteúdos abordados** pelas ACS se referiram aos **programas de saúde e comportamentos saudáveis**. No entanto, as orientações quanto à **utilização dos serviços de saúde e suporte às ações dos serviços**, como tratamentos e recomendações sobre condutas de prevenção, e situações relacionadas às **condições de vida da população** são mencionadas por estas, estando ausentes nos relatos das profissionais de nível superior.

A abordagem desses conteúdos pelas ACS provavelmente ocorre por estarem incluídos no trabalho prescrito. Deve-se considerar que, ainda que possa representar uma perspectiva da educação em saúde centrada em ações do serviço e na organização da demanda e dos consumos em saúde, a abordagem desses conteúdos deve ser valorizada enquanto expressão do esforço das ACS em estimular a população, ampliando o alcance das ações do serviço e facilitando o acesso da população.

Bornstein e Stotz (2009, p. 466-467) referem-se a esse papel desempenhado pelas ACS e reiteram a sua importância para a população usuária, no que diz respeito ao acesso ao serviço, além de representar a “facilitação tanto da adesão do morador ao tratamento, como da comunicação entre os profissionais de nível superior e os moradores, e a disponibilização de informações sobre o funcionamento do serviço.”

Da mesma forma, os conteúdos relativos às **condições de vida da população** remetem a situações de vulnerabilidade – situações de pobreza, violência doméstica, solidão e criminalidade –, que requerem **apoio emocional e social**, já mencionados entre os conteúdos considerados **prioritários**, assumem especial relevância entre as ACS, em comparação com as profissionais de nível superior entrevistadas, que não os mencionam em suas narrativas, referindo-se à **qualidade de vida**. Bornstein e Stotz (2009, p. 470) relatam a abordagem de “estratégias de enfrentamento das dificuldades da vida”, assim como a utilização de critérios relacionados a situações de vulnerabilidade para priorizar as visitas domiciliares por parte das ACS.

Talvez, para as ACS, as referências às situações de vulnerabilidade estejam mais presentes em suas colocações do que para o profissional de nível superior, por conta do pertencimento à comunidade e pela natureza do seu trabalho. O estudo realizado por Silva et al. (2006, p. 1459) assinala o distanciamento dos profissionais enfermeiros em relação à comunidade e sua realidade cotidiana e seus determinantes socioculturais, o que pode se aplicar à diferenciação entre as perspectivas entrevistadas.

Apesar das ACS não fazerem menção à abordagem da **qualidade de vida** como conteúdo das práticas educativas por elas realizadas, as referências a problemas que extrapolam o âmbito específico do setor saúde mostra a ampliação do enfoque do processo

saúde-doença e a inclusão de conteúdos relativos à qualidade de vida da população. A observação das visitas domiciliares mostra a existência de uma abordagem ampliada, capaz de abranger um conjunto de situações, orientações, realizando a escuta de uma grande variedade de aspectos da vida e do cotidiano da população.

A amplitude de conteúdos abordados pelas ACS remete às discussões sobre o seu perfil profissional, o qual, segundo o documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999) “Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos agentes comunitários de saúde” inclui três conjuntos de atribuições, segundo Tomaz (2002, p. 85):

identificar sinais e situações de risco, orientar as famílias e comunidade e encaminhar / comunicar à equipe os casos e situações identificados” as quais remetem, por sua vez, a questões de “cunho político social, principalmente as ligadas à competência da promoção da saúde.

Ainda que se deva considerar as ressalvas feitas pelo autor com relação à “super-heroização” e “romantização” do papel do ACS (TOMAZ, 2002, p. 85) – no sentido da capacidade de mudança no modelo de atenção e de ser elemento de transformação social –, é importante reconhecer a amplitude de conteúdos abordados pelas ACS como reflexo do perfil que se vem definindo para esse profissional. E que, nessa definição, o reconhecimento de sua inserção diferenciada na comunidade e o acesso a esse amplo leque de conteúdos é essencial para o processo de qualificação do seu trabalho.

É importante, ademais, remeter os questionamentos com relação ao papel profissional ao conjunto da equipe de saúde da família, tendo em vista as expectativas quanto a seu papel na mudança do modelo de atenção e a inclusão do estímulo à participação comunitária entre suas atribuições (BRASIL, 1997), aspecto que será retomado no subtópico relativo à **realização das práticas educativas**.

A menção aos conteúdos relativos à **participação e mobilização** da população por melhorias na comunidade foi feita tanto pelas ACS como pelas profissionais de saúde. Ausente das definições de educação em saúde, esse conteúdo é relacionado pelas entrevistadas à necessidade da população assumir a responsabilidade pela melhoria de suas condições de vida e saúde, através da organização e mobilização. A menção a esses conteúdos ainda não se traduz em uma prática rotineira de processos de discussão sobre problemas e conteúdos de interesse para os usuários, mas indica a incorporação dos direitos de cidadania enquanto conteúdos que devem ser objeto do trabalho educativo da equipe.

Em síntese, os **conteúdos abordados** no processo de realização das práticas educativas se caracterizam pela ênfase nas especificidades do processo saúde-doença, ao

mesmo tempo em que se identificam conteúdos que extrapolam as temáticas do setor saúde e indicam a existência de uma visão ampliada do processo saúde-doença e de uma perspectiva voltada para uma variedade de dificuldades enfrentadas pelas famílias, evidenciando a abertura e o potencial para se ampliarem as pautas da educação em saúde no contexto das práticas de saúde.

Dessa forma, a diversidade de conteúdos que são mencionados pelas entrevistadas e observados no trabalho de campo indica a ampliação das perspectivas na leitura do processo saúde-doença, incluindo os determinantes da saúde nas práticas educativas cotidianas, ao mesmo tempo em que se identifica, em sua abordagem, a permanência de um núcleo normativo, expresso em conteúdos vinculados ao enfoque biomédico, à prevenção e às condutas individuais dos usuários.

A permanência dos conteúdos normativos, baseados nas metas de programas, na prevenção de doenças e na regulação de comportamentos saudáveis e da utilização do serviço, ainda que necessários, terminam por distanciar as práticas educativas da fusão de horizontes e da noção de sucesso prático que deveria norteá-las, segundo a perspectiva da promoção da saúde enquanto proposta articulada à transformação das condições de vida e saúde.

De acordo com a pedagogia proposta pela educação popular em saúde, os conteúdos das práticas educativas devem ser consistentes com uma visão ampliada do processo saúde-doença, em que o enfoque biomédico passa a se articular com a abordagem dos determinantes da saúde, em que se incluem as dimensões particular e geral do adoecimento, e em que a adesão aos comportamentos e tratamentos é construída segundo uma perspectiva crítica, que reconhece a interlocução com outros saberes e com outras racionalidades (STOTZ, 2004; VASCONCELOS, 2001).

Estas considerações também servem de base para o **tipo** de práticas educativas, tema do próximo sub-tópico.

7.2.2 Tipo de práticas educativas

Nas respostas das entrevistadas e na observação do cotidiano da unidade de saúde, as **ações coletivas de educação em saúde** foram escassas, predominando práticas educativas **individuais**, principalmente sob a forma de **orientações** em visitas domiciliares e em consultório.

As atividades **coletivas** se realizaram de forma pontual. Durante o trabalho de campo, foram realizadas reuniões para a discussão do Orçamento Democrático (março de 2009) e para a localização da nova unidade de saúde (março de 2009), além de atividades durante a Semana da Mulher, que incluíram a realização de rodas de conversa e palestras sobre temas variados. Frente ao exposto, embora sejam realizadas, as práticas educativas coletivas não foram atividades sistemáticas na unidade de saúde no período da pesquisa.

A realização dessas práticas está prevista nas normas e diretrizes da ESF (BRASIL, 1997, 2007), especificamente no que diz respeito às ações de “coordenação e organização e/ou participação de grupos de educação para a saúde”, além do estímulo à participação e organização da comunidade, tanto no que diz respeito às ações de saúde como ao controle social e conquista de direitos de cidadania.

No entanto, a sua escassez é mencionada em estudos empíricos como os de Bornstein (2007) e Pereira e Servo (2006). Bornstein (2007) refere-se ao trabalho dos ACS, nos quais se evidencia a sobrecarga de trabalho assistencial e a conseqüente falta de tempo para as atividades educativas coletivas, ainda que estas sejam reconhecidas pelo ACS como parte de suas atribuições. A precariedade das condições materiais, como espaço físico e material didático, é mencionada por Pereira e Servo (2006) como limitantes à realização dessas atividades pelas equipes de saúde da família. Esses aspectos serão discutidos com maior aprofundamento no tópico **realização das práticas educativas**.

As entrevistadas manifestaram-se de forma crítica frente às **ações coletivas de educação em saúde** voltadas à transmissão de conhecimentos, de forma unidirecional, tais como as palestras, pela pobreza da interação com o usuário e pela dificuldade de abordar os assuntos de acordo com os interesses dos mesmos. Embora reconheçam que esse formato pode cumprir com o papel de disponibilizar informações para a população, referiram a sua preferência por atividades educativas coletivas participativas e com potencial para situações de diálogo - como rodas de conversa e grupos de discussão - as quais, no entanto, são escassas no cotidiano da unidade.

Em relação às práticas educativas **individuais**, ficou patente que, no âmbito de uma prática educativa focada na mudança de comportamento e responsabilidade individual, em que são raras as atividades coletivas como palestras ou reuniões com a comunidade, a visita domiciliar constitui-se como espaço privilegiado para as atividades educativas.

Na visão das ACS, essa situação de interação não apenas aumenta a capacidade de conseguir a atenção do usuário, fazendo-o compreender e assimilar a informação –, como propicia a abordagem de assuntos com que alguns usuários não se sentem à vontade para

discutir em grupo. Este aspecto é valorizado por favorecer a mudança de comportamento, que é atribuída principalmente ao acesso à informação. Ainda que esta colocação remeta a uma perspectiva estratégica voltada a uma finalidade definida *a priori*, no que diz respeito à relação com o usuário deve-se reconhecer a valorização, por parte das ACS, de situações de maior interação e diálogo.

Não se observou essa forma de avaliação das **orientações individuais** por parte das profissionais de nível superior, provavelmente por não se configurarem nas consultas, as mesmas possibilidades de interação das visitas domiciliares, devido à pressão da demanda, ainda que tenham sido mencionados vários conteúdos sobre os quais os usuários solicitam informações nas consultas. No entanto, houve referências à necessidade de maior interação e diálogo com os usuários, o que será retomado no sub-tópico **realização das práticas educativas** e no tópico **concepções de diálogo**.

O contexto institucional tem papel importante na configuração do **tipo de práticas educativas** que predomina no cotidiano da unidade. A dualidade entre propostas de mudança do modelo e implementação de práticas dialógicas e a persistência de uma matriz técnica e normativa na organização do trabalho impõe descontinuidades que, aliadas à pressão da demanda assistencial e à precariedade de condições para a realização das práticas de educação em saúde, se traduzem na disputa de atividades pelo tempo e pelo espaço do serviço. Nesse contexto de modelos em disputa, terminam por predominar a realização de atividades de orientação individual e, no âmbito das atividades coletivas, o recurso aos métodos tradicionais. Fonseca et al. (2008, p. 258), em sua análise do trabalho educativo do ACS, cita Meyers et al. (2006) e pontua que, a “lógica que se persegue é a da busca de meios eficazes para dar conta de objetivos que continuam circunscritos ao universo da higienização e normatização dos comportamentos.”

7.2.3 Realização das práticas educativas

Os núcleos de sentido que emergiram das narrativas relativas à realização das práticas educativas referiram-se a: características do **modelo de mediação entre conhecimentos técnicos e dos usuários das práticas educativas; o processo de formulação; a valorização da construção da relação com o usuário – o vínculo e a**

confiança nas práticas educativas; a eficácia enquanto êxito técnico e o sucesso prático; as dificuldades à realização das práticas educativas.

7.2.3.1 Modelo de mediação entre conhecimentos técnicos e dos usuários

O **modelo de mediação** que se depreende das colocações das entrevistadas, na descrição da prática da educação em saúde no serviço, caracteriza-se pela ênfase na **persuasão** dos usuários e na **transmissão de conhecimentos**, tanto nas orientações individuais como nas atividades educativas coletivas relativas aos temas específicos da saúde.

Dessa forma, o **modelo de mediação** que emerge das colocações das entrevistadas privilegia a racionalidade técnica e a perspectiva normativa na validação dos argumentos com que se busca convencer os usuários. O êxito técnico se sobressai como expectativa de que as atividades educativas instruem decisões dos usuários inspiradas fundamentalmente pela lógica e pela razão e a perspectiva de fusão de horizontes não se coloca como possibilidade.

Esse **modelo de mediação** vai se expressar em prescrições relativas a tratamentos e comportamentos e hábitos saudáveis, sob uma forma vertical, com um enfoque que privilegia a responsabilização individual na solução dos problemas de saúde.

Observaram-se variações entre as profissionais de nível superior e as ACS, entre elas, uma maior referência à **persuasão** nos relatos destas últimas, processo que se dirige prioritariamente para o reforço de orientações relativas aos comportamentos saudáveis, às prescrições e tratamentos preconizados pelas profissionais, e à utilização da unidade.

O maior predomínio desse componente, nas colocações das ACS, pode se dever a uma maior responsabilização destas em relação a tudo que diz respeito à comunidade e à cobrança em relação às metas pactuadas pelo serviço, relativas prioritariamente a comportamentos e hábitos saudáveis e pautas de prevenção. Para elas, a caracterização de uma prática educativa – tanto individual como coletiva – bem sucedida baseia-se em sua capacidade de ter a atenção dos usuários e de conseguir que estes venham a aderir às recomendações e orientações.

Fonseca et al. (2008) discutem a avaliação do trabalho educativo do ACS e assinalam a ênfase nos processos de avaliação baseados em indicadores como os do SIAB e a persistência da lógica de programas de saúde, como aspectos que terminam por induzir um

modelo de práticas educativas norteadas pelas metas preconizadas, ou seja, pelo êxito técnico como único critério.

Para alcançar essas metas, foi mencionado pelas entrevistadas o recurso frequente ao conceito de risco, à insistência, à repetição e à argumentação técnica baseando-se na suposição de que o acesso ao conhecimento é suficiente para as decisões do usuário, tendo como foco a persuasão.

Bornstein e Stotz (2007) referem-se ao modelo de **mediação convencidora**, que seria o predominante nos serviços de saúde ainda hoje. Deve-se salientar que esta característica se torna mais marcante quando se trata de abordar conteúdos específicos relativos à saúde, em que o núcleo técnico de que fala Teixeira (1999) persiste como critério único de validação no interior das interações entre serviço e população.

Assim, no que diz respeito às atividades coletivas de educação em saúde realizadas no período da pesquisa – reunião para o orçamento participativo, atividades da Semana da Mulher e reuniões para a discussão de novo local para a unidade de saúde – observou-se que houve uma maior interação com os usuários e abertura ao diálogo na mediação entre as proposições que surgiram no processo de discussão.

Ainda que essas atividades não sejam rotineiras e mesmo que não tenham avançado em relação a aspectos essenciais relativos às condições de vida da população, deve-se levar em consideração o papel que podem desempenhar no sentido do acúmulo de experiências em novos formatos para as práticas educativas no serviço.

7.2.3.2 Processo de formulação das práticas educativas

O processo de **formulação** das atividades educativas abordou as práticas **coletivas**, sendo descrito como vertical, de acordo com as colocações das entrevistadas, o que também foi verificado na observação do cotidiano da unidade, se constituindo principalmente a partir de demandas em relação ao desempenho dos indicadores de programas de saúde ou com base no calendário do município. A programação de atividades educativas coletivas também ocorre por aumento na incidência de determinadas doenças e, com menor frequência, a partir de situações identificadas no cotidiano da equipe.

Para as profissionais de nível superior entrevistadas, se identificou um questionamento no sentido de a decisão não se fazer a partir de uma discussão com a equipe e

de alguns temas vistos como prioritários não chegarem a ser abordados. No entanto, chama a atenção a menção a um papel facilitador da gestão no sentido de proporcionar o respaldo para rearranjos na rotina da unidade, frente à demanda assistencial. Ou seja, a verticalidade do processo de **formulação** das atividades de educação em saúde é vista como facilitadora para a sua realização, de acordo com a percepção das profissionais de nível superior.

Tanto para as profissionais de nível superior como para as ACS, o processo vertical de **formulação** das atividades coletivas de educação em saúde não foi objeto de questionamentos, no sentido de sua distância em relação aos interesses da população ou mesmo de algumas necessidades identificadas pela equipe de saúde. Para as ACS, o questionamento ocorre principalmente pelas dificuldades que são enfrentadas para a realização das atividades.

Vale ressaltar que, ao se referirem aos conteúdos abordados nas práticas educativas, houve dificuldade em caracterizar o que interessaria aos usuários, e as respostas das entrevistadas traduziram esse interesse na perspectiva do que *consideravam que era necessário aos usuários*, do ponto de vista das normas e pautas de prevenção, em suma, dos comportamentos que deveriam ser seguidos pelos mesmos.

De acordo com a perspectiva da educação popular, a **formulação** de atividades educativas que contemplem as questões de interesse da população é um dos elementos norteadores de todo o processo educativo baseado no diálogo e na construção compartilhada do conhecimento.

Freire (1997, p. 83-84) afirma que o diálogo se inicia quando o educador “se pergunta em torno do que vai dialogar” e que “o conteúdo programático da educação não é uma doação ou uma imposição – um conjunto de informes a ser depositado nos educandos –, mas a devolução organizada, sistematizada e acrescentada ao povo daqueles elementos que este lhe entregou de forma desestruturada.” Ou seja, “a partir da situação dos sujeitos no mundo que se manifesta nas suas formas de agir, o que remete a práticas de educação em saúde construídas em conjunto” (ACIOLI, 2008, p. 119).

Sob o ponto de vista da ação comunicativa, esta discussão remete à ideia de interesse emancipatório, a qual se dirige à superação da universalização de interesses na regulação da relação entre o saber e poder técnico e o saber e querer práticos da sociedade, através do diálogo entre indivíduos autônomos (HABERMAS, 1998).

Mesmo sendo inegável a necessidade de se incorporar o horizonte normativo sobre o qual se assentam as ações de saúde no interior das práticas educativas, a possibilidade de se construírem novos modelos de educação em saúde passa pelo exercício dessa escuta sobre o

que “desejam os usuários”. A perspectiva de deslocamento desse olhar é referida por Ayres (2001, p. 69) quando assinala, a propósito da construção do cuidado, que “não temos nos perguntado, quando dialogamos sobre saúde, sobre o que sonham as pessoas (nós mesmos) para a vida, para o bem viver, para a saúde”, refletindo uma concepção de sujeito enquanto um destinatário de pautas de comportamentos, a população-alvo.

Por parte das entrevistadas, é inegável a existência de um conhecimento das condições de vida, dos problemas e dificuldades da população usuária, e de espaços – principalmente nas visitas domiciliares – de escuta, de apoio emocional, de encontros pautados por uma perspectiva em que se colocam os contextos de intersubjetividade na relação entre profissionais e usuários. No entanto, a apropriação desses elementos, no sentido da programação e da implementação de ações sistemáticas de educação em saúde, é incipiente.

É inquestionável a necessidade de se realizarem atividades de educação em saúde que contemplem demandas da gestão, tendo em vista a efetivação de ações coordenadas consistentes com os objetivos da política municipal de saúde, o que é mencionado inclusive em uma das colocações das profissionais de nível superior. Mas, frente aos princípios de uma prática de educação em saúde pautada no diálogo e na intersubjetividade, o seu processo de **formulação** necessita contemplar uma outra vertente configurada na participação e na incorporação de demandas originadas na dinâmica cotidiana dos serviços em sua relação com a população.

No entanto, o processo horizontal e ascendente que se busca implementar através da proposta de política municipal de saúde da SMS-JP (JOÃO PESSOA, 2006) ainda se mostrava incipiente, principalmente no que diz respeito às práticas educativas coletivas, no período de realização da pesquisa.

A co-existência de lógicas diferenciadas em concorrência no interior do modelo de atenção provavelmente contribui em grande medida para a dificuldade em alcançar esse salto de qualidade por parte do serviço de saúde. Estes aspectos serão discutidos como parte do contexto institucional, o qual será abordado na discussão das **dificuldades** à realização das práticas educativas no serviço.

7.2.3.3 *Vínculo e confiança*

Ao mesmo tempo em que as características das práticas educativas, que emergem nas falas e na observação do trabalho das entrevistadas, evidenciam uma perspectiva orientada pela racionalidade técnica e pelo horizonte normativo, o aspecto mais valorizado para a realização das ações de educação em saúde foi a **construção da relação com o usuário**, através da conquista da **confiança** e do **vínculo**. Estes aspectos são mencionados nas colocações das entrevistadas, com diferenciações entre ACS e profissionais de nível superior em relação ao seu processo de construção.

Para as profissionais de nível superior, a construção do **vínculo e da confiança** foi vista como um componente essencial para a realização das práticas educativas, com a função principal de facilitar a adesão do usuário às recomendações e orientações.

Também para as ACS, a construção da relação com a comunidade e a existência do **vínculo** e da **confiança** são aspectos essenciais à realização das práticas educativas e se traduzem na abordagem cuidadosa dos problemas, na disponibilidade para a escuta, na abordagem frequente pelos moradores no percurso das visitas, no enfrentamento de situações de vulnerabilidade, através do suporte emocional e da busca de soluções evidenciadas durante o trabalho de pesquisa.

Nesse sentido, os relatos das entrevistadas e as observações realizadas apontam que esses elementos essenciais da competência humana no exercício profissional na área da saúde são valorizados, segundo uma dupla perspectiva pelas entrevistadas.

Por um lado, eles são utilizados como meios para alcançar os fins previstos das ações de saúde, através de uma atitude estratégica com a qual buscam vencer a resistência ou o descaso do usuário frente às orientações e prescrições. Por outro, a confiança e a disponibilidade para a escuta são valorizadas pela possibilidade de conhecer a realidade, direcionar a ação educativa em função das perguntas e questões do usuário e, ainda, configuram espaços para uma atuação voltada para o suporte emocional, ampliando a ação, principalmente das ACS, a partir dos encontros cotidianos do seu trabalho.

Ainda assim, pode-se considerar que a **valorização do vínculo e da confiança** como categorias que contribuem para a realização das práticas educativas sugere a existência de condições para a construção de novos formatos para educação em saúde no cotidiano do serviço, baseados no diálogo, na participação e na troca de conhecimentos, e no compartilhamento de horizontes entre profissionais e usuários.

A construção da relação com o educando é um dos elementos essenciais na realização de práticas educativas, segundo uma perspectiva dialógica, na visão da educação popular e saúde. Segundo Vasconcelos (2001, p. 2), a educação popular em saúde valoriza

as trocas interpessoais tanto nos contatos formais (consultas formais, reuniões educativas e visitas domiciliares) como também nos contatos informais e na participação em eventos sociais locais.

Para Oliveira (2003), uma das condições para o exercício do diálogo é a confiança, a qual se constrói no convívio, discussão que será retomada no tópico **concepções de diálogo**.

Stotz (2005, p. 12) chama a atenção para esse componente, ao referir que nos serviços de saúde “não se valoriza a mediação educativa como possibilidade de instaurar novas relações e processos nas práticas de saúde”.

Para as profissionais de nível superior entrevistadas, no processo relacional com os usuários, a conquista da confiança foi caracterizada como um processo que resulta da competência e de qualidades pessoais do profissional, como o **respeito**, a **tolerância** e a **capacidade de escutar**. Para elas, a conquista da confiança esteve relacionada à credibilidade, baseada essencialmente na competência e dedicação do profissional – traduzidas em disponibilidade e compromisso com os usuários –, ao lado da **reciprocidade** e co-responsabilidade, por parte destes, na construção da relação.

O tempo, a permanência e a continuidade do trabalho também foram elementos mencionados pelas profissionais de nível superior entrevistadas no processo de construção do **vínculo** e da **confiança** com os usuários nas práticas educativas, configurando uma perspectiva em que a educação em saúde, ao se basear nesse processo, aproxima-se da noção de cuidado.

Stotz (2005, p. 17) refere-se à aproximação entre a educação popular em saúde e a discussão contemporânea do cuidado, “ao trabalhar as formas de relação entre profissionais e trabalhadores de saúde e população, estudando impasses, problemas e possibilidades de diálogo”. Entendendo a educação em saúde enquanto cuidado, o **vínculo** e a **confiança** contribuem para a realização de práticas educativas norteadas por projetos de felicidade construídos de forma compartilhada, permitindo a incorporação da dimensão do sucesso prático e o diálogo com as perspectivas normativas na mediação entre conhecimentos técnicos e populares (AYRES, 2007).

Para as ACS, a conquista da **confiança** é vista como resultado da garantia de **sigilo** construída com base em sua inserção como profissional. Em relação às ACS, é importante salientar este paradoxo, tendo em vista que um dos pontos centrais sobre o qual se assenta a

construção da sua identidade profissional – o seu papel de ‘elo de ligação’ entre o serviço e a comunidade – se dá a partir da sua condição de membro da mesma (SILVA; DALMASO, 2001; BRASIL, 1997, 2000).

No entanto, cabe destacar que, ao mesmo tempo, de acordo com as observações, a condição de membro da comunidade permite uma relação profissional diferenciada pelo maior conhecimento e compreensão das condições de vida da população.

Para as ACS, no processo de construção do **vínculo** e da **confiança**, a calma é vista como uma qualidade essencial, tanto pela disponibilidade à escuta como pela possibilidade de enfrentar as situações de ameaça que foram narradas no cotidiano do seu trabalho, e surge como um atributo que responde pela paciência diante dos momentos difíceis, pela coragem diante das situações de risco e pela escuta diante do sofrimento.

Vale ressaltar que, no tópico relativo às **concepções de diálogo**, o vínculo e a confiança surgem como resultantes de práticas dialógicas nos serviços, incluídas as práticas educativas. Estes, por sua vez, assim como os processos relacionados à sua construção, também foram mencionados como elementos que influenciam na realização do diálogo.

É importante assinalar diferenciações entre profissionais de nível superior e ACS em relação a essas categorias: para as ACS, elas são valorizadas principalmente em seus componentes ligados à relação interpessoal e a práticas educativas voltadas para as necessidades cotidianas da população e identificação de situações de vulnerabilidade; entre as profissionais de nível superior, embora contemplando a relação interpessoal, o vínculo e a confiança se articulam mais fortemente às possibilidades de persuasão e à qualidade de sua atuação profissional. Estas diferenciações remetem à discussão já realizada no tópico anterior e no tópico **concepções de educação em saúde** sobre as especificidades da formação profissional e do processo de trabalho de ambos grupos.

No entanto, deve-se ressaltar que as categorias **vínculo** e **confiança** emergem como aspectos essenciais à realização das práticas educativas para ambos os grupos e, em que pese a dualidade com que são abordadas pelas entrevistadas, indicam a existência da valorização da dimensão intersubjetiva para realização das ações de educação em saúde.

7.2.3.4 Êxito das práticas educativas

Conforme foi observado, na visão das entrevistadas, a eficácia das práticas educativas está fortemente vinculada à dimensão instrumental, ou seja, à capacidade de implementar mudanças nos comportamentos sanitários, segundo a perspectiva biomédica. Observou-se a verticalidade e a normatividade nas práticas educativas, essencialmente através da insistência nos argumentos técnicos, sem considerar o sentido que o usuário possa atribuir às orientações veiculadas pela prática educativa, que não são objeto de questionamento no sentido de serem incômodas, trabalhosas, pouco prazerosas ou acarretarem limitações à liberdade.

Nesse sentido, a eficácia das práticas educativas baseia-se na ideia de **êxito técnico**, que “diz respeito a relações entre meios e fins para o controle do risco ou dos agravos à saúde, delimitados e conhecidos pela biomedicina (AYRES, 2007, p. 54). Esta perspectiva se distingue da que é trazida pelo **sucesso prático**, que “diz respeito ao sentido assumido por meios e fins relativos às ações de saúde frente aos valores e interesses atribuídos ao adoecimento e à atenção à saúde por indivíduos e populações” (AYRES, 2007, p. 54).

Nos relatos das entrevistadas, evidenciou-se o consenso em relação à dificuldade em conseguir a adesão dos usuários às orientações e prescrições, ou seja, em alcançar os resultados esperados, segundo a perspectiva instrumental assinalada.

Em suas análises, identificaram-se três perspectivas distintas na leitura que fazem sobre os motivos para a não adesão dos usuários: **características pessoais** (comodismo, baixa autoestima), o **contexto de vida**, que dificulta a adoção dos comportamentos preconizados, ou as **preferências e opções dos usuários**, seja pelo incômodo e pelas limitações associadas às orientações e recomendações, ou por suas crenças e tradições.

Silva et al. (2009, p. 1458) relatam a percepção por parte das enfermeiras de unidades de saúde da família, em Sobral, de dificuldades à mudança de comportamento dos usuários, as quais eles associam a “uma ‘desvalorização’ pela população, das atividades educativas realizadas; os profissionais afirmam, portanto, que a comunidade não ‘dá importância’, não atribui significado ao discurso educativo dos profissionais de saúde.” A responsabilização do usuário pela não adesão às condutas preconizadas, no caso do Mirante A, refere-se a suas **características pessoais**, especificamente ao comodismo.

As dificuldades relativas ao **contexto de vida** dos usuários foram mencionadas por todas as entrevistadas e vistas como um obstáculo frente ao qual pouco ou nada se pode fazer.

Nos relatos das ACS, foi bastante ressaltado o reconhecimento de que o **contexto de vida** repercute nas escolhas dos usuários quanto às condutas, frente às quais manifestaram compreensão, atuando através da escuta e do apoio emocional, e da ação com a equipe de saúde, para a articulação de redes de apoio social e do acesso a direitos e serviços sociais.

Junto com a **baixa autoestima**, as dificuldades relativas ao **contexto de vida**, para as entrevistadas, representam situações que atuam de forma que o usuário, ainda que frente à opção do que é considerado correto, não realiza a escolha esperada.

Nessa leitura, ressalta como traço comum à **baixa autoestima** e ao **contexto de vida** do usuário, o não controle das circunstâncias como causa última para o não seguimento das normas. Ao mesmo tempo em que este passa a não ser responsável pela não adesão às prescrições, é visto como destituído de autonomia frente a suas escolhas.

Diante desse indivíduo passivo, vítima das circunstâncias, a atitude das entrevistadas é de tolerância, impotência diante da situação e frustração pelo não seguimento das normas.

Frente às **preferências** dos usuários, as profissionais de nível superior manifestam, em algumas colocações, tolerância diante das limitações e do incômodo acarretado pelas condutas prescritas, mas mostram dificuldade de lidar com as opções cujos motivos não estão justificados por alguma dessas alternativas.

Em relação às crenças e tradições, alternam-se o reconhecimento e aceitação das pautas culturais dos usuários, com a abordagem das mesmas enquanto concepções que necessitam ser superadas através de estratégias de convencimento que envolvem a insistência e a repetição de argumentos tecnicamente fundamentados.

Em suma, as entrevistadas se referem às escolhas dos usuários, ao não seguirem suas orientações, como decorrentes principalmente de fatores e circunstâncias externas, situações frente às quais observa-se uma maior aceitação das escolhas dos usuários. A autonomia dos usuários para escolherem outras alternativas não foi levada em consideração, sugerindo uma percepção dos mesmos como dependentes e vítimas de circunstâncias desfavoráveis.

Deve-se observar que não foram feitos questionamentos às normas, no sentido de sua validação frente a outras racionalidades ou de sua adequação às necessidades dos usuários, entendidas no sentido mais abrangente dos incômodos e limitações à vida. A perspectiva do êxito técnico se sobrepõe à do sucesso prático, as racionalidades correspondentes pouco dialogam entre si, segundo as entrevistadas.

Não se observa um questionamento em relação ao núcleo técnico – a que se refere Teixeira (1999) – sobre o qual se articulam as práticas educativas, no sentido de se discutirem

as limitações da própria norma em sua aplicação aos distintos contextos ou frente às preferências dos usuários.

As práticas educativas resultantes dessas distintas perspectivas – o usuário como vítima ou como desinteressado – vão se orientar a intervir sobre os processos que influenciam nas escolhas do usuário, num esforço em que se articulam a persuasão através da insistência, do uso de argumentação técnica para fortalecer a vontade frente aos incômodos, assim como estratégias que envolvem a articulação de suporte familiar e apoio social, e a busca de formatos mais atrativos para as práticas educativas.

O formato prescritivo e normativo, bem como a argumentação baseada no interesse técnico, configura uma situação em que apesar do reconhecimento da dimensão intersubjetiva na abordagem da população usuária, – a confiança e o vínculo – esta não se materializa na mediação entre o saber técnico e popular. E, frente ao conjunto das dificuldades para a adesão do usuário às recomendações, não se identifica um diálogo com as questões trazidas por seu contexto de vida ou por suas opções.

7.2.3.5 Dificuldades à realização das práticas educativas

Existe um consenso entre ACS e profissionais de nível superior quanto à escassez de atividades coletivas de educação em saúde, o que foi observado no período de realização da pesquisa. As dificuldades à realização dessas atividades estiveram relacionadas ao **contexto institucional** e à **dificuldade de conseguir a participação dos usuários**, levando a seu esvaziamento.

7.2.3.5.1 Contexto institucional

Em relação ao **contexto institucional** foram relatados pelas entrevistadas o **volume de trabalho** e as **limitações relativas ao espaço físico e recursos materiais**.

O **volume de trabalho**, em grande parte voltado ao atendimento da demanda assistencial, foi referido como um dos responsáveis pela pouca oferta de atividades educativas, tanto por ACS como por profissionais de nível superior, por limitar a

disponibilidade de tempo para a sua realização. A organização do processo de trabalho no contexto de um modelo de atenção que combina lógicas antagônicas em seu interior termina por exigir a realização de atividades que se superpõem e sobrecarregam a equipe.

A observação da rotina da unidade mostra a persistência de características do modelo de atenção calcado na lógica assistencial e de programas de saúde, a qual se expressa nas disputas por fichas de atendimento e na quantidade de usuários que concorrem diariamente à unidade à procura de consultas, medicamentos, marcação de exames e consultas de especialidades, e procedimentos diversos. É claro que estas atividades estão previstas no contexto do processo de trabalho da ESF, mas o predomínio das mesmas sobre as ações vinculadas à promoção da saúde, entre elas as atividades educativas, a realização de reuniões e discussões com a comunidade, reflete um ordenamento do cotidiano do serviço que se revela limitante à implementação de novos formatos para as práticas de saúde e à realização das atividades educativas.

Ao analisar a experiência de implementação de uma proposta de educação popular em saúde no município do Recife, Albuquerque (2003, p. 44) faz referência ao acúmulo e sobrecarga de atividades que são parte do cotidiano das equipes da atenção básica, e menciona o “bombardeio” da equipe pelos programas “com normas, regras, metas, cursos, oficinas, formulários específicos, sistemas próprios e sem conexão entre si.”

Silva e Dalmaso (2002, p. 77), por outro lado, referem-se à dualidade do trabalho do ACS, onde se combinam “a dimensão tecnológica e a dimensão solidária e social”, as quais comportariam, segundo Nogueira e Ramos (2000), potenciais de conflito que se manifestam principalmente na dinâmica da prática cotidiana. Deve-se assinalar, no entanto, que essa dualidade também pode ser sua maior riqueza, como afirmam Bornstein e Stotz (2009, p. 459), baseando-se em David (2001) ao definir que “nesta ambigüidade pode residir a riqueza do processo de mediação na medida em que possibilita o reconhecimento das características dos diferentes pólos mediados”.

Pode-se afirmar que essa dualidade entre as dimensões técnica e política, por outro lado, se estende à dinâmica do trabalho da equipe de saúde da família, especificamente no que diz respeito às ações de promoção da saúde e às atribuições relacionadas à organização e participação da comunidade. Ou seja, não se realiza a síntese necessária entre essas dimensões, predominando os saberes relativos à dimensão técnica, estando ausentes aqueles ligados ao pólo político do trabalho (SILVA; DALMASO, 2002).

As dificuldades relativas à concorrência entre o atendimento à demanda assistencial e a realização de atividades de educação em saúde também tem repercussões, ainda que

menores, sobre as orientações individuais no contexto das consultas, decorrentes da pouca disponibilidade de tempo pela pressão da demanda.

As visitas domiciliares, apesar da diversidade de problemas e ações a serem desenvolvidas pelas ACS, são espaços em que há mais tempo disponível para as orientações e interações com os usuários. A pouca disponibilidade de tempo para as ACS se refere essencialmente às atividades educativas coletivas.

Ainda em relação ao **contexto institucional**, a limitação do **espaço físico e de recursos materiais** foi responsabilizada pela dificuldade à realização das atividades educativas coletivas, aspecto este que foi remetido à gestão. A disponibilidade de material didático, sob a forma de DVDs e aparelhos de televisão, não pode ser bem aproveitada pela limitação do espaço – além da pouca disponibilidade do tempo, já assinalada. É importante ressaltar que as limitações relativas ao espaço físico são reais, de acordo com a caracterização da unidade de saúde realizada no capítulo referente às observações. A alternativa configurada na utilização de espaços da comunidade revela-se precária para atividades em que se requeira privacidade e concentração, assim como a disponibilidade de material.

Da mesma forma, a inserção das atividades coletivas de educação em saúde na rotina da unidade, aproveitando situações como a sala de espera, também se mostrou limitada pelo espaço físico inadequado e pela circulação constante de pessoas para as diversas atividades do serviço.

As dificuldades relativas às **condições materiais** – espaço físico e recursos – foram relatadas em outros estudos como limitações importantes à realização das atividades educativas coletivas. Pereira e Servo (2006) mencionam a escassez de material didático para realização de atividades educativas por enfermeiras em unidades básicas de saúde na Bahia.

Moura e Sousa (2002, p. 1810) também se referem ao ambiente desfavorável para ações de educação em saúde em unidades de saúde no interior do Ceará, onde observaram “locais inadequados, com pouca ou nenhuma ventilação e iluminação precárias, quantidade insuficiente de cadeiras e escassez de material de apoio”.

Para Albuquerque e Stotz, essas condições expressam a pouca prioridade atribuída à realização de ações de educação em saúde que atendam aos princípios da integralidade:

No dia-a-dia dos serviços de saúde, porém, pouca ou nenhuma importância é dada às ações educativas. Trabalhos em grupo são muitas vezes marginalizados, os profissionais envolvidos são desacreditados e desestimulados, a infraestrutura necessária é escassa e de difícil acesso aos profissionais. (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004, p. 264).

E também expressam uma visão das práticas educativas segundo o modelo “*toca boiada*” mencionado por Vasconcelos (2001, p. 123). Dessa forma, ficam comprometidas as possibilidades de encontros que permitam trocas e a construção coletiva de projetos com alcance mais amplo que o das orientações individuais.

A perspectiva compartilhada tende a se limitar aos encontros individuais, os quais, ainda que se constituam em uma dimensão importante das atividades educativas, não se dirigem à sistematização e construção compartilhada do conhecimento. Limitam-se também as possibilidades de um processo voltado à construção de alternativas de mudança que possam ser discutidas, implementadas e avaliadas de forma articulada com atores de movimentos sociais e outras instâncias existentes na comunidade, como escolas e igrejas.

As sugestões para viabilizar a realização de atividades coletivas de educação em saúde, frente às limitações apontadas, referiram-se ao aumento da disponibilidade de tempo, através de rearranjos na rotina e no processo de trabalho da unidade, e a mudanças na infraestrutura da unidade, colocando-se a perspectiva de melhorias após a construção da Unidade Integrada, cuja localização estava em processo de discussão ao término da pesquisa.

Por outro lado, deve-se ressaltar que a realização de reuniões para a discussão da construção da Unidade Integrada que se iniciava ao final do período de realização da pesquisa, mostrava possibilidades no sentido de se configurar como espaço e encontros sistemáticos para discussão de pautas de interesse dos usuários.

7.2.3.5.2 Dificuldade de participação dos usuários

Quanto ao esvaziamento das práticas educativas coletivas, um elemento mencionado, principalmente pelas ACS, foi a **monotonia devido à repetição dos temas e do tipo de atividade**, o que, segundo elas, decorreria da falta de atualização dos seus conhecimentos. Foram frequentes as falas, tanto nas entrevistas como em situações de observação, em que as ACS manifestaram o desejo de retomar os treinamentos sobre enfermidades e temas relacionados à saúde como forma de dinamizarem as ações educativas com novos conteúdos. Para elas, a repetição cotidiana dos temas é motivo, inclusive, para o desgaste das visitas domiciliares.

Outro ponto ressaltado pelas ACS foi o possível acesso do usuário a **outras fontes de informação**, assim como o questionamento sobre a **finalidade das reuniões e palestras**

no que diz respeito à resolução dos seus problemas, o que, junto com a monotonia, contribuiria para o desinteresse em frequentar as atividades propostas pelo serviço.

As **profissionais de nível superior** entrevistadas, ao se referirem ao esvaziamento das atividades educativas, atribuíram maior importância às **preferências e ao contexto de vida dos usuários** – limitando a sua disponibilidade de tempo para as atividades –, à maior demanda por **atendimento clínico**, e ao **acesso a informações** através da mídia, como motivos para o não comparecimento da população. Não foram mencionadas as questões trazidas pelas ACS, sobre as características repetitivas das atividades educativas.

Tanto ACS como profissionais de nível superior problematizaram o **não comparecimento dos usuários** às atividades de educação em saúde, seja por seu contexto de vida ou pela monotonia das atividades educativas propostas pela unidade. É importante ressaltar que esse posicionamento resulta de uma reflexão em que o “desinteresse” do usuário é atribuído a limitações das próprias práticas educativas, além das dificuldades que enfrenta no seu cotidiano.

Trabalhos como o de Rosso e Collet (1999) mencionam a percepção de desinteresse da população em participar das atividades educativas, por parte de enfermeiros em município do interior do Paraná. Esses referem-se ao desinteresse como uma dificuldade à realização dessas atividades e levando ao desestímulo para sua implementação, mas não mencionam uma análise dos motivos a partir das próprias práticas educativas, que mantêm um perfil tradicional. Ao mesmo tempo, chama a atenção para a visão que os enfermeiros têm dos aspectos socioeconômicos e culturais como obstáculos e não como fatores que poderiam determinar e influenciar a maneira de conduzir e fazer educação em saúde (ROSSO; COLLET, 1999, p. 7).

Na USF/Mirante A, observou-se que as situações em que a convocação das atividades educativas coletivas não atingiu a participação esperada, em geral corresponderam ao perfil tradicional de práticas educativas coletivas, com temas pré-definidos, relacionados a problemas de saúde que necessitavam ser informados à população segundo a ótica do serviço, sob a forma de palestras.

Em contraste, a realização das atividades em comemoração à Semana da Mulher contou com a participação das usuárias, para a qual se articularam formatos variados para as práticas educativas, sob a forma de rodas de conversa e palestras. Embora abordando temas que foram definidos pela equipe, estes incluíram conteúdos que raramente são abordados no cotidiano da unidade, como plantas medicinais e atividades com a utilização de técnicas corporais.

As entrevistadas creditam o êxito desta atividade à possibilidade de reorganizar a agenda, reservando-se tempo para preparação e realização das atividades de educação em saúde, possibilitando a utilização de abordagens e conteúdos diferenciados e com maior interação com as usuárias. Ainda que não tenha sido concebida a partir de uma escuta da população, a utilização de métodos mais participativos e de novos conteúdos revela que a disponibilidade de tempo para a realização das atividades de educação em saúde tem importante papel, e que a equipe, dadas as condições, tem motivação e capacidade de utilizar de forma criativa os seus recursos e conhecimentos.

Nesse sentido, Albuquerque e Stotz (2004, p. 271) referem-se à experiência de institucionalização da educação popular no município do Recife, com a realização de treinamentos e oficinas com as equipes de saúde da família que tiveram como resultado imediato a implementação de novos formatos para as atividades educativas, entre os quais: oficinas de alimentação enriquecida, organização de grupos comunitários para resolução de problemas como lixo e esgotamento sanitário, atividades esportivas de promoção da saúde, entre outras.

Com vistas a despertar o **interesse dos usuários**, as entrevistadas sugeriram a adoção de novas metodologias caracterizadas pela **variedade** e com maior possibilidade de **interação**. As ACS, no entanto, além das sugestões mencionadas, incluíram a **realização de treinamentos** sobre novos conteúdos, e que as atividades educativas assumissem também caráter **terapêutico** e de **apoio emocional e social**, de modo a contemplar situações de vulnerabilidade, como solidão e abandono.

Estas proposições parecem incorporar algumas perspectivas da educação popular em saúde (STOTZ, 2005), em relação à ampliação do espaço de atuação e ao uso de metodologias diversificadas na discussão de conteúdos com a população, além de indicar um processo de formulação de práticas educativas baseadas em uma leitura da realidade por parte das ACS.

As propostas de novos formatos para as práticas de saúde na ESF, segundo as sugestões colocadas pelas ACS, podem ser vistas como alternativas que contribuem para a conformação de espaços de articulação e construção de redes de apoio social, na perspectiva apontada por Valla (1999). Em sua reflexão a propósito das ações de apoio social em uma conjuntura de crise, o autor aponta a estratégia de, sem esquecer a necessidade de seguir lutando por seus direitos, a população articular novos formatos de atendimento de suas necessidades imediatas através de ações de apoio social.

No entanto, é importante observar a falta de menção, nas colocações das entrevistadas sobre as **dificuldades de participação** da população, à necessidade de se

conhecer os temas que seriam considerados prioritários pela população. Retoma-se, aqui, a **formulação das práticas educativas** enquanto um aspecto que pode dificultar a realização das práticas educativas dotadas de sentido para a população.

Ainda que as entrevistadas reflitam criticamente sobre as características formais das práticas educativas, por outra parte, têm a ideia de que o serviço continuaria a conceber e realizar a educação em saúde. A verticalidade reflete a permanência de elementos de uma compreensão das práticas educativas cuja função essencial seria a de propagadora de conhecimentos. O conceito predominante é o de práticas que são vistas como necessárias à luz do olhar técnico, do horizonte normativo, e não práticas que são desejadas e percebidas como necessárias pela população. Nesse sentido, o processo de **formulação das práticas educativas** pode ser visto como parte das dificuldades à implementação das ações de educação em saúde, ao não levar em conta esses aspectos.

Embora se reconheça a importância de formatos e conteúdos inovadores para a realização de atividades de educação em saúde, é preciso que estes se articulem aos interesses e necessidades dos usuários, sob pena de se tornarem apenas estratégias mais elaboradas de persuasão. A esse respeito, Albuquerque (2003, p. 155) caracteriza um tipo de educação em saúde que seria “uma variante do tipo monológico com alguns elementos de dinâmicas de grupo, uso de linguagens como o teatro e outros a serviço do repasse de informações e das mudanças de comportamento.”

Do ponto de vista da razão comunicativa, as práticas educativas calcadas em mudanças apenas nos seus métodos apóiam-se em uma racionalidade estratégica, comprometida com finalidades definidas *a priori*, e fundamentam-se em uma racionalidade técnica, que desconhece a dimensão ampliada do processo saúde-doença (FELICIANO; KOVACS, 2001). Abandona-se a ideia de emancipação e autonomia enquanto dimensões inerentes ao processo educativo, e se trabalha com uma perspectiva pedagógica em que os interlocutores não realizam o grande diálogo sobre os seus desejos, projetos e modos de construir suas vidas no mundo a respeito do qual buscam se posicionar.

As **dificuldades** à realização das práticas educativas enquanto atividades de mobilização e participação da comunidade foram abordadas de forma diferenciada pelas entrevistadas. As ACS mencionaram, como **dificuldade** para a sua realização, o **caráter não resolutivo** das reuniões realizadas com a comunidade. As profissionais de nível superior referiram-se à **descrença da população** em relação às possibilidades de mudança, devido à experiência prévia com o clientelismo político e de dificuldade de atendimento a suas reivindicações. Tanto em um como em outro caso, coloca-se o motivo para o desinteresse dos

usuários na falta de sentido de uma atividade que não se revela de utilidade para a população, ou que não cumpre com a finalidade proposta.

A dificuldade de mobilização da população foi analisada por Valla (1999), ao apontar o sentido das ações de apoio social, na conjuntura de crise dos anos 80 e 90. O autor atribui a tendência de retração dos movimentos sociais na conjuntura neoliberal, à crise econômica e à dificuldade do Estado em atender às reivindicações da população, o que repercute nas possibilidades de realização, inclusive pelos serviços de saúde, das ações de participação e mobilização da comunidade, preconizadas pela ESF.

É importante salientar, ainda, que a função de estímulo à participação da comunidade, enquanto proposta de trabalho da ESF é problematizada por Albuquerque (2003), tendo em vista a dificuldade de se desenvolverem habilidades profissionais nesse campo, as quais envolvem características pessoais e crenças políticas.

Por outro lado, a autora vê limitações ao trabalho transformador e emancipador da educação popular em saúde no contexto das instituições, tendo em vista o seu caráter de instâncias de dominação, em que as práticas de saúde assumem o papel de amenizar os efeitos das diferenças de inserção de classe no interior da sociedade capitalista (Albuquerque, 2003).

Marcondes (2004), assinala o caráter ambíguo e contraditório da proposta da promoção da saúde, afirmando a necessidade de processos participativos com vistas a garantir sua perspectiva emancipadora e transformadora, e capaz de impactar sobre os determinantes da saúde e da doença. Frente à problematização levantada por Albuquerque (2003), no entanto, surge a questão sobre como implementar esse processo no cotidiano dos serviços de saúde.

Stotz (2004), a propósito da promoção da saúde, também alerta para essa possibilidade e aponta a educação popular em saúde como processo através do qual se poderia implementar os processos de participação social como forma de levar adiante as mudanças necessárias à promoção da saúde, inserindo-as no cotidiano dos serviços. No entanto, é importante ter em foco as considerações de Albuquerque (2003), para que os sentidos assumidos pela participação nesse processo não se refiram a novas formas de instruir a população sobre comportamentos saudáveis, mas que se dirijam ao desenvolvimento da autonomia.

Deve-se valorizar, portanto, processos como os que ocorreram a partir da reunião para a discussão e eleição de delegados para o orçamento participativo ou as discussões para a construção da Unidade Integrada, mas sem perder de vista as questões assinaladas.

A possibilidade de realização de discussões sistemáticas sobre os problemas enfrentados pela comunidade e o exercício da participação das pessoas da comunidade nas discussões que ocorreram indicam um potencial para modos diferentes de se fazer a educação em saúde.

7.3 As concepções de diálogo

A análise das respostas relativas às concepções de diálogo se deteve sobre o modo como as ACS e profissionais de nível superior **conceituam** esta categoria e as **condições que interferem** na sua realização.

As **concepções de diálogo** relatadas pelas entrevistadas caracterizaram-no como **troca, interação, atenção, compreensão, relação entre pessoas, fala e escuta**, remetendo à **existência do outro** como condição de base para a sua realização. O diálogo também foi definido como uma condição propiciadora da construção do **vínculo e da confiança**. Evidencia-se, nessas concepções, a dimensão intersubjetiva do diálogo e a sua qualidade de encontro mediado pela palavra.

Por outro lado, apesar de definirem o diálogo enquanto troca e se referirem a sua dimensão intersubjetiva, as entrevistadas descrevem a construção do diálogo com base em situações que se referem em grande medida ao **modo como se dão as relações** com os usuários nas práticas de saúde, não incluindo menções ao diálogo sobre as próprias práticas, ou alternativas de cuidado, comportamentos ou hábitos saudáveis, e tampouco sobre a utilização do serviço.

Os relatos se dirigiram, na maioria das vezes, ao diálogo como parte da construção do conhecimento sobre o usuário, suas condições de vida e saúde, e o modo como se dão as dinâmicas no cotidiano das pessoas da comunidade. Ou seja, o diálogo é visto como parte do processo de aproximação e conhecimento da comunidade, mas não de escuta dos seus saberes com vistas à construção compartilhada de alternativas, não parecendo superado o seu uso para aprimorar formas de persuasão com base no que já foi definido como correto pelo serviço.

Retomando as referências à educação popular – um dos eixos teóricos que orientaram este trabalho –, de acordo com Freire, o diálogo se afirma enquanto encontro entre os homens:

o diálogo é este encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, para *pronunciá-lo*, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu. [...] Se é dizendo a palavra com que, “*pronunciando*” o mundo, os homens o transformam, o diálogo se impõe como caminho segundo o qual os homens ganham significação enquanto homens (FREIRE, 2003, p. 78-79).

Nesse encontro, do ponto de vista da educação popular em saúde, Acioli (2008, p. 119) afirma a necessidade de reconhecimento de outros saberes, o que “implica no respeito ao universo cultural dos participantes, e principalmente na idéia de saberes – popular e científico – pensados de forma dinâmica, ou seja, saberes em relação”.

Conforme já discutido no referencial teórico, para a teoria da ação comunicativa de Habermas, o diálogo é definido como argumentação realizada por sujeitos ao se posicionarem diante de pretensões de validade cujos potenciais de verdade, correção e autenticidade podem ser problematizados.

O pensamento de Habermas se estrutura como proposta de superação da filosofia da consciência, a partir da substituição da ideia de um sujeito que age sobre objetos, pela de *sujeitos em relação*, em um mundo construído intersubjetivamente. Suas concepções partem da crítica ao modelo de racionalidade técnica e instrumental imperante na modernidade, à qual ele contrapõe a racionalidade comunicativa.

Baseado nesta premissa Habermas articula a concepção de interesse emancipatório, segundo a qual os processos de regulação entre os homens, ao se basearem na livre argumentação, irão possibilitar a construção de novas relações frente ao poder e às ações orientadas por interesses de controle da natureza e dos outros seres humanos. Portanto, tem implicações sobre a forma como se vão regular as relações entre o saber e poder técnicos e o saber e querer práticos na sociedade.

Do ponto de vista das práticas educativas, em que as mediações entre os saberes podem ser vistas como mediações entre o saber técnico e o saber prático – ou entre normas e cotidiano da população – a ideia de interesse emancipatório aponta para a superação da prescrição de comportamentos sanitários e de consumo dos serviços norteadas pelo enfoque biológico da saúde, substituindo-a pela efetiva incorporação de uma nova racionalidade, baseada na diversidade e no conjunto das experiências vividas pelo educando.

Outro desdobramento da perspectiva dialógica, de acordo com a discussão introduzida no marco teórico deste trabalho, diz respeito à noção de sujeito que se tem como pressuposto nas propostas de transformação dos serviços de saúde. A partir das considerações de Ayres (2001, 2007), haveria a necessidade de um giro no que diz respeito ao uso dessa categoria – assim como a de subjetividade – para que se possa efetivamente implementar as

propostas de mudança nos serviços, de modo a alcançarem expressão nas práticas cotidianas de saúde.

A proposta de substituir a noção de sujeito (ou subjetividade) pela de contextos de intersubjetividade implica na ideia de que a constituição de identidades individuais e de grupos se dá a partir das relações que se estabelecem entre sujeitos, não cabendo falar de sujeitos que se constituem em ação sobre outros ou sobre objetos.

Definindo o diálogo como expressão desse encontro entre sujeitos em relação, mediado pela palavra, pensar a prática educativa em saúde segundo essa perspectiva significa incluir em seus objetivos a construção desses sujeitos, papel que remete à emancipação e à autonomia.

Práticas educativas dirigidas a sujeitos autônomos diferenciam-se das propostas que supõem sujeitos passivos e a-históricos, higienizados, portadores das regularidades tipificadas no discurso sanitário biomédico. Para isso, o diálogo nas práticas de educação em saúde passa a se constituir com base no que é diverso, não se restringindo a defender tarefas técnicas com vistas à regulação dos hábitos de vida e do cotidiano da população. Necessita se dirigir ao conjunto dos interesses que podem, de fato, ser compartilhados com a população usuária – as suas reais necessidades. E estas incluem não apenas a dimensão técnica, mas a dimensão prática, no sentido da inclusão de necessidades éticas, afetivas, estéticas. Isto remete à negociação do núcleo técnico-científico das prescrições e recomendações que segue como o eixo norteador das ações de educação em saúde.

Assim, o diálogo nas práticas educativas não se constitui apenas enquanto expressão de novas formas de relação com a população usuária. Implica em que essas relações se estabeleçam na busca de novos entendimentos sobre o núcleo técnico das propostas de organização do cuidado, as orientações, as prescrições, as indicações sobre comportamentos e ordenamentos cotidianos dos usuários. Implica, portanto, na possibilidade de se discutir não apenas a correção normativa das indicações, mas de se incorporarem distintos projetos de felicidade humana, baseados na experiência de vida da população.

Este passo tem implicações sobre a construção das relações no âmbito das ações de saúde. Uma delas refere-se ao fato de, no reconhecimento da alteridade, a construção das alternativas de cuidado implica a abertura da perspectiva segundo a qual se lida com os horizontes normativos no cotidiano do serviço, o que traz como consequência a construção de práticas educativas em que esses horizontes sejam revisitados, a partir da escuta e da incorporação de racionalidades outras que não as que se baseiam no conhecimento técnico. E este processo, ancorado nesta perspectiva do diálogo em que o outro e nós mesmos nos

construímos, pode atuar na base das propostas de mudança de modo a trazê-las à expressão no cotidiano das práticas de saúde.

O diálogo foi abordado pelas entrevistadas como **elemento de construção do vínculo**, a partir do conhecimento que se vai construindo sobre o outro. Ao mesmo tempo, ao se abordarem as **condições que interferem na realização do diálogo**, este também foi referido como resultante da **existência do vínculo** e da **disponibilidade de tempo**.

O **vínculo** é visto como condição que facilita o diálogo pelo conhecimento prévio entre usuários e profissionais. Para as entrevistadas, resulta de elementos como a confiança, a competência profissional, a permanência e a disponibilidade para a escuta, os quais foram abordados também a propósito da **realização das práticas educativas**. O estabelecimento dessa interdependência entre **vínculo e diálogo** denota a compreensão, por parte das entrevistadas, da dimensão relacional do processo de construção das práticas de educação em saúde.

No estudo realizado por Oliveira (2004) a respeito do diálogo entre organizações não governamentais e instituição acadêmica, foram entrevistados participantes de projetos de educação popular na região de Leopoldina (RJ). O diálogo foi relacionado ao convívio, definido como “arte de se relacionar” e que consiste no “estar junto, olhar nos olhos, conversar frente a frente”. E as “moedas de troca para o convívio” foram a simpatia, a confiança, humildade, sensibilidade, respeito, flexibilidade em relação aos tempos (OLIVEIRA, 2004, p. 5-6). É na convivência que se dá o conhecimento “do que aflige as pessoas, repensando o trabalho coletivo e pensando políticas públicas mais condizentes com a concretude do cotidiano.” (OLIVEIRA, 2004, p. 15).

O convívio, no estudo mencionado, é a palavra-chave para o diálogo, o que se aproxima da ideia de construção do vínculo referida pelas entrevistadas, ressaltando-se que, nas colocações das mesmas, não emerge a perspectiva de luta por melhores condições de vida e por direitos de cidadania que se observa no estudo realizado por Oliveira (2004).

No entanto, são também relatados, a propósito das “moedas de troca para o convívio”, aspectos que se aproximam da confiança, permanência e disponibilidade para a escuta que as entrevistadas definiram como condições para a realização do diálogo.

Nesse sentido, as entrevistadas articulam a possibilidade do diálogo à **disponibilidade de tempo**. Em um primeiro sentido, essa disponibilidade de tempo refere-se a cada encontro entre profissionais e usuários, por permitir a escuta e a fala, o conhecimento do usuário e de suas necessidades. E, por outro lado, também foi relacionada ao processo de construção da relação com o usuário, por significar a possibilidade de repetição desses

encontros, remetendo à permanência e à continuidade como parte desse processo, já mencionados a propósito da construção do vínculo e na **realização das práticas educativas**.

Frente ao contexto institucional já discutido, a disponibilidade de tempo para realização de práticas educativas segundo o modelo dialógico é limitada pelas dificuldades para realizar mudanças na organização do trabalho, visando a superação da lógica centrada na assistência e na clínica focalizada no modelo biomédico.

De acordo com Freire (1987), os pressupostos para o diálogo são: o amor, a fé, a confiança, a esperança. E o diálogo verdadeiro pressupõe um pensar verdadeiro, um pensar crítico, pensar que percebe a realidade como processo. Dessa forma, as referências ao **vínculo** e à **disponibilidade de tempo** que perpassam a colocações sobre a **realização das práticas educativas** e as **concepções de diálogo** das entrevistadas – mesmo sem incluir o questionamento sobre a normatividade e o enfoque biomédico – refletem a existência de um distanciamento crítico, no sentido de encontrar viabilidade para novos formatos para as atividades de educação em saúde no cotidiano.

Embora não se constitua no objeto central deste trabalho, a implementação da educação permanente, enquanto proposta da política municipal de saúde parece ter influenciado as falas e os posicionamentos das profissionais frente à educação em saúde. Mesmo não tendo conseguido superar as contradições do modelo de atenção, especialmente no que diz respeito às mudanças nas práticas cotidianas dos serviços de saúde, parece ser capaz de proporcionar avanços na construção de espaços para que as práticas de educação em saúde se realizem sob formatos participativos e emancipadores.

8 Considerações Finais

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem das práticas de educação em saúde neste trabalho levou em consideração o fato de que a história do SUS vem marcada pela ambiguidade entre um projeto de mudança de um modelo de atenção iníquo e ineficaz – requerendo investimentos diversos para que se constitua de acordo com os princípios que demarcam sua proposta – e uma estratégia de manutenção e reprodução desse modelo, frente à qual é visto como uma forma de contenção e otimização do uso de recursos que se caracterizam pela escassez. No interior dessa tensão, busca se legitimar como alternativa capaz de contemplar a sua viabilidade econômica e ao mesmo tempo provar sua eficácia na mudança das condições de saúde da população.

A proposta da política de atenção básica à saúde e as propostas da promoção da saúde se colocam nesse contexto, em que a dualidade que permeia a construção do SUS se expressa na tentativa de implementar mudanças no modelo de atenção que, sem comprometer as diretrizes segundo as quais foi concebido, não tenham um impacto sobre o perfil de gastos, ou que possam até mesmo contribuir para a redução dos mesmos.

Uma das primeiras considerações a se fazer em relação aos resultados encontrados neste estudo gira em torno dessa dualidade.

O modelo de atenção que se busca implementar no âmbito municipal em João Pessoa, baseando-se na proposta da Educação Permanente, se vê em disputa com a persistência de um modelo de atenção com características normatizadoras, vinculado à lógica dos programas verticais, com ênfase no atendimento às demandas assistenciais, e ações de prevenção de doenças e promoção da saúde calcadas na responsabilização dos indivíduos, na mudança de comportamentos e de hábitos da população.

As práticas educativas tendem a se fazer calcadas na noção de risco e com foco na prevenção, priorizando a normatização da vida cotidiana, dispondo de pouco espaço para a busca de soluções, segundo uma perspectiva da promoção da saúde transformadora da realidade e uma visão ampliada do processo saúde-doença. O recurso às normas e à persuasão se sobrepõe à ideia de que é com base em acordos intersubjetivos que se pode aceitar novas pautas de comportamento, segundo o reconhecimento, sem coerção, das pretensões de validade de sujeitos dispostos ao entendimento.

Portanto, as concepções de educação em saúde e as características das práticas educativas, presentes nas colocações das entrevistadas e observadas no cotidiano da unidade, apontam para o predomínio de conceitos e práticas características do modelo **tradicional** (ALVES, 2004), coexistindo com posicionamentos críticos e com a busca de espaços para a implementação de novos formatos, mais participativos, abordando conteúdos vinculados às necessidades da população.

Os relatos das entrevistadas mostram abertura para novos formatos e métodos, assim como a perspectiva de abordagem de conteúdos que remetem a uma concepção ampliada de saúde e ao desenvolvimento de ações ordenadas segundo a proposta da promoção da saúde.

Identifica-se uma abertura às dimensões intersubjetivas e aos contextos de vida em que se dão as interações com os usuários. A valorização do vínculo e da confiança como elementos essenciais ao trabalho educativo permite supor, no que diz respeito às disposições subjetivas das entrevistadas, uma abertura à realização de práticas **dialógicas** e **participativas** e à construção de projetos compartilhados de felicidade. As possibilidades para a construção e realização de práticas educativas dialógicas surgem no encontro afetivo cotidiano das visitas domiciliares, na valorização do vínculo e da confiança, na escuta atenta e sensível.

A importância atribuída ao vínculo e à confiança aponta para a existência de um contexto de intersubjetividade e a existência de espaço para uma escuta voltada para dimensões ampliadas da saúde, as quais, ainda que não sejam suficientes para a instauração de uma prática educativa orientada por uma noção de sucesso prático, para além do controle técnico das doenças, indicam a potencialidade para a constituição de espaços em que se discutam projetos diversos de felicidade humana.

A normatividade, a prescrição de condutas e a insistência nas recomendações orientadas pelo enfoque biomédico co-existe com o olhar e a abordagem de conteúdos relativos a dimensões ampliadas da saúde e da doença – especificamente aquelas ligadas ao contexto de vida da população.

É inegável o conhecimento que as entrevistadas têm do contexto de vida da população – em especial as ACS – e a ênfase nos aspectos relacionais para a construção das práticas educativas, através da valorização do vínculo e da confiança. Por outra parte, as possibilidades de se avançar em direção a interações sobre os conhecimentos abordados verificaram-se incipientes.

Ao mesmo tempo que se identifica um discurso comprometido com as mudanças, com as necessidades de saúde da população e com a construção de práticas educativas participativas, observa-se um cotidiano atravessado por um eixo normativo que impõe metas e objetivos, e que preenche o espaço do diálogo com as falas que têm que ser proferidas sobre conteúdos que devem ser informados aos usuários, onde termina por predominar, no âmbito das atividades coletivas, o recurso aos métodos tradicionais.

Ou seja, identifica-se a existência de uma diversidade de conteúdos que são objeto de atividades educativas essencialmente sob a forma de orientações realizadas no cotidiano das práticas de saúde das entrevistadas, mas essa diversidade não se reflete em um trabalho educativo sistemático, em que se viabilize a discussão e a construção compartilhada de alternativas de ação voltadas à melhoria das condições de saúde e vida da população.

O compartilhamento de horizontes parece se colocar como potencialidade a partir das disposições e percepções manifestadas em entrevistas e nas atividades cotidianas, mas não se materializa enquanto novo modelo. Nem na negociação das recomendações, nem no enfrentamento das contradições e conflitos cotidianos. Já há um grande diálogo, cotidiano, que se constitui de conflitos e compartilhamentos. Isto parece ser parte inerente ao processo de trabalho da ESF, ao ocupar o espaço cotidiano do domicílio, moradia da população, mas não se configura como o diálogo que poderia construir os novos projetos, por não se dirigir aos componentes que necessitam ser discutidos para a construção de formas melhores de se fazer as práticas de saúde e de melhoria das condições de vida da população.

O grande diálogo cotidiano, que é vivido no serviço, parece estar ausente quando se trata da possibilidade de ações educativas dirigidas à discussão das várias situações relatadas pelas entrevistadas e observadas na dinâmica da sala de espera e nas visitas domiciliares. A predominância dos conteúdos normativos, baseados nas metas de programas, na prevenção de doenças e na regulação de comportamentos saudáveis e da utilização do serviço distancia-se da fusão de horizontes e da noção de sucesso prático que deveria nortear as práticas educativas na perspectiva da promoção da saúde enquanto proposta transformadora.

Segundo a perspectiva freireana, o conceito de educação em saúde que se depreende dos relatos e observações não se dirige a uma perspectiva emancipadora, não se baseia na problematização nem na construção compartilhada do conhecimento. O que, certamente, exacerba as dificuldades de relação entre um saber passível de utilização frente aos interesses e valores do contexto sociocultural.

O contexto institucional mostrou-se limitante a mudanças nessa perspectiva, caracterizando-se pela ênfase no componente assistencial e práticas focadas no modelo biomédico. Indicando, portanto, a necessidade de aprofundamento das mudanças na organização do trabalho e no modelo assistencial de modo a constituir uma maior abertura às demandas da população e condições para a realização de ações educativas baseadas no diálogo livre de coerções e no reconhecimento do outro como interlocutor legítimo. E, dessa forma, superar a lacuna entre a proposta de atuação da equipe de saúde e a realidade do seu trabalho no cotidiano do serviço.

Estas possibilidades, no entanto, necessitam de investimentos pelo menos em duas direções que se colocam como essenciais. A primeira, no sentido de se ampliarem as possibilidades de discussão de alternativas frente às prescrições e orientações calcadas na mudança de comportamentos, superando o viés autoritário e normativo das práticas educativas. E outra visando o aprofundamento nas mudanças dos modos de organização do trabalho, de modo a propiciar o espaço e o tempo necessários à realização das práticas educativas.

Em relação à primeira, o investimento se dirigiria aos modos de se construírem as relações entre os conhecimentos técnicos e científicos e os dos usuários, na construção das alternativas de cuidado de sua saúde. Para isso, partindo da abertura sinalizada pelo vínculo e pela confiança, tratar-se-ia de *mudar* a cultura do serviço no sentido da incorporação de outros saberes, de revisão do horizonte normativo sobre o qual se apóiam as recomendações e orientações, ou seja, uma cultura de compartilhar o processo de construção do conhecimento e de propostas de ação.

A mudança envolve tanto o próprio modo como os profissionais lidam com o seu saber, como a perspectiva normativa que rege os objetivos e critérios segundo os quais se avalia o êxito das práticas de saúde. O que implica, portanto, a revisão das próprias normas ou ao menos a flexibilização de sua aplicação nos distintos contextos. É obvio que é necessário levar em conta as implicações para as possibilidades de efetiva coordenação das políticas de saúde segundo essa perspectiva, pois não se trata de abrir mão dos referenciais normativos, como alerta Ayres (2001), mas de submetê-los ao crivo de outras perspectivas de êxito que são as que dirigem as escolhas e preferências dos usuários, estes que queremos autônomos e emancipados.

A proposta do matriciamento mostra potencial de desencadear processos de discussão em busca de novos modelos para as práticas de saúde, através da abertura de

espaços no cotidiano do serviço para a realização de atividades coletivas inovadoras e reuniões para a discussão de temas relevantes para a população, assim como novos modos de se fazer o atendimento a problemas de saúde, como a construção de projetos terapêuticos.

A implementação de projetos terapêuticos parece ser um dos espaços onde se coloca uma perspectiva dialógica na construção de práticas de saúde. Possui uma dimensão pedagógica, traduzida pela discussão da situação e na definição de condutas a serem seguidas pelo usuário, compartilhando conhecimentos e responsabilidades.

Daí a importância de, no cotidiano da equipe de saúde, se explorar o entrelaçamento entre os conceitos que norteiam a promoção da saúde e aqueles que criam as condições para a efetuação de uma prática educativa potencialmente mais capaz de ter repercussões positivas sobre a saúde e a qualidade de vida da população, tais como autonomia, equidade, participação e negociação.

A perspectiva dialógica da educação em saúde desempenha papel central nesse processo, por permitir a mediação entre saberes, aproximando as práticas de saúde das necessidades da população. É dialogando que se trava o embate entre a validade de enunciados analiticamente corretos e a validade social de preceitos e regras técnicas, cujo fundamento é a intersubjetividade do acordo acerca de intenções e que só é assegurada pelo reconhecimento recíproco de compromissos (HABERMAS, 2000).

É preciso assegurar uma maior permeabilidade às demandas da população, como afirmam Bornstein e Stotz (2008, 2009), e condições para a realização de ações educativas baseadas no diálogo livre de coerções e no reconhecimento do outro como interlocutor legítimo. A construção de uma nova relação com o conhecimento técnico e com as normas contribuirá para viabilizar uma prática educativa baseada na diversidade e no conjunto das experiências vividas pelos usuários.

As possibilidades aqui assinaladas devem ser levadas em consideração caso se deseje realizar mudanças a partir dos processos cotidianos vivenciados no trabalho dos profissionais de saúde. A superação dos modelos tradicionais necessita não apenas enfrentar a mudança da lógica de funcionamento dos serviços, como a relação entre os saberes, assumindo a relatividade dos conhecimentos técnicos e científicos frente à contingência e ao modo como se manifestam as necessidades de saúde dos usuários dos serviços.

Não se trata do abandono do normativo ou da necessidade de ordenamentos no cotidiano dos serviços para a realização do cuidado (AYRES, 2001), mas assumir que este

horizonte necessita se ampliar e dialogar com outras racionalidades e outros interlocutores para que as mudanças propostas signifiquem mais qualidade para as práticas de educação em saúde e não apenas novos formatos para velhas propostas racionalizadoras para a sobrevivência em cenários de escassez.

A título de finalização, algumas palavras são necessárias.

No momento atual, o sistema de saúde brasileiro parece buscar saídas frente a uma crise que não é apenas financeira, mas de paradigmas segundo os quais possa orientar suas ações de modo a não deixar para trás os princípios mais caros a sua utopia. Nesse sentido, trata de articular, de um lado, a ruptura com uma visão reducionista e encerrada na perspectiva técnica e biologicista, advogando o diálogo, as interações, a busca pela construção compartilhada de soluções para os problemas de saúde.

Ao mesmo tempo, é necessária a atenção para que esses novos discursos e formatos não sejam re-apropriados segundo outro reducionismo, que é o da retração de recursos justificada em nome da “simplificação” das formas de cuidado. O diálogo em todos os níveis se faz necessário. Resgatar sua centralidade, identificando os pontos de convergência entre algumas abordagens que se dirigem a projetos de sociedade e de mundo melhores, é uma das proposições deste trabalho.

A compreensão da necessidade de tais convergências – e não de consensos vazios – e da construção de um compartilhar de horizontes na forma do cuidado, orientou a execução deste projeto. A educação em saúde, como espaço privilegiado das conversações e como dimensão do cuidado, foi abordada segundo esta perspectiva.

Os resultados encontrados mostraram que, mesmo num contexto em que as formas arraigadas insistem em se perpetuar, se colocam novos modos de se pensar e trabalhar a educação em saúde.

E que, mesmo diante dos conflitos e das imensas exigências feitas aos profissionais da Estratégia Saúde da Família e da exigüidade de recursos e precariedade das condições para o exercício do seu trabalho, no espaço cotidiano dos serviços, têm se desenvolvido possibilidades de reinvenção, abertura, compartilhamento e recriação do cuidado e das formas de realização não só da educação em saúde, como do conjunto das práticas de saúde.

Referências

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.61, n.1, p.117-21, jan./fev. 2008.

ALBUQUERQUE, P. C. de. **A educação popular em saúde no município de Recife – PE: em busca da integralidade**. 2003. Tese (Doutorado Interinstitucional de Saúde Pública)- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.

ALBUQUERQUE, P. C. de; STOTZ, E.N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.8, n.15, p.259-74, maio/ago. 2004.

ALVES, V. S. **Educação em saúde e constituição de sujeitos: desafios ao cuidado no programa de saúde da família**. 2004. Dissertação (Mestrado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.

ARAGÃO, L. M. de C. **Razão comunicativa e teoria social crítica em Jürgens Habermas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2006.

AROUCA, S. **O Dilema Preventivista contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. 1. ed. São Paulo: Ed. UNESP; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003.

ARTMANN, E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.183-195, 2001.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.6, n.1, p.63-72, 2001.

AYRES, J. R. C. M. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. **PYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.43-62, 2007.

BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial: investindo em saúde.** São Paulo: FGV, 1993.

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

BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. In: BRASIL. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor área da saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1989. p.19-26.

BORNSTEIN, V. J. **O agente comunitário de saúde na mediação entre saberes.** 2007. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.259-268, 2008.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. O trabalho dos agente comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. **Trabalho, Educação, Saúde**, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p.457-480, nov. 2008/fev. 2009.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. p. 87-117.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família.** Brasília, DF: Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de Assistência à Saúde, 1997.

_____. Portaria Nº. 3925, de 13 de novembro de 1998. In: _____. **Manual para Organização da Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. **A implantação da unidade de saúde da família.** Brasília, DF, 2000. (Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família, n.1).

_____. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Saúde da Família no Brasil**: uma análise de indicadores selecionados: 1996-2004. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, 2007.

_____. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Secretaria de Políticas Públicas, Ministério da Saúde, 2003.

BUSS, P. M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, sup. 2, p. 177-185, 1999.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção da saúde em relação à produção de sujeitos e à mudança social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.669-678, 2004.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde**: sujeito e mudança. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CARVALHO, M. A.; ACIOLI, S.; STOTZ, E. N. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos**. São Paulo: Hucitec, 2002.

CASTIEL, L. D.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. Educação em Saúde: da ortopedia moral à epidemiologia da desinformação. In: CASTIEL, L. D; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. **Precariedades do Excesso**: informação e comunicação em saúde coletiva. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CONILL, E. M. **Análisis da problemática de la integración de la APS en el contexto actual**: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Intercambio – Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

DELEUZE, G. O que é um dispositivo? In: DELEUZE, G. **O mistério de Ariana**. Lisboa: Ed. Vega, 1996.

DONATO, A. F.; ROSENBERG, C. P. Algumas idéias sobre a relação Educação e Comunicação no âmbito da Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.12, n.2, p.18-25, jul./dez. 2003.

FELICIANO, K. V de O. **Prevenção da AIDS entre jovens**: conflitos entre os discursos técnicos e a prática cotidiana de escolares da Região Metropolitana do Recife. 2001. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

FELICIANO, K. V. de O.; KOVACS, M. H. As necessidades comunicacionais das práticas educativas na prevenção da transmissão materno-fetal do HIV. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, n.3, v.4, p. 393-400, out./dez. 2003.

FLICK, U. Observação, etnografia e métodos para dados visuais. In: FLICKE, U. **Uma introdução às pesquisas qualitativas**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FONSECA, A. F.; MACHADO, F. R. de S.; BARRETO, C. M. Avaliação do trabalho educativo do Agente Comunitário de Saúde: desafios para o setor saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA Jr., A. G.; MATTOS, R. A. de. (Org.) **Atenção básica e Integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. p. 277-272.

FRANCO, T.; MERHY, E. E. **PSF**: contradições e novos desafios. Campinas, 2009. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/>>. Acesso em: 22 jan 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 37. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 16. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 26. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

GABASSA, V. **Contribuições para a transformação das práticas escolares**: racionalidade comunicativa em Habermas e dialogicidade em Freire. 2007. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007.

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

HABERMAS, J. **Conhecimento e interesse**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

HABERMAS, J. **Teoria de la acción comunicativa I/II**. 2 ed. Madrid: Taurus, 1988.

HABERMAS, J. **Teoria de la acción comunicativa**: complementos y estudios previos. Madrid: Ediciones Cátedra, 1997.

HEIDERMAN, I. T. B. **A Promoção da Saúde e a concepção dialógica de Freire**: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família. 2006. Tese (Doutorado). Programa de Pós-graduação de Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

JOÃO PESSOA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde, 2006-2008**. João Pessoa, 2006.

KEEN, J.; PACKWOOD, T. Usando estudos de caso na pesquisa em serviços e em políticas de saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. Rio de Janeiro: MacGraw-Hill do Brasil, 1978.

LINS, M. E. P. **Educadores Nutricionais**: quem somos e a que viemos? 1990. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1990.

MACHADO, F. R. de S. et al. Elementos para a discussão da avaliação do trabalho educativo em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA Jr., A. G.; MATTOS, R. A. de. (org.) **Atenção básica e Integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS, UERJ: ABRASCO, 2008. p.273-293.

MAGALHÃES, M. J. O. **Análise da relação entre a situação de trabalho e a saúde dos profissionais da unidade de saúde da família / Grotão II**. 2003. Monografia (Especialização). Curso de Especialização em Saúde da Família, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2003.

MARCONDES, W. B. Multiculturalidade, autonomia e participação popular na promoção da saúde. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL PAULO FREIRE, 5., 2005, Recife. **Comunicações Orais**. Disponível em:

<<http://www.paulofreire.org.br/asp/template.asp?secao=coloquio&sub=v5coloquio>>. Acesso em 27 jul 2009.

MARCONDES, W. B. A Convergência de referências na Promoção da Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n.1, p.5-13, jan./abr. 2004.

MARQUES, D. L. **Educação em saúde na atenção básica: concepções dos profissionais médicos do Programa Médico de Família de Niterói (RJ)**. 2006. Dissertação (Mestrado). Programa de Estudos Pós-Graduados da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2006.

MELLO, D. A. Reflexões sobre promoção à saúde no contexto do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.1149, out./dez. 2000.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Programa de Saúde da Família: somos contra ou a favor? Só analisando antes para dizer depois. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy>>. Acesso em 04 fev 2010.

MEHRY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. In: MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MEYER, D. E. E. et al. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1335-1342, jun. 2006.

MINAYO, M. C. de S. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.) **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOROSINI, M. V. G. S.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. B. Educação e saúde na prática do Agente Comunitário. In: MARTINS, C. M.; STAUFFER, A. B. (Org.) **Educação e Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MOURA, E. R. F.; SOUSA, R. A. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.18, v.6, p.1809-1811, nov./dez. 2002.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.6, n.10, p. 75-94, fev. 2002.

OLIVEIRA, D. L. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.13, n.3, p.423-31, maio/jun. 2005.

OLIVEIRA, M. V. A. S. C. A educação popular em saúde e a prática dos agentes de controle de endemias de Camaragibe: uma ciranda que acaba de começar. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.7 n.2 jul/dez 2004. Disponível em: <<http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/v007n2.htm>>. Acesso em 02 maio 2008.

OLIVEIRA, M. W. **Processos educativos em trabalhos desenvolvidos entre comunidades: perspectivas de diálogo entre saberes e sujeitos**. Relatório de pós-doutorado. Rio de Janeiro: Departamento de Endemias “Samuel Pessoa”, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

OLIVEIRA, M. W. **Perspectivas de diálogo no encontro entre organizações não governamentais e instituição acadêmica: o convívio metodológico**. 2004. Disponível em: <http://www.web.me.com/julio.wong.un/edpopsaude/concepções_files/OliveiraStotz-ANPED-2004.pdf>. Acessado em 25 set 2009.

OLIVEIRA, M. W. Educação Popular e Saúde. **Revista de Educação Popular**, Uberlândia, v.6, n.0, p.73-83, jan./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/revistaeducpop/search/titles?searchPage=2>>. Acessado em 01 mar 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Genebra, 1978.

PEDROSA, J. I. dos S. Educação Popular, Saúde, institucionalização: temas para debate. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 5, n. 8, fev. 2001.

PEREIRA, G. S. **O profissional de saúde e a educação em saúde: representações de uma prática**. 1993. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1993.

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

POPE, C.; ZIEBLAND, S.; MAYS, N. Analisando dados qualitativos. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ROSSO, C. F. W.; COLLET, N. Os enfermeiros e a prática de educação em saúde em município do interior paranaense. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (*on line*), Goiânia, v. 1, n.1, out./dez. 1999. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em 30 ago 2008.

SAMPAIO, J. **A construção de novas políticas públicas como caminho para a prevenção da AIDS**. 2006. Tese (Doutorado). Doutorado em Saúde Pública. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2006.

SANTOS, N. T. V. **Programa de Saúde da Família: uma contribuição à análise de seus princípios e prática**. 2005. Dissertação (Mestrado). Doutorado em Saúde Pública. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2005.

SICOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.7, n.12, p.101-122, 2003.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O Agente Comunitário de Saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.6, n.10, p. 75-96, fev. 2002a.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente Comunitário de Saúde – o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002b.

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

SOUZA, E. S. Educação Popular e Saúde: cidadania compartilhada. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 5, n. 8, fev. 2001.

STOTZ, E. N. **Enfoques sobre educação e saúde**. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_10993.pdf>. Acesso em 12 dez 2009a.

STOTZ, E. N. **Educação popular em saúde: trajetória, expressão e desafios de um movimento social**. Originalmente publicado na Revista de Atenção Primária à Saúde, em

2005. Disponível em: <<http://www.nesp.unb.br/eps/educacaopopular.pdf>>. Acessado em 20 set 2009.

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; BORNSTEIN, V. J. O Agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. **Rev APS**, Juiz de Fora, v.12, p.4, p.487-497, out./dez. 2009.

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; BORNSTEIN, V. J. Educação Popular em Saúde. In: MARTINS, C. M. e STAUFFER, A. B. (Org.) **Educação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

STOTZ, E. N.; ARAÚJO, J. W. G. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.2, p. 5-19, maio/ago. 2004.

TEIXEIRA, R. R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.1, n.1, p.7-40, 1997.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário não deve ser um “super-herói”. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.6, n.10, p. 75-94, fev, 2002.

TRAVERSO-YEPEZ, M.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: por uma humanização do atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.80-88, jan./fev. 2004.

VALLA, V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, Sup.2, p.7-14, 1999.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.5, n.8, fev. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832001000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 22 jan 2010.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular, um jeito especial de conduzir o processo educativo no setor saúde**. 2003a. Disponível em: <<http://www.web.me.com/julio.wong.un/edpopsaude/concepções.html>>. Acessado em 02 fev 2010.

VASCONCELOS, E. M. **Introdução. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde**. 2003b. Disponível em:

<http://www.web.me.com/julio.wong.un/edpopsaude/Palavras_Gestos.html>. Acesso em 26 set 2009.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.76-83, 2004.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e a atenção à saúde da família**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

VAZQUEZ NAVARRETE, M. L et al . Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 579-591, abr. 2003.

VAZQUEZ NAVARRETE, M. L. et al. **Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicadas em saúde**. Recife: IMIP, 2009.

VAZQUEZ NAVARRETE, M. L.; SILVA, M. R. F. da. **Análisis de los datos cualitativos**. Barcelona: Universidad de Barcelona, 2005.

VAZQUEZ, M. L. et al . Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 0, p.141-155, 2010.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, dez.1998.

YIN, R. K. **Estudo de caso – planejamento e métodos**. 3. ed – Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZITKOSKI, J. J. Educação popular e emancipação social: convergências nas propostas de Freire e Habermas. In: **REUNIÃO DA ANPED, 26.**, 2003, Poços de Caldas. Grupo de Trabalho, Educação Popular, 6. **Textos de trabalhos e posters**. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/26/trabalhos/06tjaijz.pdf>>. Acesso em 14 set 2007.

Apêndice

APÊNDICE A – Carta de anuência nos Termos do Comitê de Ética do Centro de Pesquisas

Aggeu Magalhães



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

**Carta de Anuência nos Termos do Comitê de Ética do Centro de
Pesquisa Aggeu Magalhães**

O projeto de pesquisa “Educação em saúde na Atenção Básica – sujeito, diálogo e intersubjetividade, coordenado e desenvolvido pela professora Maria Beatriz Pragana Dantas – do Departamento Nutrição da Universidade Federal da Paraíba -, na qualidade de aluna do Curso de Doutorado de Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, com vistas à elaboração de tese a ser defendida como requisito parcial à obtenção do grau de doutora pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, será desenvolvido em Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário II da rede municipal de saúde de João Pessoa e em áreas de abrangências da mesma. Abrangerá, ademais a Diretoria do referido Distrito Sanitário e as Gerências da secretaria Municipal de saúde envolvidas na formulação e implementação das ações e educação em saúde.

As definições que constam desta carta foram pactuadas junto à gerência da Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde /JP e ao Distrito Sanitário envolvido.

Para a realização da pesquisa, será facultado o acesso a registros e documentos de gestão, assim como a realização de entrevistas e acompanhamento de atividades, desde que com o uso de termo de consentimento livre esclarecido.

Ademais, a professora se compromete a compartilhar e tornar públicos os resultados da pesquisa, preservando o sigilo dos informantes, junto aos envolvidos no projeto e a todos os interessados.

João Pessoa, 15 de setembro de 2008.

Liana Maria C. Gomes Lima
Gerente da Educação na Saúde
Adm. de Saúde
Liana

Gerente Educação em Saúde

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista com profissionais de nível superior e ACS da USF

Roteiro de entrevista com profissionais de nível superior e ACS da USF

1. - que é educação em saúde para você?
2. - que benefícios se prevê que essa atividade traga para os usuários?
3. - que tipos de ações você considera educativas?
4. - que características deve ter a prática educativa?
5. - como é a prática educativa nesta USF?
6. - que ações educativas são realizadas na USF?
7. - quais você realiza?
8. - com que frequência elas ocorrem?
9. - quem as realiza?
10. - qual foi a última atividade de educação em saúde de que você participou?
11. - qual foi sua função na mesma? (coordenador, planejador, executor?)
12. - qual foi o tema?
13. - como foi realizada?
14. - como você avalia essa atividade?
15. - como é definida a realização das práticas educativas?
16. - quais os temas mais frequentes? Como são escolhidos?
17. - você experimenta algum tipo de dificuldade na relação com os usuários na realização das práticas de ES?
18. - que tipo de dificuldade?
19. - como você lida com essas dificuldades?
20. - o que é o diálogo para você?
21. - em que situações do serviço ele se aplica?
22. - que papel tem o diálogo na prática educativa?
23. - o que facilita o diálogo na ES?
24. - o que dificulta o diálogo na ES?
25. - você acha que a ES é efetiva? Por quê?
26. - como você acha que o usuário recebe as práticas de ES?
27. - o que você acha que o usuário espera da ES?
28. - que temas os usuários mais demandam na ES?
29. - você se considera um bom educador? Por quê?
30. - qual atividade de ES é a mais importante para você?
31. - na USF, qual a que tem maior importância?
32. - qual você gosta mais de realizar? Por quê?
33. - o que dificulta a execução das ações de educação em saúde?
34. - o que auxilia na execução das ações de educação em saúde?

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista com profissionais de apoio da USF

Roteiro de entrevista com profissionais de apoio da USF

1. – que é educação em saúde para você?
2. – o que dificulta a execução das ações de educação em saúde?
3. – o que auxilia na execução das ações de educação em saúde?
4. – que tipos de ações você considera educativas?
5. – que características deve ter a prática educativa?
6. – o que é o diálogo para você?
7. – em que situações do serviço ele se aplica?
8. – que papel tem o diálogo na prática educativa?
9. – você considera fácil o diálogo na prática educativa?
10. – o que facilita o diálogo na ES?
11. – o que dificulta o diálogo na ES?

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -
Profissionais de nível superior da USF

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Profissionais de nível superior da USF

Eu, _____, declaro estar de acordo com minha participação no estudo sobre o tema “**Educação em saúde na atenção básica – sujeito, diálogo, intersubjetividade**” e ciente de que tal participação consistirá em responder a perguntas em uma entrevista que será gravada e posteriormente transcrita, _____ realizada _____ em _____.

Tais procedimentos têm por objetivo levantar informações necessárias ao estudo, com vistas à caracterização da prática do diálogo e análise da relação entre os sujeitos que participam das práticas de educação em saúde, buscando o melhor conhecimento das mesmas. Estou informado de que poderei ter acesso prévio aos temas que serão abordados durante a entrevista, bem como da apresentação pública dos resultados desta pesquisa, sendo meu nome ou qualquer outra forma de identificação mantidos em total sigilo, sendo os riscos deste trabalho decorrentes da eventual quebra desse sigilo. Minha participação é voluntária e poderei deixar de participar a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer prejuízo a minha pessoa.

O presente documento consta de duas vias, a primeira ficará em posse da pesquisadora e a segunda em posse do participante.

Qualquer esclarecimento será realizado através do contato com **Maria Beatriz Pragana Dantas**, pelo endereço Av. Monteiro da Franca, 777 – pato. 701 – Manaira – João Pessoa – PB ou pelos telefones (83) 32262956 ou (83) 99960813.

Endereço eletrônico: biapragana@ig.com.br e mbdantas@cpqam.fiocruz.br.

João Pessoa, _____ de _____ de 2008

Nome e assinatura do Participante

Maria Beatriz Pragana Dantas
Pesquisadora responsável

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
Profissionais de apoio e Agentes Comunitários de Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Profissionais de apoio e Agentes Comunitários de Saúde

Eu, _____,
declaro estar de acordo com minha participação no estudo sobre o tema “**Educação em saúde na atenção básica – sujeito, diálogo, intersubjetividade**” e ciente de que tal participação consistirá em responder a perguntas em uma entrevista que será gravada e posteriormente transcrita, _____ realizada _____ em _____.

Estes procedimentos são para a realização do estudo, que tem o objetivo de conhecer como as práticas de educação em saúde são realizadas, como scom vistas à caracterização da prática do diálogo e análise da relação entre os sujeitos que participam das práticas de educação em saúde, buscando o melhor conhecimento das mesmas. Estou informado de que poderei ter acesso prévio aos temas que serão abordados durante a entrevista, bem como da apresentação pública dos resultados desta pesquisa, sendo meu nome ou qualquer outra forma de identificação mantidos em total sigilo, sendo os riscos deste trabalho decorrentes da eventual quebra desse sigilo. Minha participação é voluntária e poderei deixar de participar a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer prejuízo a minha pessoa.

O presente documento consta de duas vias, a primeira ficará em posse da pesquisadora e a segunda em posse do participante.

Qualquer esclarecimento será realizado através do contato com **Maria Beatriz Pragana Dantas**, pelo endereço Av. Monteiro da Franca, 777 – pato. 701 – Manaíra – João Pessoa – PB ou pelos telefones (83) 32262956 ou (83) 99960813.

Endereço eletrônico: biapragana@ig.com.br e mbdantas@cpqam.fiocruz.br.

João Pessoa , _____ de _____ de 2008

Nome e assinatura do Participante

Maria Beatriz Pragana Dantas
Pesquisadora responsável

Anexos

ANEXO A – Parecer do CEP/CpqAM



Título do Projeto: Educação em saúde na atenção básica – sujeito, diálogo, intersubjetividade.

Pesquisador responsável: Maria Beatriz Pragana Dantas

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 20/08/2008

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 85/08

Registro no CAAE: 0084.0.095.000-08

PARECER Nº 089/2008

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 02 de outubro de 2011. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 02 de outubro de 2008.


 Dr. Zulma Maria de Medeiros
 Biomédica
 Coordenadora
 CEP/CPqAM/FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 02/10/2009.



ANEXO B – Modelo de Termo de Convênio da Secretaria Municipal de Saúde com Instituições de Ensino Superior para constituição da rede escola

**GOVERNO MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA DE SAUDE**

Considerando que:

- Uma das atribuições constitucionais do Sistema Único de Saúde é ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde em todos os níveis de ensino, inclusive pós-graduação, em coerência com os princípios e diretrizes do SUS (CN, art. 200);
- A legislação infraconstitucional - Lei Orgânica da Saúde - determina que os serviços públicos que integram o SUS devem se constituir como campos de práticas para o ensino e a pesquisa, mediante normas específicas elaboradas conjuntamente com o sistema educacional (LOS, art. 13º, 15º e 27º);
- As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde orientam que a formação dos profissionais deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde;
- Existe a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde regulamentar a aprendizagem pelo trabalho no âmbito da rede municipal de saúde e estabelecer com as Instituições de Ensino relações de cooperação pedagógica, científico-tecnológica e ética para a construção do SUS com base nas necessidades de saúde do usuário-cidadão;
- A constituição dos serviços de saúde como uma “rede escola” é um elemento para institucionalização da Política de Educação Permanente em Saúde, já que possibilita a aprendizagem cotidiana nos serviços e na efetivação das ações de saúde;
- Para o SUS é indispensável ampliar o contato dos futuros profissionais com o SUS durante todo o seu processo de formação, que sejam revistas as práticas pedagógicas da formação em saúde, bem como a ampliação da articulação entre saberes e práticas de cada profissão de saúde, já que esses são elementos indispensáveis para a formação de profissionais de saúde orientados ao cuidado e à integralidade;

RESOLVEM

A Secretaria Municipal de Saúde e a Instituição Formadora _____, celebrar **ADITIVO** ao convênio

N.º001/2006 nos seguintes termos:



**GOVERNO MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA DE SAUDE**

**TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO Nº. 001/2006
QUE CELEBRAM ENTRE SI A PREFEITURA
MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA, POR MEIO DA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E A
INSTITUIÇÃO DE ENSINO _____.**

Pelo presente instrumento, de um lado a **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, com endereço a Avenida Epitácio Pessoa, nº 1324, Torre, nesta cidade, CNPJ 08.806.721/0001 representada pela Secretária Municipal de Saúde, **ROSEANA BARBOSA MEIRA**, portadora do RG nº 599.320 SSP/PB, CPF nº 250.489.534-87, denominada **CONVENENTE** e de outro a Instituição de Ensino _____ com endereço na _____, nº ____, nesta cidade, representada por seu diretor, _____, portador do RG nº _____, CPF nº _____, denominada **CONVENIADA** resolvem celebrar o presente **TERMO ADITIVO**, nos termos da legislação aplicável e em conformidade com as seguintes cláusulas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA
DO OBJETO**

Cláusula Primeira: O presente Termo de Convênio tem por objeto estabelecer, em regime de cooperação mútua entre as acordantes, as bases para a constituição da rede escola, que incluirá atividades de parceria na área de ensino, atenção e pesquisa em saúde, tendo como eixo estruturante a aprendizagem pelo trabalho e o cuidado integral em saúde nas unidades de saúde de atenção básica, média e alta complexidade da rede municipal de serviços da **CONVENENTE**, para os estudantes da **CONVENIADA**.

Parágrafo Único – Para cumprimento do objeto estabelecido nesta cláusula a Secretaria Municipal de Saúde poderá autorizar as equipes de saúde de suas unidades a colaborarem na aprendizagem profissionalizante dos estudantes regularmente matriculados nos cursos da **CONVENIADA**, cuja frequência perfaça o limite estabelecido em lei.

CLAUSULA SEGUNDA
DO PLANEJAMENTO DA APRENDIZAGEM PELO TRABALHO E DOS
ESTÁGIOS

Cláusula Segunda: O planejamento da participação dos estudantes nas atividades desenvolvidas nas unidades de saúde deverá ser feito de maneira conjunta pela CONVENENTE e CONVENIADA, levando-se em conta as necessidades de aprendizagem dos estudantes, em conformidade com os currículos e programas escolares, e também a disponibilidade e potencialidades das unidades, bem como as necessidades de saúde da população, a fim de se constituir em instrumento de integração, de aperfeiçoamento técnico-científico e cultural e de relacionamento humano, permanecendo os demais parágrafos nos termos do convênio firmado.

CLAUSULA TERCEIRA
DA AUSÊNCIA DE VÍNCULO PROFISSIONAL

Cláusula Terceira: A realização do estágio curricular ou estágio não obrigatório, por parte do estudante, não configurará vínculo empregatício de qualquer natureza entre este e a CONVENENTE.

§ 1º – A vinculação dos estagiários às atividades no campo de estágio será fixada por meio de Termo de Compromisso entre os mesmos, de acordo com a Lei Federal Nº 6.494, de 07 de dezembro de 1977, art. 3º, regulamentada pelo Decreto Nº 87.497, de 18 de agosto de 1982, art. 6º, parágrafo 1º.

§ 2º – Compete à CONVENENTE elaborar o Termo de Compromisso (ANEXO I) a ser preenchido e assinado em 03 (três) vias, pelo estudante e pela (s) CONVENIADA(s), com interveniência obrigatória da CONVENENTE, antes do início do estágio.

§ 3º – O estagiário poderá receber bolsa, ou outra forma de contraprestação que venha a ser acordada entre o CONVENENTE e as CONVENIADAS e que conste de termo aditivo ao presente convênio.

CLAUSULA QUARTA
DAS OBRIGAÇÕES DA CONVENENTE

Cláusula Quarta: Adicionam-se os seguintes itens a esta cláusula, permanecendo os demais nos termos do convênio firmado.

1. Identificar as unidades e as equipes com perfil adequado para participar do processo de aprendizagem pelo trabalho, tendo em vista suas potencialidades e possibilidades, bem

- como as necessidades de aprendizagem no campo da organização e gestão de sistema e serviços, do controle social, da promoção, prevenção e atenção aos problemas de saúde individual e coletiva;
2. Definir, com a colaboração da direção das unidades de saúde da rede municipal, de acordo com suas possibilidades e necessidades de aprendizagem o número e período da presença de estudantes nas diferentes unidades;
 3. Reconhecer como parte do processo de trabalho das equipes sua dedicação ao acompanhamento da aprendizagem dos estudantes inseridos nas atividades de suas unidades de saúde, na medida de suas possibilidades;
 4. Apoiar o desenvolvimento, junto às equipes das unidades, das ações de educação permanente em saúde que sejam suscitadas pela presença ativa de estudantes e docentes nas unidades de saúde;
 5. Propor temas relevantes para serem explorados nos trabalhos de conclusão de estágio, bem como estimular a participação das equipes de saúde em processos de investigação relevantes à qualificação do SUS;
 6. Aceitar os educadores/facilitadores definidos pela CONVENIADA.

CLAUSULA QUINTA

DAS OBRIGAÇÕES DAS CONVENIADAS

Cláusula Quinta: Adicionam-se os seguintes itens a esta cláusula, permanecendo os demais nos termos do convênio firmado.

1. Conhecer e reconhecer as unidades de saúde, sua dinâmica de trabalho e as políticas desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde para melhor inserir as atividades de aprendizagem pelo trabalho na dinâmica normal de funcionamento das unidades;
2. Negociar com a CONVENENTE os temas mais significativos para o desenvolvimento do SUS local que possam ser objeto de investigação ou de trabalhos de conclusão estágios, considerando os objetivos pedagógicos envolvidos na experiência;
3. Estimular a apoiar a participação da equipe de saúde nas atividades de investigação e pesquisa, sempre que possível;
4. Indicar a distribuição dos estudantes, observando o número de vagas estabelecido pela CONVENENTE e as atribuições esperadas no planejamento, elaborado em conjunto com a CONVENENTE, das atividades previstas para cada disciplina ou curso, encaminhando os estudantes mediante o Termo de Compromisso (ANEXO I) e a Programação do

Estágio (ANEXO II), sem os quais não se iniciarão as atividades de aprendizagem pelo trabalho;

5. Disponibilizar para cada estudante equipamentos de proteção individual (EPI's) para o estágio tais como: luvas de procedimento, avental, e outros que se façam necessários de acordo com a atividade a ser desenvolvida, ou requerer que o aluno providencie.

CLAUSULA SEXTA

DO ESTÁGIO

Cláusula Sexta: A rede municipal de saúde caracteriza-se como “rede escola”, espaço de formação e desenvolvimento profissional, capaz de ampliar e produzir conhecimentos sobre o campo de ação em saúde, por meio da problematização do trabalho em saúde, que envolve atenção, gestão e controle social do SUS de João Pessoa.

Adicionam-se os seguintes itens a esta cláusula permanecendo os demais nos termos do convênio.

1. O estágio/aprendizagem pelo trabalho se realizará mediante inserção de estudantes e docentes no processo de trabalho das unidades de saúde, sob acompanhamento dos educadores/facilitadores de campo de estágio da CONVENIADA;
2. O procedimento realizado pelo estagiário e/ou educador/facilitador que necessite de anotação em prontuário, deverá obrigatoriamente ser carimbado e assinado pelo educador/facilitador.

CLAUSULA SÉTIMA

DA CONTRAPARTIDA

Cláusula Sétima: Adicionam-se os seguintes itens a esta cláusula permanecendo os demais nos termos do convênio.

1. As instituições privadas, sem desobrigar-se de nenhuma das responsabilidades previstas nas cláusulas anteriores, poderão ressarcir financeiramente a CONVENIENTE, em função da aprendizagem proporcionada, por meio da aquisição de equipamentos, insumos e outros bens necessários ao melhor desempenho das atividades de cuidado à saúde da população que deverá ser formalizado por Termo Aditivo;
2. A CONVENIADA deve mobilizar-se para oferecer aos profissionais das equipes de saúde oportunidades de formação e desenvolvimento que ajudem a qualificar seu papel assistencial e docente;

3. A CONVENIADA deve atestar e reconhecer formalmente a participação dos profissionais da rede de serviços no processo de aprendizagem pelo trabalho;
4. A CONVENIADA deve valorizar as atividades de acompanhamento docente desenvolvidas pelos trabalhadores da rede municipal de serviços de saúde quando da elaboração de editais para seleção de candidatos a processos de formação pós-graduada;
5. Ambas as CONTRATANTES devem estimular e apoiar a participação das equipes de saúde na realização de trabalhos de investigação sobre temas relevantes à qualificação do SUS.

CLÁUSULA OITAVA
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Cláusula oitava: As partes elegem o foro da Comarca de João Pessoa para dirimir eventuais dúvidas ou questões oriundas do presente instrumento, não resolvido administrativamente, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E por estarem justas e acordadas, firmam o presente em quatro vias de igual teor, na presença de três testemunhas que a tudo assistiram.

João Pessoa, ____ de _____ de 2006.

Secretária Municipal de Saúde

Instituição de Ensino

Testemunhas:

ANEXO C - Orçamento Democrático – Alô Comunidade! (Informativo da Prefeitura de João Pessoa – PB)



Informativo da Prefeitura de João Pessoa - Nº 21 - Março de 2009



Orçamento Democrático abre calendário

Bairros se mobilizam para discutir investimentos e definir obras prioritárias

As Audiências Regionais, que correspondem a 1ª etapa do ciclo do Orçamento Democrático, realizado pela Secretaria de Transparência Pública, terão início no dia 2 de março, às 19h30 no Ginásio Prosindão, em Mangabeira (Rua Roseane de Fátima Clemente, s/n), com as presenças do prefeito da Capital Ricardo Coutinho (PSB) e secretários municipais.

Moradores da 3ª Região receberão formulários para elencar obras e ações prioritárias de cada localidade.

Além de coletar as sugestões vindas das próprias comunidades, estimulando o debate em torno da administração

pública dos recursos, as audiências também vão servir como momento de avaliação dos

últimos quatro anos de gestão municipal. As indicações de obras e ações constarão do Plano Plurianual (2010-2013) e da Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2010.

O Ciclo do Orçamento Democrático está dividido em cinco etapas: Audiência Regionais (março); Assembléias Regionais (março a maio); Assembléia Geral de Delegados (julho) e Audiências Setoriais (julho a agosto), e o momento de avaliação do trabalho. De acordo com o articulador da 3ª Região, Francisco Mendes, esse é o grande momento de contato entre a população, o prefeito e secretários municipais. Haverá uma espécie de prestação de contas e também a definição de prioridades”, disse Mendes.

Programação

03/03 - 4ª Região Orçamentária
05/03 - 5ª Região Orçamentária
05/03 - 6ª Região Orçamentária
09/03 - 7ª Região Orçamentária
10/03 - 8ª Região Orçamentária
12/03 - 10ª Região Orçamentária
16/03 - 11ª Região Orçamentária
17/03 - 12ª Região Orçamentária
19/03 - 13ª Região Orçamentária
23/03 - 2ª Região Orçamentária
24/03 - 1ª Região Orçamentária
26/03 - 9ª Região Orçamentária
30/03 - 14ª Região Orçamentária

2.500 reuniões, 150 mil participantes e 1.801 delegados eleitos

Entre os anos de 2005 e 2008, cerca de 150 mil pessoas participaram do Orçamento Democrático em 2.500 reuniões. Foram eleitos 1.801 delegados e, em função da

programa. “Vamos ampliar os meios de divulgação, além de promover a formação permanente para os delegados e conselheiros. Também vamos implementar o Orçamento Democrático Digital, que será feito através



Antônio Ubiraci da Costa - “Acho muito bom o Orçamento Democrático, para que nós possamos participar das mudanças no bairro.”



Francisco Eudes - “Todos nós temos que participar na intenção de melhorar o nosso bairro.”



Marli Rodrigues de Medeiros - “Para mim, é muito importante a comunidade poder decidir sobre as mudanças.”



Jurandir Moreira - “A Prefeitura está trabalhando muito. Ela