

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Promoção e educação em saúde: Comunidade Ampliada de Pesquisa e suas contribuições para formação em saúde”

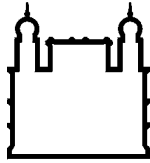
por

Suze Rosa Sant’Anna

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Elida Azevedo Hennington

Rio de Janeiro, fevereiro de 2012.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta tese, intitulada

“Promoção e educação em saúde: Comunidade Ampliada de Pesquisa e suas contribuições para formação em saúde”

apresentada por

Suze Rosa Sant’Anna

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Daisy Moreira Cunha

Prof.^a Dr.^a Maria Clara Bueno Fischer

Prof. Dr. Hélder Pordeus Muniz

Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes

Prof.^a Dr.^a Elida Azevedo Hennington – Orientadora

*Ao finalizar uma tese é preciso reconhecer que ela
é um retrabalho de saberes que estarão sempre em construção,*

não se finalizando em sua atividade fim

que se define como Defesa de Tese.

Pois, a tese está em contínuo movimento,

faz parte da vida e esta muda sem cessar.

Fazer uma tese consiste em renormatizar cotidianamente

as normas por nós descritas no projeto de tese,

senão fracassaríamos na missão que nos é conferida:

“terminar a tese no tempo estipulado”.

Fazer uma tese é acionar o dispositivo dinâmico a três polos,

é fazer dialogar os polos dos conceitos com a experiência,

e por fim colocar em sinergia estes dois polos,

o terceiro polo sempre epistêmico e ético.

Por fim, após refletir sobre a dinâmica de ter vivenciado

a finalização de uma tese, posso afirmar que esta experiência

foi extremamente ergoformadora.

Descobri que as competências para formar um pesquisador,

são extremamente enigmáticas,

e que jamais poderão ser descritas através de normas antecedentes,

pois atrás das normas existe um pesquisador possuidor

de um patrimônio que está a todo momento em movimento”

Suze Rosa Sant’Anna

Dedicatória

Agradeço a Deus, sobretudo e por tudo.

Às minhas filhas Letícia e Beatriz por serem as alegrias de minha vida.

Ao meu marido Leonardo pelo incentivo, apoio e por sempre acreditar em mim.

Aos meus pais e irmãos pelo amor, carinho e por sempre proporcionarem harmonia.

À Élide pela amizade, orientação e suporte em todas as etapas desta conquista.

Aos meus amigos Adriano, Eliane e Sandra pelo companheirismo nesta trajetória.

À Professora Marizete pela confiança e apoio.

Aos companheiros da FAETEC, IPEC e ENSP pela amizade.

Às minha alunas e companheiras desta aventura Lindinalva, Alcira, Aurenir, Bárbara, Cleide, Janaína, Luciana, Márcia, Mariana, Mônica, Sonia, Swellen, Terena, Valéria, Verônica pela paciência e por me fazer aprender a aprender cada vez mais.

Aos professores. Milton Athaydes, Willer Baumgarten Marcondes, Dayse Moreira Cunha, Maria Clara Bueno Fischer, Hélder Pordeus Muniz pela compreensão e pela colaboração ao compartilhar diferentes pontos de vista cruciais para a organização final desta tese.

A todos participantes desta pesquisa e a todas as pessoas que me ajudaram a construir esta tese.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Aluna pesquisadora
CAP	Comunidade Ampliada de Pesquisa
CAP-PES	Comunidade Ampliada de Pesquisa em Promoção e Educação em Saúde
CCA	Comunidade Científica Ampliada
DATASUS	Banco de dados do Sistema Único de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DD3P	Dispositivo Dinâmico a Três Polos
DS	Discursos-síntese
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ECRP	Entidades coletivas relativamente pertinentes
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ETEHJS	Escola Técnica Estadual de Saúde Herbert José de Souza
FAETEC	Fundação de Apoio à Escola Técnica.
GD	Grupos Dialógicos
GPSRV	Grupo de promoção da saúde e redução das vulnerabilidades
IMC	Índice de Massa Corporal
ISACAMP	Inquérito Domiciliar de Saúde de Base Populacional no Município de Campinas
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
PES	Prática educativa em saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PS	Promoção da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico
WHO	World Health Organization

LISTA DE TABELAS, QUADROS, FIGURAS E GRÁFICO

Quadro 1	Plano de aula do curso de Atualização em Promoção e Educação em Saúde	76
Quadro 2	Temáticas oferecidas na oficina de atualização de Práticas Educativas em Saúde	76
Quadro 3	Propostas para construção de uma escola mais saudável	99
Quadro 4	Projeto + Saúde ETES	100
Quadro 5	Matriz de conteúdo da PES	101
Quadro 6	Respostas dos alunos relacionadas à estratégia realizada no espaço escolar denominada Oficina + Saúde ETES	102
Quadro 7	Sugestões, impressões e críticas dos alunos em relação a Oficina + Saúde ETES	103
Quadro 8	Tipos de intervenção da PS de acordo com o grau de impacto, WHO, 2009a	231
Quadro 9	Etapas do planejamento da PES e incorporação de elementos teórico-conceituais importantes para PES	234
Tabela 1	Distribuição das características sociodemográficas e econômicas dos alunos entrevistados, segundo sexo (n=293)	79
Tabela 2	Frequência de indicadores de doenças crônicas não transmissíveis entre alunos entrevistados, período de abril a agosto de 2011, em relação ao sexo	83
Tabela 3	Frequência dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL – 2010, na capital do Rio de Janeiro, com população da faixa etária 18 a 54 anos e com mais de 9 anos de escolaridade, em relação ao sexo	84
Gráfico 1	Percentual de alunos que fizeram alguma coisa para emagrecer, segundo IMC e sexo	84
Figura 1	Etapas que compõem a estratégia CAP-PES	71
Figura 2	Lente da Promoção da Saúde, WHO, 2009a (adaptado)	230
Figura 3	Mapa Mental para PES	236

Sant'Anna, Suze Rosa. **Promoção e Educação em Saúde: Comunidade Ampliada de Pesquisa e suas contribuições para formação em saúde.** Rio de Janeiro, 2012. 244 f. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Escola Nacional de Saúde Pública.

RESUMO

Introdução: Nas últimas décadas, os princípios e as diretrizes da Promoção da Saúde têm se tornado um desafio para o campo da formação em saúde. Com o intuito de proporcionar aos sujeitos em formação uma experiência de vivência e reflexão em torno de práticas de promoção e educação em saúde propôs-se um dispositivo denominado “Comunidade Ampliada de Pesquisa em Promoção e Educação em Saúde” (CAP-PES), inspirado na Ergologia, numa perspectiva de construção/reflexão/intervenção na realidade. **Objetivo:** Criar e analisar a estratégia educativa CAP-PES enquanto dispositivo de formação em saúde e suas contribuições para o processo de produção de saberes e (trans)formação do trabalho. **Percorso metodológico:** Trata-se de pesquisa formação-intervenção realizada com alunos de enfermagem da Escola Técnica Estadual de Saúde Herbert José de Souza (ETEHJS), da rede FAETEC, Rio de Janeiro. A estratégia CAP-PES foi desenvolvida em 5 etapas, a saber: *Primeira etapa:* Realização de um debate/reflexão sobre temas atuais da saúde a fim de contextualizar e inserir o aluno no cenário teórico-prático proposto pela CAP-PES. *Segunda etapa:* Conhecer os problemas de saúde da comunidade escolar, a partir da implementação de um inquérito de saúde denominado “A saúde do aluno da ETES”. *Terceira etapa:* Organização de grupos dialógicos, espaços de reflexão e trocas entre alunos-pesquisadores e a comunidade escolar para juntos criarem pautas de ação visando a construção de um ambiente escolar mais saudável. *Quarta Etapa:* Planejamento e operacionalização de prática educativa em saúde (PES), sob a ótica da promoção da saúde. *Quinta Etapa:* Implementação de “Encontros sobre o trabalho”, na perspectiva da ergoformação, para conhecer os saberes constituídos e investidos dos alunos-pesquisadores. Ao final, foi realizada uma reflexão-análise da estratégia CAP-PES em relação ao desafio e a potencialidade de produzir saberes para a formação em saúde. **Resultado:** O estudo contribuiu com a construção, reflexão e formalização na escola técnica de um novo dispositivo de formação, cujo principal resultado foi intensificar a reflexão crítica e inserção dos estudantes nos cenários de prática que enfatizem a produção de novos saberes e práticas no campo da Promoção e Educação em Saúde.

Palavras-chave: Formação em saúde, promoção da saúde, ergologia, práticas educativas em saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL.....	17
2.1. O contexto do trabalho em saúde na perspectiva da saúde promocional e o processo de formação do profissional de enfermagem.....	17
2.2. As práticas pedagógicas e sua interface com a ergologia.....	24
2.3. Ergologia: contribuições teórico-conceituais para análise do trabalho/atividade ...	25
2.4. Competência Profissional na Formação Profissional Técnica em Saúde: conceitos e abrangências na perspectiva ergologia	27
2.5. A Ergologia e seu dispositivo dinâmico de três polos: possíveis contribuições para o processo de formação em saúde com base nas competências	33
2.6. A Promoção da Saúde como estratégia de transformação da lógica das ações de saúde	38
2.7. A saúde promocional e sua interface com a vigilância em saúde: o VIGITEL como instrumento de controle de doenças não transmissíveis	40
2.8. A saúde promocional e sua interface com a educação em saúde	42
2.9. A micropolítica do trabalho em saúde e as tecnologias de produção do cuidado em saúde	46
2.10. Educação Popular: dialogicidade e construção compartilhada do conhecimento em saúde - estratégia político-pedagógica para construção da CAP-PES.....	48
2.11. A ergoformação e suas contribuições no campo da formação	52
3. OBJETIVOS.....	57
3.1. Objetivo Geral:	57
3.2. Objetivos Específicos:	57
4. PERCURSO METODOLÓGICO	58
4.1. Lócus de pesquisa.....	58
4.2. Sujeitos de pesquisa.....	59
4.3. A estratégia “Comunidade Ampliada de Pesquisa em Promoção e Educação em Saúde” no espaço escolar – um dispositivo de formação	59
5. RESULTADOS	73
5.1. A busca de referenciais teóricos e práticos e a construção da oficina de atualização de promoção e educação em saúde.....	73

5.2. Pesquisa em saúde: uma estratégia de reconhecimento do processo saúde doença da comunidade escolar	78
5.3. “Mais Saúde na Escola”: pauta de ação elaborada por uma comunidade escolar a partir da organização de grupos de discussão.....	85
5.4. Planejamento e operacionalização da prática educativa sob a ótica da saúde promocional: um relato de experiência no espaço escolar	95
5.5. Os saberes constituídos e investidos das alunas que participaram da CAP-PES: uma análise a partir do espaço de diálogo-debate “Encontros sobre o trabalho”	105
5.6. Os desafios e as potencialidades da CAP-PES: o ponto de vista do pesquisador e aluna-pesquisadora	117
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	136
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	140
APÊNDICE A: Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia.150	
APÊNDICE B: Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde	167
APÊNDICE C: Questionário/Inquérito de Saúde.....	197
APÊNDICE D: Termo de consentimento livre e esclarecido – alunos pesquisadores. 204	
APÊNDICE E: Termo de consentimento livre e esclarecido - alunos da escola	205
APÊNDICE F: Autorização para o uso de imagem	206
APÊNDICE G: Trabalho Final – Atividade em Grupo.....	207
APÊNDICE H: Formulário para os grupos dialógicos.....	208
APÊNDICE I: Estratégia para elaboração de prática educativa em saúde sob a ótica da Promoção da Saúde	209

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como ponto de partida a reflexão-ação de uma docente que atua na educação profissional em saúde e que, desde 1998, vivencia o processo de reorganização do campo da formação em saúde, em especial, da enfermagem técnica de nível médio.

Nesta década de 1990, vários aparatos regulatórios surgiram para reorganizar os campos da educação e da saúde. Merecem destaque, a Lei das Diretrizes e Base da educação (LDB) nº 9394/1996 e a Lei nº 8080/90 que serviram de base para a elaboração de novos marcos regulatórios que impulsionaram as instituições de ensino da área da saúde a revisitarem suas bases estruturais, entre elas, seus currículos que estavam desatualizados e não mais correspondiam as necessidades do setor saúde.

Na educação profissional da área de enfermagem este processo não foi diferente. Novas legislações como o Decreto nº 2.208/1997 (atualmente Decreto nº 5154/2001), Parecer CNE/CEB nº 16/99 e Resolução CNE/CEB nº 04/99 foram sancionados com o objetivo de reestruturar a educação profissional. O projeto conhecido como PROFABE, cujo objetivo era qualificar profissionais que já estavam inseridos no mercado de trabalho da saúde em auxiliares de enfermagem e/ou técnicos de enfermagem, também, teve grande influencia na reestruturação dos cursos desta área.

Para Sant'Anna *et al* (2007), o PROFABE contribuiu para a reformulação dos currículos da Educação profissional técnica de nível médio na área da enfermagem, pois promoveu o diagnóstico das condições precárias das escolas e cursos de formação dos profissionais de enfermagem e ajudou na formulação das diretrizes pedagógicas capazes de garantir aos egressos condições mínimas de empregabilidade por meio da certificação do profissional por competências. Outro passo importante do PROFABE foi

a promoção de um espaço de educação permanente dos docentes envolvidos nos seus cursos através a proposição do Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde, que tinha como objetivo capacitar 12.000 enfermeiros docentes em todo o País.

A concepção ideológica trazida pelo PROFAB era que a educação, assim como a saúde são práticas que integram o sistema social e que a organização curricular dos seus cursos deveriam explorar temáticas provenientes do contexto local de atuação da instituição de ensino, através de abordagens reflexivas e críticas (Silva, Silva e Santos, 2005). Ou seja, já trazia no bojo de sua concepção questões que estavam sendo veiculadas pelas legislações e diretrizes curriculares da educação profissional em saúde.

Sem dúvida, a participação ativa da docente, na função de coordenadora local, no curso de qualificação profissional de enfermagem desenvolvido conforme edital proposto pelo Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAB), pela Escola Técnica Estadual de Saúde Herbert José de Souza (ETESHJS), unidade escolar da rede FAETEC, situada no Rio de Janeiro, foi o ponto decisivo para a escolha da formação em saúde como temática da tese de doutorado.

É válido esclarecer que para garantir que o curso auxiliar de enfermagem da ETES fosse organizado conforme as concepções ideológicas do PROFAB, todos os envolvidos, coordenadores e docentes da ETES, tiveram que participar ativamente de muitas discussões sobre as novas regulamentações da educação na área da saúde, através de oficinas e reuniões desenvolvidas pelo próprio PROFAB e pelo Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde, também, oferecido pelo PROFAB.

Apesar de todos os esforços para construir e implementar uma proposta curricular visando formar profissionais críticos-reflexivos e capazes de incorporar os

conceitos de saúde e da promoção da saúde em uma práxis que reconheça a subjetividade e o protagonismo dos sujeitos. Percebeu-se que os novos conceitos e concepções estavam sendo divulgados no campo da Saúde e Educação não conseguiram se sobressair aos conceitos da educação bancária e da biomedicina incorporados hegemonicamente nas práticas dos docentes e nas práticas das instituições de saúde utilizadas como campo de estágios dos alunos em formação. O que poderia ser feito pela escola para minimizar a lacuna presente entre a proposta curricular e a prática na qual o aluno era inserido, uma vez que a mesma não poderia ser modificada já que estava fora do domínio da escola? Que alternativas poderiam ser proposta na tentativa de não imobilizar frente ao desafio exposto? Questões como esta passaram então a surgir na minha prática docente.

Passado o período de organização e execução dos cursos do PROFAE pela escola, em 2002, tive que participar de um novo desafio na unidade escolar, o de reorganizar os currículos do curso de enfermagem, por conta de uma nova ordem geral que era de acabar com os cursos de auxiliares de enfermagem. A escola teve que acabar com os cursos auxiliares de enfermagem e se organizar para elaborar e credenciar o curso técnico de enfermagem na grade escolar.

Em 2006, com a revogação do Decreto nº 2.208/97 pelo Decreto nº 5.154/2004, que estabelece novas diretrizes e bases para a educação profissional nacional, e, por conta da Deliberação nº 295/2005, que estabeleceu as normas para o credenciamento de instituições e a autorização de cursos de Educação Profissional técnica de nível médio para o sistema estadual de ensino do Rio de Janeiro, as escolas que ofereciam os cursos de enfermagem da rede FAETEC tiveram novamente que se reunir para fazer as adequações necessárias, e, inclusive reorganizar a matriz curricular dos cursos técnicos de enfermagem para se adequar as normas dispostas nas regulamentações.

Em meados de 2007, com objetivo de compreender o processo de reorganização curricular dos cursos de enfermagem escrevi com alguns professores um artigo sobre a temática, cujo título foi “A influência das políticas de educação e saúde nos currículos dos cursos de educação profissional técnica de nível médio em enfermagem” (SANT'ANNA *et al*, 2007). Neste artigo, apresentamos como considerações finais que as escolas técnicas de enfermagem devem reformular suas práticas e currículos na busca da formação de um profissional que tenha as competências básicas para transformar o mundo do trabalho em saúde, tendo por base os princípios do SUS e da promoção da Saúde. E que “encontra-se em nossas mãos, escola, comunidade e corpo docente, a formação dos novos trabalhadores da área” (SANT'ANNA *et al*, 2007, p.428).

Neste mesmo ano, resolvi me candidatar ao processo seletivo do Curso de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), com o objetivo de realizar uma pesquisa que pudesse contribuir com o processo da formação em saúde. Delimitei como tema de projeto de tese a construção e implementação de uma estratégia metodológica denominada “Grupo de promoção da saúde e redução das vulnerabilidades” (GPSRV), cujo objetivo era fazer imergir o futuro profissional da saúde no debate sobre a promoção da saúde e atender ao convite filosófico de (re)pensar o “cuidado de si” através do reconhecimento da vulnerabilidade social diante de agravos ou doenças no seu cotidiano.

Este estudo tinha como aposta resgatar a própria intersubjetividade do trabalhador de saúde no espaço das intervenções de saúde, baseada no pressuposto “se o trabalhador de saúde apreender a “cuidar de si” e de seus companheiros terá maior competência para “cuidar do outro””. O desafio do estudo era construir uma proposta educativa capaz de transformar os sujeitos e suas práticas ao percorrer novos caminhos de requalificação da própria vida, trabalho e saúde.

No percurso da construção teórico-metodológica do projeto de pesquisa, outros referenciais, conceitos, teorias e métodos foram se incorporando ao patrimônio da pesquisadora e a Ergologia foi um deles. Conforme descreve Trinquet (2008), a ergologia é um método ou uma metodologia inovadora que permite abordar à atividade humana de trabalho, quer seja no âmbito da pesquisa, ou da formação. Outros referenciais foram incorporados, entre eles, a teoria da ação dialógica discutida por Paulo Freire, o da Micropolítica do trabalho vivo, de Merhy, os conceitos provenientes do campo da saúde coletiva e outros campos que se articulam com a saúde coletiva, como a epidemiologia, o planejamento e gestão de saúde e, em especial, o referencial da promoção da saúde.

Neste sentido, entende-se que todos esses referenciais contribuíram para processo de construção desta tese, que passou a ser denominada “**Promoção e Educação em Saúde: Comunidade Ampliada de Pesquisa e suas contribuições para formação em saúde**”, uma rede de diálogo, de encontro, produtor de ambiente interseção no cotidiano de uma instituição do ensino e com capacidade de proporcionar aos sujeitos em formação uma experiência de vivência e reflexão em torno de práticas de promoção e educação em saúde e possibilitar o desenvolvimento de competências profissionais, produção de novos saberes e potencializar a (trans)formação do trabalho em saúde.

A construção teórica e metodológica da pesquisa foi publicada em forma de artigos ao longo da elaboração do projeto de tese, no período de 2008 a 2010. O primeiro artigo, publicado em 2010, sob o título “Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia”(Apêndice A), visou discutir a proposta metodológica

elaborada para o projeto de pesquisa a luz do referencial da ergologia e da promoção da saúde.

O segundo artigo “Micropolítica do Trabalho Vivo em Ato, Ergologia e Educação Popular: Proposição de um dispositivo de Formação de Trabalhadores da Saúde”, publicado em 2011, já introduz outros referenciais, não explorados no primeiro artigo, e apresenta um arcabouço metodológico de um dispositivo para formação de trabalhadores da saúde, já mais bem elaborado e que serviu de base para a implementação da estratégia CAP-PES no espaço escolar.

É válido esclarecer que a expressão “Comunidade Ampliada de Pesquisa” utilizada neste estudo, trata-se de uma adaptação do dispositivo ergológico descrito e legitimado por Brito, Athayde e Neves (2003)¹. Entretanto, seu objetivo diferencia-se da proposta original, uma vez que o campo de atuação delimitado na tese foi formação do trabalhador da saúde já o da “CAP” original buscava investigar os saberes e experiências dos trabalhadores de saúde no exercício de uma atividade.

A CAP-PES foi organizada em etapas a fim de possibilitar que seus objetivos fossem atingidos tendo como imagem-objetivo mudanças no processo ensino-aprendizagem e a transformação das práticas em saúde. Para disparar o desenvolvimento de novos saberes no campo das práticas de saúde sob a ótica da saúde promocional, a estratégia foi organizada em cinco etapas.

A primeira etapa visou realizar um debate/reflexão sobre temas atuais da saúde a fim de contextualizar e inserir o aluno no cenário de práticas da CAP-PES. Esta etapa apesar de ter sido descrita como primeira, na prática constituiu-se como etapa transversal as demais. A segunda e terceira tiveram como objetivo fazer com que os

¹ Para Brito, Athayde e Neves (2003), a CAP é uma rede de encontros, de confronto, de diálogo crítico entre o polo dos saberes presentes nas disciplinas científicas e o polo dos saberes colocados em prática e desenvolvidos no cotidiano de trabalho.

alunos articulassem teoria e prática, inserindo-os em práticas que objetivavam conhecer os problemas de saúde de uma comunidade a partir da implementação de um inquérito de saúde denominado “A saúde do aluno da ETES” e cujos resultados, após análise, foram apresentados para a comunidade escolar e serviram como “facilitador” para organização de grupos dialógicos, espaços de reflexão e trocas entre alunos pesquisadores e a comunidade escolar para juntos criarem pautas de ação visando à construção de um ambiente escolar mais saudável.

A quarta etapa aconteceu após a vivência proporcionada por estes encontros: propôs-se aos alunos o planejamento e a implantação de uma Prática Educativa em Saúde para a comunidade escolar. E como quinta e última etapa, com base na dinâmica “Encontros sobre o trabalho”, na perspectiva da ergoformação, buscou-se conhecer os saberes constituídos e investidos dos alunos-pesquisadores, ou seja, conhecer as competências desenvolvidas pelo aluno ao participar da CAP-PES.

Conforme descrito em artigos produzidos ao longo da elaboração e execução da tese, a aposta deste dispositivo foi percorrer caminhos originais e inserir o sujeito em formação a experimentar as dramáticas do aprender novos conceitos e propostas no campo da saúde, do aprender a pensar de forma crítica, do aprender a enfrentar e intervir coletivamente em prol da melhoria das condições gerais de vida e saúde com base nos princípios e diretrizes da PS e, por fim, buscar conhecer os saberes produzidos a partir das experiências vividas pelos alunos-trabalhadores, na perspectiva da ergoformação (SANT’ANNA e HENNINGTON, 2010, 2011).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz sob o nº 0216.0.031.000-10.

2. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1. O contexto do trabalho em saúde na perspectiva da saúde promocional e o processo de formação do profissional de enfermagem

O trabalho em saúde, nestas últimas décadas, encontra-se num momento de transição cuja influência está centrada nas mudanças tecnológicas, dos mundos de organização dos processos de trabalho e de novas estratégias de produção de saúde.

No Brasil, as profundas mudanças no setor saúde ocorrem especialmente a partir da década de 80 com a Reforma Sanitária que constituiu um movimento de luta para garantir a saúde da população através da redemocratização do país e a constituição de um sistema de saúde inclusivo.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a garantia da saúde passa a ser instituída como um direito social irrevogável que alavanca o processo de reformulação da atenção à saúde objetivada pela implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, através da Lei nº 8080/90.

O SUS, como política do Estado brasileiro, teve como base o conceito ampliado de saúde, que previa a melhoria da qualidade de vida e afirmação do direito à vida e à saúde. Dentre as estratégias de produção de saúde, a promoção da saúde foi retomada pelo SUS como uma possibilidade de enfocar mudanças no modo de planejar, organizar, realizar, avaliar e analisar o trabalho em saúde.

A promoção da saúde entende a saúde como um conceito positivo, um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Tem como marco histórico a Carta de Ottawa de 1986 que definiu a Promoção da Saúde (PS) como um processo que permite atuar sobre os determinantes de saúde através do envolvimento e participação da comunidade.

A PS tem por princípios: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade (WHO, 1998).

No Brasil, apesar do conceito e princípios da PS circularem algum tempo no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) só foi proposta pelo Ministério da Saúde em 2006. De acordo com a PNPS, a PS tem como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. E como diretrizes, entre outras, reconhecer a Promoção da Saúde como uma parte fundamental na busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde, o fortalecimento da participação social como fundamental na consecução de seus resultados e o incentivo à pesquisa em PS, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações desenvolvidas (BRASIL, 2006).

Apesar de mais de 20 anos de discussão, observam-se ainda hoje algumas controvérsias e diferentes vertentes quanto à definição de PS, bem como a respeito das propostas metodológicas para sua efetivação (Bydlowski *et al*, 2004; Marcondes, 2004; Fernandez *et al*, 2008; Piveta e Porto, 2010). Para Carvalho (2008), um dos maiores desafios da PS no Brasil continua ser o desenvolvimento de um arcabouço holístico que auxilie a construção de projetos e programas que considerem os princípios e as diretrizes apontados na Conferência de Ottawa e incorporados pelo SUS.

Globalmente, este desafio também tem sido observado. Na última Conferência Internacional de PS, realizada em Nairobi em 2009, foi endossado que o mundo precisa agora implementar as lições relacionadas à promoção da saúde já discutidas nas últimas duas décadas. E que os maiores entraves relacionam-se à capacidade e infra-estrutura necessárias para o planejamento e a implementação de políticas de promoção de saúde

multissetoriais para melhorar as condições de saúde e o desenvolvimento de projetos em que as pessoas sejam estimuladas a viver, trabalhar e aprender a ter estilos de vida saudáveis de uma forma criativa e eficaz para melhorar sua a saúde e qualidade de vida (WHO, 2009a).

Com base nesse contexto de valorização e reconhecimento do sujeito como condutor de sua vida e saúde, diversas inquietações vieram à tona, dentre elas, que o trabalho em saúde e o processo de formação em saúde precisam de mudanças estruturais na busca inserir o modelo de atenção na ótica da Promoção da Saúde, no setor saúde.

Discussões em torno da formação em saúde passaram a surgir nas conferências, nos congressos e outros encontros técnico-científicos. No Brasil, segundo Pereira e Ramos (2006), o debate em torno da formação dos trabalhadores da saúde teve início na I Conferência Nacional de Recursos Humanos da Saúde intitulada “Políticas de Recursos Humanos rumo à Reforma Sanitária”, em outubro de 1986. Neste evento, as discussões giraram em torno da articulação entre o setor educacional e as instituições prestadoras de serviços, da necessidade de formação e educação continuada para estes profissionais e da inadequação curricular e dos serviços frente aos novos desafios proposto para área da saúde.

Outras conferências foram realizadas, entre elas, a IX Conferência Nacional de Saúde (1992), a II Conferência Nacional de Recursos Humanos (1993) e a X Conferência Nacional de Saúde (1996) que discutiram a política de recursos humanos. Estas discussões levaram os gestores públicos a criarem novas expectativas frente aos órgãos formadores, tanto que se passou a reivindicar garantia de escolas de formação, mudanças nas estruturas curriculares, proposta de fortalecimento dos princípios do SUS, como integralidade, equidade e a humanização na formação dos novos trabalhadores do setor público de saúde, entre outras.

Apesar da euforia inicial, Machado *et al* (2005) comenta que a política de recursos humanos foi negligenciada na década de 90. Segundo a autora, o SUS passou a década de sua consolidação sem se preocupar com seus trabalhadores, sem elaborar uma efetiva política de RH compatível com a sua concepção universalista.

Na XI Conferência de Saúde, intitulada “Efetivando o SUS: qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social”, em 2000, foi sugerido que

os novos trabalhadores do setor público de saúde deverão ter formação adequada para o novo modelo de atenção à saúde preconizado e aos antigos em atuação na rede deve ser assegurado um programa de educação continuada através de Escolas Técnicas e de Escolas de Saúde Pública dos Estados.

Nesta mesma Conferência também foi estabelecida uma ressalva de que os órgãos formadores em saúde deveriam ser enriquecidos pelo debate das políticas de saúde, da legislação e do trabalho do SUS.

Em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES pelo Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003, que foi revogado posteriormente pelo Decreto nº 5841, de 13 de julho de 2006, cujos objetivos entre outros era motivar e propor mudança na formação técnica, de graduação e de pós-graduação e um processo de educação permanente dos trabalhadores da saúde a partir das necessidades de saúde da população e de fortalecimento do SUS.

Na 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação, realizada em 2006, que teve como objetivo propor diretrizes nacionais para implementação de políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde, foi consolidado, entre outros eixos Temáticos, o eixo intitulado Gestão Democrática e Participativa na Educação e Saúde: agenda estratégica e financiamento. Cujas propostas discutem a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores, o preparo para o atendimento ético, humanizado e de qualidade. Outros subeixos, também, foram inseridos como o da profissionalização técnica da saúde que propõe a ampliação da oferta de cursos de Educação Profissional

de Nível Médio e formação docente para a Educação Profissional, orientada pelos princípios do SUS, entre outros.

Em 2010, foi organizada internacionalmente a “Comissão sobre a Educação dos Profissionais de Saúde para o Século 21” presidida por Julio Frenk, reitor da Escola de Saúde Pública de Harvard e Lincoln Chen, do *China Medical Board*. Participou desta comissão um grupo diversificado de 18 profissionais e acadêmicos de vários países, com o objetivo de analisar a complexidade do trabalho em saúde neste início de século e propor recomendações que pudessem ajudar os diferentes países a repensarem a formação de profissionais com competências para lidar com as mudanças conceituais do setor da saúde, bem como as inovadoras tecnologias de saúde (FRENK *ET AL*, 2010).

Segundo esta Comissão, os sistemas de saúde só conseguirão vencer suas dificuldades se profundas mudanças na formação em saúde. E para isso é necessário que sejam implementadas inovações educacionais voltadas para a formação de uma nova geração de profissionais melhor equipados para lidar com os desafios presentes e futuros na área, sob a perspectiva da promoção da saúde (FRENK *et al*, 2010).

Particularmente na enfermagem, segundo Costa e Miranda (2009), há um esforço de modificar a perspectiva tradicional do ensino através de organização de nos projetos políticos pedagógicos e propostas curriculares inovadores, na busca da formação de profissionais conhecedores dos problemas sociais e de saúde da população e capazes de intervir na reorganização do setor saúde. Os Seminários Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil (SENADEn), realizados nestas últimas décadas, têm proporcionado fóruns de discussão para a elaboração de diretrizes para a formação dos trabalhadores de enfermagem de todos os níveis.

Para Sant`Anna e Ennes (2006), a criação do SUS, em 1990, e as mudanças ocorridas na vida social, no mundo do trabalho, nacional ou internacionalmente têm

imposto à enfermagem uma revisão na sua formação profissional e aquisição de novos saberes e práticas cuja pretensão é privilegiar a integralidade, diretriz que contempla as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do processo saúde e doença mediante ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação.

No que se refere, em especial, a educação profissional técnica de nível médio na área da enfermagem, conhecida como cursos técnicos em enfermagem, diversas mudanças já vêm acontecendo desde a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) nº 9394/96 e seu Decreto nº 2208/97, substituído posteriormente pelo Decreto nº 5154/2004, o Parecer CNE/CEB nº 16/99, Resolução CNE/CEB nº 04/99, Resolução CNE/CEB nº 01/05, entre outras.

Outro ganho para formação técnica de enfermagem foi o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) instituído pela Portaria nº 1262/GM em 15 de outubro de 1999. Este projeto teve contribuição significativa para a reformulação das propostas curriculares da EP técnica de nível médio na área da enfermagem (SANT'ANNA *et al*, 2007).

O PROFAE, coordenado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, é hoje o principal instrumento para a qualificação da força de trabalho atuante na área de saúde. Tem como objetivo executar uma política pública de capacitação de recursos humanos, abrangente e duradoura, adequada às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), sintonizada com as inovações no campo da educação profissional e flexível, no que diz respeito às diversidades regionais (BRASIL, 2012).

Após a promulgação das legislações e normatizações da EP, os cursos técnicos de enfermagem passaram a ter autonomia para construir planos de cursos, com características mais flexíveis, interdisciplinares e contextualizadoras no sentido de captar novas realidades do processo de trabalho e da saúde que permitam formar um

cidadão com competências profissionais capazes de mantê-lo no mercado de trabalho, bem como torná-los agentes multiplicadores do conceito ampliado de saúde.

Desta forma percebe-se que, além de todos os desafios propostos pelas novas legislações, outros emergem como o de incorporar as diretrizes e princípios do SUS e os conceitos do movimento ideológico em torno da Promoção da Saúde, em sua organização curricular.

Com a homologação da resolução CNE/CEB nº 4, de 8 de dezembro de 1999, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, atualmente chamadas de Educação Profissional Técnica de Nível Médio, o conceito de ‘competência profissional’ emerge na EP, sendo definida como a capacidade de articular, mobilizar e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho. Estas diretrizes curriculares foram reorganizadas tendo como eixo estruturante as novas formas de produção da saúde, visando formar profissionais mais competentes e comprometidos com uma práxis que reconheça a subjetividade no processo de promoção da saúde da população.

Para Silva *et al* (2007), a Promoção da Saúde configura-se como estratégia de mudança nos modelos tecnoassistenciais e que, apesar do grande avanço em sua formulação, a concepção de PS não é devidamente incorporada aos projetos político-pedagógicos dos cursos da área de saúde nem às práticas educativas realizadas junto à população, o que indica uma necessidade de ampliação dos espaços de discussão conceitual e operacional desde conceito no processo de formação.

É preciso que novas estratégias e práticas sejam construídas de forma a ampliar o comprometimento e a corresponsabilidade entre trabalhadores da saúde e usuários no processo de promoção da saúde a partir da formação profissional.

2.2. As práticas pedagógicas e sua interface com a ergologia

Atualmente a aprendizagem transformadora discutida por Frenk *et al* (2010), coloca em foco a formação de profissionais de saúde competentes para se engajarem em condutas a partir de raciocínio crítico e postura ética, bem como participar de sistemas de saúde centrados na população e no usuário e com sensibilidade para reconhecer os problemas locais e participar como membros de equipes globalmente conectadas, como uma das principais apostas para formação em saúde.

O referencial da aprendizagem transformadora, ainda segundo Frenk *et al* (2010), deriva do trabalho de vários teóricos da educação, dentre os quais os de Paulo Freire que definiu e desenvolveu concepções pedagógicas baseadas no diálogo e na educação problematizadora que criam possibilidades para a produção de saberes a partir de um esforço de mobilização, organização e capacitação das classes populares, capacitação científica e técnica (FREIRE e NOGUEIRA, 1989; FREIRE, 1996).

Segundo Trinquet (2010), ergólogo há mais de 20 anos, as abordagens de Paulo Freire e da Ergologia muito se aproximam. E esse entrelaçamento das abordagens estará presente nesta tese, no referencial teórico especialmente discutido no artigo “Micropolítica do Trabalho vivo em ato, Ergologia e Educação Popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde”, já publicado por Sant’Anna e Hennington (2011). Desse modo, as concepções freirianas e da Ergologia alinham-se à perspectiva da aprendizagem transformadora e, por isso acreditamos em sua potência e utilização no processo ensino-aprendizagem dos cursos de saúde.

De acordo com Chiesa *et al* (2007), as instituições formadoras têm papel fundamental no sucesso dos sistemas nacionais de saúde dos países ao colocar no mercado profissionais bem formados e articulados com essas novas questões, e para que isto ocorra devem construir currículos orientados por competências, capazes de

proporcionar aos alunos ferramentas que ajudem a estimular indivíduos e grupos sob seus cuidados para enfrentar ativamente suas necessidades e problemas de saúde. Ainda segundo esses autores, em um currículo orientado por competências, os conteúdos só têm significado quando emergem da prática, pois potencializam a possibilidade de produzir e gerir conhecimentos direcionados à introdução de mudanças concretas nos micro-espços de trabalho, possibilitando um aprendizado significativo em consonância com a PS.

2.3. Ergologia: contribuições teórico-conceituais para análise do trabalho/atividade

A Ergologia, disciplina do pensamento própria às atividades humanas, conforma o projeto de conhecer e intervir sobre as situações de trabalho para transformá-las, foi iniciada por Yves Schwartz e por uma equipe de pesquisadores em Aix-em-Provence, na França, na década de 1980, com objetivo de ser uma disciplina diretamente relacionada ao trabalho. Trata-se de uma *démarche* que reconhece a atividade como debate de normas e se configura como uma maneira de fazer seu ofício quando este nos conduz ao humano, sempre enigmático, porque vivo, em atividade (SCHWARTZ e DURRIVE, 2007).

A proposta da Ergologia é discutir o trabalho e produzir conhecimento sobre ele considerando: o conhecimento e a experiência dos trabalhadores, o geral e o específico da atividade, suas normas e variabilidades, e a exigência da conversa entre as várias disciplinas, além do constante questionamento a respeito de seus saberes (Hennington, 2008). Para Schwartz (2000), a Ergologia não é, portanto, uma “disciplina” no sentido de “um novo domínio do saber”, ela se distingue da disciplina epistêmica que, para produzir saber e conceito no campo das ciências “experimentais”, deve, ao contrário, neutralizar os aspectos históricos. A *démarche ergológica*, mesmo tendo como objetivo

construir conceitos rigorosos, deve indicar nestes conceitos como e onde se situa o espaço das (re)singularizações parciais inerentes às atividades de trabalho.

Fígaro (2008) se refere à Ergologia como uma abordagem teórica e prática capaz de problematizar a complexidade da atividade humana e distinguir os diferentes fatores pertinentes a ela. Diz também que ela propõe uma postura epistemológica que coloca, em articulação, os conceitos das disciplinas científicas (abstratos, não aderentes) com os conceitos da experiência (da vida, aderentes), ou seja, propõe-se a se aproximar desse mundo complexo que é o homem e sua atividade de trabalho.

Entendendo o trabalho em saúde como “atividades vivas” postas em ação pelos trabalhadores, sujeitos que, em situação de trabalho, são capazes de inventar e reinventar modos de fazer também se transformando – a si próprios e aos coletivos (Santos-Filho e Barros, 2007), automaticamente pressupõe que estamos convocando o sujeito no trabalho, uma vez que o trabalho jamais é feito sem o trabalhador.

Essa reflexão centra-se no pressuposto de que os que lidam com o trabalho em saúde devem reconhecer o profissional da saúde como sujeito de seu saber e seu fazer, e o seu trabalho como uma inserção e atuação que o leve à ampliação da sua capacidade de análise e de proposição no âmbito do coletivo, constituindo-se como equipes, exercitando a quebra de conhecimentos disciplinares estanques e avançando na atuação transdisciplinar (Santos-Filho e Barros, 2007). Não é possível desvincular o conjunto trabalhador-trabalho no processo de produção da saúde, pois, segundo Barros, Mori e Bastos (2007), quando os trabalhadores são convocados no processo de trabalho, eles “usam de si”, utilizam suas potencialidades, ou seja, são gestores de seus trabalhos e produtores de saberes e novidades.

A abordagem ergológica de Schwartz e Durrive (2007) assevera que, quando o trabalhador se encontra no trabalho, ele precisa fazer “uso de si”, ou seja, uso de suas

próprias capacidades, de seus próprios recursos e de suas próprias escolhas para realizar o trabalho, pois toda situação de trabalho é lugar de uma “dramática” subjetiva, um destino a ser vivido, onde se negociam circunstâncias pessoais, históricas por meio do “corpo-si” do trabalhador.

A Ergologia considera o conjunto em interpelação: de uma parte, homens e mulheres, e de outra parte, suas histórias, seu meio, seu meio de vida, no seio do qual se encontra o trabalho (Schwartz e Durrive, 2007). Segundo Brito (2005), o ângulo a partir do qual Schwartz observa o trabalho é aquele que tende a ser negado ou mesmo ignorado pelas organizações. É o ângulo da vida, do trabalho vivo; é encontrar a vida presente no processo de trabalho.

2.4. Competência Profissional na Formação Profissional Técnica em Saúde: conceitos e abrangências na perspectiva ergologia

Formar cidadãos-profissionais críticos e reflexivos, com conhecimentos, habilidades e atitudes para a promoção, proteção e recuperação da saúde e produção dos cuidados, e aptos a atuarem em um sistema de saúde qualificado e integrado, passou a ser o foco das ações da Educação Profissional Técnica em Saúde, após promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), Lei nº 9394 de 1996 e seu Decreto nº 2208 de 1997, revogado posteriormente pelo Decreto nº 5154 de 2004.

A partir da LDB, dos Decretos e das DCNs, a identificação e o desenvolvimento de competências profissionais passaram a ser o ponto de partida da reforma educacional até então centrada no modelo da qualificação profissional. Entretanto, essa passagem da qualificação à competência não foi isenta de críticas. Dolz e Ollagnier (2004) ressaltam que o termo competência exige uma análise mais profunda de sua origem que tem por pressuposto as mudanças epistemológicas, ou seja, reforça a construção interna do

indivíduo, no sentido de fazê-lo se submeter aos saberes experienciais disponíveis para agir eficazmente em função das exigências das empresas.

O termo competência, presente na educação profissional, é originário das ciências da organização na Europa nos anos de 1980 e passou a ser propagado e consolidado nos ambientes de trabalho e formação como “uma necessidade, uma inovação indispensável, uma forma de superar as insuficiências de um regime obsoleto: o da qualificação” (STROOBANTS, 2004, p 66).

No Brasil este termo emerge na década de 1990 na proposta da nova política educacional para o campo da educação profissional através da promulgação da LDB 9394/96 e da homologação da Resolução CNE/CEB nº 04 de 1999, que instituiu as novas Diretrizes Curriculares para a Educação Profissional de Nível Técnico. A partir destes referenciais legislativos, a competência passou a ser definida como a capacidade de articular, mobilizar e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades. Além disto, foi definido que as competências requeridas pela educação profissional são: I - competências básicas, constituídas no ensino fundamental e médio; II - competências profissionais gerais, comuns aos técnicos de cada área; III - competências profissionais específicas de cada qualificação ou habilitação (BRASIL, 1999).

Visando reorientar as práticas pedagógicas, o Ministério da Educação organizou as diretrizes curriculares dos cursos de Educação Profissional, instituindo que a prática pedagógica deixe de se organizar em torno da transmissão de conteúdos disciplinares para uma prática voltada para a construção de competências. Entretanto Lima (2005) e Dell'acqua *et al* (2009) revelam que apesar das atuais políticas nacionais de saúde e de educação apontarem para a necessidade de mudanças nos processos de formação profissional através das diretrizes curriculares, há uma indefinição sobre o referencial

de competência utilizado nos currículos de formação profissional, existindo ainda uma certa confusão no emprego dos termos competência e habilidades.

Na formação profissional técnica de nível médio na área da saúde, conforme relata Marques (2002) a adoção do modelo de competências deve levar em conta que as competências profissionais devem ser constituídas pelos próprios trabalhadores, como sujeitos deste processo e, portanto, os espaços educativos devem propiciar aos alunos condições de participação, diálogo, de negociação e de intervenção.

Nos últimos 20 anos de preocupações e debates em torno do conceito e usos do modelo de competência na formação profissional, o processo ergológico segundo Durrive (2004) revelou ser uma poderosa ferramenta para os profissionais da formação e seus pressupostos estão diretamente relacionados às competências para o trabalho.

Neste estudo que tem como um dos principais referenciais a Ergologia, adotamos a definição ergológica de competência. A abordagem ergológica é bastante apropriada para diagnosticar ou desenvolver competências, uma vez que pressupõe uma definição de competência suficientemente operatória capaz de enfrentar o real e ao mesmo tempo reconhecer o caráter enigmático do trabalho; que exige de um lado os conceitos, saberes, as normas daquilo que está previsto, inscrito e prescrito, e, por outro lado, exige configurar as histórias, as experiências, as escolhas e os valores daqueles que estão envolvidos no “aqui e agora” da realização de uma atividade (DURRIVE, 2004).

Ampliando a discussão sobre formação de competência no/para o trabalho, a perspectiva ergológica, proposta por Yves Schwartz e uma equipe de pesquisadores da Universidade de Provence na década de 1980, buscou discutir o trabalho e produzir conhecimento sobre ele considerando: o conhecimento e a experiência dos trabalhadores, o geral e o específico da atividade, suas normas e variabilidades, e a

exigência da conversa entre as várias disciplinas, além do constante questionamento a respeito de seus saberes (SCHWARTZ e DURRIVE, 2010).

Schwartz é enfático em dizer que competência para o trabalho é um exercício necessário e ao mesmo tempo uma questão insolúvel. A competência profissional é uma forma de se definir uma competência para uma situação de trabalho, entretanto uma situação de trabalho é algo que não pode definir, nem limitar, logo fica claro a dificuldade de delimitar o que podem ser competências da atividade em uma situação de trabalho, bem como que “é legítimo examinar a questão da competência, porque nenhuma atividade humana pode deixar de lado a possibilidade de pessoas engajadas numa operação responderem positivamente e operarem com eficácia tendo em vista o objetivo comum” (SCHWARTZ e DURRIVE, 2007, p. 208).

Neste sentido, o que Schwartz propugna é que a competência para o trabalho é uma combinatória problemática de ingredientes heterogêneos que devem ser avaliados de maneira ergológica, já que as competências são antes de tudo um “agir” aqui e agora, ou seja, é impossível separar competências das dramáticas do uso de si, pois cada um soluciona os problemas colocados pelo meio do trabalho a partir de seu patrimônio, através da mediação do “corpo si”: da linguagem, dos valores, dos momentos da vida biológica, psíquica, política e cultural (SCHWARTZ, 1998).

É através desse “corpo-si” (Schwartz e Durrive, 2007), entidade mais enigmática que a definição de sujeito e subjetividade, que o trabalhador deixa de ser objetivado pelo trabalho e realiza sua atividade através do “uso de si”. Para o autor, o “corpo-si” do trabalhador não é inteiramente, biológico nem inteiramente consciente ou cultural, e sim o resultado de toda sua história, de sua experiência de vida, suas paixões, seus desejos e patrimônio. É o fazer escolhas para fazer valer suas próprias normas de vida,

produzindo formas de "des-anonimar" o meio (SCHWARTZ e DURRIVE, 2007; BARROS, 2007).

De acordo com Schwartz e Durrive (2007), para mobilizar o "corpo-si" numa situação de trabalho, é necessário mobilizar competências tendo em vista um objetivo comum. A operacionalização das competências da atividade em uma situação de trabalho é difícil, tendo em vista que as situações de trabalho são imprecisas, jamais descritíveis e padronizáveis.

Existem três elementos presentes na noção de competência, são elas: a apropriação de certo número de normas antecedentes, ou seja, conceitos que foram transmitidos e codificados para situações e trabalho, a presença de algo inteiramente diferente e inédito em relação às normas antecedentes da situação de trabalho e, por fim, a exposição ao inédito, quando as pessoas devem se remeter a si próprias para gerir o inédito, articulando uma série de experiências heterogêneas, fazendo escolhas para "agir em competência" (SCHWARTZ e DURRIVE, 2007).

Entretanto para "agir em competência" na perspectiva ergológica torna-se importante suscitar o "dispositivo dinâmico em três polos", que segundo Schwartz e Durrive (2007):

é um lugar do encontro, o lugar do trabalho em comum em que se ativa uma espécie de espiral permanente de retrabalho dos saberes, que produz retrabalho junto às disciplinas, umas em relação às outras, portanto que transforma eventualmente um certo número de hipóteses, de conceitos entre as disciplinas (SCHWARTZ DURRIVE, 2007, p. 269)

De acordo com Neves (2008), o DD3P é composto pelo polo dos conceitos, pelo polo da experiência e por um terceiro, ético e epistêmico, que efetua a ligação entre os dois primeiros. O dispositivo em três polos é uma consequência direta da ideia de renormatização da atividade. O primeiro polo do conhecimento sistematizado encontra-se com o segundo polo – dos saberes gerados nas atividades – em uma contínua

dinâmica de renormatização. Esse “encontro” é realizado na presença de um terceiro polo, aquele das exigências éticas e epistemológicas, pois este pressupõe uma maneira de olhar o outro como semelhante.

O terceiro polo produz uma situação de “desconforto intelectual” e pressupõe certa humildade para reconhecer que ambos os saberes (conhecimento sistematizado e experiência) vivem a fragilidade de não explicar a realidade em sua totalidade ou, em outras palavras, são complementares e não excludentes (BORGES, 2004).

Em síntese, tanto a perspectiva da Comunidade Científica Ampliada quanto a do Dispositivo Dinâmico em Três Polos implicam na participação dos trabalhadores e todos os sujeitos envolvidos tornam-se coautores da pesquisa, portadores de saberes específicos na busca da compreensão da complexidade do trabalho real.

Com base na perspectiva ergológica de que há necessidade de experimentação para que se construam competências para gestão de situações de trabalho e entendendo-se que o trabalho em saúde vem se complexificando e incorporando novos conceitos e práticas (Schwartz e Durrive, 2007; Hennington, 2008), constitui-se um desafio, portanto, renovar a atividade do trabalho em saúde através do investimento de novas propostas e estratégias que direcionem e insiram os trabalhadores da saúde no cotidiano de práticas e ações de saúde desde o início de sua formação numa perspectiva menos individualizante e mais contextual e coletiva, considerando que o “trabalho vivo” em saúde deve ter ênfase na promoção da saúde e redução das vulnerabilidades.

Todo este contexto que se revela em torno das mudanças epistemológicas do conceito das competências aliado a urgência da adequação da formação do profissional em saúde orientada através de opções mais coerentes com a construção do Sistema Único de Saúde que priorize a atenção primária, com ênfase na promoção da saúde, faz-nos refletir sobre a complexidade que é formar profissionais de saúde competentes.

Segundo Silva *et al* (2007, 2009), novas práticas pedagógicas e assistenciais visando à promoção da saúde com capacidade de propiciar a ressignificação do conhecimento, de aquisição de habilidades e atitudes em prol da construção de novos saberes e fazeres que ampliem as alternativas de qualidade de saúde e vida da população e que superem o modelo biologicista da saúde devem ser inseridas no contexto da formação em saúde.

2.5. A Ergologia e seu dispositivo dinâmico de três polos: possíveis contribuições para o processo de formação em saúde com base nas competências

Ao refletir sobre a necessidade de buscar caminhos que pudessem fazer com que estes profissionais em formação experimentassem em sua vida cotidiana as práticas de promoção da saúde – lembrando que cuidar da saúde faz parte da vida de cada um, tornou-se necessário buscar, na literatura, uma abordagem que pudesse contribuir neste processo formativo.

A Ergologia de Schwartz e sua proposta do dispositivo dinâmico de três polos (DD3P) são perspectivas capazes de contribuir na formação de profissionais com capacidade de fazer dialogar os conhecimentos científicos com os não científicos, e entender que a saúde não é apenas assunto dos profissionais de saúde, mas também daqueles que vivem a experiência de conquista da saúde em determinado contexto histórico-social, permeado por pressupostos éticos e epistemológicos que têm como horizonte o bem comum (SILVA, 2003; SANT’ANNA e HENNINGTON, 2010).

A proposição do DD3P ampliou e aprofundou o conceito de “Comunidade Científica Ampliada” (CCA) desenvolvido por Ivar Oddone, cuja proposta tinha como objetivo oferecer aos trabalhadores e pesquisadores, portadores de saberes específicos,

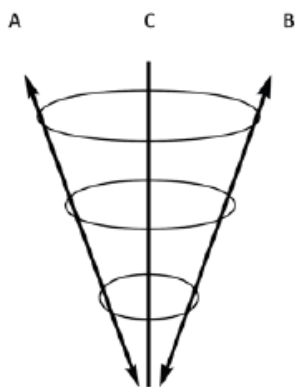
uma forma de aprenderem e utilizarem a experiência acumulada nos centros de pesquisa e nos coletivos de trabalho para que destes dois tipos de experiências emergisse outra capaz de priorizar as demandas das categorias profissionais. Nesta proposta, todos os atores se tornariam coautores da pesquisa, com exaltação da iniciativa dos trabalhadores para modificar o ambiente de trabalho (Barros, Heckert, Marchiori, 2006; Schwartz, 2000). Segundo Souza e Bianco (2007), a principal intenção do grupo era colocar em confronto os saberes formais dos pesquisadores e os saberes considerados informais dos trabalhadores, emergindo daí uma nova concepção de pesquisa e, conseqüentemente de produção do saber sobre o trabalho. Apesar da grande contribuição dessa proposta, Schwartz (2000) revela que a CCA apresenta limites, uma vez que propunha a primazia do campo científico na produção de conhecimento sobre a atividade, não definindo claramente as competências próprias de cada um dos parceiros, além de não deixar claro o projeto de trabalho conjunto.

Schwartz, ao retomar o conceito de atividade oriundo da ergonomia, como atividade humana que se constitui de renormatização parcial dos meios da vida, propõe o DD3P que tem por objetivo resgatar um polo que se encontrava pouco valorizado na proposta de Oddone *et al* (1986), o terceiro polo. Polo este que articula certo modelo de humanidade que faz com que o protagonista da atividade olhe o seu semelhante como alguém que está em atividade, ou seja, atravessado por dramáticas (focos de debates, debates de normas, resingularizando uma situação) – tanto quanto ele.

O dispositivo dinâmico de três polos é uma espécie de dialética, que pode ser esquematizado de forma espiral, por onde circulam os saberes, tanto para conhecer as normas antecedentes de uma atividade, como para compreender os recentramentos operando na atividade (Schwartz e Durrive, 2007). Pode ser considerado um meio de ação com uma filosofia geral e, inclusive, ter uma grande diversidade de aplicação, a

exemplo de Trinquet (1996) que desenvolveu o dispositivo em uma empresa com objetivo de controlar os riscos do trabalho, de Durrive (2004) que o utilizou no campo da formação e de Figaro (2008) que adaptou o dispositivo proposto por Schwartz e esquematizado por Durrive no campo da comunicação.

O esquema elaborado por Luis Durrive a partir do DD3P no campo da educação foi proposto para minimizar a dicotomia encontrada entre a teoria e prática presentes na formação profissional, na qual se percebeu que os alunos em formação - que alternavam períodos de formação na escola (teoria) e períodos em campo de trabalho (prática) - tinham, muitas vezes, dificuldade de aprendizado por não conseguirem realizar a gestão da alternância entre os saberes constituídos na teoria e os saberes da prática.



Quadro 1. Dispositivo dinâmico de três polos proposto por Schwartz, esquematizado por Durrive (Schwartz, Durrive, 2007, p.274) e adaptado por Figaro (2008).

Neste esquema, o polo A representa o polo dos saberes e valores constituídos nos universos científicos, ou seja, os saberes que foram construídos e estão disponíveis para antecipar a atividade. O polo B, representado pelos saberes processados e reprocessados na atividade, consiste no polo onde se localizam o aprendiz e as pessoas que trabalham com ele: é a reunião de diversos protagonistas em torno do que se passa no trabalho, tanto para olhar o trabalho como a aplicação dos saberes constituídos e disponíveis no polo A, como para olhar o trabalho como momento único, onde os protagonistas deverão ser inventivos para encontrar soluções para o trabalho.

E, por fim, o polo C, que consiste no polo do questionamento, é descrito como eixo socrático em duplo sentido, onde a reunião dos diferentes protagonistas em torno do que se passa no trabalho supõe uma espécie de exigência que é, ao mesmo tempo, uma exigência de aprendizagem, de domínio de conceitos e verbalização do trabalho e, também, uma exigência de *imprendizagem* (Schwartz e Durrive, 2007), descrita como humildade em face da atividade de trabalho que representa uma mina de informações acerca da forma com que se podem colocar em uso os saberes constituídos no polo B. A utilização deste esquema retrata que, no encontro do trabalho, nunca se sairá incólume, pois a dinâmica de três polos engaja todos os seus protagonistas.

Existem múltiplas formas de representar o dispositivo, bem como há formas de utilizar o dispositivo.

A formação ergológica ou a ergoformação, conforme descreve Schwartz e Durrive (2007), adota no ofício de formador, o DD3P, cuja finalidade é conduzir uma atitude de humildade investigativa que restitui a cada um sua parcela de existência, de participação no mundo, em sua história e na produção de saberes. Ou seja, o DD3P tem por objetivo:

ajudar uma pessoa a colocar em palavras aquilo que ela vive em situação de produção, porque o *ponto de vista* de cada um sobre seu próprio trabalho não está nunca totalmente pronto para ser comunicado. É um longo e paciente exercício de construção. Um verdadeiro esforço, mas que é muito útil porque ele abre muitas portas, facilita a resolução de problemas num sentido amplo: o desenvolvimento de competências. (SCHWARTZ e DURRIVE, 2007, p 298)

A ergoformação não pretende anunciar uma nova pedagogia, mas sim é um meio

- de apreender, um pouco que seja, a vivência no trabalho que escapa ao que está no registro do emprego ou ofício;
- de colocar a partir daí férteis questões, o que é fundamental para progredir em um percurso de inserção profissional (SCHWARTZ e DURRIVE, 2007, pág. 298).

Segundo Schwartz e Durrive (2007), a ergoformação visa permitir uma pessoa adquirir meios de gerir uma situação que muda sem cessar, ou seja, “saber-fazer”. E, portanto, para isso ela precisa ter uma dupla leitura de cada situação de trabalho: as instruções e as oportunidades.

No registro das instruções, da antecipação, a pessoa encontra-se no domínio do codificado que podem ser dispostas através de palavras, categorias, podendo então se escritas, transmitidas e medidas. No registro das oportunidades, no vivido através dos “encontros” com a situação de trabalho, a pessoa encontra-se na atividade. É a pessoa engajada no seu trabalho. E esta situação só poderá ser analisada depois da vivência da situação de trabalho. Somente quando a pessoa envolvida no trabalho conhece bem as instruções e ao mesmo tempo está atento às oportunidades, de modo a relacionar as duplas leituras, ele pode ser considerado competente.

Portanto, para desenvolver competência é necessário que o sujeito conheça as instruções e ao mesmo tempo fique atento às oportunidades “in loco”, ou seja, no campo de atuação, de modo que seja possível “alterar a norma”. A competência de um trabalhador não será aplicar os procedimentos, está sim em realizá-los em um ambiente material e humano submetido a mudanças permanentes (SCHWARTZ e DURRIVE, 2007).

Com objetivo de criar um ambiente propício ao desenvolvimento de competências profissionais, com base na Ergologia é que se propõe a estratégia denominada “Comunidade Ampliada de Pesquisa em Promoção da Saúde”. Esta estratégia se orienta pela necessidade de intensificar a inserção dos estudantes nos cenários de prática, levando-os a desenvolver competências na perspectiva da Promoção da Saúde através de um processo de ensino-aprendizagem dialógico em que sejam levados em consideração o contexto, a cultura, a realidade e as necessidades dos sujeitos

desse processo. Entretanto, para compreender a construção metodológica da CAP-PES torna-se importante resgatar alguns referenciais conceituais e metodológicos que o fundamentam, como os conceitos e objetivos da saúde promocional e sua interface com os campos da educação em saúde e da vigilância em saúde na construção de práticas que favoreçam à saúde e os referenciais da Educação Popular como estratégia político-pedagógica para construção da CAP-PES

2.6. A Promoção da Saúde como estratégia de transformação da lógica das ações de saúde

Diante da tensão gerada pela incapacidade da maioria das sociedades de promover e proteger a saúde das pessoas a partir de seu modelo de atenção sustentado em uma concepção de saúde, centrado no paradigma biomédico, na hospitalização, na sofisticação tecnológica e no privilegiamento do saber clínico, houve a necessidade de reorientação da atenção em saúde a partir da ruptura do modelo hegemônico por um novo modelo capaz contemplar as diferentes formas da sociedade em pensar sobre saúde e reconhecer o adoecimento, através de práticas com ênfase nas ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação de doenças de acordo com as necessidades de saúde individuais e coletivas da população (FEUERWERKER, 2003; SILVA, 2005).

Neste sentido, Silva *et al* (2009) revelam que a Promoção da Saúde configura-se como estratégia de transformação da lógica das ações de saúde, além de representar uma estratégia nos âmbitos político, assistencial, educacional e gerencial.

Segundo Buss e Carvalho (2009), o conceito moderno de promoção da saúde, bem como suas práticas surge vigorosamente a partir da I Conferência Internacional

sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986 e, desde então, vem sendo difundido em todo mundo, inclusive no Brasil.

A promoção da saúde como política nacional surge por volta dos anos de 1992, com a criação do Programa de Saúde da Família pelo Ministério da Saúde. Outros marcos importantes foram a formalização do projeto “Promoção da Saúde, um novo modelo de atenção”, em 1998 e 1999; o lançamento da revista “Promoção da Saúde”, que circulou entre 1999 e 2002 e a publicação das “Cartas da Promoção da Saúde”, entre outros (BUSS e CARVALHO, 2009).

Em 2002, o Ministério da Saúde elaborou o documento denominado “Política Nacional de Promoção da Saúde” que segundo Buss e Carvalho (2009) nunca teve vigência integral no interior do sistema de saúde, apesar de ser indutora de alguns documentos importantes para área como alimentação saudável, atividade física, violência no trânsito, o projeto Agita Brasil, o projeto Promoção de Saúde na Escola, entre outros.

Outro marco foi a publicação, em 2006, do documento “O Pacto em Defesa da Vida”, pelo Ministério da Saúde, um dos eixos propostos pelo conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) através do “Pacto pela Saúde”, que se constituiu em elemento indutor para a criação da Portaria nº 687/2006 que aprovou a Política de Promoção da Saúde (PNPS). Esta política tem como objetivo geral promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006a).

A promoção da saúde, com base nesta política passou a buscar a participação popular nos assuntos de saúde, considerando que o processo de produção do

conhecimento e das práticas no campo da saúde se faz por meio da construção e da gestão compartilhada.

Para alcançar seus objetivos o PNPS elaborou um conjunto de programas/ações específicas, dentre elas a divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde, da Alimentação Saudável, da Prática Corporal/Atividade Física, da Prevenção e Controle do Tabagismo, da Redução da Morbimortalidade em Decorrência do Uso Abusivo de Álcool e outras Drogas, da Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito, da Prevenção da Violência e Estímulo à Cultura de Paz e da Promoção do Desenvolvimento Sustentável.

2.7. A saúde promocional e sua interface com a vigilância em saúde: o VIGITEL como instrumento de controle de doenças não transmissíveis

Uma das interfaces da promoção da saúde é sua estreita relação com a vigilância em saúde. Segundo Paim (2009), a reformulação da proposta da vigilância em saúde baseada na prevenção da doença para promoção da saúde pode ser uma alternativa em defesa da saúde e da melhoria das condições de vida, desde que se configure em estratégia de organização de um conjunto heterogêneo de políticas e práticas capazes de produzir efeitos desejados sobre a situação de saúde.

A vigilância em saúde com o objetivo atuar com práticas complementares as práticas hegemônicas individuais e coletivas pautadas no modelo biomédico passou a incorporar novas práticas como a geografia crítica, o planejamento urbano, a epidemiologia, a administração estratégica e das ciências sociais de saúde. Estas iniciativas que tem como possibilidade intervir crescentemente sobre as situações de saúde, contemplando as necessidades sociais e os determinantes socioambientais dos

problemas de saúde, bem como valorizando a autonomia e protagonismo dos sujeitos (PAIM, 2009).

Com intuito de consolidar iniciativas de caráter nacional em torno de práticas relacionadas às diversas dimensões do campo da Promoção da Saúde, o Ministério de Saúde recentemente passou a considerar a vigilância em saúde como setor essencial à gestão do SUS. A Secretaria de Vigilância em Saúde, criada em 2003, passou a congrega em sua organização a vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e não transmissíveis, a vigilância ambiental, a saúde do trabalhador, a análise da situação de saúde da população e a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006b).

Uma das iniciativas do Ministério da Saúde para orientar as ações de controle das doenças não transmissíveis, que respondem por 62,8% do total das mortes por causa conhecida no Brasil, foi a realização de estudos nacionais de base populacional, como o Inquérito de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, conhecido como VIGITEL², que vem acontecendo em todas as capitais dos 26 Estados brasileiros e no Distrito Federal, com o objetivo o monitoramento contínuo da frequência e distribuição de fatores de risco e proteção para doenças crônicas (MOURA *et al*, 2008, BUSS e CARVALHO, 2009).

Com base no VIGITEL é possível monitorar e analisar o perfil das doenças e de seus fatores determinantes e condicionantes, bem como detectar mudanças nas suas tendências no tempo, no espaço geográfico e em grupos populacionais, contribuindo também para o planejamento de ações que visam à promoção da saúde, prevenção e atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), buscando reduzir a prevalência dos principais fatores de risco e, conseqüentemente, da morbimortalidade

² Questionário original disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/quest2008.pdf> (em 02 de julho de 2010)

associada aos principais fatores de risco para DCNT, com destaque para o tabagismo, a alimentação inadequada, o sedentarismo, a hipertensão arterial, a obesidade e o consumo abusivo de álcool (BRASIL, 2009).

Em suma, espera-se que os resultados do monitoramento realizado pelo VIGITEL sejam capazes de mobilizar os diferentes atores, como o setor saúde, os parceiros institucionais, as organizações não governamentais, os movimentos sociais, as instituições privadas e a sociedade civil na construção de estratégias de compreensão e intervenção das situações de vulnerabilidades que visem modificar os determinantes do processo de saúde-adoecimento, através de uma cultura de valorização da saúde em consonância com as propostas atuais de promoção da saúde. Baseado nos princípios da vigilância em saúde espera-se que a partir do diagnóstico da situação de saúde local ocorra, também, a participação ativa da comunidade, através do desenvolvimento da consciência sanitária e compreensão dos problemas de saúde e seus determinantes.

2.8. A saúde promocional e sua interface com a educação em saúde

Neste contexto, a educação em saúde passou a ser uma estratégia da saúde promocional e campo específico de ação educativa da área da saúde, uma vez que se pauta em ações para além do tratamento clínico e curativo, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania e, conseqüentemente, melhoria da qualidade de vida e da promoção do ser humano.

De fato a educação em saúde vem sendo rediscutida no campo da saúde pública brasileira, incluindo a nomenclatura utilizada: educação para a saúde, educação em saúde, educação e saúde (Pereira 1993), educação para o autocuidado (Brasil, 2000), informação em saúde (Lefèvre e Lefèvre, 2004), educação popular em saúde (Vasconcelos, 2001). Entretanto, sua prática vem sendo questionada pelos movimentos

da promoção da saúde, pois apesar dos novos paradigmas teóricos, tem-se observado a predominância de práticas reducionistas, inadequadas e descontextualizadas, não considerando o movimento promocional.

Segundo Meyer *et al* (2006, p. 1341)

As práticas de educação em saúde precisam buscar um novo horizonte para situar e articular riscos, “causalidades” e “determinações”, trazendo a saúde como a possibilidade de adoecer – para o campo da vida real, para o mundo dos sujeitos em relação nas quais esses processos ganham sentidos singulares.

Com o novo conceito de saúde, as práticas de educação em saúde a serem propostas devem legitimar e reconhecer o sujeito como parte do processo e considerar que ele pode estar vulnerável a algum agravo em condições e tempos diferentes de sua vida.

Muitas experiências têm sido acumuladas com a finalidade de incorporar os conceitos da promoção, bem como as propostas da educação e alguns conceitos das diferentes disciplinas como psicologia, sociologia, filosofia e antropologia, entre outras, nas práticas da educação em saúde.

Conforme descrevem Machado *et al* (2007), a educação em saúde é um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade. Tem como prática informar e dialogar com as pessoas, ou seja, “municar as populações de informações significativas para elas e que possam ser vistas, sentidas e utilizadas como insumos para a tomada de decisão de forma autônoma” (LABONTE apud BRUGNEROTTO e SIMOES, 2009).

Com objetivo de superar o modelo tradicional de transmissão de conhecimento incorporado pelas práticas educativas em saúde, novas propostas com capacidade de dialogar com o indivíduo através da mediação, interação e interlocução passaram a ser divulgadas. E para isso buscou-se aperfeiçoar as estratégias didático-pedagógicas e de

informação, bem como as estratégias de transmissão do conhecimento através dos novos modelos comunicacionais no início da década de 1990 (ARAÚJO e CARDOSO, 2007).

No campo educacional, as propostas pedagógicas de Paulo Freire, que confluíam educação e mudança política social com visão ética e religiosa, tiveram grande influência no projeto de saúde que começava a avançar no Brasil pós-regime militar. A articulação do setor saúde com os movimentos populares e com práticas referenciadas na Educação Popular e na Pesquisa Participante de Brandão, trouxe ao campo da saúde uma preocupação com o processo de constituição de sujeitos sociais competentes e responsáveis por transformações sociopolíticas voltadas para a conquista do “direito à saúde” (SMEKE e OLIVEIRA, 2001).

Apesar do aparecimento de novos discursos e práticas com enfoque no sujeito, percebe-se que as práticas hegemônicas ainda são prevalentes. Smeke e Oliveira (2001) revelam que as propostas com ênfase no aspecto pedagógico seriam mais promissoras, principalmente àquelas baseadas na orientação humanista e na aprendizagem participativa que enfocam a constituição do sujeito, no sentido de desenvolver autoconfiança, potencialização das capacidades comunicacionais, de autoestima, de tomada de decisão em problemas que afetam cotidiano de vida, saúde e doença e não apenas compreensão das doenças e das formas de evitá-las.

A nova proposta de educação em saúde deve investir no processo de educação bem como na formação do educador, incluindo todos os profissionais da saúde, pois, os educadores

precisam acentuar nos indivíduos a sua condição de sujeitos, sua autonomia, no sentido de sua emancipação, pois além de adquirir consciência da ampla tessitura social na qual estão inseridos, estes profissionais precisam também identificar em si próprios as potencialidades de transcender os limites das situações, e contribuir para

que os educandos também o façam, reconhecendo a redes de solidariedade dos grupos sociais de que fazem parte, articulando-se nelas através dos movimentos de micro e macropoderes. (SMEKE e OLIVEIRA, 2001, p. 132).

As práticas educativas propostas pelos profissionais de saúde devem ser sensíveis às necessidades dos usuários e devem atender a dois princípios básicos descritos por Briceño-Léon apud Alves (2005) que pondera que apenas com a participação comunitária é possível assegurar sustentabilidade e efetividade das ações de saúde. O primeiro refere-se à necessidade de se conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações de saúde, incluindo suas crenças, hábitos e papéis, e as condições objetivas em que vivem. E o segundo parte da premissa de que é preciso envolver os indivíduos nas ações, o que se contrapõe a sua imposição.

Alves (2005) descreve que o modelo emergente de educação em saúde é o modelo dialógico cujo objetivo visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber científico do profissional de saúde, mas sim pelo diálogo e intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares, profissionais e usuários no processo de construção de forma compartilhada de um saber sobre o processo saúde-doença, no sentido de transformar “saberes existentes”.

Neste sentido, percebe-se que o campo educacional tem como desafio inserir novas propostas que promovam interações entre os diferentes atores sociais em espaços reais no cotidiano, com base na proposta da Educação Popular de construção compartilhada do conhecimento em saúde.

2.9. A micropolítica do trabalho em saúde e as tecnologias de produção do cuidado em saúde

O trabalho em saúde cuja ação intencional é marcada pela busca da produção de cuidados - bens e produtos - que satisfaçam necessidades, seja do usuário ou do trabalhador ou do serviço, é centrado no trabalho vivo⁶ em ato permanentemente e possuidor de tecnologias de ação que se configuram em processos de intervenção em ato que operam como relações, encontros de subjetividades e que se mantêm além dos saberes tecnológicos estruturados (MERHY, 2007).

Estas tecnologias de saúde são configuradas a partir do arranjo entre dimensões materiais e não materiais do fazer em saúde e classificadas por Merhy (2007) como: 1) tecnologias leves - dizem respeito aos aspectos interrelacionais, tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão do processo de trabalho; 2) leveduras - apresentam uma parte estruturada, o conhecimento como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo, e outra leve, relacionada ao modo de agir singular de cada trabalhador composto de saberes estruturados; 3) tecnologias duras - têm em sua estrutura uma característica dada *a priori*, como no caso de normas e estruturas organizacionais, ou mesmo aparatos tecnológicos do tipo máquinas e equipamentos.

O reordenamento do núcleo tecnológico do cuidado, com primazia do trabalho vivo sobre o trabalho morto,⁷ e a incorporação das tecnologias leves e leveduras, e sua relevância sobre as duras, são elementos importantes para efetivação das mudanças dos modelos de assistência que buscam a garantia do acesso e acolhimento dos usuários, responsabilização/vínculo e gestão participativa. Isto porque possibilitam a superação das situações de repetição dos modelos vigentes, dando ao trabalhador ou à equipe total possibilidade de agir no ato produtivo do cuidado em saúde, com produção de novos

produtos e ressignificação de seus atos assistenciais (FERREIRA, FRANCO e MERHY, 2009; MERHY, 2007).

A efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde se expressa como 'relações interseçoras' que estão presentes na produção do trabalho - descrito como ato de cuidar - e consumo (do cuidado) que ocorrem ao mesmo tempo. Quando o trabalhador da saúde se encontra com um usuário no processo de trabalho, segundo Merhy (2007, p. 57), "estabelece-se entre eles um espaço interseçor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros e em ato", conhecido como uma interseção partilhada. Neste espaço, segundo o autor, o agente produtor, ou seja, o trabalhador da saúde utiliza suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias de modo geral) na busca da realização de um produto/utilidade necessário pelo consumidor (usuário da saúde) ou população, sem, contudo, reduzi-lo a um mero objeto de sua ação, uma vez que permite que o mesmo expresse suas intencionalidades, conhecimentos e representações sobre o seu processo saúde-doença.

Na perspectiva de formação de redes e de encontros no trabalho em saúde como 'trabalho vivo em ato', o trabalhador, através de uma clínica cuidadora sustentada nas 'relações interseçoras' com o usuário ou coletividade, passa a ser produtor de acolhimento, vínculo e responsabilização e também gestor do cuidado, por meio da mobilização de toda uma rede necessária para realização de um projeto terapêutico (Merhy, 2007). No setor saúde brasileiro existem algumas experiências pioneiras capazes de contribuir para a produção desta interseção partilhada, dentre elas a abordagem da educação popular em saúde (EPS), inspirada em Paulo Freire.

A EPS está pautada na ampliação da interrelação das diversas profissões, especialidades, serviços, doentes, familiares, vizinhos e organizações sociais locais envolvidos com um problema específico de saúde e vem procurando identificar e

instrumentalizar a diversidade de práticas em saúde emergentes, fortalecendo e reorientando essas práticas, saberes e lutas. Procura valorizar principalmente a mobilização das autonomias individuais e coletivas através do diálogo entre o saber popular e o saber científico, investindo na compreensão, explicitação e reconhecimento de saberes e intervenções dos sujeitos usualmente desconsiderados nas práticas oficiais de saúde.

2.10. Educação Popular: dialogicidade e construção compartilhada do conhecimento em saúde - estratégia político-pedagógica para construção da CAP-PES

O novo cenário a saúde, com seus novos conceitos, ações e propostas que formalizam a participação ativa de sujeitos sociais, criativos e transformadores das práticas requer um novo modelo político-pedagógico capaz de provocar mudanças na formação de profissionais.

Dentre os projetos capazes de mobilizar autonomias individuais e coletivas, temos a Educação Popular em Saúde que, segundo Pedrosa (2007), tem como princípios político-pedagógicos fomentar atitudes de participação no sentido de sempre mudar realidades, fazendo com que as informações sobre a saúde dos grupos sociais contribuam para elevar suas enunciações, reivindicações e por fim projetar caminhos inventivos, prazerosos e inclusivos que proporcionem mudanças na vida cotidiana das pessoas.

O método da Educação Popular, sistematizado por Paulo Freire, foi incorporado pelo setor saúde nos anos de 1970 tendo como ponto de partida as experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados do Estado, o que permitiu uma aproximação deste setor com as classes populares, fato que representou uma ruptura

com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde (VASCONCELOS, 2007). Para Vasconcelos (2010), a proposta da educação popular no setor saúde enfatiza a ampliação dos canais de interação cultural e de negociações deste setor junto com os movimentos sociais locais, com propostas de reuniões, cursos, produção de cartilhas, jornais, entre outros, cujo objetivo é enfrentar os problemas de saúde locais a partir da integração entre saber técnico e o saber popular.

A incorporação da Educação Popular na Saúde foi proporcionada pelas lutas sociais pela saúde como direito no movimento de Reforma Sanitária, que trouxe para o debate a necessidade de superação das distâncias culturais entre população e profissionais de saúde (DAVID & ACIOLI, 2010).

A sistematização da educação popular inspirou a configuração de projetos de pesquisa e reivindicou para Paulo Freire o título de “criador” de um estilo de pesquisa e ação educativa, que posteriormente foi conhecido como pesquisa participante e pesquisa ação. Aplicadas ao campo da saúde esse método de pesquisa tem por objetivo discutir problemas de saúde encontrados na realidade local através do diálogo, da problematização e da ação comum entre os grupos sociais e os técnicos e intelectuais para a construção compartilhada de conhecimentos e para organização política necessária à superação dos problemas encontrados (STOTZ, DAVID & WONG-UM, 2005; VASCONCELOS, 2007; VASCONCELOS, 2010).

A proposta dialógica utilizada na Educação Popular parte do conceito de Paulo Freire que a dialogicidade é a essência da educação como prática de liberdade, pois os homens se fazem, não no silêncio, mas nas palavras, no trabalho, na ação–reflexão:

(...), pronunciando o mundo, os homens o transformam, o diálogo se impõe como caminho pelo qual os homens ganham significação enquanto homens. Por isto, o diálogo é uma exigência existencial. (...) é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado (...)

(...) A conquista implícita no diálogo é a do mundo pelos sujeitos dialógicos, não a de um pelo outro. Conquista do mundo para a libertação dos homens (FREIRE, 2005, p. 91).

A Teoria da Ação Dialógica de Paulo Freire possui quatro características importantes: a colaboração, a união, a organização e a síntese cultural. Nessa teoria a colaboração acontece quando se tem a comunhão entre as lideranças e as massas populares, pois a comunhão provoca a colaboração, já que os sujeitos se encontram para a transformação do mundo em colaboração. E é a partir do diálogo, que é sempre comunicação, que se funda a colaboração (FREIRE, 2005).

Para se ter libertação, é necessária a união que deve ser realizada pelo esforço da liderança em unir os oprimidos entre si, que por sua vez implica na organização das massas populares, não no sentido da justaposição de indivíduos, mas sim de instaurar o aprendizado dialógico, fazendo com que os homens e mulheres se descubram e se reconheçam como seres transformadores da realidade (FREIRE, 2005).

Por fim a síntese cultural se desvela como uma modalidade de ação com que, “culturalmente, se fará frente à força da própria cultura, enquanto mantenedora das estruturas em que se forma” (Freire, 2005, p. 209). Desta maneira a ação cultural se apresenta como instrumento de superação da própria cultura alienada e alienante, o que desvela que toda ação revolucionária encerra também uma revolução cultural. Para que se tenha a síntese cultural é necessário utilizar como ponto de partida a investigação dos temas geradores ou da temática significativa do povo, em lugar de temas prescritos pela liderança revolucionária.

Para Freire (2005), investigar o tema gerador é investigar o pensar dos homens referido à realidade, é investigar seu atuar sobre a realidade que é sua práxis. Por ser um processo de busca, de conhecimento, de criação, a investigação temática exige de seus

sujeitos a interpenetração dos problemas, a investigação do próprio pensar do povo que não pode ser feita sem o povo, mas com ele, como sujeito de seu pensar.

A partir da reflexão sobre sua própria *situacionalidade*, os sujeitos agem sobre ela, ou seja, aparece o engajamento e resulta a própria consciência histórica da situação: da *imersão* em que se achavam, *emergem*, capacitando-se para se *inserirem* na realidade que se vai desvelando. O processo de formação e a investigação temática, na concepção problematizadora da educação, se tornam momentos de um mesmo processo: Quanto mais o agente educador investiga o pensar do povo com ele, tanto mais eles se educam juntos. E ao criarem juntos pautas para sua ação, não negando suas diferenças e suas visões, ocorre o enriquecimento de ambos (FREIRE, 2005).

No setor saúde, a educação popular e suas ações baseadas no diálogo, na escuta do outro e na produção de temas geradores a partir da experiência do outro, deu origem a uma estratégia metodológica cara à saúde pública conhecida como *construção compartilhada de conhecimento*, desenvolvida na década de 1990, pelo Núcleo de Educação em Saúde e Cidadania, da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz. Esta abordagem que tem por finalidade a conquista, pelos indivíduos e grupos populares, de maior poder de intervenção nas relações sociais que influenciam a qualidade de suas vidas considerando as experiências cotidianas dos atores envolvidos neste processo, vem sendo apropriada pelo campo da Educação Popular e Saúde como uma proposta de ressignificação político, social e pedagógica que extrapola o setor saúde e com capacidade de facilitar a construção de práticas interativas, cooperativas e dialógicas (CARVALHO, ACIOLI e STOTZ, 2001).

2.11. A ergoformação e suas contribuições no campo da formação

A ergoformação é uma nova maneira de conceber a formação dos trabalhadores. Um meio de apreender, um pouco que seja, a vivência no trabalho, ou seja, “o ponto de vista daquele que trabalha” (Schwartz e Durrive, 2010, p. 296). É uma abordagem original porque considera o trabalho em situação, a atividade, centrando-se no trabalhador e na energia que ele investe para realizar um trabalho em um contexto que muda sem cessar (SCHWARTZ e DURRIVE, 2010, TRINQUET, 2010).

Uma das principais estratégias do processo de ergoformação é ajudar a pessoa a colocar em palavras aquilo que ela vive em situação de produção e isto exige um longo e paciente exercício de construção, porque o *ponto de vista* de cada um sobre seu próprio trabalho não está nunca totalmente pronto para ser comunicado. Mas, esse esforço é muito útil, pois facilita o desenvolvimento de competências (SCHWARTZ e DURRIVE, 2010).

No processo de ergoformação, a atividade é colocada no centro do debate a partir da constituição de um grupo composto pelos protagonistas do trabalho (trabalhador/aluno em formação) e o ergoformador (profissional de formação ergólogo) para que juntos reflitam e façam proposições sobre a situação do trabalho, resgatando, assim, um grande número de informações.

Durrive (2010) revela que a riqueza proveniente do trabalho vivido pode ser ampliada com a utilização do espaço de diálogo-debate definido como “Encontros sobre o trabalho”. Para potencializar as discussões neste espaço, ele define os objetivos, a dinâmica e descreve algumas pistas para o ergoformador (profissional com formação ergológica) para animar os “Encontros sobre o trabalho”, ou seja, disponibiliza uma caixa de ferramentas a serviço dos profissionais que desejam conhecer as situações de trabalho. Segundo Durrive a utilização dessas ferramentas nos “Encontros” permite um

amplo debate sobre a atividade, reconhecendo-a como reservatório inimaginável de energia para a formação e o desenvolvimento, individual e coletivo.

Trinquet (2010) revela que para compreender uma situação de trabalho é importante conhecer os saberes investidos e os constituídos, pois eles conformam duas faces de toda atividade de trabalho, sua unidade dialética. O saber constituído é o saber mais fácil de explicar, pois consiste no saber acadêmico, aquele saber geral e generalizável, formalizado nos ensinamentos, nos livros, nas normas técnicas, organizacionais, entre outros. Já o saber investido é aquele saber que remete à especificidade da competência adquirida na experiência da gestão de toda atividade de trabalho. É o saber adquirido em todas as atividades ou experiências, mas que não é formalizada e escrita em algum lugar, pois está localizada no “corpo si” do sujeito que vivenciou a experiência da atividade.

Para Schwartz e Durrive (2010), os “Encontros sobre o trabalho” devem ser realizados em 3 fases, não lineares, definidas pelas seguintes ações: “favorecer a tomada de consciência de sua própria atividade; problematizar a atividade; convocar os saberes formais e estabelecer a confrontação” (SCHWARTZ E DURRIVE, 2010, p. 312).

Segundo Durrive, na primeira fase do encontro, alguns pontos devem ser esclarecidos aos participantes:

- que o encontro tem como finalidade conhecer os saberes produzidos nas atividades realizadas, diferenciando a atividade da tarefa;
- que cada um é um ser individual, portanto, cada uma tem uma história diferente para contar, não tendo certo nem errado, pois cada um se “ajeita” com as normas antecedentes, com seu patrimônio, no momento que se confronta com o real.
- que as atividades nunca são banais, toda atividade tem algo a dizer, possuem saberes ocultos que são importantes;

- que o meio é infiel à ideia que fazemos e que tudo isso faz com que nós mesmos sejamos infiéis ao que nos é demandado, pois tudo está em movimento; é impossível obedecer às normas ao pé da letra, sob pena de fracassar na missão que nos foi confiada,
- desmistificar a ideia de que o trabalho é apenas um produto, uma tarefa, e sim que cada experiência da atividade é única e é realizada de forma diferente em cada experiência cotidiana, ou seja, que o mundo se move e que a história se faz: a partir deste movimento em que saberes inéditos emergem.

Na segunda fase, que é posterior ao primeiro diálogo sobre o trabalho, ou seja, quando se toma consciência e se reconhece a complexidade da atividade, Durrive descreve que é importante reforçar alguns pontos importantes sobre a atividade, tais como:

- a atividade se distingue das normas antecedentes;
- a atividade em ato mobiliza sinergias infinitamente diversas entre muitos atores, pois trabalhar é forçosamente se inscrever em um projeto coletivo a ser exercitado num dado momento;
- a atividade não é clonável, nunca é indiferente à pessoa que trabalha; a atividade libera a expressão autêntica e cada um em relação ao que se vivencia;
- o trabalho engaja a pessoa em profundezas de intimidade tais que se não estivermos precavidos, podemos assistir a turbilhões de fala que nem o próprio interessado consegue controlar.

Para Durrive (2010), o animador deverá enquadrar o debate através *do método da dialética de registro*, cuja proposta é levar os participantes, na sua passagem pela atividade, a distinguirem com clareza o que faz parte do registro 1 (reconhecimento) e registro 2 (ancoragem) e, por fim deixar o trabalho falar; é fazer uma leitura do trabalho

vivido e sobre as escolhas em situação de trabalho. Ou seja, fazer emergir a atividade para colocá-la em tensão com o registro do geral, do antecipado.

Quando o indivíduo faz a leitura das instruções (reconhecimento) das atividades, eles ressaltam e listam os principais procedimentos, atividades, práticas desenvolvidas, as normas antecedentes, entre outros. É o olhar sobre a generalidade da situação, ou seja, decodificar uma situação sob “o ângulo das informações estáveis, aquelas que são pensadas de antemão, de certa forma informações frias porque duráveis” (SCHWARTZ e DURRIVE, 2010, p 302).

Já ao fazer a leitura da atividade sob o ângulo das oportunidades (ancoragem), eles falam sob o ângulo da “vivência da situação”, ou seja, faz

releitura da mesma situação, mas sob o ângulo do ser vivo, com engajamento da pessoa referida. As informações recolhidas são “quentes” no sentido de que elas são sensíveis, arriscadas, efêmeras, pois mal são recolhidas, já estão superadas. (SCHWARTZ E DURRIVE, 2010, p. 302)

A terceira fase definida para convocar os saberes formais e estabelecer a confrontação, a atividade está centrada na noção de compromisso entre o antecipado e a experiência real. É um diálogo construtivo entre os diferentes saberes. É um operador sintético, que combina de maneira sempre original os fatores que o determinam: o econômico, o político, o cultural, o social, o técnico, etc (DURRIVE, 2010).

Nessa fase, segundo Durrive (2010), é importante que cada um se reconheça e reconheça seus semelhantes como engajados numa aventura humana, comprometidos com a questão de se posicionar num espaço de valores presente em toda parte, numa tensão entre o que impõe o projeto de trabalhar em equipe, o que é lhes foi solicitado e o que ordena a singularidade da situação, que cada um, por sua atividade, é levado a gerir. Essas tensões produzem o inédito.

A proposta desta fase é convocar os saberes formais e confrontá-los com os saberes fruto da experiência cruzados com os que eles convocam, os saberes constituídos e disponíveis. Para Durrive (2010) o animador dos encontros deve:

- reconhecer que quando o indivíduo trabalha, ele participa de uma aventura humana e a situacionalidade faz com que ele viva uma dramática de fazer escolhas, usa de si por si e pelo outro, e de renormatizar as normas já construídas.

- deve revelar ao grupo que cada um é colaborador da renormatização da atividade, pois ao falar sobre suas dramáticas revela os saberes ocultos na atividade, o que permitirá que esses saberes sejam confrontados com os já formalizados e, também, incluídos na norma.

Os conhecimentos trazidos pela ergoformação podem contribuir com as instituições de ensino, em especial, na discussão da abordagem das competências profissionais. Sob a ótica da ergoformação, duas questões fundamentais se revelam para o campo da formação: uma se refere à utilização das técnicas, os “Encontros sobre o Trabalho”, com base no dispositivo DD3P. Sua dinâmica propicia o conhecimento dos saberes constituídos e investidos em uma situação de trabalho, fonte de saberes novos e ocultos da atividade, pois ao se fazer com que os sujeitos expressem em palavras e reflitam sobre os saberes constituídos e investidos durante a atividade isto pode ser um potencializador para o desenvolvimento de competências (Schwartz e Durrive, 2010). A outra questão é consequência da primeira e refere-se à própria utilização desses saberes que se revelaram nos encontros, retroalimentando, ampliando e aperfeiçoando cada vez mais as competências profissionais necessárias para uma dada situação de trabalho.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral:

- Criar e analisar a estratégia educativa “Comunidade Ampliada de Pesquisa em Promoção e Educação em Saúde” (CAP-PES) enquanto dispositivo de formação em saúde e suas contribuições para o processo de produção de saberes e (trans)formação do trabalho.

3.2. Objetivos Específicos:

- Propor o desenvolvimento de uma estratégia educativa no campo da saúde promocional – CAP-PES – para curso de formação técnica em saúde;
- Investigar, na perspectiva da ergoformação, os saberes constituídos e investidos dos alunos-pesquisadores que participaram da CAP-PES;
- Refletir e analisar as contribuições da CAP-PES na produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de pesquisa formação-intervenção que tem como base o referencial da ergologia, cuja proposta foi desenvolver e analisar o processo e resultados preliminares da implantação de um dispositivo de formação denominado CAP-PES no espaço escolar, no período de janeiro a dezembro de 2011.

4.1. Lócus de pesquisa

O estudo foi realizado na Escola Técnica Estadual de Saúde Herbert José de Souza (ETESHJS), da rede FAETEC, criada através do Decreto nº 3577 de 1 de julho de 2004³, cuja missão é qualificar e habilitar cidadãos na área da saúde assumindo uma conduta dinâmica, crítica, ética e autônoma, tornando-os agentes transformadores da realidade social e política do país. A ETESHJS oferece, entre outros cursos da área da saúde, o Curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Enfermagem, intitulado de Curso Técnico de Enfermagem, desenvolvido na modalidade subsequente ao ensino médio e o Curso de Formação Continuada denominado Atualização em Promoção e Educação em Saúde.

A escolha da escola como campo de pesquisa teve dupla função: ser campo para que os alunos do Curso de Promoção e Educação em Saúde vivenciassem a realização de um inquérito de saúde, analisassem e discutissem com a comunidade os resultados da pesquisa, ampliando sua escuta e crítica para elaborar práticas educativas em saúde no espaço escolar com base no conhecimento compartilhado. E, também, fazer com que os alunos desta comunidade escolar, futuros profissionais da saúde, ao participarem como sujeitos da pesquisa e dos grupos de discussão, refletissem, indagassem e discutissem

³ Recentemente este Decreto foi revogado pelo Decreto nº 43.606 de 22 de maio de 2012

sobre sua própria saúde e a da comunidade, aprendendo a enfrentar e intervir coletivamente para melhoria das condições gerais de vida e saúde no seu cotidiano.

4.2. Sujeitos de pesquisa

Os sujeitos de pesquisa foram 12 alunos, do sexo feminino, matriculados no curso de Atualização em Promoção e Educação em Saúde, maiores de 18 anos, com 2º grau completo, formação na área da saúde (técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal, graduação na área da saúde incompleta) e que desejaram se inserir no projeto “Comunidade Ampliada de Pesquisa em Promoção e Educação em Saúde”. Para fins de padronização, neste estudo estas alunas serão intituladas alunas pesquisadoras.

Todas as alunas foram esclarecidas sobre o objetivo e demais características da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) e autorização para divulgação de imagens (APÊNDICE F).

4.3. A estratégia “Comunidade Ampliada de Pesquisa em Promoção e Educação em Saúde” no espaço escolar – um dispositivo de formação

A estratégia foi organizada em 5 etapas, a saber:

- 1) **Primeira etapa:** Proposição de um debate/reflexão sobre temas atuais da saúde a fim de contextualizar e inserir o aluno no cenário teórico-prático do campo da promoção e educação em saúde

Nesta etapa buscou-se inserir e realizar um debate/reflexão, através de discussões temáticas, cuja finalidade foi atualizar trabalhadores da saúde, ou futuros trabalhadores para as mudanças e as necessidades de novas tecnologias/práticas para o campo da saúde. Os objetivos específicos foram: apresentar e discutir temas atuais do campo, como conceito ampliado de saúde, a determinação social da saúde e promoção

da saúde; proporcionar vivências através de visitas técnicas em espaços produtores de ações de promoção da saúde e na perspectiva da construção compartilhada de saber; e habilitar o trabalhador para participar de um estudo de campo e desenvolver atividades de intervenção em saúde.

Apesar de ser referenciada como a primeira etapa, ela constituiu-se em estratégia transversal a todas as etapas da CAP-PES, uma vez que a problematização e discussão de temáticas relacionadas ao contexto da saúde foram estimuladas no decorrer de todo processo de formação.

Atividades extra-muro, também, foram estimuladas como a participação em seminários, encontros, oficinas e reuniões de conselhos distritais.

2) **Segunda etapa:** Implementação de um estudo de campo na comunidade escolar

Nesta etapa foi proposta a realização de um estudo de campo cuja finalidade foi disparar o movimento de reflexão e análise da situação de saúde de uma população; "conhecer melhor o chão em que pisamos" (Brandão, 2006, p. 133). Sua operacionalização ocorreu após o treinamento das alunas pesquisadoras para realizar um inquérito de saúde escolar através da aplicação de questionário e aferição de medidas antropométricas peso, altura e cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC).

Neste momento, ampliou-se a discussão em torno da Vigilância em Saúde e da organização e análise de resultados do inquérito desenvolvido regularmente desde 2006 pelo Ministério da Saúde conhecido como VIGITEL (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico). O uso de inquérito de saúde ocorreu em decorrência da sua facilidade de aplicação e análise de resultados, uso consagrado na saúde pública e suas estreitas relações com a promoção da saúde.

Os dados da pesquisa foram analisados e discutidos e, posteriormente, divulgados e re(produzidos) em palestras para subsidiar a elaboração de uma prática de saúde para intervir na realidade local.

O inquérito de saúde: população do estudo

A amostra do inquérito foi composta por 293 alunos, maiores de 18 anos e matriculados em diferentes cursos da área da saúde: Técnico de Enfermagem e Patologia Clínica (módulo I, II e III), Atualização em SUS e Especialização Técnica em Enfermagem do Trabalho, que têm como público-alvo alunos já formados na área da saúde. A pesquisa foi realizada no período de abril a agosto de 2011. A escolha destes alunos ocorreu por conveniência, pois estavam presentes nos dias da semana em que o inquérito foi realizado na escola. Só foram incluídos na amostra os alunos que aceitaram participar da pesquisa e que assinaram e entregaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E) e autorização para divulgação de imagens (APÊNDICE F).

Instrumento utilizado no inquérito

O instrumento de coleta de dados utilizado na pesquisa era autoaplicável, adaptado a partir do questionário do sistema VIGITEL⁴ e do Inquérito Domiciliar de Saúde de Base Populacional no Município de Campinas – ISACAMP⁵ (2008), composto por questões já testadas e validadas em estudos populacionais realizados no Brasil.

⁴ VIGITEL (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico). Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1521. Acesso em: 12 de janeiro de 2011.

⁵ ISACAMP. Disponível em http://www.fsp.usp.br/isa-sp/index_arquivos/Page1424.htm. Acesso em: 12 de janeiro de 2011.

As perguntas do inquérito abordavam: a) características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos (idade, sexo, estado civil, etnicidade, nível de escolaridade, etc.), b) características do padrão de alimentação e de atividade física associados à ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como frequência do consumo de frutas, legumes e verduras e de alimentos fonte de gordura saturada e frequência, e duração da prática de exercícios físicos e do hábito de assistir televisão); c) características indicativas da composição corporal (peso e altura); d) frequência do consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas, entre outras.

A escolha da tecnologia utilizada pela Vigilância em Saúde, como inquéritos de saúde, deveu-se ao seu uso consagrado na saúde pública e por estar voltado aos estudos sobre as DCNT, grupo de doenças de alta prevalência em nosso meio e cujos fatores de risco e proteção são alvos da promoção da saúde. A vigilância em saúde ao reformular sua base conceitual avançando da prevenção específica para a promoção da saúde passou a incorporar novas práticas de outras áreas de conhecimento como a geografia crítica, o planejamento urbano, a epidemiologia, a administração estratégica e as ciências sociais em saúde, entre outras, que possibilitam intervir crescentemente sobre a situação de saúde, contemplando as necessidades sociais e os determinantes socioambientais dos problemas de saúde, bem como valorizando a autonomia e protagonismo dos sujeitos (PAIM, 2009).

Com base no VIGITEL é possível monitorar e analisar o perfil das doenças e de seus fatores determinantes e condicionantes, bem como detectar mudanças nas suas tendências no tempo, no espaço geográfico e em grupos populacionais, contribuindo também para o planejamento de ações que visam à promoção da saúde, prevenção e atenção às DCNT, buscando reduzir a prevalência dos principais fatores de risco para DCNT e, conseqüentemente, da morbimortalidade associada a eles, com destaque para o

tabagismo, a alimentação inadequada, o sedentarismo, a hipertensão arterial, a obesidade e o consumo abusivo de álcool (BRASIL, 2010).

Procedimentos e técnicas utilizados na pesquisa em saúde escolar

Questionário

O questionário (APÊNDICE C) foi administrado pelas alunas pesquisadoras nas salas de aulas sob supervisão da pesquisadora principal e preenchido pelos alunos que foram esclarecidos sobre questões éticas. O tempo médio para preenchimento do questionário foi de 25 minutos.

Medidas antropométricas: peso, altura e cálculo do IMC.

Após preenchimento do questionário autoaplicável, as medidas de altura foram obtidas empregando-se estadiômetro afixados à parede, com resolução de 0,1 cm. Para as medidas de peso foi utilizada uma balança microeletrônicas (marca Tanita) previamente aferida, com resolução de 100 g, sendo preconizado que os indivíduos ficassem descalços para se pesar. Para avaliação do estado nutricional foi utilizado o índice de massa corporal [IMC = peso (kg) /altura (m)²].

Análise e discussão dos dados

Do total de 295 alunos dos cursos selecionados, foram aplicados 293 questionários e houve 2 recusas. Os dados foram organizados e tabulados por duplas de alunos utilizando o programa Microsoft Office Excel, versão 2007. A estatística utilizada para analisar os dados foi a descritiva, sendo os resultados expressos em tabelas de frequência simples e gráficos, com base nos indicadores de fatores de risco e proteção monitorados pelo VIGITEL (Brasil, 2010). Por conta da natureza singular do

estudo, algumas limitações podem ser apontadas no desenvolvimento do inquérito: a amostra foi de conveniência, pois não havia preocupação em estabelecer medidas de associação, nem de generalizar os resultados para a população geral.

A discussão dos resultados foi realizada com base nos dados do Inquérito VIGITEL 2010 disponibilizados pelo tabnet Datasus e confrontados com a literatura, no intuito de aprofundar a discussão junto aos alunos. Os resultados da pesquisa foram divulgados à comunidade escolar por meio de apresentação em auditórios, mural e via *site* institucional.

- 3) **Terceira etapa:** Formação de Grupos Dialógicos - o 'espaço interseção' para construção compartilhada do conhecimento sobre promoção e educação em saúde

Após a apresentação dos resultados do inquérito de saúde e o perfil dos alunos pesquisados, foram organizados os Grupos Dialógicos (GD), espaços de diálogo entre profissionais participantes da CAP-PES e a população alvo, para debater e discutir opiniões, formas de enfrentamento e propor pautas de ação na busca da construção de vida e ambiente escolar mais saudável, com base nos princípios da equidade e participação social.

No total foram realizados quatro GD, composto por 10 a 15 pessoas da comunidade escolar, independente de terem participado do inquérito de saúde, além dos pesquisadores e alunas-pesquisadoras. Os grupos aconteceram no auditório e sala de aula da escola, nos meses de junho e outubro de 2011 e levaram em média 50 minutos cada.

A formação dos grupos foi aleatória, buscando-se trabalhar com alunos de diferentes cursos, módulos e turnos. A participação foi voluntária e, também, foi

solicitado aos sujeitos que não tinham participado do inquérito de saúde a assinatura do TCLE.

Os GD tiveram como base metodológica a teoria da ação dialógica de Paulo Freire (Freire, 2005) cujo ponto de partida é a investigação de temas geradores, ou das temáticas significativas para o povo.

Investigar o tema gerador é investigar o pensar dos homens referido à realidade; é investigar o seu atuar sobre a realidade que é a sua práxis. Por ser um processo de busca, de conhecimento, de criação, a investigação temática exige de seus sujeitos a interpenetração dos problemas, a investigação do próprio pensar do povo que não pode ser feita sem o povo, mas com ele, como sujeito de seu pensar (FREIRE, 2005).

Para Freire (2005), quando o povo reflete sobre sua própria situacionalidade, surge o engajamento e eles agem sobre ela. Com base neste desvelamento da realidade, descrito como “síntese cultural”, educador e povo criam juntos pautas para a ação, sem negar suas diferenças e suas visões.

Para conhecer as temáticas significativas que emergiram com os resultados da pesquisa, foi inserida ao final da apresentação a seguinte questão-problema: “Com base na pesquisa apresentada, escreva e comente: Quais os problemas de saúde que vocês acharam significativos e que atividades poderiam ser realizadas na escola visando promover a saúde da comunidade escolar?”

As falas foram registradas por meios de diário de campo e gravador e os dados, e, também foi solicitado que durante a apresentação da pesquisa “Saúde dos Alunos” os alunos fossem registrados questões que achavam importante discutir em um formulário (APÊNDICE H) previamente elaborado para este momento, que foram guardados pela pesquisadora. As falas foram analisadas com base na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que se baseia nos pressupostos da Teoria das Representações Sociais e

tem demonstrado ser eficaz para o processamento e expressão das opiniões coletivas, já que propõe elaborar depoimentos coletivos confeccionados com extratos de diferentes depoimentos individuais (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2006).

A técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) extrai do discurso verbal as ideias centrais, as ancoragens e suas correspondentes expressões-chave, com o objetivo de viabilizar um discurso que não anula ou reduz os depoimentos do grupo estudado a uma categoria comum unificadora já que o que se busca fazer é construir discursos-síntese (DS) com capacidade de expressar um determinado modo de pensar ou representação social sobre um fenômeno (GOMES, TELLES e ROBALLO, 2009).

A análise dos discursos-sínteses foi articulada com referenciais da promoção da saúde para que os alunos-pesquisadores, ao final deste processo, pudessem ter subsídios ancorados no campo da saúde promocional para embasar a formulação e implementação de uma prática educativa em saúde.

4) **Quarta Etapa** – Planejamento e operacionalização de prática educativa em saúde (PES) sob a ótica da promoção da saúde

Após a finalização do grupo de discussão, valendo-se da análise dos dados do inquérito e do processo, de tudo o que aconteceu durante todo o transcorrer do trabalho, as alunas pesquisadoras propuseram uma PES, a partir do conhecimento compartilhado de saúde desenvolvido na CAP-PES e com base no conceito, princípios e diretrizes da Promoção da Saúde.

Para implementar a prática educativa em saúde no espaço escolar, foi desenvolvida uma estratégia para elaboração de PES (APÊNDICE J) que se justificou pela lacuna encontrada em literatura a respeito de propostas de operacionalização de uma prática de educação em saúde, sob a ótica da saúde promocional.

Com base na estratégia elaborada, as alunas conseguiram planejar e executar uma PES, que devido à limitação do tempo, foi realizada no dia 22/11/2011 na forma de oficina, com o título de “Oficina + Saúde ETES” e cujo objetivo era sensibilizar a comunidade escolar da ETES para assuntos relacionados à construção de vida mais saudável.

5) **Quinta Etapa** – Investigando os saberes constituídos e investidos pelos alunos que participaram da CAP-PES, a partir do espaço de diálogo-debate conhecido como “Encontros sobre o trabalho”

Nesta última etapa, inspirada na ergoformação, adaptou-se o espaço de diálogo-debate “Encontros sobre o trabalho” Durrive (2007, 2010) e Trinquet (2010) buscando-se investigar e conhecer os saberes constituídos e investidos pelos alunos-pesquisadores que participaram da CAP-PES, ou seja, "o ponto de vista daquele que trabalha" (SCHWARTZ E DURRIVE, 2010, p. 295).

Participaram desta etapa seis alunas que estavam matriculadas no Curso de Atualização em Promoção e Educação em Saúde e participaram de todas as etapas da CAP-PES: oficina de atualização em promoção e educação em saúde, participação no estudo de campo, nos grupos dialógicos e no planejamento e operacionalização da PES no espaço escolar. Todas já haviam assinado o TCLE.

A pesquisa aconteceu no período de 6 a 13 de dezembro de 2011, no próprio espaço escolar, com o total de dois encontros de aproximadamente duas horas. Para conhecer os saberes constituídos e investidos das alunas-pesquisadoras, adaptamos o espaço de diálogo-debate “Encontros sobre o trabalho”.

Para produção de dados utilizou-se da entrevista em grupo e os dados produzidos foram registrados através de gravador e diário de campo da equipe de docentes integrantes ao projeto e depois transcritos.

O espaço de diálogo-debate “Encontros sobre o trabalho” foi organizado em duas fases, não lineares, cujo roteiro da entrevista visava alcançar os seguintes resultados: 1ª. Fase - conhecer os saberes constituídos e investidos pelos alunos que participaram da CAP-PES e a 2ª. Fase - convocar os saberes formais e estabelecer e confrontação.

Para conhecer um pouco sobre a atividade realizada pelas alunas ao participar da CAP-PES, foi preciso inicialmente apresentar os objetivos do dispositivo CAP-PES, as etapas de sua organização, e discutir com elas alguns itens importantes, como o conceito e princípios da promoção da saúde, a importância da modelização das práticas educativas em saúde, entre outros.

Após a apresentação do dispositivo de formação, as alunas foram estimuladas a falar um pouco sobre a experiência de participar da CAP-PES. O primeiro diálogo iniciou-se com a seguinte pergunta: *Se você fosse hoje convocada para organizar uma prática educativa em saúde em sua comunidade, como você procederia? Descreva sucintamente o passo a passo.*

Neste início de encontro, já se propôs promover certo “desconforto intelectual”⁶ nas alunas em formação, pois ao mesmo tempo que se solicitou que elas descrevessem a face protocolar, as normas antecedentes de uma situação de trabalho, propôs-se que essa descrição estivesse ancorada no presente, em outro ambiente, em que elas devam fazer

⁶ “Desconforto intelectual” trata-se de se deixar incomodar ao mesmo tempo nos nossos saberes constituídos e nas nossas experiências de trabalho, a fim de progredir incessantemente nos dois planos. (DURRIVE e SCHWARTZ, 2008)

“uso de si”⁷, para que o trabalho seja realizado. Deste modo, elas deveriam analisar uma situação, adotar uma estratégia, seguir um raciocínio, ou seja, perceber que existem variabilidades no meio e que é preciso gerir isso da melhor forma possível através de um debate de normas (seja ela exógena, endógena ou resultado de uma renormalização) para agir em competência na hipotética situação de trabalho.

Nesta primeira fase, as falas e os diálogos das alunas constituíram material para conhecer os saberes constituídos e investidos num encontro dialético. Num primeiro momento, buscou-se reconhecer e categorizar o conjunto de saber constituído que foram apreendidos pelos alunos que participaram da CAP-PES. Considera-se saber constituído o saber acadêmico, tudo o que é conhecido, formalizado nos ensinamentos, nos livros, nas normas técnicas, organizacionais, nos programas de ensino (Trinquet, 2010), e que no caso deste estudo são os pertencentes à face protocolar, as instruções, as normas das atividades, procedimentos, atividades, práticas desenvolvidas, entre outros, ou seja, àqueles que foram formalizados na CAP-PES.

No segundo momento, buscou-se conhecer o saber investido⁸ na experiência de ter participado da CAP-PES, ou seja, esse outro saber que somente as pessoas que trabalham no domínio estudado são portadoras. Conhecer este saber permite assim ampliar o repertório de saberes necessários para gerir as etapas da CAP-PES.

A segunda fase dos “Encontros” teve como finalidade convocar os saberes constituídos e investidos para que eles tornem a atividade mais eficaz e construtiva. Para isto foi realizada a seguinte pergunta para as alunas: *Com base na sua experiência/vivência de ter participado da CAP-PES, se você for convocada para*

⁷ “Uso de si” é convocação de um indivíduo singular com capacidades bem mais amplas que as enumeradas pela tarefa, capacidades, que somente os humanos possuem, permite-lhes usar de si mesmos como lhes convém (DURRIVE e SCHWARTZ, 2008; TRINQUET, 2010).

⁸ Esse saber é o resultado da história individual de cada um, sempre singular, ou seja, adquirida da própria experiência profissional e de outras experiências (social, familiar, cultural, esportiva, etc.) e que remete a valores, à educação, em resumo, à própria personalidade de cada um (TRINQUET, 2010).

ensinar, no próximo ano, as novas alunas a se engajarem na CAP-PES com maior desenvoltura e facilidade, quais são as orientações que você daria para elas não terem as dificuldades que vocês tiveram? Ou para que a prática desenvolvida por elas seja mais eficiente?

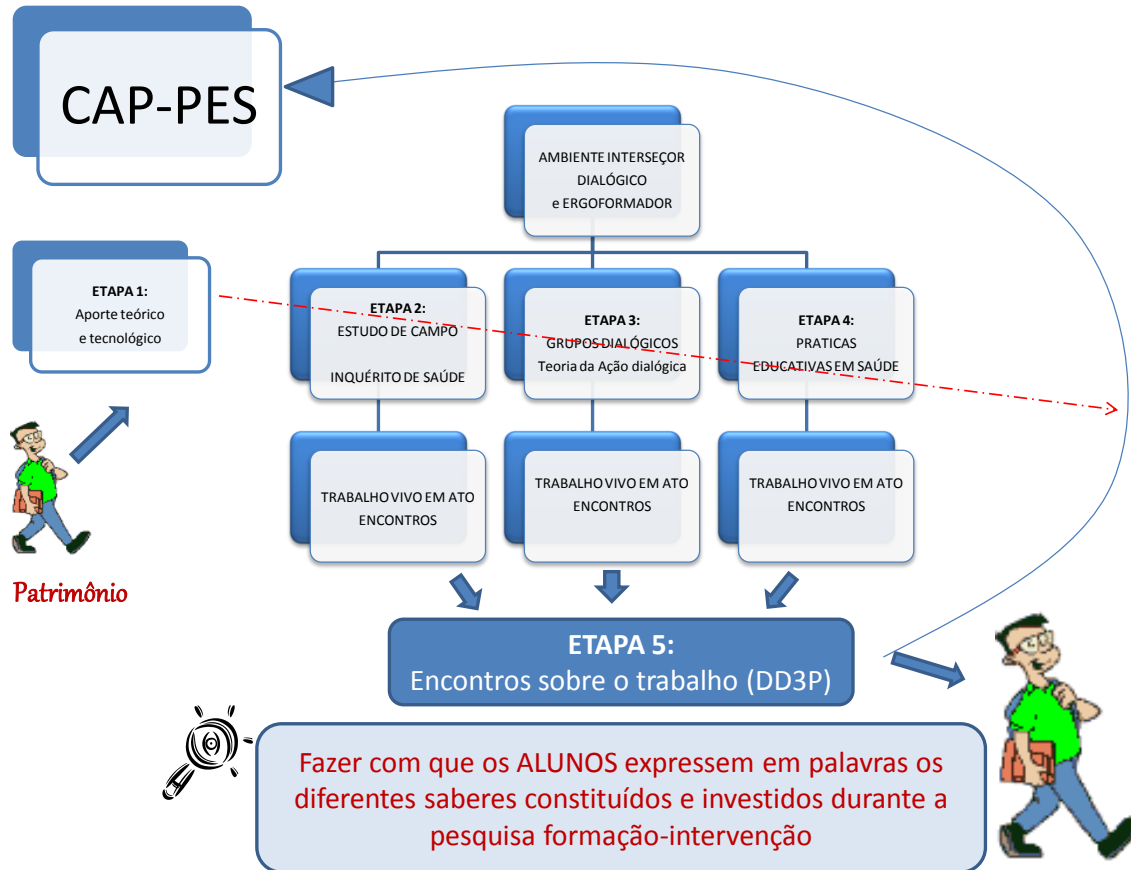
A pergunta buscou problematizar uma situação com a finalidade de fazer com que as participantes da CAP-PES definissem e elaborassem proposições, disposições, meios ou soluções para alcançar o máximo de eficiência na situação de trabalho.

Esta fase, segundo Durrive (2010), tem por finalidade direcionar um diálogo construtivo, com base em vários pontos de vista. Buscou-se reconhecer os saberes constituídos e investidos numa situação de trabalho e, também, proporcionar uma cooperação entre os saberes, um tipo de desconforto que incite a ir para o outro polo que permita produzir saberes originais, tais como a preocupação de procurar novos recursos para fazer melhor a atividade ou de ordem ética, que amplia a vontade de saber e de um certo olhar sobre seu semelhante (DURRIVE, 2011).

Para analisar os dados produzidos nestes “Encontros sobre o trabalho” foram utilizadas três categorias analíticas: *saberes constituídos apreendidos pelos alunos que participaram da CAP-PES, saberes investidos na experiência de ter participado da CAP-PES e convocação dos saberes formais e estabelecimento da confrontação*. Para proteger a identidade das participantes optou-se pelo uso da sigla (AP – aluna pesquisadora), seguidas de um número para cada aluna.

O esquema a seguir tem por objetivo representar as diferentes etapas da CAP-PES (Figura 1).

Figura 1 – Etapas que compõem a estratégia CAP-PES



4.4. Análise da estratégia CAP-PES com base na ergoformação

Com base perspectiva da ergoformação, buscou-se refletir e analisar a estratégia CAP-PES, na perspectiva de sua implantação e na sua potencialidade de produzir novos saberes, bem como efetivar e produzir tecnologias, sob a ótica da promoção da saúde, enquanto dispositivo de formação.

A análise baseou-se nos seguintes materiais: nos registros de campo, nos diálogos gravados nos “Encontros sobre o trabalho” e, sobretudo, no conjunto de saber constituído e investido da própria pesquisadora e autora desta tese ao participar durante três anos da aventura de entrar na atividade de construir e implantar o dispositivo de formação denominado de CAP-PES.

Os temas utilizados foram: *Os desafios da implantação da "Comunidade Ampliada de Pesquisa em Promoção e Educação em saúde"* que se buscou realizar uma análise da implantação (Contradriopoulos *et al*, 1997) em que foram observadas as facilidades e as dificuldades encontradas na implantação e execução da CAP-PES e as principais recomendações para melhorar a efetividade da proposta.

Em relação ao tema *As potencialidades da Comunidade Ampliada de Pesquisa em Promoção e Educação em saúde, enquanto dispositivo de formação*, buscou-se realizar uma análise-reflexão sobre os recursos de ensino-aprendizagem utilizados da CAP-PES, sua contribuição em efetivar e produzir tecnologias e, por fim, descrever o perfil das competências que foram requeridas às alunas ao participarem deste processo, no sentido de retroalimentar, ampliar e aperfeiçoar a CAP-PES, enquanto dispositivo de formação.

5. RESULTADOS

Os itens 5.1, 5.2, 5.3, 5.4 e 5.5 descrevem e analisam as diferentes etapas da estratégia “Comunidade Ampliada de Pesquisa em Promoção e Educação em Saúde” no espaço escolar – um dispositivo de formação, no percurso metodológico deste estudo. Já o item 5.6 tem por finalidade analisar a estratégia CAP-PES, com base na ergoformação, objetivo geral deste estudo.

5.1. A busca de referenciais teóricos e práticos e a construção da oficina de atualização de promoção e educação em saúde

Nesta primeira etapa buscou-se realizar um debate/reflexão sobre temas atuais da saúde a fim de contextualizar e inserir o aluno no cenário teórico-prático proposto pela CAP-PES.

Entretanto, para elaborar o arcabouço teórico da CAP-PES foi necessário ir além do conhecimento teórico disponibilizado pelos artigos, manuais, livros e revistas que tratam do assunto e percorrer o cenário de saúde brasileiro, para conhecer o que estava sendo discutido e realizado na prática.

As primeiras iniciativas para “descobrir” este campo prático aconteceram em 2010, com a aprovação e implementação do curso de atualização em Promoção e Educação em Saúde, na ETES-HDS. Este curso foi organizado e coordenado pela pesquisadora principal, com carga horária total de 180h, com a finalidade de servir de campo para a implementação da CAP-PES. O curso teve como público-alvo os profissionais de saúde de nível médio que trabalhavam ou que tinham interesse no campo da promoção e educação em saúde.

Neste período, como o projeto de tese ainda não tinha sido qualificado e, por consequência, não tinha sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa

(CEP) da ENSP, as primeiras turmas do curso de atualização tiveram como propósito ampliar o conhecimento e a escuta dos pesquisadores em relação ao repertório teórico-prático em torno do conceito ampliado de saúde, da promoção da saúde e das práticas educativas em saúde, e, também, de escolher as temáticas necessárias para compor a oficina de atualização, 1ª. etapa da CAP-PES. Neste sentido, docentes e discentes foram incentivados a imergir e explorar o campo da saúde, no seu contexto global e local, através da participação de eventos científicos, como seminários, encontros e reuniões, entre outros.

Dentre os eventos que os alunos foram incentivados a participar em 2010, destacamos: visita ao Projeto Terrapia sobre alimento vivo/ FIOCRUZ, Encontro de Educação Popular em Saúde da Região Sudeste/UERJ, participação da apresentação teatral do grupo “Saúde Carioca” da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro que aconteceu na ETESHJS/FAETEC, Curso sobre alimentação saudável, do projeto COZINHA BRASIL, através de uma parceria entre FIRJAN e FAETEC, promovida pelo próprio curso, Encontro Ciência e Arte 2010: 10 anos de Ciência e Arte nos 110 anos da Fiocruz/FIOCRUZ, Visita técnica ao Grupo Pela Vida/RJ, participação na reunião do Conselho Distrital da AP3.3, Semana de Mobilização e Conscientização do Vírus HTLV/IPEC/FIOCRUZ, Jornada Mexe Mexe/Secretaria Estadual do Rio de Janeiro, I Encontro Municipal de Terapia Comunitária/Universidade Gama Filho, Seminário Dengue/FIOCRUZ, IX Semana de Vigilância Alimentar e Nutricional do Estado do RJ - X Jornada de Nutrição em Saúde Coletiva/Secretaria de Saúde do Estado do RJ, Encontro AIDS em debate/Hospital Pedro Ernesto e Visita ao museu da Vida/FIOCRUZ.

Além destas atividades, a pesquisadora principal, também, participou de diferentes eventos relacionados ao campo da promoção e educação em saúde, como o

Encontro do movimento Educação Popular em Goiânia, o curso de Práticas Integrativas da Saúde, desenvolvido no IV Congresso Ibero-Americano de práticas educativas, em aconteceu em Fortaleza 2009, e imersões pessoais em algumas práticas: Academia de ginástica para mulheres, o programa de redução coletiva de peso e redução de estresse com base na respiração.

Todas estas novas experiências e as diferentes disciplinas cursadas no Programa de *Stricto Sensu* da ENSP ampliaram o repertório teórico e prático da pesquisadora principal e permitiu o remodelamento da proposta original do projeto.

A experiência de implantar a estratégia CAP-PES na escola, só aconteceu em 2011, após aprovação do projeto para o CEP. A base teórica, primeira etapa e etapa transversal da CAP-PES foi elaborada e ministrada em dois momentos: discussão de temáticas em sala de aula e na forma de oficina de educação e promoção da saúde.

Os conteúdos discutidos em sala de aula, nos laboratórios de informática e nos ambientes virtuais de aprendizagem foram os Modelos de Atenção à Saúde, o Conceito de Saúde, os Determinantes sociais de saúde, Noções básicas sobre a estrutura do sistema de saúde no Brasil, Noções básicas sobre a vigilância em Saúde e a Política Nacional de Promoção da Saúde, conforme descrito no plano de aula do quadro 1.

Já a oficina de práticas educativas em saúde foi proposta para explorar as questões teóricas e práticas sobre algumas temáticas importantes para a promoção da saúde. Buscou-se explorar nesta oficina as metodologias ativas de ensino, incentivando os alunos a produzirem e problematizarem as temáticas e as práticas de saúde que estavam sendo desenvolvidas no cenário da saúde. Elegeu-se como conteúdo para a oficina de Práticas educativas em saúde as concepções teóricas e práticas, e algumas experiências relacionadas às diferentes ações de promoção da Saúde, tais como Alimentação Saudável, Prática Corporal/Atividade Física, Prevenção e Controle do

Tabagismo, Promoção do Desenvolvimento Sustentável, conforme descrito pela Política Nacional de Promoção da Saúde, divulgada em 2006. Bem como algumas temáticas e tecnologias leve e leve-duras que estavam circulando no campo, como terapia comunitária, comunicação em saúde e outras linguagens e discussão e organização sobre práticas educativas em saúde, conforme disposto no quadro 2.

Quadro 1. Plano de aula do curso de Atualização em Promoção e Educação em Saúde

AULA	TEMÁTICAS	LOCAL
Aula 1	- Apresentação da Proposta da CAP-PES	
Aula 2	- Trabalho em Saúde: desafios para o século XXI - competências do trabalhador da saúde - Aprender a aprender - Aprender a ser - Aprender a conviver - Aprender a fazer	Sala de aula
Aula 3	- Ambientação na plataforma Moodle	Sala de informática
Aula 4	Noções sobre o Conceito de saúde e doença	Sala de aula
Aula 5	- Promoção da Saúde: princípios, valores e práticas Cartas da Promoção da Saúde educação em saúde – diferentes modelos de educação e comunicação em saúde presentes no cotidiano da educação em saúde	Sala de aula
Aula 6	Noções básicas sobre a estrutura do sistema de saúde no Brasil e os Modelos de Atenção em Saúde presentes no Rio de Janeiro	Sala de aula
Aula 7	- Saúde da Família e seus desafios	Sala de aula
Aula 8	- Noções básicas sobre a vigilância em Saúde	Sala de aula
Aula 9	- Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis e o VIGITEL	Sala de aula
Aula 10	- Epidemiologia das doenças crônicas transmissíveis - DATASUS	Sala de informática
Aula 11	O que são práticas educativas em saúde?	Sala de aula
Aula 12	Estudo dirigido I – Que Práticas de Saúde que estão sendo realizadas na minha comunidade ou município? - Confeção de painel e discussão sobre as práticas	Estudo dirigido Atividade externa
Aula 14	Educação popular e a teoria da ação dialógica Escuta e saber popular	Sala de aula

A oficina foi organizada e implementada pelo programa de Educação profissional do IPEC/Fiocruz, e oferecida para os alunos do curso APS e profissionais que já trabalhavam ou tinha interesse em trabalhar com práticas educativas em saúde. A

turma teve 24 alunos. As aulas foram ministradas por profissionais com experiência nas temáticas que foram estipuladas para o curso.

Quadro 2: Temáticas oferecidas na oficina de atualização de Práticas Educativas em Saúde

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Promoção e Educação em Saúde: problematizando os conceitos e práticas • Educação Popular: estratégia de empoderamento comunitário • Oficina de alimentação saudável • Terapia comunitária integrativa • Oficina AgitaProfissionaisdeSaúde • Comunicação em saúde e sua importância na construção de materiais educativos em saúde • CINE-VIDEO SAÚDE (com debates após os filmes) • Saúde Ambiental e desenvolvimento sustentável • O Teatro e sua interface com a Educação em Saúde |
|--|

Ao final da oficina, com o objetivo de fazer com que os alunos articulassem teoria e prática, foi solicitado que os mesmos planejassem e apresentassem uma prática educativa em saúde com base em um roteiro previamente organizado para a atividade (Apêndice G).

A experiência da oficina foi bastante exitosa, por diferentes motivos, a saber: permitiu que os alunos em formação pudessem experimentar e discutir as tecnologias que estavam sendo utilizadas no cenário da saúde; a presença de alunos em formação e profissionais com experiência no campo proporcional maior debate sobre o assunto e, por fim, a estratégia de planejar e apresentar uma prática educativa em saúde ao final do curso permitiu que os alunos criassem novas tecnologias de educação em saúde e, também, que avaliassem a plausibilidade da utilização de um roteiro de planejamento de práticas educativas em saúde.

5.2. Pesquisa em saúde: uma estratégia de reconhecimento do processo saúde doença da comunidade escolar

A segunda etapa da CAP-PES compôs-se da pesquisa em saúde que teve como proposta conhecer o estado de saúde dos alunos da comunidade escolar, a partir da descrição da prevalência de algumas doenças crônicas e dos comportamentos desta comunidade em relação à saúde. E, também servir de elemento disparador da reflexão e discussão de temáticas sobre o processo saúde doença da população em estudo, na segunda etapa desta pesquisa-formação.

Apesar do inquérito proposto para este estudo explorar diferentes temáticas sobre a saúde da comunidade escolar, elegeu-se apenas analisar as questões referentes as características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos (idade, sexo, estado civil, etnia, nível de escolaridade, etc) e as características do padrão de alimentação e de atividade física associadas à ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como frequência do consumo de frutas, legumes e verduras e de alimentos fonte de gordura saturada e frequência, e duração da prática de exercícios físicos e do hábito de assistir televisão), pois estas questões foram as que mais apareceram no discursos dos alunos, conforme pode-se observar no item 5.3.

5.2.1. O perfil de saúde da comunidade discente

A- Características sócio-econômicas

A Tabela 1 mostra que 86,3% dos alunos que realizaram o inquérito eram do sexo feminino, 75,4% tinham idade entre 18 a 34 anos (com uma média de 27,6 anos, mediana de 23,5 anos e moda de 19 anos), ou seja, a maioria dos alunos pesquisados eram adultos jovens. Setenta e cinco por cento eram solteiros/separados/viúvos e a maioria dos alunos, independente do estado civil morava com alguma pessoa, familiares

ou não. Com relação à escolaridade, observa-se que 20% dos alunos estão matriculados em curso superior ou já o concluíram, o que sugere que a busca nos cursos técnicos ou de formação continuada devem estar voltadas para aprimoramento profissional. Em relação ao vínculo empregatício, observa-se que 40% dos alunos possuíam algum vínculo empregatício.

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas e econômicas dos alunos entrevistados, segundo sexo (n=293)

Variáveis	TOTAL GERAL	%	FEM (n=253)	%	MASC (n=40)	%
<i>Idade</i>						
18 a 24	153	52,2	132	45,1	21	7,2
25 a 34	68	23,2	57	19,5	12	4,1
35 a 44	44	15,0	40	13,7	4	1,4
45 a 54	24	8,2	22	7,5	2	0,7
55 a 64	3	1,0	2	0,7	1	0,3
<i>Vínculo</i>						
Aposentado	1	0,3		0	1	0,3
Não trabalha	177	60,4	160	54,6	17	5,8
Auto c/INSS	6	2,0	5	1,7	1	0,3
Auto s/INSS	18	6,1	17	5,8	1	0,3
Celetista	67	22,9	54	18,4	13	4,4
Estatutário	12	4,1	7	2,4	5	1,7
Contrato	12	4,1	10	3,4	2	0,7
<i>Escolaridade</i>						
Pós-graduação	1	0,3	1	0,3		0,0
Segundo grau	242	82,6	212	72,4	30	10,2
Superior completo	9	3,1	8	2,7	1	0,3
Superior incompleto	41	14,0	32	10,9	9	3,1
<i>Estado civil</i>						
Casado/união estável	85	29,0	76	30,0	9	22,5
moram com cônjuge/companheiro	61	20,8	57	22,5	4	10,0
moram com cônjuge/companheiro e filhos	24	8,2	19	7,5	5	12,5
Solteiro/separado/divorçado/viúvo	208	71,0	177	70,0	31	77,5
Moram com familiares	176	60,1	150	59,3	26	65,0
Moram com amigos/outros	19	6,5	17	6,7	2	5,0
Moram sozinho	13	4,4	10	4,0	3	7,5

Com base nestas características socioeconômicas foi possível perceber que as atividades propostas para essa população devem ser direcionadas, em especial, para adultos jovens do sexo feminino, solteiros, mas que convivem com outras pessoas, familiares e outros, além de ter seu tempo diário comprometido com outras atividades (do lar, estudo ou trabalho), além do curso em questão.

B- Perfil da saúde dos alunos

Atualmente no Brasil, devido ao crescimento da renda, da industrialização, da urbanização, do maior acesso aos alimentos e a globalização de hábitos não saudáveis, novas doenças crônicas não transmissíveis como doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, câncer, entre outras, estão entre as principais cargas de doenças, sendo as DCNT responsáveis por 72% de mortes na população brasileira em 2007, seguidas de 10% de mortes relacionadas às doenças infecciosas (SCHMIDT *et al*, 2011).

Para a Organização Mundial da Saúde, a grande maioria dos óbitos por DCNT deveu-se a um pequeno conjunto de fatores de risco, dentre eles o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), a ingestão insuficiente de frutas, legumes e verduras e a inatividade física. Por isso recomenda-se a vigilância dos fatores de risco e de proteção destas doenças que devem ser monitorados no intuito de ajudar na proposição de políticas para seu enfrentamento (BRASIL, 2010).

No inquérito de saúde realizado na escola, foi possível observar a prevalência de vários fatores de risco para DCNT. Em relação ao risco relacionado à obesidade, percebeu-se que 82 (28%) dos alunos apresentaram sobrepeso (IMC – 25-30 kg/m²) e 69 (23%) apresentaram obesidade (IMC > 30 kg/m²). Ou seja, neste grupo de alunos, 51% apresentavam peso acima do considerado ideal.

Comparando esta informação com o resultado do VIGITEL 2010 (Tabela 3) nota-se que prevalência de alunos com sobrepeso na escola é menor que o da referido pela população em geral, com as mesmas características no município do Rio de Janeiro, cujos resultados foram de 28% e 48,5%, respectivamente. Já o percentual de

obesos na população de alunos é maior que o da população, com resultados de 23,5% contra 14%.

Tal fato pode ser relacionado a vários fatores, entre eles, o tamanho das amostras estudadas (VIGITEL e inquérito escolar), bem como a própria limitação de método do VIGITEL, uma vez que o IMC foi definido a partir das informações referidas de peso e altura⁹ e não através da verificação *in loco*.

Quando associado à variável ‘fizeram alguma coisa para emagrecer’, em relação ao IMC e sexo (Gráfico 1), percebemos a diferença maior entre as alunas do sexo feminino: 28% das alunas com IMC considerado normal (18,5 – 25) e 44,9% com excesso de peso IMC (25-30) fizeram alguma coisa para emagrecer. Já em relação aos alunos, percebeu-se que nenhum aluno com IMC normal tentou emagrecer e apenas 25% dos alunos com sobrepeso fizeram alguma coisa para emagrecer. Entretanto, não observamos diferença entre os sexos quando o IMC estava acima de 30.

Os achados deste estudo corroboram os achados da pesquisa realizada por Veggi *et al* (2004) que revelou que apesar de existir uma boa concordância entre o IMC e a percepção de peso corporal, as mulheres com sobrepeso e peso abaixo do normal apresentaram uma percepção de peso corporal mais adequada do que as mulheres com peso normal, sugerindo que a incorporação de crenças culturais em relação à magreza como o equivalente da beleza feminina pode resultar em uma visão crítica do próprio corpo.

No que se refere aos indicadores do consumo alimentar considerados marcadores de padrões saudáveis, percebeu-se que somente 12% dos alunos referiram uma porcentagem de consumo regular de cinco ou mais porções de frutas e hortaliças e

⁹ Alguns estudos mostram que o erro na informação referente a medidas antropométricas autoreferidas pode estar relacionado a características como obesidade, idade, condição social, fatores culturais e psicológicos. E por conta de uma tendência de se atingir uma estética corporal socialmente valorizada, tem-se observado maior subestimação de peso entre indivíduos obesos, e uma superestimação da altura, principalmente entre pessoas de baixa estatura.

6,1%, consumo diário de 5 ou mais porções de frutas e hortaliças. Já em relação ao consumo regular de feijão, 52% relataram consumi-lo cinco ou mais vezes por semana. Dentre os marcadores de padrões não saudáveis, observou-se que 42,7% consumiam carnes com excesso de gordura (pele de frango ou gordura aparente das carnes) e 23% consumiam refrigerantes mais de 5 vezes por semana.

Neste inquérito, devido ao reconhecimento da relevância epidemiológica do tema do sedentarismo como um dos fatores de risco para DCNT, também foram analisadas questões relacionadas à atividade física, definida como qualquer movimento realizado pelo sistema esquelético com gasto de energia, bem como a prática regular de exercícios físicos como formas importantes de manter o balanço energético, favorecer benefícios psicológicos e sociais, além de contribuir para a prevenção e para a reversão de limitações funcionais quando adotadas ao longo do curso da vida (BRASIL, 2008).

Do total da população estudada percebeu-se que apenas 26 alunos relataram fazer atividade física no lazer, o que representou um percentual de 8,9%. Destes 26 alunos, 21 praticavam atividade de intensidade leve ou moderada (caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais, ciclismo) e 5 praticavam atividades de intensidade vigorosa (corrida, corrida em esteira e futebol) (Tabela 2).

Com relação à inatividade física, foi observado também que 26 (8,95) alunos são considerados inativamente ativos e 27% dos alunos relataram assistir televisão por mais de 3 horas por dia, em cinco ou mais dias da semana.

Confrontando os dados apresentados no inquérito escolar com o VIGITEL 2010 e também com a recomendação do Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2008) quanto ao consumo de frutas, hortaliças e feijão, observamos que os alunos apresentaram um baixo percentual de marcadores saudáveis e elevado percentual de

marcadores não saudáveis, em especial no que se refere ao consumo de carnes com excesso de gordura. E de modo semelhante observou-se que a atividade física nesta população é menor que na população estudada pelo VIGITEL 2010, mas com variação semelhante quando relacionada atividade física ao sexo, onde se percebe que pessoas do sexo masculino são mais ativos que as do sexo feminino.

Para Martins *et al* (2010), estudos acerca da prevalência de fatores de risco para DCNT realizados em um ambiente escolar pode alertar estudantes, educadores e gestores de educação para a importância da elaboração de programas de prevenção.

Tabela 2. Frequência de indicadores de doenças crônicas não transmissíveis entre alunos entrevistados, período de abril a agosto de 2011, em relação ao sexo.

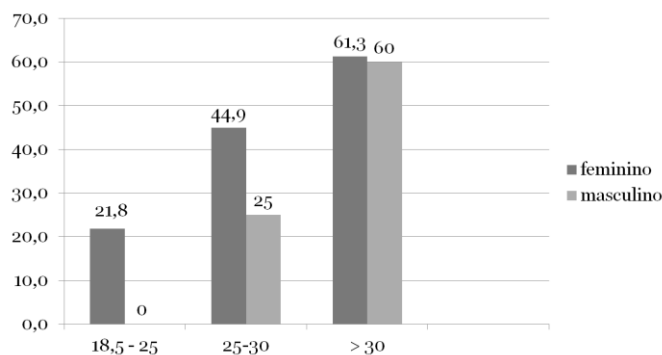
Indicadores	TOTAL GERAL	F% (n=293)	FEM (n=253)	F% (n=253)	MASC (n=40)	F% (n=40)
Excesso de peso						
Sobrepeso (IMC – 25-30 kg/m ²)	82	28,0	69	27,3	13	32,5
Obesidade (IMC > 30 kg/m ²)	69	23,5	62	24,5	7	17,5
Alimentação						
<i>Fatores de proteção</i>						
Consumo regular de frutas e hortaliças (5 ou mais porções semana)	35	11,9	31	12,2	4	10
Consumo recomendado frutas e hortaliças (5 ou mais porções dia)	18	6,1	15	5,9	3	7,5
Consumo regular de feijão	153	52,2	127	50,2	26	65
<i>Fatores de risco</i>						
Consumo de carnes com excesso de gordura	125	42,7	101	39,9	24	60
Consumo regular de refrigerantes (5 vezes por semana)	70	23,9	55	21,7	15	37,5
Atividade Física						
Atividade física no tempo livre considerado suficiente	26	8,9	21	8,3	5	12,5
Praticas de intensidade vigorosa	5	1,7	2	0,8	3	7,5
Praticas de intensidade leve ou moderada	21	7,2	19	7,5	2	5
Inatividade Física	26	8,9	22	8,7	4	10
Tempo assistindo TV	81	27,6	73	28,9	8	20

Tabela 3. Frequência dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL – 2010¹⁰, na capital do Rio de Janeiro, com população da faixa etária 18 a 54 anos e com mais de 09 anos de escolaridade, em relação ao sexo.

Indicadores	Total	IC 95%	Masculino	IC 95%	Feminino	IC 95%
Excesso de peso						
Sobrepeso (IMC – 25-30 kg/m ²)	48,5	(44,8-52,2)	55,5	(50,1-61,0)	42,1	(37,1-47,1)
Obesidade (IMC > 30 kg/m ²)	14,6	(12,1-17,1)	14,9	(11,1-18,7)	14,3	(11,0-17,7)
Alimentação						
<i>Fatores de proteção</i>						
Consumo regular de frutas e hortaliças (5 ou mais porções semana)	30,3	(27,0-33,6)	27	(22,2-31,9)	33,2	(28,6-37,7)
Consumo recomendado frutas e hortaliças (5 ou mais porções dia)	19,9	(17,1-22,7)	17,4	(13,2-21,5)	22	(18,2-25,9)
Consumo regular de feijão	70,2	(67,0-73,5)	75,4	(70,9-79,9)	65,8	(61,2-70,3)
<i>Fatores de risco</i>						
Consumo de carnes com excesso de gordura	30	(26,7-33,3)	36,3	(31,2-41,5)	24,6	(20,4-28,8)
Consumo regular de refrigerantes (5 vezes por semana)	37,1	(33,6-40,6)	36,3	(31,1-41,5)	37,9	(33,1-42,6)
Atividade Física						
Atividade física no tempo livre considerado suficiente	21,7	(18,7-24,8)	28,7	(23,7-33,6)	15,8	(12,2-19,3)
Inatividade Física	11,4	(8,9-13,8)	9,3	(6,0-12,5)	13,2	(9,6-16,7)
Tempo assistindo TV	31,8	(28,4-35,1)	32,3	(27,4-37,3)	31,3	(26,7-35,9)

OBS: As proporções foram calculadas desconsiderando os casos sem declaração e os não aplicáveis. Os Percentuais ponderados para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta de cada cidade no Censo Demográfico de 2000 e para levar em conta o peso populacional de cada cidade (ver Nota Técnica em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/vigitel/vigteldescr.htm>).

Gráfico 1. Percentual de alunos que fizeram alguma coisa para emagrecer, segundo IMC e sexo.



Devido a alta prevalência das DCNT em nossa sociedade, a Organização Mundial da Saúde preconizou a Estratégia Global para a Alimentação, Atividade Física e Saúde a Adoção de Hábitos Saudáveis, incluindo o aumento do consumo de frutas,

¹⁰ A Tabela 3 foi criada com uso do TAB net DATASUS (VIGITEL). As informações invariáveis: Linha faixa etária, coluna sexo, seleções disponíveis, região (capital) Sudeste, capital: Rio de Janeiro, sexo: todas as categorias, faixa etária: 18 a 24 anos, 25 a 34 anos, 35 a 44 anos, 45 a 54 anos, escolaridade: 9 a 11 anos e 12 anos e mais, tem plano de saúde: todas as categorias.

legumes e verduras. Esta estratégia deve ser utilizada como guia por diferentes países com a finalidade de reduzir a ocorrência de doenças não transmissíveis (WHO, 2004).

A proposta do inquérito teve como intenção estabelecer um primeiro contato com a população e conhecer um pouco sobre a prevalência dos problemas de saúde para estabelecer um primeiro contato com eles e a partir daí começar a discutir o processo saúde doença.

5.3. “Mais Saúde na Escola”: pauta de ação elaborada por uma comunidade escolar a partir da organização de grupos de discussão

A partir dos resultados da pesquisa foram organizados os grupos de discussão (GD) com alunos da escola técnica de saúde estimulando o diálogo entre os alunos pesquisadores e indivíduos da comunidade escolar, a fim de mobilizar os diferentes sujeitos na construção de estratégias de compreensão e de intervenção nas situações de vulnerabilidade. Para Paulo Freire

o diálogo é uma exigência existencial. (...) é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado (Freire, 2005, p. 91).

Com base no diálogo estabelecido, a comunidade escolar e os alunos-pesquisadores buscam o significado social das temáticas, tomando assim consciência do mundo vivido (Freire, 2005). E na medida em que estão em interação, inclusive pela forma de conhecer, uma abordagem comum dos problemas de saúde implica na elaboração de uma base conceitual comum para pensar estes problemas (STOTZ, 2007).

Com a finalidade de facilitar a análise dos discursos produzidos pela comunidade escolar e alunos-pesquisadores foi utilizado o referencial do Discurso do Sujeito Coletivo proposto por Lefèvre e Lefèvre (2005, 2006).

A seguir seguem algumas das temáticas e as pautas de ação discutidas pelo GD para construção de uma escola saudável, na busca de uma cultura de valorização da saúde em consonância com as atuais propostas de promoção da saúde.

Ideia central: Preocupação com a presença do sobrepeso e a alimentação oferecida no espaço escolar.

Eu acho que o que foi apresentado foi um diagnóstico do que é visto na escola. Os alunos, futuros profissionais de saúde, já estão chegando na escola adoecidos. Seria bom que aqui pudesse ter uma cantina com alimentação saudável tipo: sanduiche natural, suco, salada de fruta, pois aqui agente não tem. É importante priorizar a alimentação, mas aqui não tenho opção..., ou eu como um salgadinho ou fico com fome. Eu acho um absurdo vender salgadinho na escola. Na hora do almoço, eu desço e a comida é macarrão e arroz, às vezes feijão com salada de feijão, não tem alface, e poucos legumes são oferecidos. Deveria ter mais legumes cozidos, alface nem tanto, pois tem algumas bactérias. A noite é outro problema, na hora do intervalo deveria ser oferecido um jantar e não somente lanche, pois muitas pessoas moram longe e chegam tarde em casa, e comer a noite antes de dormir a gente sabe que engorda...

As temáticas mais evidenciadas nos GD foram às relacionadas à obesidade e ao sobrepeso e sua associação com a alimentação oferecida na escola. Segundo Borges *et al* (2009), a capacidade de compreender cada fator de risco em relação às doenças e agravos é fundamental, embora não suficiente para mudança de comportamento, além de ser um passo importante em direção a uma sociedade mais saudável.

Segundo o discurso-síntese (DS) apresentado, o tipo de lanche oferecido na escola no horário do recreio, e, também no almoço (o aluno que estuda no turno da manhã e da tarde pode almoçar no bandejão) foram considerados como fatores que contribuem para a manutenção do sobrepeso e obesidade da comunidade escolar. A presença de alimentos não saudáveis na escola, como salgadinhos fritos, foi também, bastante criticada.

Segundo Schmitz *et al* (2008), os alimentos das cantinas escolares são muito energéticos, ricos em açúcares, gorduras e sal, e com baixo valor nutricional. No

entanto, estudos revelam que, muitas vezes, esse tipo de alimento é o preferido pelos escolares em detrimento de alimentos saudáveis.

Entretanto, no DS dos alunos, o não consumo de alimentos saudáveis foi justificado não por conta da preferência, mas por falta de opção. De acordo com a fala deles, os alunos comem alimentos não saudáveis para não ficar com fome, pois não existe oferta de outros tipos de alimentos na escola. Outro dado importante encontrado no DS é o reconhecimento dos tipos de alimentos saudáveis, por parte dos alunos. Tal fato pode ser consequência da apropriação social do conhecimento científico divulgado pelos canais de mídia e comunicação relacionados à alimentação.

Nessa fala, percebeu-se também que os alunos culpam a escola e os alimentos oferecidos, mas ainda sem reflexão sobre a importância de sua inserção como protagonista na adoção de uma alimentação saudável. Segundo Giffin e Barbosa (2009), a participação dos sujeitos no cotidiano não é algo percebido conscientemente, e por isso não consegue ser problematizado, e desta forma a ideologia se realiza naturalizando as identidades e os acontecimentos comuns e rotineiros e cria a sensação de que o mundo está dado e, portanto, fora do alcance de uma ação individual e coletiva. Por isto, a estratégia da educação problematizadora abre oportunidades de enfrentamento das ideologias dominantes e a organização do trabalho político que aos poucos pode abrir caminho para a conquista de sua liberdade e de seus direitos (VASCONCELOS, 2010).

Ideia Central: Formas para enfrentar o problema do lanche escolar

Não devemos ficar discutindo em torno da mudança da alimentação escolar, pois não será fácil de mudar, devemos trazer soluções alternativas para minimizar esses problemas. Eu briguei muito para conseguir o almoço aqui, pois quando cheguei não tinha almoço para os alunos. Se agente ficar debatendo sobre a alimentação, a gente vai acabar perdendo esse direito. Nós temos que implementar uma outra atividade. Eu, por exemplo, prefiro não comer o lanche da escola, eu trago de casa, uma saladinha, uma frutinha. É preciso sensibilizar as pessoas em relação à escolha de alimentos saudáveis, não só mudar o lanche da escola, pois a mudança tem, também, que ocorrer em casa. Temos que conversar com a direção para tentar proibir a entrada de determinados alimentos na escola, tanto na

cantina como a de ambulantes, pois não adianta ficar fazendo atividades educativas e ficar todo mundo enlouquecido para comer os salgadinhos.

A partir da discussão sobre o problema da alimentação e lanche escolar, a comunidade escolar passa a refletir e problematizar a realidade vivida e construir pautas de ação para enfrentá-los. Conforme se pode observar no DS acima, apesar da insatisfação de alguns alunos em relação à alimentação da escola, inicia-se uma avaliação crítica e o surgimento de soluções para enfrentar o problema.

Mello *et al* (2010) revelam que a construção de um espaço propício à micropolítica dos encontros, pautada numa prática educativa dialógica possibilita a manifestação dos usuários como sujeitos de linguagem. Nestes grupos dialógicos, os sujeitos têm oportunidade de se colocarem como detentores de saberes que permeiam seu viver no mundo. E a partir da linguagem é pronunciado o mundo, para que o mundo pronunciado se volte problematizado aos sujeitos pronunciantes, exigindo deles nova fala e posicionamento.

Neste sentido, percebe-se que à medida que os alunos discutem sobre as temáticas relacionadas ao lanche e o almoço escolar, outras reflexões críticas surgem, dentre elas que foi preciso lutar para conquistar o direito de almoçar na escola e que ficar reclamando sobre a alimentação oferecida, pode levar ao risco de perdê-lo. E para grande parte dos alunos, estas refeições são muito importantes, pois representam um gasto a menos no orçamento familiar. Com base na problematização da situação vivida, surgiram assim, propostas alternativas para os alunos enfrentarem o problema do sobrepeso e obesidade escolar.

Ideia central: sugestão de práticas de saúde e práticas educativas para serem realizadas na escola

É importante manter uma nutricionista na escola, para nos manter informados do peso, altura, IMC, e outras coisas. Poderia ser uma visita mensal... ou a cada dois meses. Poderia ter mais pesquisas e orientadores para ajudar as pessoas que têm sobrepeso. Estes orientadores poderiam preparar uma lista de alimentos para ajudar os obesos a fazer uma dieta e eles, também, poderiam fazer exames periódicos para saber como está o andamento da dieta. Disponibilizar uma balança para verificação do peso, também, seria interessante. É necessário ter mais palestras de esclarecimento onde pudéssemos aprender a ter hábitos mais saudáveis no nosso dia a dia, (...), dicas para melhorar alimentação em casa. Um grupo de alunos poderia ficar encarregado de aferir pressão arterial regularmente, assim como IMC e instruir o que poderíamos fazer para melhorar nossa saúde...essas atividades poderiam ser aceitas como estágio curricular.

Este discurso apresenta novas propostas relacionadas à questão do acompanhamento de um hábito alimentar adequado a partir da implementação de atividades práticas, como consultas e acompanhamento de profissionais de saúde que pudessem ser implementadas na escola.

Como relata Marteletto e Stotz (2009) o reconhecimento, a escuta e diálogo entre agentes educadores e a população possibilitam a geração de informações pertinentes para o planejamento das políticas públicas de saúde. Neste DS foi possível observar também que as propostas alternativas visando à superação do problema da obesidade e sobrepeso ou mesmo melhora do estilo de vida, já vem acompanhado de preocupações relacionadas à sustentabilidade da proposta.

Kusma (2010) relata que as práticas relacionadas à promoção da saúde devem ser pautadas em três pilares: equidade, participação social e sustentabilidade. Para ela, uma ação humana, para ser sustentável, deve ser ecologicamente correta, pensada na relação do homem com o seu território e/ou ambiente; economicamente viável, com adequada utilização dos recursos disponíveis, entre outros.

Apesar de relevante, os discursos produzidos pelo GD ainda estão carregados de “ortopedia moral¹¹” como ações de promoção da Saúde (Castiel e Vasconcellos-Silva, 2006). É válido esclarecer que a obesidade, por ter uma etiologia multifatorial, merece atenção e estudos de diversas áreas de especialidades, entre elas, a psiquiatria e a psicologia (Vasques, Martins e Azevedo, 2004). E, tais práticas sugeridas pelos GDs não conseguem avançar no sentido de ampliar o discurso sobre a determinação social da saúde, o que nos faz observar que a presença marcante da “ciência positiva” incorporada ao saber popular.

Ideia central: preocupação com a formação profissional e proposição de atividades ativas tipo experimentação para incorporação de hábitos saudáveis

É importante promover com mais intensidade a educação alimentar, pois prepararia os profissionais da saúde aqui formados a dar uma orientação à população. Poderia ter palestras com mais dinâmicas envolvendo os alunos, não só para assistir, mas também para ajudar na criação da palestra. Em relação à alimentação, sugiro que, em lugar de lanches, sirvam comida como: arroz, feijão, macarrão, carnes e saladas. Que estabelecessem cardápios saudáveis, informando valores nutritivos do que será servido. Acredito que isso nos deixaria mais alimentados e ao mesmo tempo, teríamos uma espécie de “educação alimentar” no próprio instituto de ensino.

Nos grupos surgiram discursos que revelaram uma preocupação, com a própria formação profissional, que deveria ser incrementada através da “vivência” em ações ou práticas educativas no espaço escolar. Este fato é reforçado por Sebold, Radunz e Carraro (2011) que referem que o meio acadêmico deve instigar a prática do cuidar de si, pois a premissa básica para cuidar do outro está na necessidade de cuidar de si, logo é imprescindível que isso faça parte do cotidiano do profissional, bem como do futuro profissional, constituindo-se como um estilo de vida.

¹¹ A “ortopedia moral” ocupa-se da disseminação de técnicas sanitária, bem como da correção e mudança de comportamentos por intermédio de uma visão totalizadora, centrada na transmissão ao indivíduo de uma cultura correta, por que está fundamentada pela ciência (CASTIEL E VASCONCELLOS-SILVA, 2006).

A preocupação com atividades educativas relacionadas à alimentação também é relatada por Gabriel *et al* (2010) que apresenta a cantina como parte do ambiente escolar e assim poderia ser vista como um espaço educativo importante para estimular o consumo de determinados alimentos, influenciando escolhas saudáveis em função do que está exposto à venda.

Ideia central: A atividade física como outra proposta para colaborar com a redução do peso corporal e diminuição do estresse.

Aqui na escola deveria ter um projeto que possa ajudar os alunos com exercícios físicos, para acabar com o sedentarismo, (...) não basta nos alimentarmos bem, é necessário também fazer atividades físicas. A atividade física poderia ser uma disciplina obrigatória, ou poderia criar um espaço de atividades físicas como alongamento, uma yoga que pudesse ser realizada no tempo livre. Uma academia seria uma ótima opção, pois muitas pessoas trabalham o dia todo, vem para escola e ficam sentadas por 3 a 4 horas, depois vão para casa dormir e não sobra nenhum tempo para se mexer ou se exercitar. Exercício físico antes da aula, não é viável, pois muitos alunos chegam atrasados, depois, também não, pois as pessoas querem ir para casa. Era bom ter uma caminhada, mas precisaria ter acompanhamento médico, um professor de educação física e os alunos do curso técnico de enfermagem poderiam verificar nossa pressão. Por que a direção não solicita uma “Academia Carioca da Saúde”? Aqui tem espaço. Sei que seria quase impossível, mas é minha proposta. Eu acho que ao invés de criar uma academia aqui na escola, os alunos têm que procurar fazer atividades físicas no centro de esportes do campus, inclusive eu faço alongamento lá. Os alunos deveriam ter mais informações sobre estas atividades e também poderia ter mais vagas reservadas para os alunos da escola, sem precisar passar por sorteios.

Outra ação promocional discutida pelos alunos foi relacionada à atividade física. É consenso nos dias atuais que tanto a má alimentação como a inatividade física são comportamentos de risco à saúde associados ao desenvolvimento das DCNT. E, portanto a prática da atividade física vem sendo difundida no mundo todo como um fator de proteção para saúde dos indivíduos que favorecer a melhora do bem-estar dos indivíduos praticantes (BRASIL, 2010).

O discurso revela várias questões tanto relativas à incorporação dos conhecimentos científicos no seu cotidiano sobre a importância da atividade física para melhora a qualidade de vida e de um acompanhamento médico ao realizar a prática

esportiva, como, também em relação à elaboração de algumas propostas viáveis para efetivar a prática do exercício físico na escola.

Para os alunos a prática da atividade física na escola é importante, principalmente para aqueles que trabalham, pois dificilmente terão tempo livre em outro horário.

Além disso, as propostas elaboradas retomaram o princípio da sustentabilidade, já que os alunos levaram em conta o contexto em que vivem através de propostas viáveis, como prática de exercício no “horário do intervalo”, como “disciplina obrigatória”.

Para enfrentar a utopia da construção de uma academia no espaço escolar, os alunos começaram a discutir formas alternativas de concretizar a atividade física, e uma delas foi a de oportunizar aos alunos vagas no centro esportivo da própria instituição.

Ideia central: Importância da informação em saúde no espaço escolar

Por estarmos num colégio da saúde, deveríamos ter informações o tempo todo sobre como cuidar da nossa saúde. Para os profissionais dessa área estas informações são importantes. A maioria das pessoas daqui tem poder aquisitivo baixo, por que não orientá-las a uma qualidade de vida saudável, dentro de sua realidade financeira? Campanhas para mostrar para as pessoas o que elas devem fazer para cuidar do seu corpo corretamente seria interessante, às vezes, as pessoas deixam de se cuidar não porque querem, mais sim pela falta de conhecimento. Ações globais na unidade escolar seriam relevantes, já que muitos alegam que não tem tempo para estas atividades... É importante a escola ter um jornal mensal, passando informações e divulgando dietas e orientações na área da saúde.

Apesar dos alunos estarem matriculados em cursos da área da saúde, eles revelam que pouco se discute questões relacionadas à saúde na escola e que um espaço ou proposição de atividades que discutisse temáticas relacionadas à saúde seriam relevantes, pois nem todos têm acesso ou informação sobre saúde, ou mesmo tempo para participar de ações para cuidar da sua própria saúde.

Tal fato é de suma importância, pois revela que as bases teórico-conceituais que predominam nos currículos dos cursos de saúde ainda são pautadas na biomedicina e direcionadas ao ensino de práticas curativas. Segundo Chiesa *et al* (2007), os eixos da promoção da saúde devem ser inseridos nas bases curriculares dos cursos de formação dos profissionais de saúde.

Outra questão levantada no DS dos alunos foi relacionada à incorporação dos conceitos e hábitos de alimentação saudável no cotidiano do estudante de saúde, bem como proposição de práticas de educação em saúde no próprio espaço escolar. A educação em saúde, pautadas numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do usuário deveria estar presente em todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS (BRASIL, 2007).

Foi discutida, também, nos GDs a necessidade de se ter um espaço de oração na escola, e que a amizade e a capacidade de compreender o outro deveriam ser estimuladas no espaço escolar. O trabalho, a falta de tempo e o estresse, também, foram apresentados como fatores que poderiam estar causando obesidade, mas sem algum aprofundamento sobre a relevância dos determinantes sociais como elementos colaboradores do processo saúde-doença.

Na VII Conferencia Internacional da Promoção da Saúde, a “Health Literacy”, que pode ser traduzido como “Alfabetização em saúde”, conceito emergente que envolve a união dos campos da educação e da saúde, surge como uma área importante a ser considerada no planejamento de iniciativas de promoção da saúde (WHO, 2009b). Para a Organização Mundial de Saúde, a “Alfabetização em saúde” baseia-se na ideia de que a saúde e alfabetização são recursos essenciais para a vida cotidiana. Pois, o nível de alfabetização, grau em que as pessoas são capazes de aceder, compreender, avaliar e comunicar informações ao interagir com as demandas de diferentes contextos de saúde,

afeta diretamente capacidade do indivíduo não só de se informar sobre a saúde , mas de agir sobre ela, a fim de promover e manter uma boa saúde em todo o ciclo de vida.

Para Borges *et al* (2009), um dos aspectos importantes para a melhoria da qualidade de vida de uma população é o aumento da sua capacidade de compreender os fenômenos relacionados à sua saúde.

Portanto, as instituições de ensino, os serviços de saúde e veículos de comunicação e serviços de saúde devem se apropriar destes novos conceitos que emergem no campo da saúde e educação, uma vez que se constituem como potenciais difusores dessa informação na área da saúde, informando e estimulando o debate.

Por fim, com base no GD foi possível conhecer alguns saberes e desejos, as pautas de ação dos sujeitos sociais para construção de uma escola mais saudável, mesmo que ainda impregnada pelo discurso biomédico e por uma “ortopedia moral”.

Para Bagnato *et al* (2009), a redução do corpo e da própria saúde à lógica do mercado, através de discurso midiático, que enfatizam modelos clínicos e estéticos restritos, é um dos grandes riscos que a PES enfrenta, pois a mesma podem contribuir e reforçar o ideário do novo higienismo que se presta muito mais para regular, controlar e disciplinar homens e mulheres, para certo modelo de sociedade.

O GD permitiu investigar, não os homens, mas seu pensamento-linguagem referido à realidade, os níveis de percepção desta realidade, a sua visão de mundo (FREIRE, 2005). E, por consequência, a impregnação do ideário do novo higienismo no seu discurso e nas suas propostas de ação.

Apesar dos alunos participarem ativamente na elaboração de proposta para melhorar a saúde, percebeu-se que muito ainda tem que se avançar na formação de profissionais de saúde mais empoderados no sentido da mobilização social, uma vez que

os GDs não conseguiram avançar na discussão sobre a determinação social da doença e mobilizar socialmente o grupo para lutar pelo seu direito à saúde.

As práticas de saúde, perspectiva da Educação Popular em Saúde, segundo Pedrosa (2007) devem envolver estratégias de participação social em defesa da vida, bem como estratégias para a mobilização social pelo direito à saúde, descritos como movimentos de luta por direitos que contribuem para a ampliação do significado dos direitos de cidadania, com capacidade de instituir mudança na vida cotidiana das pessoas.

Para Vasconcelos (2010), a EPS busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo que promova um crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento.

Com base nos grupos de discussão, percebe-se que a escola tem muito que avançar na formação de profissionais de saúde críticos, participativos e reflexivos, com conhecimentos, habilidades e atitudes para a promoção, proteção e recuperação da saúde e produção dos cuidados.

5.4. Planejamento e operacionalização da prática educativa sob a ótica da saúde promocional: um relato de experiência no espaço escolar

Apesar de mais de 20 anos de discussão sobre a promoção da saúde, observam-se ainda hoje algumas controvérsias e diferentes vertentes quanto à definição de PS, bem como a respeito de suas práticas. A Educação em Saúde ou a incorporação de práticas educativas supostamente pautadas na Promoção de Saúde, apesar de serem temas tão presentes no cotidiano do trabalho em saúde, ainda estão distantes do dia a dia

dos trabalhadores da saúde. Em geral, as práticas educativas em saúde (PES) quando presentes utilizam o referencial biomédico individual e curativo (RUMOR *et al*, 2010).

Com objetivo de articular teoria e prática no campo da formação em saúde, Sant'Anna e Hennington (2010, 2011) implementaram uma pesquisa-formação em uma escola técnica de saúde denominada “Comunidade Ampliada de Pesquisa em Promoção e Educação em Saúde” (CAP-PES) cujo objetivo foi criar um ambiente capaz de fazer o aluno¹² em formação da área da saúde de uma comunidade escolar se sensibilizar e refletir sobre assuntos relacionados às práticas de saúde, tendo como referências o conceito ampliado de saúde e os princípios e diretrizes da promoção da saúde, contribuindo para formação de sujeitos críticos e éticos e o desenvolvimento de competências profissionais, a produção de novos saberes e (trans)formação do trabalho em saúde.

As perspectivas conceituais e metodológica que estruturaram a elaboração da CAP-PES foram a Ergologia e o conceito ampliado de saúde e, em especial, os princípios e diretrizes da PS. Para contribuir para o desenvolvimento de competências profissionais no campo das práticas de saúde, sob a ótica da saúde promocional, a estratégia CAP-PES foi organizada em quatro etapas. A primeira etapa teve como objetivo a realização de um debate/reflexão sobre temas atuais da saúde a fim de contextualizar e inserir o aluno no cenário de práticas. A segunda e terceira tiveram como objetivo fazer com que os alunos conhecessem os problemas de saúde de uma comunidade e junto com ela criassem pautas de ação visando à construção de um ambiente escolar mais saudável. Os referenciais utilizados para embasar essas duas etapas foram o repertório conceitual e instrumental da vigilância em saúde, a

¹² Os alunos envolvidos na CAP-PES são os alunos matriculados no Curso de Atualização em Promoção e Educação em Saúde e serão intitulados de alunos-pesquisadores para diferenciar dos outros alunos matriculados nos outros cursos, sujeitos do Inquérito de Saúde e dos participantes dos Grupos Dialógicos (GD) que fizeram parte desta pesquisa desenvolvida no espaço escolar.

perspectiva da educação popular em saúde e os princípios da promoção da saúde. Ao final, a partir do conhecimento adquirido das necessidades de saúde e das pautas de ação elaboradas em todo o processo anterior, propôs-se aos alunos o planejamento e a implantação de uma Prática Educativa em Saúde para a comunidade escolar.

Observou-se, no entanto, que durante o processo de planejamento e operacionalização da PES, algumas questões importantes surgiram, entre elas, a presença marcante da normatização de práticas educativas baseadas no modelo biomédico, a tendência à utilização unicamente do senso comum para realização das práticas e, por fim, a ausência de uma estratégia que pudesse auxiliar as alunas pesquisadoras a elaborar uma PES, sob a ótica da saúde promocional.

Na tentativa de resolver problemas que emergiram durante a operacionalização da CAP-PES, foi criado um caminho para auxiliar os profissionais de saúde e/ou profissionais em formação a elaborar uma Prática Educativa em Saúde, sob a ótica da Promoção da Saúde (APÊNDICE I).

Neste contexto, o relato de experiência teve como objetivo apresentar o processo de elaboração de PES e descrever sua organização e operacionalização no espaço escolar.

5.4.1. Descrição da experiência

Antes de começar a estruturar a PES com as alunas, a pesquisadora apresentou e discutiu com a equipe alguns referenciais importantes para a consecução do projeto, como os diferentes modelos de práticas educativas e sua base histórico-conceitual e o conceito e princípios da promoção da saúde, a saber: concepção holística, participação social, equidade, sustentabilidade, intersetorialidade, empoderamento e ações

multiestratégicas (WHO, 1998). Depois, foi apresentada e discutida a estratégia do mapa mental para organização o planejamento de uma prática educativa em saúde.

Para construir a PES, as etapas do Mapa Mental¹³ (APÊNDICE J) foram descritas no quadro branco e de forma sinérgica alunos e pesquisadores começaram a refletir e debater sobre cada etapa da estratégia. Desta forma, foi-se construindo uma proposta educativa e ao final da atividade, todas as informações que estavam disponibilizadas no quadro foram transcritas para um documento Word.

Para facilitar o entendimento de como se construiu a prática educativa em saúde, descreveremos abaixo como se deu esta construção coletiva.

A primeira etapa definida como “Identificação do problema de saúde e as formas de enfrentamento da comunidade escolar” buscou-se utilizar os formulários preenchidos pelos alunos durante a proposição dos Grupos Dialógicos (GD). O formulário (Apêndice H) tinha como propósito servir como instrumento de registro das propostas, críticas e sugestões dos alunos durante a apresentação da “Pesquisa sobre saúde do aluno”.

Todos os formulários foram lidos em voz alta e após leitura o grupo criava categorias temáticas para as propostas. Ao final das leituras foi realizada a tabulação de cada categoria, conforme descrito no Quadro 3.

Após tabulação, as alunas foram estimuladas discutir sobre cada proposta/categoria temática e sinalizar quais seriam mais viáveis para serem operacionalizadas na comunidade escolar. Por conta do tempo e diante dos recursos que elas dispunham naquele momento, propuseram realizar uma oficina de hábitos saudáveis que pudesse oferecer atividades como ginástica laboral, roda de conversa

¹³ O mapa da mente ou mapa mental é uma técnica que possibilita registrar o pensamento de uma maneira mais criativa, flexível e não linear tal como nossa mente (OKADA, 2008).

sobre alimentação saudável e, também, uma atividade lúdica que pudesse sensibilizar os alunos para questões relacionadas à promoção da saúde.

Quadro 3: Propostas para construção de uma escola mais saudável

Categorias Temáticas	Total
Oficinas sobre hábitos saudáveis	17
Mudar o lanche saudável	13
Trazer profissional de nutrição ou outro para fazer acompanhamento e exame clínico, PA, colesterol, glicose, IMC	13
Estimular exercícios físicos na escola, ampliar o acesso ao departamento de esportes,	12
Palestras com nutricionista e /ou endocrinologista	8
Atividades como alongamento e relaxamento	5
Mudar a cantina – oferecimento alimentos mais saudável	4
Disciplina de nutrição na enfermagem	3
Oferecimento de refeições (almoço e janta) saudáveis na escola	2
Vacinação (informação e campanha)	2
Incluir a Disciplina de Educação Física na grade dos cursos Escola	1
Ter paramédico para emergência	1
Fazer palestras sobre tabagismo	1
Apresentar projetos que falem sobre questões ambientais	1
Grupo de oração	1
Providenciar mais bebedouros para escola	1
Jornal de divulgação de hábitos saudáveis	1
Rede <i>wifi</i>	1

Definidas as temáticas, iniciou-se o planejamento e organização da PES, a **segunda etapa** propriamente dita. Neste momento, cada pergunta descrita na estratégia de elaboração de PES foi respondida e para isso foi necessário discutir e compartilhar experiências para que a proposta fosse planejada e executada dentro do prazo estipulado. O uso do mapa mental neste momento foi crucial, pois permitiu visualizar e realizar as conexões necessárias entre as etapas do planejamento da PES. Além disto, e sua construção de forma não linear, onde as ideias eram inseridas à medida que surgiam, facilitou a compreensão de todo processo.

Ao finalizar as etapas do mapa mental, o mesmo foi transcrito na forma de projeto, conforme Quadro 4.

Para intensificar o processo ensino-aprendizagem sobre as ações específicas da promoção da saúde (Brasil, 2006) e as novas práticas de educação, comunicação e

informação em saúde foi solicitada às alunas a organização das perguntas para um jogo do tipo *QUIZ* e a criação de mensagens que pudessem ser inseridas na caixinha surpresa “+ Saúde ETES”, que seria oferecida como brinde ao final da atividade. O que se percebeu é que as alunas tiveram muita dificuldade para elaborar perguntas e as mensagens de forma dialógica, fato que demandou a intervenção dos professores para auxiliá-las.

Quadro 4: Projeto + Saúde ETES

<p>Por que o projeto/proposta será realizado(a)?</p> <p>Para sensibilizar o aluno da ETES para adoção hábitos saudáveis.</p> <p>Qual(is) os objetivos do projeto/propostas? O que vocês pretendem alcançar com as propostas?</p> <ul style="list-style-type: none"> - incentivar a realização de atividade de alongamento e ginástica laboral; - proporcionar informações de saúde a partir da proposição de um jogo do tipo Quiz; - discutir sobre a inclusão da alimentação saudável no cotidiano escolar. <p>Que tipo de prática ela se insere? Proteção? Promoção? Prevenção? Precaução? (Rever as definições de cada prática descrita por Almeida-Filho (2011))</p> <p>Serão voltadas para promoção da saúde, pois busca a melhoria global do estado de bem estar ou qualidade de vida do grupo ou comunidade.</p> <p>- Qual a população alvo? Quais são as pessoas que serão escolhidas para execução do projeto ou proposta?(rever Princípio da Equidade)</p> <p>Qualquer alunos ou profissional que desejar participar. Total de 12 alunos por oficina.</p> <p>- Onde será realizado o projeto/proposta?</p> <p>Na escola. Sala Multimídia</p> <p>Que modelo de educação e comunicação você pretende utilizar?</p> <p>Dialógica e Participativa</p> <p>Quando será realizado o projeto/proposta? Descreva o cronograma do projeto/proposta. Indicando as atividades planejadas e o tempo que deverá ser utilizado para cada atividade</p> <p>Dia 22/11 – Na semana da saúde da escola</p> <p>- Como será realizado o projeto/proposta? Descrever o passo a passo utilizando a matriz de conteúdo (unidade – objetivo da PES, descrição da dinâmica, recursos necessários/ tempo e equipe envolvida em cada atividade) – Quadro 4.</p> <p>Qual o título da proposta?</p> <p>OFICINA + SAÚDE ETES</p>

Quadro 5: Matriz de conteúdo da PES

OFICINA + SAÚDE ETES							
Título	UNIDADE	OBJETIVO	DESCRIÇÃO DA DINÂMICA	RECURSOS NECESSÁRIOS	TEMPO	EQUIPE ENVOLVIDA	OBSERVAÇÕES
Apresentação da atividade para comunidade		Apresentar a finalidade da PES	- Apresentação do grupo da CAP-PES - Apresentação da finalidade da PES e as etapas	Sala e cadeiras	5 minutos	AP X	
Ginástica laboral		-Incentivar a realização de atividade de alongamento e ginástica laboral;	- Exposição dialogada – O que é ginástica laboral Realização de ginástica laboral	Data Show Espaço físico para realização da atividade Profissional de educação física ou fisioterapia	30 minutos	AP Y	Convidar o profissional
Jogo – Quiz “+ SAÚDE”		Sensibilizar e despertar os alunos para assuntos relacionados à prevenção e promoção da saúde.	- O jogo Quiz + SAÚDE é um jogo de perguntas e resposta, utilizando as seguintes temáticas: hábitos saudáveis, Alimentação, exercícios, imunização, lazer, fumo, bebida, saúde da mulher, doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão e diabetes). Regras: Dividir os participantes em 2 grupos * 1 minuto por resposta; Ganhador- o grupo que acertar primeiro 5 perguntas Se tiver empate- sorteio de mais uma pergunta.	Datashow Caixa (números das perguntas) Quadro negro para lançamento dos acertos Sala de aula e cadeiras Brindes	30 minutos	Todas as alunas	-Elaborar 40 perguntas com 4 respostas sobre as temáticas: alimentação, lazer, atividade física, saúde da mulher, tabagismo, alcoolismo,... -Construir a caixa para retirada dos números das perguntas - Comprar brindes ou captar recursos/brindes -Transcrever as perguntas para do Datashow
Mesa de alimentação saudável		Discutir sobre a importância da alimentação saudável e proposição de cardápios de lanches saudáveis	- Exposição dialogada com uso de materiais educativos sobre alimentação saudável - Proposição de cardápios de lanches saudáveis - Degustação de lanches saudáveis - salada de frutas,- sanduiche de ricota/manjeriçao e yogurt. - Roda de discussão Alimentação saudável, também depende de mim!	Materiais educativos Ingredientes para lanches saudáveis - salada de frutas, sanduiche de ricota/manjeriçao e yogurt.	30 minutos	Estagiária de nutrição	- Construir os materiais educativos - Comprar material - Preparar a degustação
Avaliação da proposta		-Solicitar que os alunos avaliem a proposta desenvolvida	- Questionário	- Papel - Reprografia	10 minutos	Todos	- Elaborar as perguntas

5.4.2. Efeitos Alcançados

Após o planejamento conjunto da proposta, as tarefas foram divididas e a atividade aconteceu no dia 22/11/2012. Foram promovidas duas oficinas por conta do número de alunos interessados na atividade (n= 24). As atividades ocorreram conforme previsto, entretanto, algumas renormatizações aconteceram para gerir a atividade “no aqui e agora”.

Ao final da atividade realizamos uma avaliação com os participantes da Oficina. Com base no quadro 6, foi possível perceber que todos os alunos consideraram a estratégia relevante para sua vida cotidiana e indicariam a oficina para outras pessoas. Somente 5% tinham conhecimento prévio das temáticas desenvolvidas na oficina. Quanto aos recursos utilizados, as respostas variaram: 62% dos alunos acharam os recursos excelentes e 33% muito bom.

Várias sugestões foram apresentadas pelos alunos (Quadro 7), entre elas, que a oficina fosse realizada com mais frequência.

Quadro 6: Respostas dos alunos relacionados estratégia realizada no espaço escolar denominada Oficina + Saúde ETES

Respostas	Total	%
Você considerou a oficina + SAÚDE relevante para sua vida cotidiana?		
Sim, sem dúvida	24	100
Você considera as atividades apresentadas relevantes para sua vida profissional?		
Sim, até um certo ponto	5	20
Sim, sem dúvida	19	80
Você já tinha conhecimento prévio das temáticas desenvolvidas na Oficina?		
Sim, até um certo ponto	18	75
Sim, sem dúvida	5	20
Para você aos recursos de aprendizagem da oficina + Saúde (atividade de alongamento, jogo Quiz e Oficina de alimentação saudável) foram...		
excelente	15	62,7
muito bom	8	33,3
Você indicaria esta oficina para outra pessoa?		
sim	24	100

Quadro 7: Sugestões, impressões e críticas dos alunos em relação a Oficina + Saúde ETES

CATEGORIAS APRESENTADAS	SUGESTÃO, IMPRESSÃO E CRÍTICA
Apreciação positiva da atividade	A atividade foi muito interessante e dinâmica
	A atividade foi perfeita. Muito bem organizada.
	Achei ótima a programação. Tanto os organizadores e os palestrantes estão de parabéns. Aproveitei muito.
	Gostei de tudo
	Muito boa a programação
	Para mim foi muito aproveitado
	Só gostaria de deixar elogio pelo desenvolvimento das atividades. Foi muito divertido e interessante
Realização da prática com mais frequência	A minha sugestão é que tenha cada vez mais oficinas sobre esses assuntos
	Foi muito bom, porém deveria acontecer com mais frequência. Ter conhecimento exagerado nunca é demais. Mas ainda o colégio deveria melhorar a alimentação e as palestras. Deveríamos ter aulas para nos exercitar.
	Primeiro tudo tem que começar por nós mesmas. Depois a escola deveria abrir mais espaços para este tipo de oficina. Assim, quem sabe a galera teria novos hábitos de vida, qualidade de vida.
	Cada questionamento e informação foram muito importantes para nossa rotina do dia a dia. Que tenhamos mais oficinas neste patamar, levar a todas as escolas, muito importante. Estão todos de parabéns, muito gratificante.
	Já que estamos em uma escola de saúde, estas palestras não deveriam ser colocada somente na semana de saúde, mas sim em todos os meses para melhorar o conhecimento dos alunos desse e de outras escolas
Realização da oficina para outros públicos	Esta oficina precisa ser apresentada para os demais cursos e não só para a área da saúde, para todos terem conhecimento sobre os assuntos.
Sugestão de realização de acompanhamento de saúde	Verificação de aspectos de saúde (pressão, peso, etc.)

Apesar de não ter sido realizada uma avaliação com as alunas pesquisadoras em relação à estratégia utilizada para planejar a prática educativa, percebeu-se que a implementação da proposta foi positiva, pois conseguiu gerar um momento de união do grupo onde todos colaboraram e foram coautores da proposta final e de sua efetivação. Conforme descreveu uma aluna: *“Esse foi um momento a parte, pensei que não fossemos conseguir apresentar a atividade pelo curto tempo que tivemos para nos organizar. O começo dessa prática só começou ali quando se utilizou o quadro branco e com a presença do professor, com a leitura do roteiro só não deu, o grupo não se entendeu. (...) Foi ali, naquela sala que teve um momento de união do grupo, cada um*

foi dando seu pouquinho, suas ideias, cartazes, caixinhas, mensagens e a coisa foi fluindo”(AP6).

Outro ponto positivo foi à articulação entre teoria e prática, pois em cada fase da estratégia para elaborar a PES foram introduzidas perguntas relacionadas aos conceitos, princípios e práticas da promoção da saúde.

5.4.3. Recomendações.

Apesar de dificuldades iniciais encontradas e explicitadas pelo grupo de alunas para realização da PES, percebeu-se que o grupo conseguiu avançar e concluir a tarefa que lhes foi imposta que era efetivar uma PES na comunidade escolar após a disponibilização da estratégia de elaboração e implementação de práticas educativas em saúde. Entretanto, a atividade não ocorreu de forma espontânea necessitando da mediação do pesquisador-professor em todas as etapas de implantação da PES.

O resultado final foi bastante positivo. Os alunos que participaram da oficina elogiaram a atividade e solicitaram que ela ocorresse mais vezes na própria escola e que fosse levada para outros públicos.

Com base nesta primeira experiência, espera-se aprimorar cada vez mais a estratégia para que ela possa ser utilizada por outros alunos em formação na área da saúde ou profissionais de saúde, e que, ela consiga efetivar seu objetivo missão que é contribuir para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades.

5.5. Os saberes constituídos e investidos das alunas que participaram da CAP-PES: uma análise a partir do espaço de diálogo-debate “Encontros sobre o trabalho”

Após as alunas pesquisadoras terem percorrido as diferentes etapas do dispositivo de formação CAP-PES, que tinha como pretensão acionar o DD3P e dotar o trabalhador, ou futuro trabalhador de ferramentas/meios para planejar e implementar uma prática educativa em saúde sob a ótica da saúde promocional, elas foram reunidas em dois momentos para discutir sobre a experiência de participar da CAP-PES.

Ancorada na ergoformação para conhecer os saberes constituídos e investidos das alunas-pesquisadoras participantes da CAP-PES, foi realizada uma adaptação do espaço de diálogo-debate “Encontros sobre o trabalho” (Schwartz e Durrive, 2010). As categorias utilizadas foram: *saberes constituídos apreendidos pelos alunos que participaram da CAP-PES, saberes investidos¹⁴ na experiência de ter participado da CAP-PES e convocação os saberes formais e confrontação.*

5.5.1. Os saberes constituídos apreendidos pelos alunos que participaram da CAP-PES

Conforme descreve Durrive (2011), toda atividade de trabalho possui algo de descritível como um protocolo experimental, uma norma que pode ser exógena (aquilo que é exigido de cada um) ou endógena (aquelas definidas pelo próprio indivíduo) e que se posiciona no início do agir, fixando os limites do que é lícito e que é interdito.

¹⁴ Esse saber é o resultado da história individual de cada um, sempre singular, ou seja, adquirida da própria experiência profissional e de outras experiências (social, familiar, cultural, esportiva, etc.) e que remete a valores, à educação, em resumo, à própria personalidade de cada um (TRINQUET, 2010).

Na primeira fase do estudo, buscamos conhecer ou “reconhecer” quais foram as principais normas exógenas, ou seja, àquelas que foram elaboradas para a que CAP-PES se conformasse como dispositivo de formação no campo da saúde promocional.

Com base na primeira pergunta foi possível perceber que as alunas conseguiram destacar, umas com mais intensidade, outras de forma mais concisa, alguns procedimentos, atividades, práticas e mesmo os princípios da promoção da saúde que foram incorporados nas diferentes etapas da CAP-PES.

As falas a seguir dão visibilidade à forma como cada aluna se posicionou em relação à hipotética situação de trabalho:

Eu iniciaria o meu trabalho investigando a situação da comunidade através de uma pesquisa oral (...) iria conversar com a população, não iria fazer um inquérito, pois não saberia realizá-lo. Depois iria verificar as prioridades e procurar recursos para atender a população (.), mas tem coisas que não dá para atender!! Depois, iria fazer uma oficina direcionada com a necessidade da população, mas antes eu iria atrair o público-alvo. (AP1)

Eu iria criar primeiro um grupo, iria procurar uma prática de investigação, poderia ser um questionário com perguntas, uma roda de conversa, um bate papo algo que eu pudesse colher de alguma forma os dados. Depois disso iria me reunir com um grupo, e esse grupo deveria ter o maior número possível de pessoas dentro, de acordo com... uma estrutura, em uma comunidade iria pegar o presidente da associação, representantes de grupo de terceira idade, um representante da comunidade, representante de uma unidade, um enfermeiro, um médico, enfim... Neste grupo iria tentar mesclar o máximo, por mais que a gente trabalhe na unidade, o representante da associação conhece outra realidade e poderia divulgar (o trabalho). E em cima disso, iria pegar os dados e criar estratégia de intervenção em cima daqueles dados e, então, assim, de maneira conjunta (com a população) e de acordo com a realidade. Depois disso, nós iríamos apresentar a proposta, mas sem com aquele foco da solução. Eu iria apresentar, mas eles iriam dizer para gente como eles gostariam de aplicar, depois dessa criação iríamos criar o grupo em si, e essas as práticas nós iríamos buscar uma metodologia, um roteiro, digamos assim 10 encontros em lugares diferentes, né... e depois desses encontros feitos iríamos levar isso para comunidade sempre comparando o antes e o depois: olha nós encontramos a comunidade assim e agora ficou assim para eles perceberem que não foi só um momento de descontração. Depois levar essa proposta para associação, para o prefeito e, também, publicar. (AP4)

As alunas AP2 e AP5 resolveram discutir conjuntamente os passos para realizar uma PES na igreja,

Primeiro eu teria que começar do começo (AP2). - Ver lá na minha igreja, o que eles estão precisando, e no caso fazer uma tabulação como a daqui (AP5). - Não! Primeiro a gente começaria com um questionário, e com a pesquisa do VIGITEL, a verificação da PA, IMC (...) (AP2). - É, mesmo, para tentar saber o que estava precisando aquele grupo. Depois com eles, iria ver que eles acham melhor propor, ver a opinião deles para fazer uma prática que se encaixassem com aquele grupo,..., e se fosse o caso de ter muitos idosos e precisassem propor uma caminhada (AP5). - Vacinação, também, lá onde faço no trabalho social, uma ONG, tem muitas crianças subnutridas e desnutridas – quais eram as necessidades (...) A prática educativa iria começar com um tema que a gente tentaria desenvolver, organizar o ambiente e desenvolver a prática. (...) É importante que as práticas sejam embasadas em literatura como a do Ministério da Saúde... pois foi uma coisa que aprendi a gente não pode fazer as coisa da cabeça, tem que saber tem que ser do MS, para a gente poder debater (AP2).

Primeiro iria fazer um levantamento para ver qual a necessidade dessa comunidade, e não seria só o que eu achasse que fosse, teria que conhecer essa comunidade, teria que sentar com ela e fazer esse levantamento para ver quais são as necessidades realmente deles, pois seriam muitas, mas dentro da possibilidade do que nós pudéssemos fazer quais as seriam as prioridades até, pois não poderíamos fazer tudo, tem coisas que não dependem de nós, nem deles.(...). o primeiro passo seria sentar, dialogar, fazer um levantamento, pegar uma confiança, pois é preciso confiar né, pois por mais que você tente fazer um trabalho desse tipo eles acham que a gente está investigando, pois os alunos ficaram ressabiados, que pode ir uma questão para o colégio para os professores, mais depois eles foram se abrindo. (...). após ter empatia e confiança e aí com eles, tentar... tudo a gente tenta, a gente quer fazer mas as coisas nem sempre acontecem do jeito que a gente planeja, nem tudo depende da gente, e mesmo se dependesse pode acontecer, alguma coisa pode dá errado. Outra coisa importante na realização do estudo de campo foi a questão do espaço físico para montar adequadamente, as atividades para verificar a PA, peso e IMC, no auditório ficou um pouco embolado. (...) Depois vou buscar um caminho, chegar a uma consenso e procurar dentro dessas necessidade realizar um trabalho em cima disso. (...) A preparação da prática foi um momento bom, pois teve um momento de união do grupo, cada um foi dando seu pouquinho, suas ideias, cartazes, caixinhas, mensagens e a coisa foi fluindo. Para organizar a prática fizemos a tabulação de todas as propostas que os alunos descreveram, e com a tabulação observamos que alguns dados se sobressaíram sobre outros, o que apareceu mais foi o tinha mais a ver com eles aqui, que foi o lanche, a falta de atividade física(...) (AP6).

Bem, eu iria primeiro levantar com a comunidade o que eles querem, o que necessitam. Eu iria perguntar pessoalmente para eles o que eles gostariam que mudasse para melhorar a saúde deles. Marcaria uma reunião com as pessoas da comunidade para falar sobre o objetivo da pesquisa. Após coleta dos dados, iria para prática educativa, com atividades como palestras, atividades físicas com

profissionais capacitados para isso, até ginástica laboral tem que ter profissionais habilitados (AP3).

Segundo Schwartz e Durrive (2010) a face protocolar do trabalho é mais fácil de descrever e transmitir através de palavras, pois são informações que estão sob domínio do protocolo da situação de trabalho.

Nas falas, pode-se perceber que as alunas, apesar de nem sempre dominar o vocabulário técnico conforme registrado no projeto de estudo CAP-PES, assimilaram algumas etapas como importantes para realização de uma prática educativa sob a ótica da PS, entre elas conhecer as necessidades da população a partir de um contato prévio com ela, seja através de inquéritos ou mesmo por meio de rodas de conversas, conforme as falas: *“Eu iniciaria o meu trabalho investigando a situação da comunidade através de uma pesquisa oral (...) iria conversar com a população,”* (AP1) *“Eu iria criar primeiro um grupo, iria procurar uma prática de investigação, poderia ser um questionário com perguntas, uma roda de conversa, um bate papo algo que eu pudesse colher de alguma forma os dados”* (AP4), *“ver lá na minha igreja, o que eles estão precisando, e no caso fazer uma tabulação (dos dados) como a daqui”* (AP2); *“não primeiro começaria com um questionário”* (AP5); *“Bem, eu iria primeiro levantar com a comunidade o que eles querem, o que necessitam. Eu iria perguntar pessoalmente para eles o que eles gostariam que mudasse para melhorar a saúde deles”* (AP3).

Outras questões que também estavam no domínio do protocolo descrito e proposto na CAP-PES foram relatadas, entre elas a importância da participação social e o reconhecimento das necessidades da comunidade para construção da prática educativa, que pode ser revelado pelas falas: *“criar estratégia de intervenção em cima daqueles dados e, então assim, de maneira conjunta (com a população) e de acordo com a realidade”* (AP4); *“Depois com eles, iria ver que eles acham melhor propor, ver*

*a opinião deles para fazer uma prática que se encaixassem com aquele grupo”(AP2).
“Iria fazer uma oficina direcionada com a necessidade da população” (AP1).*

Outras ações que apareceram, mas sem tanta intensidade foram: *“(...) primeiro a gente começaria com um questionário, e com a pesquisa do VIGITEL, a verificação da PA, IMC (...)” (AP2)*, que revela o conhecimento dos métodos e práticas que foram desenvolvidos no estudo do campo. *“Eu iria apresentar, mas eles iriam dizer para gente como eles gostariam de aplicar” (AP4)*, o que indica a preocupação ética de retornar com o resultado da pesquisa para a população estudada; *“mas antes eu iria atrair o público-alvo” (AP1)*, diz respeito a necessidade de sensibilizar a população para participar das PES, *“buscar uma metodologia, um roteiro” (AP4)*, descreve a importância de ter uma estratégia para elaboração da PES, *“depois desses encontros feitos iríamos levar isso para comunidade sempre comparando o antes e o depois” (AP4)*, revelando a importância de realizar alguma avaliação ao operacionalizar uma PES com uma população.

Outras questões como a sustentabilidade do projeto, no sentido de avaliar prioridade e recursos também foram exploradas: *“mas dentro da possibilidade do que nós pudéssemos fazer quais as seriam as prioridades até , pois não poderíamos fazer tudo, tem coisas que não dependem de nós, nem deles.(...)” (AP6)* e *“depois iria verificar as prioridades e procurar recursos para atender a população (.), mas tem coisas que não dá para atender!!” (AP1).*

Nesta primeira análise, já foi possível identificar como esse exercício é formador, pois quando a atividade foi colocada no centro de debate, apesar do temperamento pessoal de cada um, os envolvidos no trabalho tentaram analisar juntos as atividades realizadas, a complementar as falas, a compartilhar ideias, argumentar, retirar dúvidas e buscar a todo o momento refletir sobre a realidade vivida, produzindo saberes

e propondo renormatização para algumas normas que consideraram não adequadas na situação de trabalho.

Esse primeiro exercício que consiste em conhecer os saberes constituídos na atividade revelou-se bastante promissor. Foi possível verificar certo domínio das normas, do que é importante a ser realizado ao se elaborar uma PES com base no protocolo previamente criado e apresentado para elas. Questões-chave que consideramos como importantes a serem incorporadas no repertório teórico das alunas apareceram, tais como: participação social, conhecimento das necessidades da população para elaboração de proposta, sustentabilidade, entre outras.

Foi possível perceber que em várias falas, as alunas ao mesmo tempo em que faziam a leitura das instruções (reconhecimento) das atividades, elas conseguiam se colocar como agente produtor e cocriador da atividade, sem precisar de um questionamento ou estímulo externo por parte do formador. Fato que já representa de certo modo um agir em competência, pois se percebe que elas conseguem manter juntas as instruções e as oportunidades, tal qual asseveram Schwartz e Durrive (2010).

5.5.2. Os saberes investidos na experiência de ter participado da CAP-PES

Durante as falas das alunas, conforme descrito anteriormente, percebe-se que elas muitas das vezes já fizeram a leitura da atividade sob o ângulo das oportunidades (ancoragem), mas reconhecendo bem as instruções (normas) que foram disponibilizadas para fazer uma PES, ou seja, renormatizando as normas.

Durrive (2011) citando Canguilhem refere que “todo homem quer ser sujeito de suas normas”, e, portanto, quando ele é convocado para agir, ele é confrontado com que exigem dele e com o que ele exige de si mesmo, e entra num debate de normas.

Ao final desse debate, diversas maneiras de colocar a norma em prática são possíveis, mas é necessário decidir uma só maneira de agir, e segundo Durrive (2011), é nesse momento que

cada um tende a renormalizar, a fazer sua norma que antecipa e ajusta seu agir, a fim de manter – mesmo que seja pouco – na “origem do uso de si”, mesmo se conformando com a demanda que lhe é posta (DURRIVE, 2011, p. 49).

À medida que as alunas descreviam como iriam planejar uma atividade educativa em sua comunidade, elas já faziam as listagens sob o ângulo das oportunidades, permitindo emergir o que se julgavam como essencial, tais como um diagnóstico em comum sobre uma situação, uma negociação sobre eventuais soluções; uma avaliação geral, ou qualquer forma de decisão acordada para melhor antecipar uma atividade futura.

Conforme descreve Schwartz (1994), trabalhar não é uma seqüência de gestos programados por antecedência e pelos outros. Trabalhar jamais é, simplesmente, *aplicar*, mas se *adaptar* sempre às variabilidades do meio que podem ser organizacionais, materiais, ambientais e humanas, em tempo real.

Nas falas das alunas percebe-se que elas reconhecem de algum modo que ao realizarem a prática, elas fariam de forma diferente da proposta original, muitas vezes por não ter conhecimento técnico para encaminhar sozinha alguma questão, como se pode observar neste relato: “*iria conversar com a população, não iria fazer um inquérito, pois não saberia realizá-lo*”(AP1). Ou por conta de sua vivência anterior, seja ela proporcionada pela CAP-PES ou não, elas revelam a inserção de outros novos elementos à prática, como é o caso das falas a seguir: “*Iria me reunir com um grupo, e esse grupo deveria ter o maior número possível de pessoas dentro, de acordo com uma estrutura, em uma comunidade. Iria pegar o presidente da associação, representantes*

de grupo de terceira idade, um representante da comunidade, representante da uma unidade, um enfermeiro, um médico (...). Enfim, neste grupo iria tentar mesclar o máximo. Por mais que a gente trabalhe na unidade o representante da associação conhece outra realidade e poderia divulgar (o trabalho)” (AP4); “(...) para desenvolver a prática. (...). É importante que as práticas sejam embasadas em literatura como a do Ministério da Saúde... pois foi uma coisa que aprendi. A gente não pode fazer as coisas da cabeça, tem que saber tem que ser do MS, para a gente poder debater” (AP2); “Eu iria perguntar pessoalmente para eles o que eles gostariam que mudasse para melhorar a saúde deles. Marcaria uma reunião com as pessoas da comunidade para falar sobre o objetivo da pesquisa” (AP3); “Outra coisa importante na realização do estudo de campo, foi a questão do espaço físico para montar adequadamente, as atividades para verificar a PA, peso e IMC, no auditório ficou um pouco embolado. Depois vou buscar um caminho, chegar a uma consenso e procurar dentro dessas necessidade realizar um trabalho em cima disso” (AP6); “depois desses encontros feitos iríamos levar isso para comunidade sempre comparando o antes e o depois: olha nós encontramos a comunidade assim e agora ficou assim para eles perceberem que não foi só um momento de descontração”(AP4).

Em outras discussões, quando as alunas faziam alguma avaliação sobre o vivido, foi possível também observar alguma forma de ancoragem, revelando acesso às particularidades do trabalho: *“Estou fazendo o curso do SUS, e vi que a promoção da saúde naquela época (início do século XX), não tinha o enfoque que é dado aqui, era só saneamento básico e imposição de normas para população: coma isso, lave as mão..” (AP1); “Na apresentação dos resultados para as turmas, poderíamos apresentar menos dados. A atividade ficou cansativa. O uso da TV ficou ruim, a imagem fica muito longe” (AP4); “Fazer o estudo de campo perto da hora do almoço, não rola, a pesquisa tem*

que ser incorporada no horário do curso” (AP4). “Iria para prática educativa, com atividades como palestras, atividades físicas com profissionais capacitados para isso, até ginástica laboral tem que ter profissionais habilitados” (AP3).

Tais falas corroboram o pensamento de Trinquet (2010) que afirma que uma norma corresponde a uma maneira de fazer, ligada conseqüentemente a um saber. Logo, diversas maneiras de colocá-la em prática são possíveis.

O debate das normas e as escolhas feitas também podem desvelar tensões e hesitações dos sujeitos em uma tarefa: *“na hora da pesquisa, os alunos perguntavam e questionavam sobre algumas coisas, muitas vezes eu tinha que dar uma resposta genérica, pois eu não sabia responder. Na saúde tem muita novidade. Eles perguntam coisas complicadas; se eu tivesse conhecimento para passar para eles, eu me sentiria muito mais realizada” (AP1).*

Outra questão que se observa nas falas é que por se constituir em um saber investido, as tarefas em questão são conduzidas a partir da realidade local escolhida pelo aluno, logo as apostas e urgências são diferentes entre os diferentes protagonistas. As falas a seguir esclarecem esse fato: *“Ver lá na minha igreja, o que eles estão precisando” (AP5); “eu iria primeiro levantar com a comunidade o que eles querem” (AP3); “Iria conversar com a população, não iria fazer um inquérito” (AP1); “Após ter empatia e confiança e aí com eles, tentar... tudo agente tenta, a gente quer fazer. Mas as coisas nem sempre acontece do jeito que a gente planeja” (AP6).*

Para Durrive (2010), essa renormalização é um compromisso que deve ser efetuado por cada pessoa singular. Conforme ele descreve, cada um é um ser individual, portanto tem uma história diferente para contar, não tendo certo nem errado, pois cada um se “ajeita” com as normas antecedentes, com seu patrimônio, no momento que se confronta com o real.

Dessa forma, a renormalização tende a ser o cruzamento entre os saberes constituídos com os saberes investidos na atividade. E toda vez que um indivíduo é solicitado a agir, essa sinergia entre os saberes constituídos e investidos acontecem e cria alguma coisa como uma experiência. Por fim, com base nesta categoria foi possível conhecer algumas outras representações e alavancar as transformações sobre o trabalho, mesmo que ainda em torno da singularidade de cada um.

5.5.3. Convocar os saberes formais e estabelecer a confrontação.

Quando foi problematizada com as alunas a seguinte questão: *Com base na sua experiência/vivência de ter participado da CAP-PES, Se você for convocada para ensinar, no próximo ano, as novas alunas a se engajarem na CA-PES com maior facilidade e desenvoltura, que orientações você daria para elas não terem as mesmas dificuldades que vocês tiveram? Ou para que a prática fosse mais eficiente?*

Pretendeu-se fazer com que as alunas se reconheçam e reconheçam seus semelhantes como engajados numa aventura humana, em uma tensão entre o que impõem o projeto de trabalhar em equipe, o que é lhes foi solicitado, o que manda o mercado e o que ordena da singularidade da situação.

As falas mais representativas que revelaram confrontação dos saberes foram relacionadas ao trabalho de equipe: *“Para realizara a PES, as pessoas têm que estar envolvidas no projeto, se empenharem, não tem como fazer projeto sozinho, não dá para fazer do meu jeito e é preciso do jeito do outro, mas o outro tem que saber que ele tem que fazer, essa é a questão. Equipe é isso, aquilo que ela está fazendo depende do meu trabalho, do dela. (...). Para elaborar a PES a equipe tem que estar integrada, as pessoas tem que ter conhecimento da causa (do assunto que está sendo divulgado) (...), o planejamento da PES tem que ter integração do grupo, mesmo com um roteiro para criação da PES, não conseguimos realizar a prática, os dias passavam e nada, foi*

preciso um mediador”(AP6);“É preciso saber trabalhar em equipe, esse é o ponto fundamental para qualquer atividade (AP3)”：“Ajudar e colaborar sempre com o grupo, ajudar os companheiros nas atividades e dividir as atividades para não ficar pesado para ninguém” (AP5).

A escuta e a elaboração de projeto terapêutico singular, hoje em pauta na humanização (Brasil, 2009), também foi representado na seguinte fala: *“ver qual a necessidade dessa comunidade, e não seria só o que eu achasse que fosse (...) teria que conhecer essa comunidade, teria que sentar com ela e fazer esse levantamento para ver quais são as necessidades realmente deles.(...) Depois buscar um caminho, chegar a uma consenso e procurar dentro dessas necessidade realizar um trabalho em cima disso” (AP6).*

Outras questões que também apareceram foram ancoradas na necessidade de sensibilizar os alunos para questões relacionadas à sua saúde e a importância de estabelecer uma relação de confiança com a população, respectivamente: *“É preciso fazer alguma coisa para sensibilizar os alunos a participarem dessas atividades. Alguns alunos se retiraram no meio das apresentações, outros não interagiram quando foram perguntados sobre que mudanças poderiam ser feitas para melhorar a saúde na escola. Ficou claro que eles atribuem a responsabilidade de uma má alimentação, peso inadequado ao lanche da escola, se eximindo assim de suas próprias responsabilidades”(AP6); “(...) a impressão que tive é que eles não promovem a saúde, porque o outro não faz nada por eles. Eles ainda não se deram conta da importância que eles têm para sociedade, talvez por serem alunos, quando eles tomarem consciência de sua função eles vão reconhecer esse trabalho” (AP1);“Para fazer um levantamento, o primeiro passo seria sentar, dialogar pegar uma confiança. É preciso confiar, né! Pois por mais que você tente fazer um trabalho desse tipo eles acham que*

agente está investigando. Os alunos ficaram ressabiados, acham que pode ir uma questão para o colégio, para os professores. (...) eu já trabalhei em inquérito com idoso, e como tinha questões relacionadas ao financeiro, eles não queriam responder com medo de mexerem na aposentadoria dele” (AP6).

Por fim, foi relatada também a necessidade de ampliar seu repertório teórico e prático para executar com maior eficácia uma atividade, conforme pode ser observado a seguir: *“É importante que se estudasse todo o conteúdo, que procurasse compreender todos os conceitos da saúde, que procurasse informação, pode ser na internet, com colegas. E que divida experiência que tenha vivenciado na sua vida profissional com os outros alunos” (AP6); “O curso tem questão teórica e prática que envolve você, professor, grupo e escola. Essa avaliação que foi realizada é muito complexa, tem que estudar e participar das atividades, fazer revisão de todas as teorias”(AP1); “A prática é que faz a gente acreditar. A reflexão em cima da prática trás muita segurança, não é porque a Carta de Ottawa diz isso ou porque o Ministério dia aquilo, eu tenho dificuldade de decorar, mas com vivência fica mais fácil de apreender”(AP4).*

Com base nas falas apresentadas nesta terceira fase, percebeu-se o engajamento das alunas na prática. Várias questões e diferentes valores que elas consideram importantes para viver e realizar sua atividade foram relatados, tais como saber trabalhar em equipe, necessidade de adquirir confiança da comunidade para que um espaço de escuta se inicie, ampliar seu repertório teórico e prático para executar uma atividade com mais eficiência e, também, saber escutar a necessidade do outro e realizar um projeto terapêutico singular.

Esta fase possibilitou produzir e conhecer os novos saberes e novos valores que ao serem acrescentados no cerne da estrutura da CAP-PES podem proporcionar uma mudança positiva nas suas atividades.

Para Durrive (2011), esse novo conhecimento gerado constitui-se assim verdadeiras reservas de alternativas, porque a atividade transborda novas ideias que foram produzidas no debate de normas. Para Durrive (2011) só se chega ao cerne da atividade humana quando se desdobrar/ampliar o triângulo: agir – valores – saberes.

Por fim, concluímos com base nos resultados dos “Encontros sobre o Trabalho” que foi possível ampliar o conhecimento do pesquisador sobre as competências que devem ser desenvolvidas pelos alunos para que eles consigam agir em competência em uma situação de PES na área da promoção da saúde.

Neste sentido, acreditamos que a oficialização desse dispositivo no campo da formação tem potencialidade de ampliar os conhecimentos necessários para melhorar o processo ensino-aprendizagem de uma situação de trabalho, bem com contribuir para que os sujeitos, protagonistas dos encontros, adquiram um novo saber sobre a sua própria atividade.

5.6. Os desafios e as potencialidades da CAP-PES: o ponto de vista do pesquisador e aluna-pesquisadora.

Para finalizar a discussão do estudo, buscou-se refletir e analisar a estratégia de pesquisa formação CAP-PES, no sentido conhecer melhor a realidade complexa de nossa atividade, ou seja, analisá-la sob quais condições ela se realizou efetivamente, o que permite organizá-la melhor e, portanto, torná-la mais eficaz nos seus aspectos de formação em saúde (TRINQUET, 2010).

Os questionamentos respondidos neste capítulo foram: A CAP-PES possibilitou disparar processos tais como, produção de novos saberes, efetivação e produção de tecnologias e (trans)formação do trabalho em saúde, uma vez que pleiteia o título de

dispositivo de formação em saúde? Quais foram os desafios para sua implantação e desenvolvimento?

A análise foi realizada com base nos dados dos registros de campo, dos diálogos gravados nos “Encontros sobre o trabalho” e do processo de implantação da CAP-PES e, sobretudo, dos saberes constituídos e investidos da pesquisadora durante todo o processo de construção da pesquisa.

5.6.1. Os desafios da implantação da "Comunidade Ampliada de Pesquisa em Promoção e Educação em saúde.

As dificuldades encontradas na implantação e execução da CAP-PES

Várias foram encontradas neste percurso. A primeira iniciou-se com a própria construção da estratégia que exigiu da pesquisadora um esforço incessante de ampliar o repertório teórico e metodológico, procurando referências que pudessem subsidiar a lógica operacional da estratégia CAP-PES e, também, um investimento pessoal em conhecer as diferentes metodologias, técnicas e saberes através de inscrição em disciplinas, leituras de diferentes referenciais, conversas com especialistas e participação em eventos científicos relacionados à epidemiologia, ergologia, metodologia científica, educação popular em saúde, entre outros.

A princípio foi se pensado em inserir a estratégia CAP-PES como parte integrante do currículo de enfermagem, sob a forma de um projeto para disciplina obrigatória do terceiro módulo denominada “Construção do conhecimento”, com carga horária de 80 horas, realizada 1 vez por semana. Entretanto, a experiência não foi exitosa, pois o pouco tempo não permitia ministrar os conteúdos teóricos, treinar os alunos e implementar a proposta.

Como alternativa, ao final de 2009 elaborou-se uma proposta de curso de atualização em Promoção e Educação em Saúde, com carga horária de 180 h, realizado duas vezes por semana. A proposta foi aprovada e a primeira turma do curso aconteceu em 2010. Como ainda o projeto ainda não tinha sido qualificado, por consequência ele não tinha passado pelo CEP, as primeiras turmas foram motivadas a explorar os conceitos e práticas relacionadas ao SUS e as relacionadas práticas educativas sob a ótica da promoção da saúde, através de discussão em sala de aula e através das participações de eventos que estavam sendo produzidas em campo. Neste sentido, os alunos foram incentivados a participar de diferentes reuniões, encontros, seminários, ou seja, eventos científicos que ampliassem seu repertório teórico-prático em torno das práticas de promoção e educação em saúde.

Dentre os eventos que os alunos foram incentivados a participar em 2010, destaco: visita no Projeto Terrapia, Encontro de Educação Popular em Saúde da Região Sudeste Promovido pela Uerj, participação da apresentação teatral do grupo “Saúde Carioca”, Curso sobre alimentação saudável, do projeto COZINHA BRASIL, através de uma parceria entre FIRJAN e FAETEC, promovida pelo próprio curso, Encontro Ciência e Arte 2010: 10 anos de Ciência e Arte nos 110 anos da Fiocruz, Visita técnica ao Grupo Pela Vida, participação na reunião do Conselho Distrital da AP3.3, Semana de Mobilização e Conscientização do Vírus HTLV, no IPEC/FIOCRUZ, Jornada Mexe Mexe, da Secretaria Estadual do Rio de Janeiro, I Encontro Municipal de Terapia Comunitária, que aconteceu na Universidade Gama Filho, Seminário Dengue, na FIOCRUZ, IX Semana de Vigilância Alimentar e Nutricional do Estado do RJ X Jornada de Nutrição em Saúde Coletiva, da secretaria de saúde do Estado do RJ, do Encontro AIDS em debate no Hospital Pedro Ernesto e Visita ao museu da Vida, Fiocruz.

Além das atividades desenvolvidas junto aos alunos, também, participei de diferentes eventos relacionados ao campo da promoção e educação em saúde, como o Encontro do movimento Educação popular em saúde, em Goiás, o curso de Práticas Integrativas da Saúde, e imersões pessoais em algumas práticas: Academia de ginástica para mulheres, o programa de redução coletiva de peso e redução de estresse com base na respiração.

Todas estas novas experiências e, as diferentes disciplinas cursadas no Programa de *Stricto Sensu* da ENSP, ampliaram meu repertório teórico e prático que me permitiu ir remodelando a proposta original.

O tempo também foi outro vilão. Executar um projeto de pesquisa-intervenção exige tempo. Por mais que se planeje, tem sempre alguma coisa que fica pendente. Como diz Durrive (2010), o meio é infiel à ideia que fazemos e que tudo isso faz com que nós mesmos sejamos infiéis ao que nos é demandado, pois tudo está em movimento e é impossível obedecer às normas ao pé da letra, sob pena de fracassar na missão que nos foi confiada.

O cronograma inicialmente previsto para realização da CAP-PES era de 6 meses, com duas aulas por semana. Entretanto, na primeira turma não foi possível terminar todas as etapas planejadas, ficando pendente a relacionada à prática educativa em saúde, o que não possibilitou a conclusão deste grupo como sujeito de pesquisa para o espaço de diálogo-debate “Encontros sobre o trabalho”. Por conta deste contratempo, foi organizado um novo grupo no segundo semestre de 2011 e elaborado um novo cronograma com vista a contemplar todas as etapas da CAP-PES.

A questão do tempo também foi discutida pelas alunas. Em algumas falas do grupo “Encontros sobre o trabalho” elas refletem: “*Esse curso é para no mínimo um ano, não só para a comunidade perceber, e sim para gente mesmo*” (AP4); “*O tempo*

foi mínimo, não conseguimos captar todos os alunos nem na pesquisa de campo” (AP1); *“Sugiro que nas próximas edições do curso a grade seja estendida para melhor aproveitamento e desempenho nas atividades desenvolvidas”* (AP6).

Problematizando a questão do tempo com a atividade e um pouco da experiência que tive com a ergoformação, fica claro que somente com a vivência em uma situação de trabalho é que ganhamos experiência. Entretanto, somente quando se utiliza de métodos para se retirar do trabalho e retornar em seguida sem cessar, é que torna o trabalho formador (Durrive, 2010). Nesse sentido o que tenho a discutir que é nesse momento de reflexão e escrita da tese que se finda com a defesa é que, podemos assim, dizer, que estamos aptos para iniciar a aventura de implantar os objetivos propostos por nós, pois neste momento tornamo-nos competentes para operar a situação de trabalho proposta. É neste sentido que discuto que o tempo para propor, implementar, refletir e escrever uma tese, não é o mesmo determinado pelas normas da Coordenação de Apoio à Pesquisa (CAP-PES).

A falta de conhecimento prévio em relação ao conceito atual de saúde e suas práticas, também contribuíram para o não cumprimento do cronograma dentro do tempo previsto, principalmente no primeiro grupo. Pois as discussões eram intensas e a todo o momento eram problematizadas questões cotidianas que não estavam alinhadas ao conceito e os princípios da promoção da saúde, fato que forçou a ampliação das aulas teóricas, diminuindo assim a grade da parte prática.

Segundo algumas alunas-pesquisadoras: *“mais de 90% do conhecimento que tive no curso foi inédito, o conceitos de saúde, modelos de saúde, SUS, DCNT, essa sigla eu nunca tinha ouvido falar e o VIGITEL?, nem minhas colegas da faculdade conhecem”* (AP4); *“Antes do curso não tinha esses conhecimentos. Os assuntos discutidos em sala de aula me deram uma visão diferente do conceito de saúde e tirei um grande*

aprendizado de tudo que foi explicado, e usarei no futuro na área da enfermagem do trabalho em que quero trabalhar” (AP3).

A captação das alunas pesquisadoras foi outra questão que não tinha sido planejada de antemão. Como a CAP-PES foi pensada como dispositivo de formação de um Curso de Atualização em Promoção e Educação em Saúde, acreditava-se que pela atualidade da temática a procura fosse mais intensa. Apesar de uma média de 45 alunos se inscreverem no curso (a inscrição é gratuita e feita pela internet), apenas 6 alunas efetivamente foram matriculadas e assistiam as aulas por semestre. Apesar de não ter sido realizado nenhuma investigação em relação a baixa procura, algumas hipóteses surgiram e uma delas está relacionada ao próprio desconhecimento da população alvo em relação às questões referentes à promoção da saúde, e outra por conta do curso não estar diretamente relacionado a um mercado formal que gere emprego.

A organização do estudo do campo também foi uma etapa trabalhosa. Foi preciso treinar as alunas nas diferentes técnicas, padronizar os procedimentos, discutir sobre cada questão do inquérito de saúde para que elas pudessem retirar as dúvidas que surgissem durante o estudo de campo, entre outras coisas. A organização do ambiente para realização da pesquisa também teve que ser planejado antecipadamente para que os alunos circulassem de forma ordenada entre as diferentes práticas que eram propostas: assinar TCLE, responder questionário, verificar pressão arterial, medir peso, altura e avaliar o IMC, além de dirimir eventuais dúvidas que surgissem. Para captar os alunos foi necessário articular com cada professor um dia para liberação da turma.

Uma aluna relatou: *“No dia do inquérito, a sala reservada para atividade foi utilizada e tivemos que adaptá-la no auditório. No turno da noite, tivemos o mesmo problema, mas ficou mais fácil de organizar, pois já sabíamos como fazer. Mas outro imprevisto aconteceu, estávamos organizadas para começar as 18:00h, mas a*

coordenadora do curso foi conversar com a turma e embolou o meio de campo. Começamos as 20:00h e acabamos tudo eram 22:30 h” (AP6).

A tabulação e a análise dos dados foram etapas igualmente trabalhosas. Tanto pela falta de habilidade da pesquisadora em realizar e analisar inquéritos, como pela necessidade de fazê-lo em pouco tempo. Com menos de um mês os dados tinham que ser tabulados, revisados, analisados e discutidos com os alunos, para que então eles organizassem a apresentação e a divulgação dos resultados para a comunidade escolar.

Apesar de a turma ser pequena, o trabalho em equipe não aconteceu naturalmente, foi necessária a intervenção dos docentes para mediar às atividades. Segundo algumas alunas: *“A falta de espírito de equipe stressou bastante. A equipe era pequena, mas a falta de empenho de uns sobrecarregou outros.” (AP6); “Se o grupo fosse mais unido, teríamos tirado mais proveito” (AP1)*

Em revisão de literatura realizada por Canoletti (2008) foi evidenciada a existência de dificuldades do trabalho em equipe, bem como a falta de preparo dos profissionais em relação a essa estratégia de trabalho. Para Araújo e Rocha (2007) estes problemas acontecem pelo fato da equipe trazer especificidades próprias como: gênero, inserção social, visão de mundo, interesses próprios, entre outros. Entretanto para que o bom desenvolvimento do trabalho em equipe ocorra é importante o diálogo entre os participantes na busca do consenso e estabelecimento de um canal de comunicação.

O planejamento de uma prática educativa em saúde sob a ótica da promoção da saúde foi outra dificuldade encontrada. Vários são os motivos apontados: a presença marcante da normatização de práticas educativas baseadas no modelo biomédico, a tendência à utilização unicamente do senso comum para realização das práticas, a ausência de experiência na elaboração de PES sob a lógica da PS e, por fim, a ausência

de uma estratégia que pudesse auxiliá-las a elaborar uma PES que incorporasse os pressupostos do campo da saúde promocional-

As facilidades da implantação da CAP-PES

A CAP-PES foi bem recebida pela Direção da Escola que autorizou a inclusão do curso de Atualização em Promoção e Educação em Saúde na grade de cursos da Escola. Outro ponto positivo foi a organização de uma equipe formada por três docentes com diferentes expertises para ministrar o curso. Fez parte da equipe a pesquisadora, uma professora de enfermagem com especialização em Promoção da Saúde e um professor de biologia com experiência na implantação de projetos de promoção da saúde e ambientes virtuais de aprendizagem.

A constituição de uma equipe para o projeto também facilitou a sua operacionalização. Os docentes e seus patrimônios, através dos “usos de si”, contribuíram para que novos conceitos, tecnologias fossem incorporados ao curso, tais como a implantação de um ambiente virtual de aprendizagem e ampliação das discussões referentes à política de promoção da saúde do Município do Rio de Janeiro, uma vez que uma das integrantes da equipe, além de especialista na área da promoção da saúde, é também coordenadora do centro de estudos de uma área programática do município.

A incorporação de uma estagiária de nutrição à equipe ajudou bastante no processo de ensino-aprendizagem, em especial, na operacionalização das práticas educativas em saúde, pois uma das necessidades levantadas pelo inquérito de saúde e pelos próprios Grupos Dialógicos foi relacionada à alimentação saudável.

O fato de a pesquisadora principal ser a própria informante-chave do campo, por conta da familiaridade sobre ele, representou uma das facilidades da implantação, pois a familiaridade com o contexto e o conhecimento dos diferentes atores do campo (direção, docentes, funcionários e alunos) facilitou a operacionalização da proposta apresentada.

Recomendações para melhorar a efetividade da proposta

Com base na vivência de ter implantado a CAP-PES em duas turmas, as principais mudanças que deverão ocorrer são:

- negociar para que o curso faça parte do projeto político pedagógico da escola e seja sistematicamente realizado em todos os semestres;
- negociar com a coordenação pedagógica para que a “pesquisa sobre a saúde do aluno” faça parte do calendário escolar das turmas de primeiro módulo;
- oferecer atividades de vigilância em saúde semestralmente para as turmas de segundo e terceiro módulos;
- ampliar a discussão sobre determinação social da saúde no curso e na escola;
- efetivar as práticas educativas em saúde de formas sistemática em todos os turnos
- organizar uma prática educativa em saúde com mais tempo para avaliar sua efetividade;
- integrar curso de informática básica na grade curricular do curso, para ensinar as alunas sobre as tecnologias de informação e comunicação e a trabalhar com alguns aplicativos como Word, Excel e PowerPoint.

- solicitar que o tempo de duração do curso seja ampliado para um ano e que o mesmo seja oferecido como curso de extensão para os alunos matriculados nos cursos técnico da escola.
- incluir na grade das alunas algumas oficinas, dentre elas como apresentar trabalho em público e como elaborar materiais educativos, com base nos novos referenciais da educação, comunicação e informação em saúde.
- negociar para manutenção da CAP-PES na escola, a saber: uma sala própria, compra de materiais permanentes como 3 aparelhos de PA, 2 estadiômetros, 2 discos de IMC, duas balanças.
- solicitar a incorporação de um componente curricular de informática entre os módulos do curso.

5.6.2. As potencialidades da "Comunidade Ampliada de Pesquisa em Promoção e Educação em saúde" enquanto dispositivo de formação.

Análise-reflexão sobre os recursos de ensino-aprendizagem utilizados da CAP-PES e sua contribuição em efetivar e produzir tecnologias

Dentre as potencialidades da CAP-PES temos a construção do processo ensino aprendizagem ativo em que o aluno é colaborador. Embora o curso de Atualização em Promoção de Saúde tenha um cronograma estruturado nas etapas da CAP-PES, os conteúdos teóricos foram introduzidos através de debates e problematização do contexto. À medida que as alunas foram avançando, novos conteúdos foram sendo introduzidos. Outro ponto importante foi a incorporação de um ambiente virtual de aprendizagem, que apesar de ser utilizado como repositório de documentos e referências bibliográficas, possibilitou as alunas a terem em mãos os conteúdos e referências

importantes para que autonomamente pudessem auto gerenciar seu processo ensino-aprendizagem.

A articulação teoria e prática favorecida pelas diferentes etapas da CAP-PES também, foram pontos importantes. Para entrar no campo os alunos foram estimulados a conhecer um pouco o referencial teórico que embasa a prática e no campo prático tiveram a oportunidade de ressignificar o conteúdo apreendido, fato que favorece uma aprendizagem significativa, conforme podemos observar nas falas das alunos quando realizado o grupo “Encontros sobre o trabalho”.

Com a CAP-PES foi possível efetivar algumas tecnologias em saúde: uso de inquéritos no espaço escolar foi uma grande aposta, apesar dos seus desafios. Foi preciso um investimento de quase dois anos de estudo teórico para que o mesmo pudesse ser realizado no ambiente escolar com o rigor necessário. Os encontros proporcionados pelo estudo de campo também potencializou a articulação teoria e prática sobre os problemas de saúde, em especial, com a estratégia da vigilância em saúde relacionada às doenças crônicas não transmissíveis, através da pesquisa VIGITEL. As alunas, além de ter contato com os procedimentos e rigor da pesquisa em saúde, distribuíram e retiravam dúvidas em relação ao questionário do inquérito, e puderam estabelecer 'relações interseçoras' com a comunidade, relações que estão presentes nos encontros em ato do trabalho em saúde, descrito como ato de cuidar conforme descreve Merhy (2007), durante os procedimentos como verificação de pressão arterial, peso, altura e verificação de IMC. Uma das alunas relatou: *“Eu aprendi muito com a pesquisa, fazer a articulação entre os dados dos alunos com os dados do VIGITEL, deu para compreender melhor sobre saúde”* (AP2).

A aceitação dos estudos de campo, na forma de inquérito de saúde foi relativamente boa pela comunidade escolar e proporcionou a circulação da proposta da

CAP-PES entre as alunas. Nesse último curso tivemos duas matriculas de alunas que foram sujeitos de pesquisa no primeiro semestre.

Os grupos dialógicos também foram interessantes, pois as alunas conseguiram estabelecer encontros subsidiados pelo método da educação popular, sistematizado por Paulo Freire. Com base neste método, buscou-se o diálogo com a comunidade escolar e investigação dos temas para que conjuntamente alunos e comunidade escolar criassem pautas para a ação, sem negar suas diferenças e suas visões. A partir destes encontros as alunas começaram a compreender a importância do diálogo, da participação social nas práticas de saúde. Algumas alunas comentaram: *“gostei muito de falar com as pessoas, fazer uma troca, como foi rico” (AP5); “as pessoas que participaram da PES, saíram felizes, alegres (...) foi possível ver que a estratégia tem que ser de acordo com o perfil da população” (AP4)*

O planejamento da prática educativa em saúde foi um momento que necessitou de uma atenção especial. O que a princípio parecia ser uma atividade simples, no sentido de ser uma prática já consolidada no trabalho em saúde, em especial na área da enfermagem, não fluiu como se esperava. As alunas, apesar de terem tido um contato prévio com atividades educativas tipo ação global, ação social, feiras da saúde, entre outras, desenvolvidas ao longo de sua trajetória acadêmica ou profissional, e terem como instrumental prévio um roteiro que descrevia os passos de como planejar uma prática educativa, elas não conseguiram elaborar a PES sem a intervenção dos docentes.

Diante desse impasse, foi preciso que a pesquisadora buscasse novos referenciais e construísse uma estratégia com capacidade de auxiliar as alunas a elaborarem uma Prática Educativa em Saúde com base nos princípios da Promoção da Saúde e ao mesmo tempo pudesse favorecer o diálogo e sinergia entre o coletivo de trabalho. Neste

momento, as leituras prévias sobre a cartografia cognitiva foi de suma importância para construção da estratégia.

O uso do mapa mental no planejamento conjunto da estratégia foi de grande relevância. Uma das alunas comentou: *“O início da PES só começou ali quando se utilizou o quadro branco e com a presença do professor. Com a leitura do roteiro só não deu, o grupo não se entendeu. (...) Foi ali, naquela sala que teve um momento de união do grupo, cada um foi dando seu pouquinho, suas ideias, cartazes, caixinhas, mensagens e a coisa foi fluindo”*(AP6). Também o “uso de si” e a mediação realizada pela pesquisadora teve sua relevância neste contexto.

Superada a etapa do planejamento, partiu-se para prática que ocorreu satisfatoriamente bem, mesmo com alguns contratempos, por conta da infidelidade do meio. Ao final das atividades foi possível perceber que as alunas pesquisadoras ficaram bastante animadas, solicitando a realização da mesma atividade em outros turnos.

Nos “Encontros sobre o trabalho” foi possível conhecer os saberes constituídos pelas alunas e os saberes investidos durante o percurso de sua participação na CAP-PES. Esta estratégia no campo da formação pode contribuir para ampliar os conhecimentos necessários para formar profissionais mais competentes para uma determinada situação de trabalho, bem como para que os sujeitos protagonistas dos encontros adquiram um novo saber sobre a sua própria atividade.

O perfil das competências que foram requeridas às alunas ao participarem deste processo, no sentido de retroalimentar, ampliar e aperfeiçoar a CAP-PES, enquanto dispositivo de formação

Com base nos diálogos produzidos nos grupos buscamos descrever os ingredientes necessários, propostos por Schwartz e Durrive (2010), para “agir em competência”, compondo assim um perfil das competências que foram requeridas para as alunas ao participarem da CAP-PES, mesmo que de forma provisória, pois conforme afirmam Schwartz e Durrive (2010) jamais se chegará a objetivar a competência, mas de forma aproximativa, não é absurdo eventualmente inventariar ou avaliá-las, mesmo que quase sempre o seja.

Seguem as descrições dos ingredientes do agir competente das alunas em relação à atividade vivenciada:

a) O primeiro ingrediente: o relativo domínio dos protocolos numa situação de trabalho

Este ingrediente conforme descreve Trajano e Cunha (2011) refere-se a tudo que é antecipado, prescrito, o protocolar de uma situação de trabalho. Com base nas falas das alunas podemos perceber que elas conseguiram se apropriar dos protocolos que foram disponibilizados pela estratégia CAP-PES, conforme lista a seguir: reconhecer a importância de se conhecer as necessidades da população a partir de um contato prévio com ela antes da proposição da PES; utilizar alguma técnica para conhecer os problemas de saúde da população; estimular a participação social tanto para conhecer as necessidades da comunidade, como para construir a prática educativa; retornar os resultados da pesquisa para a população estudada (ética); avaliar a existência de recursos para realizar um PES; sensibilizar a população para participar das PES; reconhecer a importância de ter uma estratégia para elaboração da PES; avaliar a PES após sua operacionalização; avaliar as necessidades prioritárias da comunidade.

b) Segundo ingrediente - a relativa incorporação do histórico de uma situação de trabalho e o terceiro ingrediente - a capacidade de articular a face protocolar e a face de cada situação de trabalho.

O segundo ingrediente refere-se aos novos saberes que foram incorporados aos constituídos (os descritos como protocolares). Estes saberes são considerados práticos, ou “saberes-fazer”, aqueles que não se aprendem na escola, pois não são formalizados nem escritos em algum lugar, e, que estão localizados no corpo-si, daquele que viveu a experiência da situação do trabalho (Trajano e Cunha, 2011, Schwartz e Durribe, 2010). E, o terceiro é a capacidade de articular o 1º e o 2º ingrediente.

Quando hipoteticamente foi proposto às alunas o planejamento de uma PES em outra comunidade, já solicitamos que elas articulassem ou colocassem em sinergia o primeiro e o segundo ingrediente. As falas a seguir revelam essa articulação: utilizar outras técnicas diferentes do inquérito, pois se deve ter competência e habilidade para realizá-los; convidar diferentes atores da comunidade para participar do estudo de campo, entre eles àqueles que podem ajudar na divulgação ou colaborar com o projeto; embasar seus conhecimentos em literatura oficial e não no senso comum; organizar o espaço físico para realizar as atividades, pois senão pode dificultar a prática; devolver os resultados para comunidade para que a pesquisa tenha credibilidade por parte da comunidade; diminuir a quantidade de dados do inquérito para não ficar cansativo; estudar sobre os assuntos que serão abordados na PES para não ficar constrangido quando questionado por alguma pessoa da comunidade; evitar fazer o estudo de campo próximo ao horário do almoço, pois as pessoas ficam mais dispersas; convidar profissionais habilitados para desenvolver atividades específicas; tentar obter confiança da população antes de realizar um estudo de campo; ter consciência que contratempus podem acontecer durante operacionalização da prática educativa.

c) Quarto ingrediente - O debate de valores ligado ao debate de normas, as impostas e as instituídas na atividade

Segundo Schwartz e Durrive (2010) esse quarto ingrediente é um por em sinergia tanto o que a situação comporta de protocolar e o que ela comporta sempre de inédito. É um trabalho individual de cada um, ou seja, um “uso de si por si” já que ninguém pode descrevê-lo, nem prescrevê-lo.

A seguir segue uma fala que descreve bem o debate de valores de uma aluna ao planejar a tarefa que foi proposta:

ver qual a necessidade essa comunidade, e não seria só o que eu achasse que fosse (...). teria que conhecer essa comunidade, teria que sentar com ela e fazer esse levantamento para ver quais são as necessidades realmente deles.(...) Depois vou buscar um caminho, chegar a uma consenso e procurar dentro dessas necessidade realizar um trabalho em cima disso” (AP6).

Nesta fala a aluna relata que seu trabalho deve acontecer com base na necessidade do outro e não o que ela acha importante para ela, ou seja, ela reconfigura a sua prática em função de seus próprios valores.

A reflexão feita pela aluna: “*É preciso fazer alguma coisa para sensibilizar os alunos a participarem dessas atividades. (...) Ficou claro que eles atribuem a responsabilidade de uma má alimentação, peso inadequado, ao lanche da escola, se eximindo assim de suas próprias responsabilidades*” (AP6), favoreceu uma mudança na elaboração do trabalho das alunas. Com base no valor relacionado à autogestão da saúde, o grupo ao planejar a prática educativa em saúde para comunidade escolar achou importante desenvolver alguma atividade capaz de sensibilizar os alunos para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde.

d) A ativação ou a duplicação do potencial da pessoa, com suas incidências sobre cada ingrediente

“Já participei de ação social na minha comunidade, mas a gente participava só atuando (executora de técnicas), não promovendo nada, aqui não, ao participar da pesquisa eu me senti elevada, me senti uma profissional atuando na área, fazendo promoção da saúde (...) o pouco que fiz valeu a pena. (...) O que eu queria melhorar era interagir melhor com os alunos, queria ter maior conhecimento sobre os assuntos, às vezes eu ficava calada, porque não tinha conhecimento. Um dia me perguntaram sobre o IMC, e eu não sabia, tive que sair pela culatra” (AP1). O valor que a aluna se refere está relacionado a possibilidade de ajudar o outro com a PES e que isso é muito gratificante para ela, entretanto ao mesmo tempo ela reconhece que para ser uma boa profissional é importante ter conhecimento sobre a temática/prática.

Retomando Schwartz e Durrive (2010, p. 218), “Em outras palavras, a partir do momento que um meio tem valor para você, todos os ingredientes da competência podem ser desenvolvidos”.

e) Tirar partido das sinergias de competências em situação de trabalho

Este ingrediente, segundo Cunha (2006) implica avaliar a si mesmo, suas competências e as dos colegas, a fim de ajustar as estratégias coletivas de ação. Segundo ela, em todas as situações de trabalho, existe sinergia de coletivos que é tecida em pequenas negociações cotidianas para realizar um projeto em comum.

“Para realizar a PES, as pessoas têm que estar envolvidas no projeto, se empenharem, não tem como fazer projeto sozinho, não dá para fazer do meu jeito e é preciso do jeito do outro, mas o outro tem que saber que ele tem que fazer, essa é a questão. Equipe é isso, aquilo que ela está fazendo depende do meu trabalho, do dela (...)” (AP6).

Nesta fala, observa-se que a aluna reconhece que para agir com competência é importante gerir e criar sinergias entre individualidades e coletivos de trabalho,

conforme descreve Trajano e Cunha (2010), ou seja, reconhece a importância do seu saber e do saber do outro para que o trabalho aconteça de forma efetiva.

Echternacht (2008) descreve que quando se constroem sinergias entre diferentes histórias e perfis de competência em torno dos objetivos do trabalho no sentido de um grupo superar “lacunas oriundas da divisão formal do trabalho, diante da variabilidade das situações produtivas” (Echternacht, 2008, p.53), constroem-se as entidades coletivas relativamente pertinentes (ECRP) que compõem o sexto e último ingrediente das competências mobilizadas na atividade humana em situação de trabalho. Segundo Echternacht (2008), a denominação Entidades Coletivas refere-se

à invisibilidade de suas fronteiras, na medida em que estas se revelam em coletivos mutantes, com contornos variáveis, independentes das configurações sociais pré-determinadas. São caracterizadas como relativamente pertinentes porque se referem a laços que se tecem no viver comum, a partir do compartilhamento de objetivos e valores, em uma permanente construção e reconstrução, condição da imprevisibilidade de sua dinâmica e de suas fronteiras, que são aquelas da atividade humana em um determinado momento. (ECHTERNACHT, 2008, p.53).

Diante dos valores socialmente compartilhados pelo grupo de alunas e pela demonstração de interesse em se organizarem para realizar com eficácia a atividade que foi solicitada, conforme exposto no conjunto de ingredientes disponibilizados neste estudo, pode-se concluir que de alguma forma a CAP-PES propiciou a organização de uma ECRP.

Com base no exposto a respeito das competências e na capacidade de formação de uma ECRP, podemos afirmar que de alguma forma a CAP-PES conseguiu favorecer um debate de normas que resultou na produção de saberes e (trans)formação do trabalho na busca de um bem comum, que era a efetivação de PES visando a construção de vida/ambiente mais saudável.

Enfim, mesmo reconhecendo as dificuldades de se definir operacionalmente uma competência, conforme afirma Schwartz e Durrive (2010), é legítimo buscar defini-la e

examiná-la, uma vez que ela revela a diversidade de coisas que são realizadas em uma situação de trabalho. Desvela a riqueza encontrada nas “dramáticas do uso de si”, as riquezas do corpo, da inteligência, da cultura, e, por fim, de algum modo nutrem e alimentam esses diferentes ingredientes, tornando a atividade humana algo extraordinário.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O novo cenário da saúde, com seus novos conceitos, ações e propostas que formalizam a participação ativa de sujeitos sociais, criativos e transformadores da realidade, requer novas práticas educativas e de formação capazes de contribuir para provocar mudanças no campo da saúde.

Tendo como base o repertório teórico da ergologia e da ergoformação, e dos referenciais da Promoção da Saúde, Educação Popular e da Micropolítica do trabalho vivo em ato de Merhy, iniciamos um estudo visando à criação e implementação de uma estratégia de pesquisa-formação no espaço escolar denominada “Comunidade Ampliada de Pesquisa em Promoção e Educação em Saúde” (CAP-PES) voltada para o ensino técnico de saúde.

A originalidade da CAP-PES foi criar um ambiente educativo que possibilitasse ao trabalhador de saúde imergir na experiência de vida/saúde através de diferentes encontros articuladores de teoria e prática visando acionar processos como a produção de novos saberes, efetivação e produção de tecnologias e (trans)formação do trabalho na saúde no campo da saúde promocional.

No percurso da organização e implantação da CAP-PES, muitos dramas aconteceram e muitos “usos de si” foram necessários para dar conta da aventura de implantar um dispositivo de formação em pleno movimento e transformação.

O início da aventura começou em março de 2011 com muita expectativa, alguma teoria e pouca experiência, na chegada da primeira turma com seis alunas. Juntas debatemos, problematizamos e renormatizamos algumas etapas da CAP-PES e reconstruímos novas propostas que foram sendo incorporadas no patrimônio do projeto.

Em julho iniciou nova turma, também com seis alunas que participaram de todas as etapas propostas, deram continuidade aos debates, ao estudo de campo que foi

concluído com 293 participantes, aos grupos dialógicos e, também, foram incentivadas a gerir o inédito, construir uma prática educativa em saúde sob a ótica da PS.

A pesquisa em saúde realizada, apesar de ter seu enfoque voltado para os fatores de risco e proteção de doenças não transmissível da comunidade escolar, permitiu inserir os alunos no debate sobre a “saúde do trabalhador da saúde”, e cuja aposta era fazer com que o aluno conseguisse perceber-se como vulnerável ao processo saúde-doença, refletir sobre o mesmo e discutisse, enquanto sujeito de uma prática de saúde, que tipo de ações e relações gostariam que fossem estabelecidas.

Entretanto, nos grupos dialógicos, quando se abriu um debate sobre a saúde da comunidade escolar, foi possível conhecer alguns saberes e desejos, as pautas de ação dos sujeitos sociais para construção de uma escola mais saudável, mesmo que ainda impregnada pelo discurso biomédico e por uma “ortopedia moral”. Fato que revela a necessidade dos espaços educativos em saúde ampliar e investir em propostas que insiram a discussão da determinação social da saúde, como eixo teórico no processo de formação de profissionais de saúde.

A partir daí, novos debates, novas teorias e práticas tiveram que ser incorporadas ao projeto. E o inédito surgiu no dia 22 de novembro com o título de Oficina + Saúde ETES.

– *Conseguimos fazer barulho!* disse uma das alunas.

Para construção da oficina, foi necessário elaborar uma estratégia para organização o planejamento de uma prática educativa em saúde, através da utilização do mapa mental. Desta forma, a presente pesquisa possibilitou a sistematização de mais uma tecnologia em saúde: O mapa mental na construção de práticas educativas em saúde sob a ótica da promoção da saúde.

Mas, não acabou por aí. Agora sim recomeça a dramática! Como investigar, na perspectiva da ergoformação, os saberes constituídos e investidos dos alunos-pesquisadores que participaram da CAP-PES?

Agora entra em cena a ergoformação: Durrive com as pistas para animar os encontros sobre o trabalho, Trinquet com sua experiência em Ergoprevenção e eu tentando gerir as infidelidades do meio e encontrar um caminho para saber-fazer um outro encontro, que não era nem com trabalhadores, nem com estagiários, e sim com alunos em formação através de um dispositivo de pesquisa-formação em transformação. Tive, então, que acionar o DD3P, partir para a experiência, entrar e sair várias vezes do trabalho para produzir algum saber sobre ele, e a partir daí, sim, reconhecer, refletir e analisar as contribuições da CAP-PES na produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde pelo ângulo vivido pelas alunas participantes da CAP-PES.

Ao animar os “Encontros sobre o trabalho” com a dupla preocupação de humildade e rigor conheci, mesmo que provisoriamente, alguns saberes constituídos e os investidos das alunas em situação de trabalho. Foi possível reconhecer na fala das alunas as normas, os protocolos, os princípios da promoção da saúde: o conceito holístico a participação social, a equidade, a sustentabilidade,... *“é preciso conhecer a população”, “é preciso avaliar a PES”, “tenho que procurar recursos para atender a população”, “temos que dialogar com a população”...*, ou seja, a face protocolar da CAP-PES. Ao investigar mais fundo foi possível conhecer o “saber-fazer” do “corpo-si” de algumas alunas: “iria conversar com a comunidade”, “mas preciso primeiro ganhar a confiança da população”, “vou chamar representantes de diferentes categorias para divulgar e colaborar com o projeto”, “não vou fazer inquérito ... leva muito tempo”. Os valores que foram incorporados ao debate de normas da atividade, *“eu teria que sentar com ela e fazer esse levantamento para ver quais são as necessidades realmente*

deles.(...) e não o que eu achasse que fosse melhor para ela”, “é preciso sensibilizar os alunos, a responsabilidade pela saúde depende de cada um de nós”, “me senti uma profissional atuando na área, fazendo promoção da saúde (...) o pouco que fiz valeu a pena. (...), mas mesmo assim preciso ter mais conhecimento”, “Não tem como fazer projeto sozinho, não dá para fazer do meu jeito e é preciso ser do jeito do outro”. E, por fim reconhecer que em menos de seis meses o grupo tornou-se uma entidade coletiva relativamente pertinente por conta dos valores socialmente compartilhados e pelo interesse em se organizarem para realizar com eficácia a atividade que foi solicitada: contribuir para a construção de vida/ambiente escolar mais saudável.

Apesar das limitações, deficiências e lacunas que fazem parte de todo processo investigativo dessa natureza, podemos concluir que o estudo contribuiu, de forma provisória, para a construção, a reflexão e a formalização na escola técnica de um novo dispositivo de formação cujo principal resultado tinha como finalidade intensificar a reflexão crítica e inserção dos estudantes nos cenários de prática que enfatizem a produção de novos saberes e práticas no campo da Promoção e Educação em Saúde.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA-FILHO, Naomar. *O que é Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
2. ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, vol.9, n.16, p.39-52, 2005.
3. ARAÚJO, Inesita Soares; CARDOSO, Janine Miranda. *Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
4. BAGNATO, Maria Helena Salgado *et al.* Práticas Educativas em Saúde: da Fundamentação à Construção de UMA disciplina curricular. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.13, n. 3, 2009.
5. BARROS, M. B. *Trabalhar: usar de si - sair de si*. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 11, n. 22, p. 355-357, 2007.
6. BARROS, M. B., MORI, M. E. ; BASTOS, S. S. O desafio da Humanização dos /nos processos de Trabalho em Saúde: o dispositivo “Programa de Formação em Saúde e Trabalho/PFS” In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. . B. *Trabalhador da Saúde: Muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde*. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.
7. BARROS, Maria Elizabeth Barros de; HECKERT, A. L. C.; MARCHIORI, F. M. Desafios para a pesquisa dos processos de trabalho: a CAP como estratégia. *Estudos e Pesquisas em Psicologia (Online)*, v. 6, n.1, p. 1-15, 2006.
8. BORGES, Maria Elisa Siqueira. Trabalho e gestão de si: para além dos “recursos humanos”. *Cad. psicol. soc. trab.*, vol.7, p.41-49, 2004.
9. BORGES, Thiago Terra *et al.* Conhecimento sobre fatores de risco para doenças crônicas: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1511-1520, 2009.
10. BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Org). *Pesquisa Participante*. São Paulo: Brasiliense, 2006.
11. BRASIL. Lei Nº 9.394 – Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional, 20 de Dezembro de 1996.
12. BRASIL. Conselho Nacional de Educação (CNE). Resolução nº 4, de 8 de dezembro de 1999. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 7 out. 1999.

13. BRASIL. Ministério da Educação. *Educação profissional: Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Ensino Técnico - área Saúde*. Brasília: MEC, 2000. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde*, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
14. BRASIL. Ministério da Saúde.. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de educação popular e saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2008.
17. BRASIL. VIGITEL Brasil 2008: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
18. BRASIL. VIGITEL Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasil, Ministério da Saúde, 2010.
19. BRASIL. Qualificação de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem. Disponível em http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=18414, 17 de janeiro de 2012.
20. BRICENO-LEON, Roberto. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cad. Saúde Pública*, vol.12, no.1, jan./mar, p.7-30, 1996.
21. BRITO, J. Trabalho e Saúde Coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 879-890, 2005.
22. BRITO, J., ATHAYDE, M.; NEVES, M.Y. (Orgs.). Caderno de textos: *Programa de Formação em Saúde, Gênero e Trabalho nas Escolas*. João Pessoa, Ed. Universitária UFPB, 2003.
23. BRUGNEROTTO, Fábio and SIMOES, Regina. Caracterização dos currículos de formação profissional em Educação Física: um enfoque sobre saúde. *Physis*. vol.19, n.1, p.149-172, 2009.
24. BUSS, Paulo Marchiori; CARVALHO, Antonio Ivo de. Desenvolvimento da Promoção da Saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009.

25. BYDLOWSKI, Cynthia Rachid; WESTPHAL, Márcia Faria; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! *Saude soc.*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. p.14-24, abr. 2004.
26. CARVALHO, Antonio Ivo de. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p. 4-5, jan, 2008.
27. CARVALHO, Maria Alice, ACIOLI, Sonia & STOTZ, Eduardo. Construção Compartilhada do Conhecimento, in VASCONCELOS, Eymard Mourão (org.). *A saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde*, São Paulo: HUCITEC, 2001.
28. CASTIEL, Luis David; VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto. Precariedades do Excesso: Informação e comunicação em saúde coletiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
29. CHAGAS, Maristela Inês Osawa; XIMENES, Lorena Barbosa; JORGE, Maria Salete Bessa. Educação em Saúde e interfaces conceituais: representações de estudantes de um curso de enfermagem. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 60, n. 6, p. 646-650, 2007.
30. CHIESA, A., NASCIMENTO, D., BRACCIALLI, L., OLIVEIRA, M.. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cogitare Enfermagem*, América do Norte, v.12, n.2, 236-40 2007.
31. CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. A avaliação na área da Saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. *Avaliação em Saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise da Implantação de Programas*. Rios de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.
32. COSTA, Roberta Kaliny de Souza; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes. Sistema Único de Saúde e da família na formação acadêmica do enfermeiro. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 62, n. 2, p. 300-304, 2009 .
33. CUNHA, Daisy Moreira. *Atividade humana e produção de saberes no trabalho*. Trabalho apresentado no 13º Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino. Recife: Endipe, 2006.
34. DAVID, Maria Helena Leal Scherlowski; ACIOLI, Sonia. Mudanças na Formação e nenhum trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular e de saúde. *Rev. bras. enferm.*, Brasília , v. 63, n. 1, p. 127-131, 2010.
35. DELL'ACQUA, Magda Cristina Queiroz; MIYADAHIRA, Ana Maria Kazue and IDE, Cilene Aparecida Costardi. Planejamento de ensino em enfermagem: intenções

- educativas e as competências clínicas. *Rev. esc. enferm. USP* [online]., vol.43, n.2, p. 264-271, 2009.
36. DOLZ, Joaquim; OLLAGNIER, Edmé. *O Enigma da competência em Educação*. Porto Alegre: Art Med, 2004.
37. DURRIVE, Louis. Uma ação de formação no ambiente carcerário: um exemplo de abordagem das competências por meio da ergologia. IN: DOLZ, Joaquim; OLLAGNIER, Edmé. *O Enigma da competência em Educação*. Porto Alegre: Art Med, 2004.
38. DURRIVE, L. & SCHWARTZ, Y. *Glossário da Ergologia*. Laboreal, v.4, n.1, p. 23-28, 2008.
39. DURRIVE L. *Pistas para o ergoformador animar os Encontros sobre o Trabalho*. In: SCHWARTZ, Y; Durrive, L. (dir.). *Trabalho e Ergologia : conversas sobre a atividade humana*. 2ª ed. rev. e ampl. Niterói: EDUFF; 2010. p. 309-318.
40. DURRIVE, Louis. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. *Trab. educ. saúde (Online)*, Rio de Janeiro, 2011.
41. ECHTERNACHT, Eliza. Atividade humana e gestão da saúde no trabalho: elementos para a reflexão a partir da abordagem ergológica. *Laboreal*, Porto, v. 4, n. 1, p. 46-55, 2008.
42. FERNANDEZ, Juan Carlos Aneiros *et al.* Promoção da saúde: elemento instituinte?. *Saude soc.*, São Paulo, v. 17, n. 1, o, v.17, n.1, p.153-164, 2008.
43. FERREIRA, Vitória Solange Coelho; FRANCO, Tulio Batista; MERHY, Emerson Elias. O processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n.4. p. 898-906, 2009.
44. FEUERWERKER, L. C. M. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Revista da Abeno*, v. 3, n. 1, p.24-27, jan./dez. 2003.
45. FIGARO, Roseli. Atividade de Comunicação e de Trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 6, p. 107-145, 2008.
46. FREIRE, Paulo; NOGUEIRA, Adriano. *Que fazer: teoria e prática em educação popular*. Petrópolis: Vozes, 1989.
47. FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa / Paulo Freire*. – São Paulo: Paz e Terra, 1996

48. FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 48ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
49. FREIRE, Paulo. *Educação e mudanças*. 30a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2007.
50. FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, v. 376, n. 9756, p. 1923–58, 2010.
51. GABRIEL, Cristine Garcia *et al.* Cantinas escolares de Florianópolis: existência e produtos comercializados após a instituição da Lei de Regulamentação. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 23, n. 2, p. 191-199, 2010.
52. GIFFIN, Karen; BARBOSA, Regina Helena Simões. *Sujeito do conhecimento/ Gênero*. In: Stotz, E. N. Marteleto, R. M. Informação, Saúde e redes sociais; diálogos de conhecimento nas comunidades da Maré. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.
53. GOMES, Vera Lúcia de Oliveira; TELLES, Kátia da Silva; ROBALLO, Evelyn de Castro. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 856-62, 2009.
54. HENNINGTON, Élide Azevedo. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 555-61, 2008.
55. KUSMA, Solema Ziemer *et al.* Avaliação da Efetividade de Estratégias de Promoção da Saúde Bucal: Ferramenta de Avaliação, PUCPR, 2010.
56. LABONTE, R. *A Community Development Approach to Health Promotion: a Background Paper on Practice Tensions, Strategic Models and Accountability Requirements for Health Authority Work on the Broad Determinants of Health*. Health Education Board of Scotland and Research Unit in Health, Behaviour and Change, University of Edinburgh, 1998
57. LEFÉVRE, Fernando; LEFÉVRE, Ana Maria Cavalcanti. *Promoção de saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004. LIMA, V.V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação dos profissionais de saúde. *Interface - Comunic.,Saúde, Educ.*, v.9, n.17, p.369-79, 2005.
58. LEFÉVRE, Fernando; LEFÉVRE, Ana Maria Cavalcanti. O sujeito coletivo fala. *Interface Botucatu*, Botucatu, v. 10, n. 20, dezembro de 2006.

59. MACHADO, M. H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMA, N. T. *et al.* (Orgs.). *Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 257-281, 2005.
60. MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.12, no.2, p.335-342, Abr 2007.
61. MARCONDES, Willer Baumgarten. A convergência de referências na promoção da saúde. *Saude soc.*, São Paulo, v. 13, n. 1, abr. 2004.
62. MARQUES, C.M. As necessidades do Sistema único de Saúde e a formação profissional baseada no modelo de competências. *Rev Formação*, v. 2, n.5, p.15-27, 2002.
63. MARTELETO, Regina Maria. STOTZ, Eduardo Navarro. Informação, Saúde e redes sociais: diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.
64. MARTINS, Maria do Carmo de Carvalho e *et al.* Pressão arterial, excesso de peso e nível de atividade física em estudantes de universidade pública. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 95, n. 2, Aug. 2010.
65. MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de; MOYSES, Simone Tetu; MOYSES, Samuel Jorge. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. *Interface Botucatu*, Botucatu, v. 14, n. 34, Sept. 2010.
66. MERHY, Emerson Elias *et al.* (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
67. MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2007.
68. MEYER, D. E. *et al.* "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública.*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, 2006.
69. MOURA, Erly Catarina *et al.* Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, 2008.
70. NEVES, Tatiana Pereira. As contribuições da ergologia para a compreensão da biossegurança como processo educativo: perspectivas para a saúde ambiental e do trabalhador. *O Mundo da Saúde São Paulo*, v. 32, n.3, p. 367-375, 2008.

71. ODDONE, I. *et al. Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec, 1986.
72. OKADA, Alexandra (org). *Cartografia Cognitiva: Mapas do conhecimento e formação docente*. Cuiabá: KCM, 2008.
73. PAIM, Janirson Silva. *Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da Saúde*. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 165-181
74. PEDROSA, José Ivo dos Santos. *Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de educação popular e saúde*. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
75. PEREIRA, G. S. *O profissional de saúde e a Educação em Saúde: representações de uma prática*. 1993. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro.
76. PEREIRA, Isabel Brasil; RAMOS, Marise Nogueira.. *Educação Profissional em Saúde*. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006
77. PIVETTA, Fátima; PORTO, Marcelo F. *Por uma promoção da saúde emancipatória nos territórios urbanos: a proposta do laboratório territorial de Manguinhos*. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
78. RUMOR, P. C. F. ; BOEHS, A. E. ; HEIDEMANN, I.T.S.B. ; MATTOS, L.H.L ; WOSNY, A.M. . *A Promoção Da Saúde Nas Práticas Educativas Da Saúde Da Família*. *Cogitare Enfermagem (UFPR)*, v. 15, p. 674-680, 2010.
79. SANT'ANNA, S. Ennes, L. D. *Ética na Enfermagem*. Rio de Janeiro: vozes, 2006.
80. SANT'ANNA, Suze Rosa *et al*. *A influência das políticas de educação e saúde nos currículos dos cursos de educação profissional técnica de nível médio em enfermagem*. *Trab. educ. saúde*, v.5, n.3, p.415-431, 2007.
81. SANT'ANNA, Suze Rosa ; ENNES , Lílian Dias ; SOARES, Luiza Helena da Silva; OLIVEIRA , Sandra Regina de; SANT ANNA , Leonardo da Silva. *A Influência das Políticas de educação e saúde nos currículos dos cursos de educação profissional técnica de Nível médio em enfermagem* .*Trab. educ. saúde*, v. 5, n.3, p. 415-431, 2008.

82. SANT'ANNA, Suze Rosa e HENNINGTON, Élida Azevedo. Promoção da Saúde e Redução das vulnerabilidades: Estratégia de Produção de saberes e (trans) formação do Trabalho em Saúde com base na Ergologia. *Interface (Botucatu)*, março , vol.14, no.32 , p.207 -215, 2010.
83. SANT'ANNA, Suze Rosa; HENNINGTON, Élida Azevedo. Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. *Trab. educ. saúde* , Trab. Educ. Saúde, v. 9, supl.1, p. 223-244, 2011.
84. SCHMIDT, Maria Inês *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet. The Lancet*, v. 377, n. 9781, p. 1949 - 1961, 2011.
85. SCHMITZ, Bethsáida de Abreu Soares *et al.* A escola promovendo hábitos alimentares saudáveis: uma proposta metodológica de capacitação para educadores e donos de cantina escolar. *Cad. Saúde Pública* [online]. vol.24, suppl.2 [cited 2012-01-05], pp. s312-s322, 2008.
86. SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 19, n. 65, Dec. 1998 .
87. SCHWARTZ, Y. DURRIVE, L. *Trabalho e Ergologia: Conversas sobre a atividade humana*. Niteroi: EdUFF, 2007.
88. SCHWARTZ, Y. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. *Trabalho & Educação*, Belo Horizonte, n.7, p.38-46, jul./dez. 2000.
89. SCHWARTZ, Y. DURRIVE, L. *Trabalho e Ergologia: Conversas sobre a atividade humana*. Niteroi: EdUFF, 2010.
90. SEBOLD, Luciara Fabiane; RADUNZ, Vera; CARRARO, Telma Elisa. Percepções sobre cuidar de si, promoção da saúde e sobrepeso entre acadêmicos de enfermagem. *Esc. Anna Nery Rio de Janeiro*, v. 15, n. 3, p. 536-541, 2011.
91. SILVA, Edil Ferreira da. *Trabalhadores/as de escolas e a construção de uma comunidade ampliada de pesquisa: a busca da promoção da saúde a partir dos locais de trabalho*. Tese de doutorado. Rio de Janeiro; s.n; 2003.
92. SILVA, Kenia Lara da *et al* . Promoção da saúde como decisão política para a formação do enfermeiro. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 41, n. spe, Dec. 2007 .
93. SILVA, Kênia Lara da *et al.* Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. *Rev. bras. enferm.* [online]., vol.62, n.1, p. 86-91, 2009.

94. SILVA, Vilma Ribeiro da; SILVA, Maria da Graça da; SANTOS, Lidiane Batista Oliveira dos. Proposta pedagógica do PROFAE na perspectiva dos enfermeiros instrutores. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 58, n. 3, June 2005.
95. SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.115-36.
96. SOUZA, Eloisio Moulin ; BIANCO, Mônica de Fátima . A ergologia: uma alternativa analítica para os estudos do trabalho. In: *V Congresso Latinoamericano de Sociologia del Trabajo*, 2007, Montevideo, 2007.
97. STOTZ , Eduardo Navarro. Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
98. STOTZ, E.N.; DAVID, H.M.S.L.;WONG-UN, J.A. Educação popular e saúde – trajetória, expressões e desafios de um movimento social. *Rev APS*, v.8, n.1, p.49-60, 2005.
99. STROOBANTS, MARCELLE. A qualificação ou como se ver livre dela. DOLZ, Joaquim; OLLAGNIER, Edmé. *O Enigma da competência em Educação*. Porto Alegre: Art Med, 2004. p. 65-78.
100. TRAJANO, Ana Rita Castro; CUNHA, Daisy Moreira da. Processo de trabalho no samu e humanização do SUS do ponto de vista da atividade humana. *Trab. educ. saúde (Online)*, Rio de Janeiro, 2011.
101. TRINQUET, Pierre. Formação Profissional e Contínua (FPC) Na França: Um Olhar cruzado. *Trabalho & Educação* – vol.17, nº 1 – jan. / abr. – 2008.
102. TRINQUET, Pierre. TRABALHO E EDUCAÇÃO: O MÉTODO ERGOLÓGICO. *Revista HISTEDBR On-line*, Campinas, número especial, p. 93-113,ago.2010
103. VASCONCELLOS, L. C. F.; ALMEIDA, C. V. B. ; GUEDES, D.T . Vigilância em Saúde do Trabalhador: Passos para uma pedagogia. *Trabalho, Educação e Saúde (Impresso)*, v. 03, p. 445-462, 2009.
104. VASCONCELOS , E. M. (Org.) *A saúde nas palavras e nos gestos : reflexões da Rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001.
105. VASCONCELOS, Eymard Mourao. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. 5 ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 2010.

106. VASCONCELOS, Eymard Mourao. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Brasil. *Cadernos de Educação Popular em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
107. VASQUES, Fátima; MARTINS, Fernanda Celeste; AZEVEDO, Alexandre Pinto de. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 31, n. 4, 2004 .
108. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategy on diet, physical activity and health. the 57th World Health Assembly WHA), 2004.
109. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primer for Mainstreaming Health Promotion. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap Nairobi, Kenya, 26-30 October 2009a.
110. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. . Health Literacy and Health Promotion Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region Individual Empowerment Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap Nairobi, Kenya, 26-30 October 2009b.
111. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health promotion evaluation: recommendations to policymakers. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998.
112. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences. World Health Organization 2009c

APÊNDICES

APÊNDICE A: Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia.

(Artigo publicado na *Interface (Botucatu)*)

SANT'ANNA, Suze Rosa; HENNINGTON, Élide Azevedo. Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 14, n. 32, Mar. 2010 <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/17.pdf>

ESPAÇO ABERTO

TÍTULO: Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia

RESUMO

O presente ensaio tem por objetivo refletir sobre a urgência de novas possibilidades no cenário da saúde a partir da proposta de conformação da "Comunidade Ampliada de Pesquisa em Promoção da Saúde". Esta estratégia visa contribuir para a formação do trabalhador da saúde articulando conceitos da Ergologia de Yves Schwartz e seu dispositivo dinâmico de três polos, com a perspectiva de percorrer caminhos originais de reflexão crítica e de requalificação do trabalho em saúde, propiciando a imersão do trabalhador no debate e experimentação do aprender a compartilhar e dialogar com saberes e práticas científicos e não-científicos, visando à promoção da saúde da comunidade. Desse modo, entende-se que essas experiências têm sua chance e suas exigências, tornando-se uma possibilidade de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Ergologia. Formação em saúde.

Introdução

O presente ensaio tem como perspectiva a tentativa de percorrer um novo caminho relacionado ao trabalho em saúde, fruto da incorporação de saberes e práticas surgidas ao longo do século XX, e contribuir para a reflexão sobre a formação de trabalhadores como sujeitos¹ sociais capazes de concorrer para a transformação da realidade no campo da Saúde Coletiva.

A Saúde Coletiva, campo de saber e prática social fruto do movimento sanitário, surgida no Brasil na década de 1970, configurou-se a partir da articulação de quatro vetores - práticas técnicas, ideológicas, políticas e econômicas - desenvolvidos no âmbito acadêmico, nas organizações de saúde e em instituições de pesquisa (Paim, 2006). Tem-se verificado que novas concepções foram incorporadas no âmbito de cada vetor, fato que tem contribuído para a reconfiguração dos saberes e práticas do campo. Apesar do entendimento de que todos os vetores estabelecem entre si relações de interseção no plano de produção em saúde, abordaremos, neste artigo, o de caráter ideológico, pois se entende que este exerce influência nem sempre clara, mas decisiva, na produção em saúde.

No que diz respeito aos movimentos ideológicos, Paim (2006) diz que a Saúde Coletiva recorreu ao diálogo e à crítica aos movimentos denominados Preventismo, Medicina Social, Saúde Comunitária, Medicina de Família e, atualmente, encontra-se em diálogo com os chamados movimentos ideológicos contemporâneos, o Movimento da Promoção da Saúde e o da Nova Saúde Pública.

A incorporação de conceitos desses novos movimentos ideológicos impôs e impõe, ao campo, novos saberes e, conseqüentemente, novas práticas com a finalidade de transformar o olhar individualista do campo da saúde, fortalecido pelo paradigma

biomédico, para dimensões mais coletivas, com objetivo de motivar mudanças sanitárias e sociais.

Neste sentido, o movimento da Nova Saúde Pública - termo que vem sendo difundido desde o encontro intitulado Interregional Meeting on New Public Health, ocorrido em Genebra no ano de 1995 -, proposto pelos países hegemônicos e apoiado pela OMS, defende teoria assentada em bases científicas das ciências biológicas, sociais e comportamentais, e estabelece quatro tarefas básicas: prevenção das doenças não-infecciosas, prevenção das doenças infecciosas, promoção da saúde, melhoria da atenção médica e da reabilitação. Entre seus conceitos e estratégias, foram apresentados: a promoção e educação em saúde, o marketing social, a participação comunitária, as políticas públicas de saúde, que vêm sendo incorporados pelo movimento da Saúde Coletiva brasileira (Castiel, Diaz, 2007; Paim, 2006).

Embora o movimento da Nova Saúde Coletiva seja uma proposta relativamente recente, muitos dos elementos incorporados nos seus documentos de origem já se encontravam presentes no movimento da promoção da saúde que surgiu com a Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, que teve, como um de seus desdobramentos, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorrida em 1986 no Canadá, na qual foi publicada a Carta de Ottawa, documento fundamental para divulgação e difusão do conceito de promoção da saúde internacionalmente.

Dentre as concepções idealizadas pelo movimento da Promoção da Saúde, destaca-se a necessidade de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, cujo princípio geral orientador é a necessidade de encorajar a ajuda recíproca - cada um a cuidar de si próprio, do outro, da comunidade e do meio ambiente natural (Brasil, 2006).

De forma crítica, Castiel e Diaz (2007) enfatizam que a saúde promocional escapa do âmbito da medicina, da fisiologia, da epidemiologia, que tem caráter predominantemente individualista e voltado ao corpo do paciente como fonte primária e objeto da saúde, para percorrer outros caminhos, nos quais vigoram os discursos da moral e do bom costume. Além disso, esses autores defendem que a saúde promocional é portadora de concepções biopolíticas da subjetividade somática que erige o corpo em sua maleabilidade automanipulável como matriz de identidade.

Essa concepção de biopolítica, segundo Ortega (2004), surge por volta dos anos 60 como um projeto de cunho conservador mediante os excessos daquela época, como a promiscuidade sexual e o culto ao uso de drogas. Com base nessa concepção, a saúde deixou de ser a "vida no silêncio dos órgãos", tão difundida pelo modelo biomédico, para constituir-se em uma biopolítica das sociedades que se estrutura sob uma nova moral, descrita por Sfez (1996) como moral do bem comer (sem colesterol), do beber um pouco (de vinho tinto para as artérias), de ter práticas sexuais de parceiro único (para evitar o perigo da aids). Ou seja, trata-se de restaurar a moralidade "plugando-a" de novo no corpo. Essas novas práticas, ao enfatizarem os cuidados de saúde do indivíduo para consigo mesmo, contribuíram para a construção das bioidentidades, ou seja, a formação de um sujeito que se autocontrola, autovigia e autogoverna (Ortega, 2004).

Com base neste conceito de biopolítica e busca da autonomia do indivíduo para com sua saúde, o campo de práticas da Saúde Coletiva - ou seja, o campo da prevenção das doenças e promoção da saúde - passou a se estruturar no conhecimento sobre os riscos à saúde e as formas como os indivíduos percebem, priorizam e enfrentam esses riscos. E embora tenha havido a tentativa de aproximação entre riscos epidemiológicos, identidades e subjetividades com objetivo de se obterem práticas que operem com a

ideia do autocuidado, mudanças no estilo de vida na busca da saúde e evitação das situações de risco, esta tentativa não foi suficiente para garantir a melhoria da qualidade de vida e saúde dos indivíduos, passando a ser alvo de críticas, conforme refere Castiel (2003, p.92):

os discursos da promoção da saúde e da evitação de riscos parecem implicitamente refletir a ótica das formações neoliberais, individualistas, que geram grupos de indivíduos entregues a si próprios e à preocupação com o desempenho baseado em condições individuais quanto a recursos e capacidade de incorporar semimitos que sustentem uma identidade frágil, povoada cada vez mais por um imaginário composto por elementos vinculados a "questões de saúde".

Neste sentido, reconhece-se que esses novos discursos ainda não conseguem proporcionar compreensão satisfatória diante da complexa dinâmica entre a situação de saúde individual/coletiva e as aceleradas mudanças socioculturais e subjetivas que ainda se mostram limitadamente inteligíveis (Castiel, Diaz, 2007).

Com base nestas limitações percebidas, outros conceitos e estratégias começaram a surgir no campo das práticas de prevenção e promoção da saúde, sendo o conceito de vulnerabilidade social um conceito/estratégia de redirecionamento destas ações para dimensões mais contextuais e sociais. Assim, conforme relata Porto (2007), reconhecer a vulnerabilidade social diante de um agravo ou doença é compreender os riscos de forma integrada e contextualizada, trazendo à tona, simultaneamente, questões éticas, políticas e técnicas que conformam a distribuição dos riscos nos territórios e a capacidade das populações de enfrentá-los.

Ayres (2001) também admite que o conceito de vulnerabilidade, oriundo do campo do Direito, é uma tentativa de deslocar os horizontes normativos das práticas de saúde para uma subsunção do ideal de controle da doença no respeito e promoção dos direitos humanos. Ou seja, não se trata de abolir a ciência do âmbito desses regimes, mas de resgatar a dignidade de outros tipos de sabedoria na formação das verdades úteis para a construção da saúde, sejam eles conhecimentos acadêmicos não-normológicos,

como a filosofia, o direito e certos ramos da ciência humana, e até as diversas sabedorias práticas transmitidas secularmente nas diferentes tradições culturais.

Segundo Munoz Sanches e Bertolozzi (2007), para intervir em situações de vulnerabilidade, é imperativo o desenvolvimento de ações que envolvam resposta social, descrita por Ayres (1999) como a participação ativa da população na procura de estratégias solidárias e passíveis de execução e encaminhamento/equacionamento de problemas e necessidades de saúde. A aplicação do quadro conceitual da vulnerabilidade pode fornecer subsídios que vão desde o desenvolvimento de ações, instrumentos tecnológicos, bem como práticas no campo da prevenção e redução das vulnerabilidades (Ayres *et al.*, 2003).

Trazendo a discussão para o contexto da formação em saúde, considera-se que o trabalho em saúde deve ser repensado, de forma a incorporar o conceito da vulnerabilidade social no sentido de resgatar os outros saberes, além do científico, para a construção das práticas de saúde.

Entretanto, para que esta (trans)formação ocorra, entendemos que seja necessário os sujeitos (trabalhadores em formação) serem convocados a repensar suas atividades até então centradas no modelo biomédico, individualista e normativo, ao lado de outros modelos capazes de fazê-los experimentar, renormalizar e transformar as suas práticas de modo a substituir o ímpeto normativo pelo esforço do diálogo entre saberes científicos e não-científicos. Mas, como convocar o sujeito a incorporar essa nova produção de conhecimento no trabalho em saúde?

Com base neste questionamento e entendendo que a formação dos profissionais de saúde se dá a partir da experiência da atividade de trabalho em saúde, pretende-se, com este ensaio, discutir as possibilidades teóricas e empíricas que se abrem ao adotarmos o referencial da Ergologia no campo da formação destes trabalhadores.

As contribuições teórico-conceituais da Ergologia para renovação do trabalho em saúde

A Ergologia, disciplina do pensamento própria às atividades humanas, que conforma o projeto de melhor conhecer e, sobretudo, de melhor intervir sobre as situações de trabalho para transformá-las, foi iniciada por Yves Schwartz e por uma equipe de pesquisadores, em Aix-em-Provence, na França, na década de 1980, com objetivo de ser uma disciplina diretamente relacionada ao trabalho. Trata-se de uma démarche que reconhece a atividade como debate de normas (Schwartz, Durrive, 2007).

A proposta da Ergologia é discutir o trabalho e produzir conhecimento sobre ele considerando: o conhecimento e a experiência dos trabalhadores, o geral e o específico da atividade, suas normas e variabilidades, e a exigência da conversa entre as várias disciplinas, além do constante questionamento a respeito de seus saberes (Hennington, 2008). Para Schwartz (2000), a Ergologia não é, portanto, uma "disciplina" no sentido de "um novo domínio do saber". É uma disciplina própria para as atividades humanas e distinta da disciplina epistêmica que, para produzir saber e conceito no campo das ciências "experimentais", deve, ao contrário, neutralizar os aspectos históricos. A démarche ergológica, mesmo tendo como objetivo construir conceitos rigorosos, deve indicar nestes conceitos como e onde se situa o espaço das (re)singularizações parciais inerentes às atividades de trabalho.

Fígaro (2007) se refere à Ergologia como uma abordagem teórico-prática capaz de problematizar a complexidade da atividade humana e distinguir os diferentes fatores pertinentes a ela. Diz também que ela propõe uma postura epistemológica que coloca, em articulação, os conceitos das disciplinas científicas (abstratos, não-aderentes) com os conceitos da experiência (da vida, aderentes), ou seja, propõe-se a se aproximar desse mundo complexo que é o homem e sua atividade de trabalho.

Entendendo o trabalho em saúde como "atividades vivas" postas em ação pelos trabalhadores, sujeitos que, em situação de trabalho, são capazes de inventar e reinventar modos de fazer também se transformando - a si próprios e aos coletivos (Santos-Filho, 2007). O trabalho como atividade, ou melhor, atividade humana, automaticamente pressupõe que estamos convocando o sujeito no trabalho, uma vez que o trabalho jamais é feito sem o trabalhador.

Essa reflexão centra-se no pressuposto de que os que lidam com o trabalho em saúde devem reconhecer o profissional da saúde como sujeito de seu saber e seu fazer, e o seu trabalho com uma inserção e atuação que o leve à ampliação da sua capacidade de análise e de proposição no âmbito do coletivo, constituindo-se como equipes, exercitando a quebra de conhecimentos disciplinares estanques e avançando na atuação transdisciplinar (Santos-Filho, 2007). Não é possível desvincular o conjunto trabalhador-trabalho no processo de produção da saúde, pois, segundo Barros, Mori e Bastos (2007), quando os trabalhadores são convocados no processo de trabalho, eles "usam de si", utilizam suas potencialidades, ou seja, são gestores de seus trabalhos e produtores de saberes e novidades.

A abordagem ergológica de Schwartz e Durrive (2007) assevera que, quando o trabalhador se encontra no trabalho, ele precisa fazer "uso de si", ou seja, uso de suas próprias capacidades, de seus próprios recursos e de suas próprias escolhas para realizar o trabalho, pois toda situação de trabalho é lugar de uma "dramática" subjetiva, um destino a ser vivido, onde se negociam circunstâncias pessoais, históricas por meio do "corpo-si" do trabalhador.

É por intermédio do seu "corpo-si", entidade mais enigmática que a definição de sujeito e subjetividade, que o trabalhador deixa de ser objetivado pelo trabalho e realiza sua atividade através do "uso de si". Para o autor, o "corpo-si" do trabalhador não é

inteiramente biológico nem inteiramente consciente ou cultural, e sim o resultado de toda sua história, de sua experiência de vida, suas paixões, seus desejos e patrimônio. É fazer escolhas para fazer valer suas próprias normas de vida, produzindo formas de "des-anonimar" o meio (Barros, 2007; Schwartz, Durrive, 2007).

De acordo com Schwartz e Durrive (2007), para mobilizar o "corpo-si" numa situação de trabalho, é necessário mobilizar competências tendo em vista um objetivo comum. O autor ressalta, porém, que operacionalizar o que seriam as competências da atividade em uma situação de trabalho é tarefa difícil, tendo em vista que as situações de trabalho são imprecisas, jamais descritíveis e padronizáveis. Entretanto, a noção de competência é legítima e reconhecida quando pessoas engajadas numa operação respondem positivamente e operam com eficácia, tendo em vista esse objetivo comum.

Desse modo, percebe-se que existem três elementos presentes na noção de competência. São eles: a apropriação de um certo número de normas antecedentes, ou seja, conceitos que foram transmitidos e codificados para situações e trabalho; a presença de algo inteiramente diferente e inédito em relação às normas antecedentes da situação de trabalho; e, por fim, a exposição ao inédito, quando as pessoas devem remeter-se a si próprias para gerir o inédito, articulando uma série de experiências heterogêneas, fazendo escolhas para "agir em competência".

A Ergologia considera o conjunto em interpelação: de uma parte, homens e mulheres, e de outra parte, suas histórias, seu meio, seu meio de vida, no seio do qual se encontra o trabalho (Schwartz, Durrive, 2007). Segundo Brito (2005), o ângulo a partir do qual Schwartz observa o trabalho é aquele que tende a ser negado ou mesmo ignorado pelas organizações. É o ângulo da vida, do trabalho vivo; é encontrar a vida presente no processo de trabalho.

Com base na perspectiva ergológica de que há necessidade de experimentação para que se construam competências para gestão de situações de trabalho (Schwartz, Durrive, 2007); e, entendendo-se que o trabalho em Saúde Coletiva vem se complexificando e incorporando novos conceitos e práticas (Hennington, 2008), constitui-se um desafio, portanto, renovar a atividade do trabalho em saúde por meio do investimento de novas propostas e estratégias que direcionem e insiram os trabalhadores da saúde no cotidiano de práticas e ações de saúde, desde o início de sua formação, numa perspectiva menos individualizante e mais contextual e coletiva, considerando que o "trabalho vivo" em saúde deve ter ênfase na promoção da saúde e redução das vulnerabilidades.

A Ergologia e seu dispositivo dinâmico de três polos: possíveis contribuições na formação e produção de saberes para (trans)formação do trabalho em saúde

Ao refletir sobre a necessidade de buscar caminhos que pudessem fazer com que estes profissionais em formação experimentassem, em sua vida cotidiana, as práticas de promoção da saúde - lembrando que cuidar da saúde faz parte da vida de cada um -, tornou-se necessário buscar, na literatura, uma abordagem que pudesse contribuir no processo de formação destes profissionais.

Neste sentido, encontramos, na Ergologia de Schwartz e sua proposta do dispositivo dinâmico de três polos, a metodologia capaz de contribuir para repensar a formação de profissionais com capacidade de fazer dialogar os conhecimentos científicos com os não científicos, ou seja, entender que a saúde não é apenas assunto dos profissionais de saúde, mas também daqueles que vivem a experiência de conquista da saúde em determinado contexto histórico-social, permeado por pressupostos éticos e epistemológicos que têm como horizonte o bem comum.

A proposição desse dispositivo ampliou e aprofundou o conceito de "Comunidade Científica Ampliada" (CCA), desenvolvido por Ivar Oddone, um militante do Movimento Operário Italiano, que, por volta da década de 1970, propõe uma nova concepção de pesquisa, uma forma original de pesquisa-ação em torno do tema das mudanças das condições de vida e trabalho, que articulava os saberes de trabalhadores e de pesquisadores com objetivo de conhecer a complexidade real do trabalho. Sua proposta tinha como objetivo oferecer, aos trabalhadores e pesquisadores, uma forma de aprenderem e utilizarem a experiência acumulada nos centros de pesquisa e nos coletivos de trabalho para que destes dois tipos de experiências emergisse uma, científica, que priorizasse as demandas das categorias profissionais, onde todos os atores se tornariam coautores da pesquisa, e portadores de saberes específicos - exaltando, assim, a iniciativa dos trabalhadores para modificar o ambiente de trabalho (Barros, Heckert, Marchiori, 2006; Schwartz, 2000). Segundo Souza e Bianco (2007), a principal intenção do grupo era colocar em confronto os saberes formais dos pesquisadores e os saberes considerados informais dos trabalhadores, emergindo daí uma nova concepção de pesquisa e, conseqüentemente, de produção do saber sobre o trabalho.

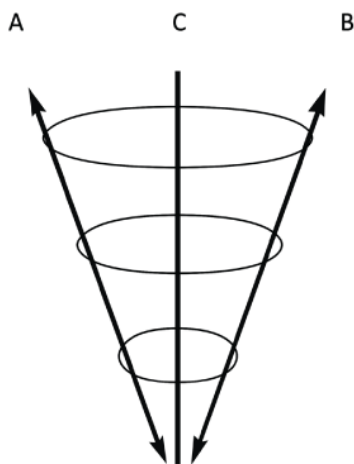
Apesar da grande contribuição dessa proposta, Schwartz (2000) revela que a CCA apresenta limites, uma vez que propunha a primazia do campo científico na produção de conhecimento sobre a atividade, não definindo claramente as competências próprias de cada um dos parceiros, além de não deixar claro o projeto de trabalho conjunto.

Schwartz, ao retomar o conceito de atividade oriundo da ergonomia, como atividade humana que se constitui de renormalização parcial dos meios da vida, propõe o dispositivo dinâmico de três polos (DD3P) que tem por objetivo resgatar um polo que

se encontrava pouco valorizado na proposta de Oddone, Gastone e Gloria (1986), o terceiro polo. Polo este que articula um certo modelo de humanidade, que faz com que o protagonista da atividade olhe o seu semelhante como alguém que está em atividade, ou seja, atravessado por dramáticas (focos de debates, debates de normas, resingularizando uma situação) - tanto quanto ele.

O dispositivo dinâmico de três polos é uma espécie de dialética, que pode ser esquematizado de forma espiral, por onde circulam os saberes, tanto para conhecer as normas antecedentes de uma atividade, como para compreender os recentramentos operando na atividade (Schwartz, Durrive, 2007). Pode ser considerado um meio de ação com uma filosofia geral e, inclusive, ter uma grande diversidade de aplicação, a exemplo de: Trinquet (1996), que desenvolveu o dispositivo em uma empresa com objetivo de controlar os riscos do trabalho; Durrive (2004), que o utilizou no campo da formação, e Figaro (2008), que adaptou o dispositivo proposto por Schwartz e esquematizado por Durrive no campo da comunicação.

O esquema elaborado por Luis Durrive a partir do dispositivo dinâmico de três polos no campo da educação foi proposto para minimizar a dicotomia encontrada entre a teoria e prática presentes na formação profissional, na qual se percebeu que os alunos em formação - que alternavam períodos de formação na escola (teoria) e períodos em campo de trabalho (prática) - tinham, muitas vezes, dificuldade de aprendizado por não conseguirem realizar a gestão da alternância entre os saberes constituídos na teoria e os saberes da prática.



Quadro 1. Dispositivo dinâmico de três polos proposto por Schwartz, esquematizado por Durrive (Schwartz, Durrive, 2007, p.274) e adaptado por Figaro (2008).

Dispositivo Dinâmico em três polos

Neste esquema, o polo A representa o polo dos saberes e valores constituídos nos universos científicos, ou seja, os saberes que foram constituídos e estão disponíveis para antecipar a atividade. O polo B, representado pelos saberes processados e reprocessados na atividade, consiste no polo onde se localizam o aprendiz e as pessoas que trabalham com ele: é a reunião de diversos protagonistas em torno do que se passa no trabalho, tanto para olhar o trabalho como a aplicação dos saberes constituídos e disponíveis no polo A, como para olhar o trabalho como momento único, onde os protagonistas deverão ser inventivos para encontrar soluções para o trabalho.

E, por fim, o polo C, que consiste no polo do questionamento, é descrito como eixo socrático² em duplo sentido, onde a reunião dos diferentes protagonistas em torno do que se passa no trabalho supõe uma espécie de exigência que é, ao mesmo tempo, uma exigência de aprendizagem, de domínio de conceitos e verbalização do trabalho e, também, uma exigência de impenitência (Schwartz, Durrive, 2007), descrita como uma forma de humildade em face da atividade de trabalho que representa uma mina de informações acerca da forma com que se podem colocar em uso os saberes constituídos

no polo B. A utilização deste esquema retrata que, no encontro do trabalho, nunca se sairá incólume, pois a dinâmica de três polos engaja todos os seus protagonistas.

Entendendo que há múltiplas formas de representar o dispositivo, cuja proposta é problematizar e produzir conhecimento, mesmo que de forma parcial, sobre a atividade humana (Fígaro, 2008), ressaltamos a importância de se utilizarem a Ergologia e o dispositivo dinâmico de três polos como estratégia metodológica no campo da formação de profissionais de saúde.

À guisa de conclusão

Nas últimas duas décadas, muitas discussões e conceitos foram introduzidos no campo da Saúde Coletiva, entretanto percebemos que as aplicações destes discursos não estão sendo difundidas na prática com a mesma velocidade que as teorias têm sido apresentadas, ficando uma lacuna entre o que é dito e o que é realizado. Mudanças nas práticas de saúde urgem; é preciso que o paradigma hegemônico da unilateralidade na relação trabalhador da saúde (saber científico)/usuário (saber não-científico) seja rompido por um modelo que traga os sujeitos e seus saberes como eixo principal da atenção nas práticas de saúde.

E, neste sentido, entendemos que a incorporação da reflexão proposta pela Ergologia e o dispositivo dinâmico de três polos no processo de formação de profissionais de saúde poderá trazer (trans)formações no trabalho em saúde. O desafio que propomos é o de se construir, nos centros de formação, um dispositivo metodológico de formação e pesquisa denominado "Comunidade Ampliada de Pesquisa em Promoção da Saúde e redução das vulnerabilidades" (CAP-PSRV), como espaço de diálogo-debate entre os saberes científicos e não-científicos provenientes da experiência

do cuidado à saúde dos alunos em formação; tendo, como princípio, as "mútuas convocações", combinando desconforto intelectual e humildade epistemológica, por meio de encontros e diálogos que possibilitem os diversos sujeitos a falarem, escutarem, sentirem, indagarem, refletirem, discutirem e reconhecerem as experiências e saberes próprios e do outro, além de propor a construção de vida e trabalho mais saudáveis.

Portanto, espera-se que o sujeito em formação, ao participar do CAP-PSRV, experimente as dramáticas do aprender a pensar, do aprender a enfrentar e intervir coletivamente em prol da melhoria das condições gerais de vida e saúde, ou seja, produzir novas normas no enfrentamento das infidelidades do meio (Canguilhem, 1982).

Concluindo, este ensaio teve por finalidade refletir sobre novas possibilidades que emergem no cenário da saúde, capazes de contribuir para o rompimento do paradigma ainda hegemônico. Nessa perspectiva encontramos, no dispositivo dinâmico de três polos, um terreno favorável para a reflexão no campo da formação de profissionais de saúde, pois pretendeu percorrer caminhos originais de questionamento e de requalificação do trabalho em saúde e construir, de forma emancipatória, práticas favoráveis à promoção da saúde a partir de normas, saberes e de renormalizações e experiências.

Entretanto, parafraseando Schwartz e Durrive (2007), obviamente, não nos iludimos acerca da dificuldade da operacionalização de tais projetos. Mas, conforme também relata o autor, cremos que essas experiências têm sua chance e suas exigências, tornando-se uma possibilidade de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde.

Colaboradores

As autoras trabalharam juntas em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

- AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.1, n.6, p.63-72, 2001. [[Links](#)]
- _____. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (Orgs.). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. p.50-71. [[Links](#)]
- AYRES, J.R.C.M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde pública: perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-39. [[Links](#)]
- BARROS, M.B.; MORI, M.E.; BASTOS, S.S. O desafio da Humanização dos/nos processos de trabalho em saúde: o dispositivo "Programa de Formação em Saúde e Trabalho/PFS". In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.B. (Orgs.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p.99-121. [[Links](#)]
- BARROS, M.B. Trabalhar: usar de si - sair de si. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.11, n.22, p.345-63, 2007. [[Links](#)]
- BARROS, M.E.B.; HECKERT, A.L.C.; MARCHIORI, F.M. Desafios para a pesquisa dos processos de trabalho: a CAP como estratégia. **Est. Pesqui. Psicol.**, v.6, p.1-15, 2006. [[Links](#)]
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde/Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B, Textos Básicos de Saúde) [[Links](#)]
- BRITO, J. Trabalho e saúde coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.4, p.879-90, 2005. [[Links](#)]
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982. [[Links](#)]
- CASTIEL, L.D. Dédalos e os dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.79-96. [[Links](#)]
- CASTIEL, L.D.; DIAZ, C.A.D. **A saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. [[Links](#)]
- DURRIVE, L. Uma ação de formação no ambiente carcerário: um exemplo de abordagem das competências por meio da ergologia. In: DOLZ, J.; OLLAGNIER, E. (Orgs.). **O enigma da competência em educação**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.173-87. [[Links](#)]
- FIGARO, R. Atividade de comunicação e de trabalho. **Trabalho, Educ. Saude**, v.6, p.107-45, 2008. [[Links](#)]
- HENNINGTON, E.A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da Ergologia. **Rev. Saude Publica**, v.42, n.3, p.555-61, 2008. [[Links](#)]

- MUNOZ SANCHEZ, A.I.; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Cienc. Saude Colet.**, v.12, n.2, p.319-24, 2007. [[Links](#)]
- ODDONE, I.; GASTONE, M.; GLORIA, S. **Ambiente de trabalho**: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec, 1986. [[Links](#)]
- ORTEGA, F.J.G. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.8, n.14, p.9-20, 2004. [[Links](#)]
- PAIM, J.S. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI**. Salvador: EDFBA, 2006. [[Links](#)]
- PORTO, M.F.S. **Uma ecologia política dos riscos**: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. [[Links](#)]
- SANTOS-FILHO, S.B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HumanisaSUS. In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.B. (Orgs.). **Trabalhador da saúde**: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p.73-96. [[Links](#)]
- SCHWARTZ, Y. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. **Trabalho Educ.**, n.7, p.38-46, 2000. [[Links](#)]
- SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e ergologia**: conversas sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF, 2007. [[Links](#)]
- SFEZ, L. **A saúde perfeita**: crítica de uma nova utopia. São Paulo: Unimarco-Loyola, 1996. [[Links](#)]
- SOUZA, E.M.; BIANCO, M.F. A Ergologia: uma alternativa analítica para os estudos do trabalho. In: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE SOCIOLOGIA DEL TRABAJO, 5., 2007, Montevideo. **Anais...** Montevideo, 2007. p.1-13. Disponível em: <<http://www.urosario.edu.co/RET/documentos/Ponencias%20pdf/014.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2009. [[Links](#)]
- TRINQUET, P. **Maîtriser les risques du travail**. Paris: PUF, 1996. [[Links](#)]

Recebido em 16/02/2008.

Aprovado em 17/02/2009.

- 1 Definido por Ayres (2001, p.65) como "ser autêntico, com necessidades e valores, capaz de produzir coisas e transformar sua própria história".
- 2 Sócrates (469-399 a.C.) desenvolveu uma filosofia mediante diálogos críticos com seus interlocutores.

APÊNDICE B: Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde

SANT'ANNA, Suze Rosa; HENNINGTON, Élida Azevedo. Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, 2011. <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9s1/11.pdf>

TÍTULO: Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde

RESUMO

O presente artigo tem como objetivos discutir o trabalho em saúde e apresentar um dispositivo para a formação de trabalhadores sob a ótica do conceito ampliado de saúde, fundamentado em três principais referenciais teóricos: a *démarche* ergológica e seu dispositivo dinâmico a três polos de Yves Schwartz, a cartografia da micropolítica do trabalho vivo em ato de Emerson Elias Merhy e a educação popular em saúde, inspirada em Paulo Freire. Espera-se com este estudo contribuir para a reflexão e a construção de uma estratégia de formação para intensificar a inserção dos estudantes nos cenários de prática que enfatizem a construção compartilhada de conhecimentos e favoreçam especialmente a produção e efetivação de saberes e dos aspectos relacionais que compõem o núcleo tecnológico do cuidado em saúde.

Palavras-chave: trabalho em saúde; micropolítica do trabalho vivo; ergologia; educação popular; formação em saúde; ergoformação.

O trabalho em saúde, fenômeno sócio-histórico aqui entendido como aquele realizado por diversos sujeitos, profissionais e trabalhadores em geral com formação na área e caracterizado pelo ato de cuidar, com o objetivo de atingir a cura, a reabilitação ou minorar o sofrimento e promover o bem-estar, tem sido tema de importantes discussões por sua complexificação e intensas transformações no mundo contemporâneo. O trabalho humano na saúde como 'atividade enigmática' (Schwartz e Durrive, 2007) tem incorporado novos saberes e novas tecnologias que, mesmo sem alterar significativamente o núcleo tecnológico da produção do cuidado, vêm

paulatinamente deflagrando a necessidade de reflexão e de criação de novos dispositivos para o campo da gestão e da formação em saúde (Ferreira, Franco e Merhy, 2009; Hennington, 2008; Merhy *et al.*, 2004; Merhy, 2007; Sant'Anna e Hennington, 2010).

A incorporação de diferentes tecnologias de ponta, equipamentos e instrumentos, a presença de novos modos de organização do trabalho e o desenvolvimento de tecnologias não materiais estimularam a produção de novos produtos ou maneiras diferentes de produzir os antigos (Merhy, 2007; Pires, 1998). A partir desse cenário de intensas transformações, existe também a modificação daquilo que é pedido ou exigido aos homens e às mulheres no trabalho, ou seja, uma adaptabilidade e flexibilidade técnico-instrumental e intelectual, designada pelo genérico termo 'competências' (Schwartz e Durrive, 2007).

Autores como Mello, Moyses e Moyses (2010) ampliam o rol de mudanças ocorridas no trabalho em saúde, mais precisamente na assistência, ao incluir a necessidade de um heterogêneo universo de 'policompetências' e da integração dos profissionais na assistência, resgatando o sentido do trabalho em equipe multiprofissional, já que este tipo de atividade deixou de se restringir a uma única área de conhecimento e grupos, necessitando cada vez mais da interação de trabalhadores de várias carreiras e níveis de escolaridade partilhando espaços de iniciativa e corresponsabilização (Gomes *et al.*, 2010; Malta e Merhy, 2003).

Novas perspectivas do trabalho em saúde revelam que sua reorganização deve também passar pela implementação de processos educacionais e formativos da força de trabalho, resultando na boa qualidade do produto final ofertado, que deve ser pautada pela prestação de assistência capaz de dar acolhimento e/ou resolução às necessidades sentidas pelos usuários. Outro ponto importante destacado pelos autores é a introdução

ou ampliação de dispositivos democráticos de discussão e de decisão, visando a ampliar os espaços de escuta, de trocas e decisões coletivas na gestão dos processos de trabalho.

Na ótica do conceito ampliado de saúde³ em contraposição ao marco biomédico, a estratégia de promoção da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) é retomada com enfoque na produção de autonomia da população para o enfrentamento de situações de vulnerabilidade no processo do cuidado à saúde, além de procurar estimular que os trabalhadores/formadores reflitam sobre as diferenças culturais e atuem na perspectiva de uma educação humanizadora, crítica, reflexiva e voltada para a formação do homem integral e autônomo (Alves e Aerts, 2011).

Nessa perspectiva, a educação popular em saúde (EPS), inspirada na proposta pedagógica da educação popular de Paulo Freire, constitui-se em uma estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde encontrados, procurando fortalecer a relação com a população e os movimentos sociais e criar vínculos entre as equipes de saúde e o pensar e fazer cotidiano da população. Ou seja, a EPS propõe-se à construção de um sistema de saúde em que trabalhadores da saúde e usuários sejam atuantes, participativos, autônomos e críticos (Alves e Aerts, 2011).

Todo este contexto de mudanças do trabalho em saúde revela a necessidade cada vez maior de um esforço coletivo e cotidiano dos sujeitos implicados na atenção à saúde para a elaboração de propostas educativas e de formação dos trabalhadores da área coerente com o processo de fortalecimento do SUS. Além disso, é necessário que outros fatores como a priorização da atenção primária, a ênfase na promoção da saúde, a reorganização de serviços de saúde em rede, a ampliação de espaços democráticos de discussão e de decisão e a implementação de gestão participativa, também, sejam incorporados na reestruturação do trabalho em saúde.

O trabalho em saúde em sua micropolítica e na perspectiva do cuidado, suas tecnologias e as novas conformações da atividade⁴ são temas relevantes para as instituições formadoras de trabalhadores na área. Impõe-se estabelecer diálogo e articular referenciais com capacidade de ajudar na compreensão sobre o que é trabalho, os ingredientes necessários para o "agir em competência" em situações de trabalho e o modo cotidiano de se produzir saúde em nossa sociedade, entendendo-se premente a tarefa de pensar maneiras e criar dispositivos, como diria Schwartz, de melhor intervir sobre o trabalho para transformá-lo (Schwartz e Durrive, 2007).

Com base nesse desafio, o presente artigo apresenta um dispositivo para a formação de trabalhadores no campo da saúde promocional fundamentado em alguns referenciais teóricos, especialmente a *démarche* ergológica e o dispositivo dinâmico a três polos de Yves Schwartz, a cartografia da micropolítica do trabalho vivo em ato de Emerson Elias Merhy e a educação popular em saúde inspirada em Paulo Freire.

Micropolítica do trabalho vivo em ato e tecnologias de produção do cuidado em saúde

Com objetivo de refletir sobre o modo cotidiano de se produzir saúde no contexto brasileiro, ou seja, refletir sobre a micropolítica⁵ do trabalho vivo em ato, Merhy (2007) elaborou sua tese de livedocência na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), em 2000, intitulada *Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: uma micropolítica do trabalho vivo*, que deflagrou a produção de diversos textos e do livro *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*, em 2002, dando continuidade à proposta de discutir o trabalho em saúde, principalmente no território das tecnologias não materiais.

O trabalho em saúde, cuja ação intencional é marcada pela busca da produção de cuidados - bens e produtos - que satisfaçam necessidades, seja do usuário ou do trabalhador ou do serviço, é centrado no trabalho vivo⁶ em ato permanentemente e possuidor de tecnologias de ação que se configuram em processos de intervenção em ato que operam como relações, encontros de subjetividades e que se mantêm além dos saberes tecnológicos estruturados (Merhy, 2007).

Essas tecnologias de saúde são configuradas a partir do arranjo entre dimensões materiais e não materiais do fazer em saúde e classificadas por Merhy (2007) como: 1) tecnologias leves - dizem respeito aos aspectos interrelacionais, tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão do processo de trabalho; 2) leveduras - apresentam uma parte estruturada, o conhecimento como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo, e outra leve, relacionada ao modo de agir singular de cada trabalhador composto de saberes estruturados; 3) tecnologias duras - têm em sua estrutura uma característica dada *a priori*, como no caso de normas e estruturas organizacionais, ou mesmo aparatos tecnológicos do tipo máquinas e equipamentos.

O reordenamento do núcleo tecnológico do cuidado, com primazia do trabalho vivo sobre o trabalho morto,⁷ e a incorporação das tecnologias leves e leveduras, e sua relevância sobre as duras, são elementos importantes para efetivação das mudanças dos modelos de assistência que buscam a garantia do acesso e acolhimento dos usuários, responsabilização/vínculo e gestão participativa. Isto porque possibilitam a superação das situações de repetição dos modelos vigentes, dando ao trabalhador ou à equipe total possibilidade de agir no ato produtivo do cuidado em saúde, com produção de novos produtos e ressignificação de seus atos assistenciais (Ferreira, Franco e Merhy, 2009; Merhy, 2007).

A efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde se expressa como 'relações interseçoras' que estão presentes na produção do trabalho - descrito como ato de cuidar - e consumo (do cuidado) que ocorrem ao mesmo tempo. Quando o trabalhador da saúde se encontra com um usuário no processo de trabalho, segundo Merhy (2007, p. 57), "estabelece-se entre eles um espaço interseçor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros e em ato", conhecido como uma interseção partilhada. Neste espaço, segundo o autor, o agente produtor, ou seja, o trabalhador da saúde utiliza-se de suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias de modo geral) na busca da realização de um produto/utilidade necessário pelo consumidor (usuário da saúde) ou população, sem, contudo, reduzi-lo a um mero objeto de sua ação, uma vez que permite que expresse suas intencionalidades, conhecimentos e representações sobre o seu processo saúde-doença.

Na perspectiva de formação de redes e de encontros no trabalho em saúde como 'trabalho vivo em ato', o trabalhador, através de uma clínica cuidadora sustentada nas 'relações interseçoras' com o usuário ou coletividade, deve ser produtor de acolhimento, vínculo e responsabilização e também atuar como gerente do cuidado, por meio da mobilização de toda uma rede necessária para realização de um projeto terapêutico (Merhy, 2007). No setor saúde brasileiro existem algumas experiências pioneiras capazes de contribuir para a produção da interseção partilhada, dentre elas a abordagem da educação popular em saúde (EPS), inspirada em Paulo Freire. A EPS está pautada na ampliação da interrelação das diversas profissões, especialidades, serviços, doentes, familiares, vizinhos e organizações sociais locais envolvidos com um problema específico de saúde e vem procurando identificar e instrumentalizar a diversidade de práticas em saúde emergentes, fortalecendo e reorientando essas práticas, saberes e lutas. Procura valorizar principalmente a mobilização das autonomias individuais e

coletivas através do diálogo entre o saber popular e o saber científico, investindo na compreensão, explicitação e reconhecimento de saberes e intervenções dos sujeitos usualmente desconsiderados nas práticas oficiais de saúde.

Educação popular em saúde e a proposta metodológica de interseção partilhada para a produção de cuidado

A EPS tem como princípios político-pedagógicos fomentar atitudes de participação no sentido de sempre mudar realidades, fazendo com que as informações sobre a saúde dos grupos sociais contribuam para elevar suas enunciações, reivindicações e, por fim, projetar caminhos inventivos, prazerosos e inclusivos que proporcionem mudanças na vida cotidiana das pessoas (Pedrosa, 2007).

A proposta do método da educação popular, sistematizado por Paulo Freire, foi incorporado pelo setor saúde nos anos 1970, tendo como ponto de partida as experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados do Estado, o que permitiu uma aproximação deste setor com as classes populares, fato que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde (Vasconcelos, 2007). A incorporação da EPS foi proporcionada pelas lutas sociais pela saúde como direito no movimento de Reforma Sanitária, que trouxe para o debate a necessidade de superação das distâncias culturais entre população e profissionais de saúde (David e Acioli, 2010).

Para Vasconcelos (2010), a proposta da educação popular no setor saúde enfatiza a ampliação dos canais de interação cultural e de negociações do setor junto aos movimentos sociais locais, com propostas de reuniões, cursos, produção de cartilhas, jornais, entre outros materiais e mecanismos de informação e comunicação, cujo

objetivo é enfrentar os problemas de saúde locais a partir da integração entre saber técnico e saber popular.

A sistematização da educação popular inspirou a configuração de projetos de pesquisa e reivindicou para Paulo Freire o título de 'criador' de um estilo de pesquisa e ação educativa, que posteriormente foi conhecido como pesquisa participante e pesquisa ação. Aplicadas ao campo da saúde, estas abordagens têm por objetivo discutir problemas de saúde encontrados na realidade local por meio do diálogo, da problematização e da ação comum entre os grupos sociais e os técnicos e intelectuais para a construção compartilhada de conhecimentos e para organização política necessárias à superação dos problemas encontrados (Stotz, David e Wong-Um, 2005; Vasconcelos, 2007, 2010).

A proposta utilizada na educação popular baseia-se no conceito de dialogicidade de Paulo Freire, que entende a essência da educação como prática de liberdade, pois os homens se fazem, não no silêncio, mas nas palavras, no trabalho, na ação-reflexão:

(...) pronunciando o mundo, os homens o transformam, o diálogo se impõe como caminho pelo qual os homens ganham significação enquanto homens. Por isto, o diálogo é uma exigência existencial. (...) é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado (...). (...) A conquista implícita no diálogo é a do mundo pelos sujeitos dialógicos, não a de um pelo outro. Conquista do mundo para a libertação dos homens (Freire, 2005, p. 91).

A teoria da ação dialógica de Paulo Freire possui quatro características importantes: a 'colaboração', a 'união', a 'organização' e a 'síntese cultural'. Nessa teoria, a 'colaboração' acontece quando se tem a comunhão entre as lideranças e as massas populares, pois a comunhão provoca a 'colaboração', já que os sujeitos se encontram para transformar do mundo em colaboração. E é a partir do diálogo, que é sempre comunicação, que se funda a 'colaboração' (Freire, 2005).

Para se ter a libertação, é necessária a união que deve ser realizada pelo esforço das lideranças em juntar os oprimidos, que, por sua vez, implica a organização das massas populares, não no sentido de justapor indivíduos, mas sim de instaurar o

aprendizado dialógico, fazendo com que homens e mulheres se descubram e se reconheçam como seres transformadores da realidade (Freire, 2005).

Por fim, a síntese cultural se desvela como uma modalidade de ação com que, "culturalmente, se fará frente à força da própria cultura, enquanto mantenedora das estruturas em que se forma" (Freire, 2005, p. 209). Dessa maneira, a ação cultural se apresenta como instrumento de superação da própria cultura alienada e alienante, o que desvela que toda ação revolucionária encerra também uma revolução cultural. Para que se tenha a síntese cultural, é necessário utilizar como ponto de partida a investigação dos temas geradores ou da temática significativa do povo, em vez de temas prescritos pela liderança revolucionária.

Para Freire, evidenciar o tema gerador é investigar o pensar dos homens e seu atuar sobre a realidade, que é a sua práxis. Por ser um processo de busca, de conhecimento, de criação, a pesquisa temática exige de seus sujeitos a interpenetração dos problemas, a investigação do próprio pensar do povo que não pode ser feita sem o povo, mas com ele, como sujeito de seu pensar.

A partir da reflexão sobre sua própria situacionalidade, os sujeitos, ao serem desafiados, agem sobre ela. Entretanto, só na medida em que a situação deixa de parecer insolúvel e torna-se passível de resolução, é que surge o engajamento do povo, ou seja, "da imersão em que se achavam, emergem, capacitando-se para se inserirem na realidade que se vai desvelando" (Freire, 2005, p. 118).

O processo de formação e a investigação temática, na concepção problematizadora da educação, tornam-se momentos de um mesmo processo: quanto mais o agente educador investiga o pensar do povo, tanto mais eles se educam juntos. E, ao criarem conjuntamente pautas para a ação, sem negar suas diferenças e suas visões, ocorre o enriquecimento de ambos (Freire, 2005).

No setor saúde, a educação popular, cujas ações são baseadas no diálogo, na escuta do outro e na produção de temas geradores a partir da experiência do outro, deu origem a uma estratégia metodológica cara à saúde pública conhecida como "construção compartilhada de conhecimento", desenvolvida na década de 1990 especialmente pelo Núcleo de Educação em Saúde e Cidadania, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz. Esta abordagem, que tem por finalidade a conquista, pelos indivíduos e grupos populares, de maior poder de intervenção nas relações sociais que influenciam a qualidade de suas vidas, considerando as experiências cotidianas dos sujeitos envolvidos no processo, vem sendo apropriada pelo campo da EPS como uma proposta de ressignificação política, social e pedagógica que extrapola o setor saúde, com capacidade de facilitar a construção de práticas interativas, cooperativas e dialógicas (Carvalho, Acioli e Stotz, 2001).

Desse modo, a educação popular revela pressupostos para a construção de um espaço de interseção partilhada e coletiva do trabalho em saúde, pois é nos encontros em ato que o profissional de saúde produz e se produz com o usuário, permitindo que este participe ativamente, pelo diálogo, da problematização e da proposição das formas de enfrentamento dos problemas de saúde encontrados individualmente e na realidade local, na busca da realização de um produto/utilidade - a saúde.

Reflexões sobre o trabalho como atividade, competências para o trabalho e ergoformação a partir do referencial da *démarche* ergológica

Para Brito (2005) a compreensão do trabalhador e seu trabalho vivo poderia ser enriquecida com o patrimônio de descobertas com base na abordagem da ergologia, que compreende que todo trabalho passa incontornavelmente pelo encontro com o real.

A ergologia foi proposta por Yves Schwartz e por uma equipe de pesquisadores em Aix-en-Provence, na França, na década de 1980, como um projeto "de melhor conhecer e, sobretudo, de melhor intervir sobre as situações do trabalho para transformá-las" (Schwartz e Durrive, 2007, p. 25). Seus referenciais teóricos e metodológicos essenciais derivam da ergonomia francesa na herança de Alain Wisner do Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM), de Ivar Oddone⁸ e do aporte da filosofia da vida de George Canguilhem (Schwartz, 2006). Esta perspectiva reconhece o trabalho/atividade como debate de normas e valores que nos conduz ao humano, sempre enigmático, porque vivo, em atividade (Schwartz e Durrive, 2007).

A proposta da ergologia é discutir o trabalho e produzir conhecimento sobre ele, considerando: o conhecimento e a experiência dos trabalhadores, o geral e o específico da atividade, suas normas e variabilidades, e a exigência da conversa entre as várias disciplinas, além do constante questionamento a respeito de seus saberes. Para Schwartz (2000), a ergologia não é, portanto, uma disciplina no sentido de um novo domínio do saber; ela se distingue da disciplina epistêmica que, para produzir saber e conceito no campo das ciências experimentais, deve, ao contrário, neutralizar os aspectos históricos. A *démarche* ergológica, mesmo tendo como objetivo construir conceitos rigorosos, deve indicar nestes conceitos como e onde se situa o espaço das ressingularizações parciais inerentes às atividades de trabalho.

Para Schwartz e Durrive (2007) o trabalho jamais é pura execução, pois, para gerir a atividade, o trabalhador deve fazer "usos de si", ou seja, recorrer às suas próprias capacidades, seus próprios recursos e fazer suas próprias escolhas para produzir algo. A ergologia considera o conjunto em interpelação: de um lado, homens e mulheres; de outro, suas histórias, seu meio de vida, e na interseção destes é que se encontra o trabalho. Segundo Brito (2005), o ângulo a partir do qual Schwartz observa o trabalho é

aquele que tende a ser negado ou mesmo ignorado pelas organizações: é o ângulo da vida, do trabalho vivo; é encontrar a vida presente no processo de trabalho.

Entendendo que o trabalho em saúde realiza-se, sobretudo, por meio do trabalho vivo em ato, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado (Merhy e Franco, 2008b), percebe-se que o componente importante nesse processo é o trabalhador e suas competências para produção na saúde. Neste sentido, podemos considerar o trabalho em saúde como enigmático e complexo, pois a produção em saúde não existe por si mesma, mas necessita que o trabalhador assuma o papel de verdadeiro arquiteto, utilizando diversas tecnologias de trabalho - instrumentos, normas, máquinas, um conjunto de conhecimentos e agires, que estão dispersos nas experiências e modos singulares de cada profissional de saúde operar seu trabalho vivo em ato para conduzir a produção do cuidado diário (Merhy *et al.*, 2004; Merhy e Franco, 2008a; Mello, Fugulin e Gaidzinski, 2007).

Buscando referenciais que focalizem as competências profissionais, encontramos no trabalho de Schwartz um caminho para a integração da teoria e da prática na formação de profissionais de saúde. O autor é enfático ao afirmar que competência para o trabalho é um exercício necessário e, ao mesmo tempo, uma questão insolúvel. A competência profissional é uma forma de definir uma competência para uma situação de trabalho, entretanto, uma situação de trabalho é algo que não se pode definir nem limitar, logo, fica clara a dificuldade de delimitar o que podem ser competências da atividade em uma situação de trabalho. Entretanto, Schwartz considera que "é legítimo examinar a questão da competência, porque nenhuma atividade humana pode deixar de lado a possibilidade de pessoas engajadas numa operação responderem

positivamente e operarem com eficácia tendo em vista o objetivo comum" (Schwartz e Durrive, 2007, p. 208).

Nesse sentido, o que Schwartz (1998) propugna é que a competência para o trabalho é uma combinatória problemática de ingredientes heterogêneos que devem ser analisados na perspectiva ergológica, já que as competências são antes de tudo um 'agir' aqui e agora, ou seja, é impossível separar competências das 'dramáticas do uso de si', pois cada um soluciona os problemas colocados por meio do trabalho a partir de seu patrimônio, através da mediação do 'corpo-si': da linguagem, dos valores, dos momentos da vida biológica, psíquica, política e cultural.

Para o autor, é através desse corpo-si, entidade mais enigmática que a definição de sujeito e subjetividade, que o trabalhador deixa de ser objetivado pelo trabalho e realiza sua atividade através do 'uso de si'. Segundo Schwartz, o corpo-si do trabalhador não é inteiramente biológico nem inteiramente cultural ou consciente. Ele é, na verdade, o resultado de toda a sua história, de sua experiência de vida, suas paixões, seus desejos e patrimônio (Schwartz e Durrive, 2007; Barros, 2007).

De acordo com Schwartz e Durrive (2007), para mobilizar o corpo-si numa situação de trabalho, é necessário mobilizar competências tendo em vista um objetivo comum. A operacionalização das competências da atividade em uma situação de trabalho é difícil, considerando que as situações de trabalho são imprecisas, jamais descritíveis e padronizáveis.

Para os autores, existem três elementos presentes na noção de competência, são elas: a apropriação de um certo número de normas antecedentes, ou seja conceitos que foram transmitidos e codificados para situações e trabalho; a presença de algo inteiramente diferente e inédito em relação às normas antecedentes da situação de trabalho e, por fim, a exposição ao inédito, quando as pessoas devem se remeter a si

próprias para gerir algo novo, articulando uma série de experiências heterogêneas, fazendo escolhas para "agir em competência" (Schwartz e Durrive, 2007).

Entretanto, para agir em competência na perspectiva ergológica torna-se importante suscitar o "dispositivo dinâmico a três polos" (DD3P), que, segundo Schwartz e Durrive (2007),

(...) é um lugar do encontro, o lugar do trabalho em comum em que se ativa uma espécie de espiral permanente de retrabalho dos saberes, que produz retrabalho junto às disciplinas, umas em relação às outras, portanto, que transforma eventualmente um certo número de hipóteses, de conceitos entre as disciplinas (Schwartz e Durrive, 2007, p. 269).

De acordo com Neves (2008), o DD3P é composto pelo polo dos conceitos, pelo polo da experiência e por um terceiro, ético e epistêmico, que efetua a ligação entre os dois primeiros. Esse dispositivo é uma consequência direta da ideia de renormatização da atividade. O primeiro polo - do conhecimento sistematizado - encontra-se com o segundo - dos saberes gerados nas atividades - em uma contínua dinâmica de renormatização. Esse encontro é realizado na presença de um terceiro polo - das exigências éticas e epistemológicas - que pressupõe uma maneira de olhar o outro como semelhante.

O terceiro polo corresponde ao do questionamento: é descrito como eixo socrático em duplo sentido, em que a reunião dos diferentes protagonistas em torno do que se passa no trabalho supõe uma espécie de requisito que é, ao mesmo tempo, uma exigência de aprendizagem, de domínio de conceitos e verbalização do trabalho e, também, de "imprendizagem" (Schwartz e Durrive, 2007), descrita como a humildade em face da atividade de trabalho que representa uma mina de informações acerca da forma como se podem colocar em uso os saberes constituídos no segundo polo. A utilização deste esquema retrata que, no 'encontro do trabalho', nunca se sairá incólume, pois a dinâmica a três polos engaja todos os seus protagonistas.

O DD3P tem uma grande diversidade de aplicação, a exemplo de Trinquet (1996), que desenvolveu o dispositivo em uma empresa com objetivo de controlar os riscos do trabalho; de Durrive (2004), que o utilizou no campo da formação, e Figaro (2008), que adaptou o dispositivo no campo da comunicação.

A 'ergoformação' ou formação ergológica é outro modo de se utilizar o DD3P no ofício de formador, cuja finalidade é conduzir uma atitude de humildade investigativa que restitui a cada um sua parcela de existência, de participação no mundo, em sua história e na produção de saberes. A utilização do DD3P no campo da formação tem por objetivo:

(...) ajudar uma pessoa a colocar em palavras aquilo que ela vive em situação de produção, porque o *ponto de vista* de cada um sobre seu próprio trabalho não está nunca totalmente pronto para ser comunicado. É um longo e paciente exercício de construção. Um verdadeiro esforço, mas que é muito útil porque ele abre muitas portas, facilita a resolução de problemas num sentido amplo: o desenvolvimento de competências (Schwartz e Durrive, 2007, p. 298, grifo dos autores).

A ergoformação não pretende anunciar uma nova pedagogia, mas é um meio "de apreender, um pouco que seja, a vivência no trabalho que escapa ao que está no registro do emprego ou ofício; de colocar a partir daí férteis questões, o que é fundamental para progredir em um percurso de inserção profissional" (Schwartz e Durrive, 2007, p. 298). Segundo Schwartz e Durrive, a ergoformação visa a permitir a uma pessoa adquirir meios de gerir uma situação que muda sem cessar, ou seja, saber-fazer. Portanto, para isso ela precisa ter uma dupla leitura de cada situação de trabalho: as instruções e as oportunidades.

No registro das instruções (que podem ser dispostas através de palavras, categorias, podendo então ser escritas, transmitidas e medidas), da antecipação, a pessoa encontra-se no domínio do codificado. No registro das oportunidades, vivido nos encontros com a situação de trabalho, a pessoa encontra-se na atividade. É a pessoa

engajada no seu trabalho. E esta situação somente poderá ser analisada depois da vivência da situação. Somente quando a pessoa envolvida no trabalho conhece bem as instruções e ao mesmo tempo está atenta às oportunidades, de modo a relacionar as duplas leituras, ela pode ser considerada competente.

Portanto, para desenvolver competência é necessário que o sujeito conheça as instruções e simultaneamente fique atento às oportunidades *in loco*, ou seja, no campo de atuação, de modo que seja possível alterar a norma. A competência de um trabalhador não se resume a aplicar os procedimentos, está sim em realizá-los em um ambiente material e humano submetido a mudanças permanentes (Schwartz e Durrive, 2007).

Com base no repertório teórico sobre trabalho em saúde e na construção de competências com base na ergoformação, percebe-se que mudanças nas práticas de formação em saúde são necessárias e urgentes. É preciso investir em estratégias que impulsionem a comunicação e interação dos sujeitos e seus saberes como eixo principal da atenção nas práticas de saúde, estimulando a lateralidade e a circularidade desses saberes nos processos de ensino-aprendizagem para uma transversalização de ações e de sujeitos no ato de cuidar.

Reconhecendo que todas essas mudanças e reflexões teóricas interferem diretamente no campo da formação de trabalhadores, pretende-se a seguir descrever uma estratégia intitulada "Comunidade ampliada de pesquisa em promoção da saúde", dispositivo de formação cujo objetivo é intensificar a inserção dos trabalhadores de saúde nos cenários de práticas da saúde promocional que resultem em (trans)formações no trabalho em saúde.

A estratégia "Comunidade ampliada de pesquisa em promoção da saúde"

Com objetivo de criar um ambiente propício ao desenvolvimento de competências profissionais para o campo da saúde e trabalho em saúde, propõe-se o dispositivo de formação denominado "Comunidade ampliada de pesquisa em promoção e educação em saúde" (CAP-PES), que teve como um primeiro esforço para sua construção teórica o artigo publicado por Sant'Anna e Hennington (2010).

A CAP-PES foi inspirada na ergologia e na educação popular e concebida como um espaço de reflexão/ação análogo à "comunidade científica ampliada" de Oddone, com o diferencial de incorporar uma nova perspectiva com a aplicação do DD3P. O eixo inicial da CAP-PES é a compreensão do processo saúde-doença a partir de uma pesquisa sobre as condições de saúde de uma comunidade, na perspectiva de (trans)formação e (re)construção de conhecimentos para o trabalho em saúde, baseados nos conceitos da promoção da saúde e em referenciais que visam ao diálogo numa interseção compartilhada do conhecimentos.

A CAP-PES pretende ser uma proposta de pesquisa-formação que poderá ser realizada no campo da formação em saúde, tendo por eixo metodológico o DD3P representado pelo esquema de Schwartz e adaptado por Durrive (Schwartz e Durrive, 2007; Figaro, 2008), com o objetivo de dotar o trabalhador, ou futuro trabalhador, de ferramentas/meios de gerir uma situação que muda sem cessar, ou seja, saber-fazer o trabalho vivo em saúde.

Os polos do dispositivo da CAP-PES estão assim representados: no polo A, temos os conhecimentos constituídos no campo da saúde, em especial da saúde coletiva e de outras disciplinas que se articulam com o campo - são os saberes científicos, referentes ao aporte conceitual de promoção da saúde e redução das vulnerabilidades, vigilância em saúde e da educação em saúde, entre outros. No polo B, temos a

atividade, ou seja, o agir produtivo experimentado no cotidiano sobre as formas de realizar o trabalho em saúde. No polo C, temos a formulação de questionamentos originados pelo desconforto intelectual que se colocam como conhecimentos a serem construídos na relação entre os diferentes polos. É a dinâmica entre o conhecimento científico e a experiência, tendo como princípio as mútuas convocações, combinando desconforto intelectual e humildade epistemológica, através de encontros e diálogos que possibilitem os diversos sujeitos a enfrentar as infidelidades do meio (Canguilhem, 1982), levando-os a desenvolver competências na área da promoção da saúde. Para ativar o polo C, utilizaremos os princípios da ergoformação, que consistem em ajudar uma pessoa a colocar em palavras aquilo que ela vive em situação de produção, a partir de uma dupla leitura de cada situação de trabalho: as instruções e as oportunidades (Schwartz e Durrive, 2007).

A perspectiva metodológico-pedagógica que buscamos ampliar com a CAP-PES visa à articulação crítico-criativa em torno de um espaço coletivo capaz de fazer imergir o profissional da saúde na experiência de vida/saúde a partir do confronto entre a experiência direta e a reflexão conceitual, possibilitando a apreensão da produção de saberes investidos para transformar o trabalho em saúde. A proposta metodológica a ser utilizada tem também como fundamentação a educação popular e suas ações baseadas no diálogo, na escuta do outro e na construção compartilhada de conhecimento.

Para delinear os aspectos estruturais/operacionais da CAP-PES buscou-se no referencial de Bezerra, Cazarin e Alves (2010) elementos que permitissem, a partir da elaboração e elucidação de alguns questionamentos, diagramar o funcionamento de uma estratégia e os componentes necessários para sua operacionalização, conforme pode ser observado na construção do dispositivo teórico/lógico (DMTL) da CAP-PES (ver Quadro 1).

Com a finalidade de expor o processo de formulação e elaboração da CAP-PES, serão detalhadas a seguir as informações essenciais que subsidiaram a diagramação do funcionamento da proposta.

Quadro 1 - Dispositivo teórico-lógico da estratégia CAP-PES

Etapas da CAP-PES	Estratégias e recursos	Atividades	Produtos	Resultados intermediários	Resultado final
- Oficina de atualização em promoção e educação em saúde	- Aulas expositivas - Palestras e dinâmicas	- Capacitação de trabalhadores através da oficina de atualização em promoção e educação da saúde	- 100% dos trabalhadores capacitados para atuar no campo da promoção e educação em saúde	- Produção de saberes, tecnologias de cuidado e práticas baseada nos conceitos da promoção da saúde, no diálogo e na construção compartilhada do conhecimento em saúde com a comunidade	- Formação de trabalhadores de saúde competentes para atuar no campo da saúde promocional e capazes de transformar as práticas de saúde
- Estudo de campo	- Capacitação técnica	- Realização de estudo de campo sobre as condições de vida de uma comunidade			
- Grupos de discussão (Diálogo e construção compartilhada do conhecimento)	- Visitas técnicas - Pesquisa em saúde	- Realização de grupos de discussão da CAP-PES – a construção compartilhada do conhecimento sobre promoção e educação em saúde			
- Investigação do encontro do trabalho	- Sala de aula - Recursos audiovisuais - Materiais de informática	- Realização da investigação sobre o encontro do trabalho, ativando o terceiro polo do DD3P com base na ergoformação			

Fonte: Adaptado de Bezerra, Cazarin e Alves (2010).

Os passos para modelagem da estratégia CAP-PES

Conforme descrevem Bezerra, Cazarin e Alves (2010), para delinear um programa/proposta de intervenção em saúde, é importante responder a alguns questionamentos que explicitam seus aspectos essenciais. O primeiro questionamento para a construção do dispositivo em foco diz respeito à identificação do problema que gerou a necessidade de criação da CAP-PES voltada para formação de trabalhadores de saúde.

A reorganização produtiva do trabalho em saúde, em decorrência das mudanças ocorridas no mundo do trabalho, impôs à esfera da formação a urgência de criação de dispositivos capazes de provocar mudanças na formação de profissionais de saúde que sejam coerentes com a construção do SUS, que priorizem a atenção primária com ênfase

na promoção da saúde, na organização de serviços na perspectiva de rede e no fomento da gestão participativa.

O objetivo geral do dispositivo de formação CAP-PES é criar um ambiente capaz de fazer o trabalhador de saúde imergir na experiência de vida/saúde no campo da saúde promocional e possibilitar o desenvolvimento de competências profissionais, produção de novos saberes e (trans)formação do trabalho em saúde, utilizando ferramentas teórico-conceituais e metodológicas da cartografia do trabalho vivo em ato, da educação popular e da ergologia.

Seus objetivos específicos são: 1) proporcionar espaço para a apresentação e discussão das inovações e produção de conhecimentos técnico-científicos e vivências em ações e práticas de saúde, por meio de oficinas de promoção e educação em saúde que capacitem o trabalhador para realização de um estudo de campo; 2) desenvolver uma pesquisa de campo que possibilite inserir o trabalhador da saúde na discussão do processo saúde-doença presente no cotidiano de vida de uma comunidade; 3) formar grupos de discussão/ação com trabalhadores da saúde e sujeitos do estudo de campo, a fim de proporcionar experiência das dramáticas do aprender a pensar, do aprender a enfrentar os problemas encontrados na realidade local e de construir suas práticas de saúde e projetos de intervenção de forma emancipatória, por meio do diálogo e da construção compartilhada do conhecimento; 4) investigar através de entrevistas/grupos focais o encontro do trabalho, na perspectiva da ergoformação, que busca conhecer os saberes produzidos a partir das experiências vividas pelos trabalhadores participantes da CAP-PES.

O público-alvo seriam os trabalhadores da saúde ou trabalhadores em formação da área da saúde, independentemente da categoria profissional.

Antes de iniciar a intervenção será necessário organizar os aspectos estruturais/organizacionais do dispositivo de formação, como a elaboração de oficinas de atualização teórica e realização de visitas técnicas em espaços produtores de ações de promoção da saúde; capacitação teórica e prática para realização da pesquisa de campo e agendamentos de espaços físicos para aulas, palestras, grupos de discussão e a própria pesquisa de campo. É de suma importância a elaboração de um projeto de pesquisa específico para o estudo de campo, e que o mesmo seja submetido e aprovado por um comitê de ética e pesquisa.

Para compreender melhor a proposta de capacitação de profissionais de saúde através do dispositivo de formação CAP-PES, torna-se necessário elencar os componentes/etapas essenciais e suas respectivas atividades que serão detalhadas simultaneamente. Para fins didáticos, a CAP-PES foi organizada em quatro etapas que estão em conformidade com os objetivos específicos propostos pelo dispositivo.

- **Primeira etapa:** Organização da capacitação dos profissionais de saúde na oficina de atualização em promoção e educação em saúde

Com o intuito de recrutar os trabalhadores, propõe-se como etapa inicial uma oficina de atualização cuja finalidade é captar e capacitar trabalhadores da saúde, ou futuros trabalhadores, com os seguintes objetivos: apresentar e discutir temas atuais do campo, como conceito ampliado de saúde e promoção da saúde; proporcionar vivências através de visitas técnicas em espaços produtores de ações de promoção da saúde e na perspectiva da construção compartilhada de saber; e habilitar o trabalhador para participar de um estudo de campo.

Para inscrição na oficina, os trabalhadores deverão ser informados dos objetivos do estudo e aceitar participar do dispositivo. Após o recrutamento e a capacitação dos

profissionais, eles serão convidados a participar da segunda etapa do projeto de intervenção/formação.

• **Segunda etapa:** Proposição de um estudo de campo

Com a finalidade de criar um ambiente capaz de fazer o trabalhador imergir na experiência de vida/saúde, propõe-se um estudo de campo cuja finalidade é disparar o movimento de reflexão e análise da situação de saúde de uma população e "conhecer melhor o chão em que pisamos" (Brandão, 2006, p. 133).

Assim, torna-se interessante que o estudo se realize em uma comunidade próxima ou conhecida, por exemplo, escola, comunidade, igreja ou centro de saúde. É importante que seja sugerido algum tipo de pesquisa já validado em literatura, a exemplo dos inquéritos de saúde.² Antes de aplicar o inquérito, a população alvo deverá ser esclarecida sobre os objetivos da pesquisa e autorizar sua participação, conforme os preceitos da resolução n. 196/1996.

Os dados da pesquisa deverão ser analisados e discutidos e, posteriormente, divulgados e re(produzidos) em palestras, grupos de estudos e/ou grupos focais. Após divulgação da situação de saúde, é recomendável realizar um debate com a população alvo do inquérito, num processo de 'coanálise' e de discussão das formas de enfrentamento dos problemas referentes ao processo saúde-doença identificados, bem como fazer aflorar outros temas geradores, ou seja, as temáticas significativas de saúde que afligem a comunidade em questão.

Ao final dos debates, é importante convidar a comunidade onde foi realizado o inquérito para participar também dos grupos de discussão da CAP-PES que serão realizados na terceira etapa deste estudo.

- **Terceira etapa:** Organização dos grupos de discussão da CAP-PES - o 'espaço interseçor' para construção compartilhada do conhecimento sobre promoção e educação em saúde

Esta etapa consiste em fomentar espaços de diálogo entre profissionais participantes da CAP-PES e a população alvo sobre a situação de saúde constatada na pesquisa de campo, com objetivo de promover a organização política necessária à superação dos problemas encontrados a partir da construção de propostas de promoção e educação em saúde.

Proposto por Paulo Freire, o referencial metodológico a ser utilizado para subsidiar este 'espaço interseçor' dos grupos de discussão serão os círculos de estudo, cujo objetivo é atribuir um papel ativo aos profissionais de saúde e à população alvo (usuários) na produção de conhecimento coletivo, considerando como imagem-objetivo a transformação da realidade social e a possibilidade de melhora do nível de vida das pessoas imersas nessa realidade (Brandão, 2006).

Nesses grupos de discussão será desenvolvida a análise crítica dos problemas identificados, num diálogo-debate sobre as formas de enfrentamento por meio de um movimento de transversalidade comunicacional e do compartilhar conhecimentos na busca de ações e práticas com capacidade de intervir na realidade, visando à construção de vidas mais saudáveis.

Após a finalização do grupo de discussão, os profissionais de saúde, valendo-se da análise dos dados do inquérito e do processo - de tudo o que aconteceu durante todo o transcorrer do trabalho -, deverão propor atividades de promoção e educação em saúde a partir do conhecimento compartilhado de saúde desenvolvido na CAP-PES.

- **Quarta etapa** - Investigação do encontro do trabalho - ativando o polo C do DD3P com base na ergoformação

Nesta etapa será realizada uma investigação que busca conhecer os saberes produzidos a partir das experiências vividas pelos trabalhadores participantes da CAP-PES, ou seja, conhecer "o ponto de vista daquele que trabalha" (Schwartz e Durrive, 2007, p. 297) da perspectiva da ergoformação, que entende que, quando o sujeito se retira do trabalho para refletir e tirar os ensinamentos do vivido e retorna em seguida, este processo torna o trabalho formador (Schwartz e Durrive, 2007).

Para produção de dados, propõe-se a realização de entrevista semiestruturada. Os dados serão registrados através de gravador e diário de campo da equipe de docentes integrantes do projeto e depois transcritos.

A entrevista deverá ter como questões norteadoras: "conte-me como foi, para você, participar do CAP-PES", que tem por objetivo 'quebrar o gelo', introduzir o tema em foco e construir uma interação com o pesquisado; "conte-me sobre as atividades desenvolvidas por você na CAP-PES", que visa a fazer a leitura das instruções (reconhecimento) das atividades, ou seja, possibilitar que os trabalhadores destaquem e listem os principais procedimentos, atividades, práticas desenvolvidas, as normas antecedentes. É o olhar sobre a generalidade da situação, ou seja, decodificar uma situação pelo "ângulo das informações estáveis, aquelas que são pensadas de antemão, de certa forma informações frias porque duráveis" (Schwartz e Durrive, 2007, p. 304).

Por fim, a última questão norteadora será: "conte-me como foi realizar cada atividade desenvolvida por você na CAP-PES", que tem por objetivo fazer a leitura da atividade pelo ângulo das oportunidades (ancoragem). Esta questão pretende que o trabalhador fale com base na "vivência da situação", ou seja, que ele faça uma "releitura da mesma situação, mas da perspectiva do ser vivo, com engajamento da pessoa referida. As informações recolhidas são 'quentes' no sentido de que são sensíveis,

arriscadas, efêmeras, pois mal são recolhidas, já estão superadas" (Schwartz e Durrive, 2007, p. 304).

Os dados serão categorizados com base na dupla leitura da atividade: as instruções (reconhecimento) e as oportunidades (ancoragem), conforme descrito por Schwartz e Durrive. Com base nessa dupla leitura, serão construídas as categorias analíticas das competências desenvolvidas pelo trabalhador: "a ergoformação está no cruzamento do reconhecimento e da ancoragem, porque manter juntas as instruções e as oportunidades é ser competente" (Schwartz e Durrive, 2007, p. 304), Logo, fazer com que os sujeitos expressem em palavras os saberes construídos e constituídos durante a atividade é revelar as competências desenvolvidas durante a participação na CAP-PES.

Espera-se, nesse processo de educação continuada dos alunos (trabalhadores), oficializar um dispositivo de formação, integrando-o à grade curricular, enfatizando a construção compartilhada de conhecimentos e incentivando a efetivação e produção de tecnologias, como a leve e a levedura, para o campo da promoção e educação em saúde.

Considerações finais

O novo cenário da saúde, com seus novos conceitos, ações e propostas que formalizam a participação ativa de sujeitos sociais, criativos e transformadores da realidade, requer novas práticas educativas e de formação capazes de contribuir para provocar mudanças no campo da saúde.

Com base nos referenciais teóricos da cartografia da micropolítica do trabalho vivo em ato, de Emerson Elias Merhy, da educação popular em saúde, de inspiração freireana, e da *démarche* ergológica, de Yves Schwartz, foram apresentadas sucintamente as bases teórico-metodológicas do dispositivo de formação intitulado "Comunidade ampliada de pesquisa em promoção da saúde", cujo objetivo é criar um

ambiente educativo que possibilite ao trabalhador de saúde imergir na experiência de vida/saúde no campo da saúde promocional e propiciar o desenvolvimento de competências profissionais, produção de novos saberes, efetivação e produção de tecnologias e (trans)formação do trabalho na perspectiva de educação continuada.

Embora ainda em formulação/experimentação, acredita-se na capacidade da CAP-PES de contribuir para renovar as práticas de saúde coletiva e para transformar os sujeitos, preenchendo uma lacuna importante na formação para o trabalho em saúde, em especial, no campo da educação e saúde promocional.

Notas

¹ Analista de gestão em saúde do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, da Fundação Oswaldo Cruz (Ipec/Fiocruz), e docente da Escola Técnica Estadual de Saúde Herbert Daniel de Souza, da Fundação de Apoio à Escola Técnica (Faetec). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fiocruz. <suze.santanna@ipeec.fiocruz.br>

² Professora e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), e do Programa de Pós-Graduação em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (Ipec) da Fiocruz. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). <elida.hennington@ipeec.fiocruz.br>

³ O conceito ampliado de saúde é fruto de reflexões teóricas, das práticas e movimentos sociais que resultaram na VIII Conferência Nacional de Saúde e foi consagrado no texto constitucional de 1988. Entendido "como resultado dos modos de organização social da produção, como efeito da composição de múltiplos fatores, exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação. Ratifica, também, o engajamento do setor saúde por condições de vida mais dignas e pelo exercício pleno da cidadania" (Campos, Barros e Castro, 2004, p. 746).

⁴ Para Schwartz, o conceito de atividade exibe três características: 1) transgressão: expressa as tensões entre o que é formalizado pelas normas e conceitos e o informal, o que não é bem codificado no nível da linguagem; 2) mediação: aspecto dinâmico dessa transgressão que, nas atividades de trabalho, se apresenta como algo obscuro porque se encontra incorporado nos corpos dos sujeitos; 3) contradição: instaura um debate de normas em que cada sujeito é convocado a gerir cotidianamente suas ações. A atividade é um impulso de vida, de saúde, sem limite predefinido, que sintetiza, cruza e liga tudo o que se representa separadamente - corpo/espírito, individual/coletivo, fazer/valores, privado/profissional, imposto/desejado etc. (Durrive e Schwartz, 2008).

⁵ A micropolítica é entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que eles se encontram (Franco, 2006).

⁶ O trabalho vivo refere-se ao trabalho em ato, trabalho dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva (Franco, 2006).

⁷ Trabalho morto refere-se a todos os produtos-meio (ferramentas, matérias-primas) que são resultados de um trabalho humano anterior e que são utilizados pelo homem para realizar um dado trabalho (Malta e Merhy, 2003).

⁸ Oddone, psicólogo italiano, ficou conhecido como um dos propositores do Modelo Operário Italiano e, a partir da década de 1980, teve influência decisiva na atuação e consolidação da área de saúde do trabalhador no Brasil.

⁹ Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) e Inquérito multicêntrico de saúde no estado de São Paulo/ISA-Camp - para o planejamento de ações na área de saúde - são exemplos clássicos desse tipo de inquérito.

Referências

ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, jan. 2011. [[Links](#)]

BARROS, Maria Elizabeth Barros. Trabalhar: usar de si - sair de si. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 355-357, 2007. [[Links](#)]

BEZERRA, Luciana Caroline de Albuquerque; CAZARIN, Gisele; ALVES, Cinthia Kalyne de Almeida. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, Isabella *et al.* (Orgs.). *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 65-78. [[Links](#)]

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. (Org.). *Pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense, 2006. [[Links](#)]

BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. [[Links](#)]

BRITO, Jussara. Trabalho e saúde coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 879-890, 2005. [[Links](#)]

CAMPOS, Gastão Wagner; BARROS, Regina Benevides; CASTRO, Adriana Miranda. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004. [[Links](#)]

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 2. ed. Trad. Maria Tereza R. de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense, 1982. [[Links](#)]

CARVALHO, Maria Alice Pessanha; ACIOLI, Sonia; STOTZ, Eduardo Navarro. Construção compartilhada do conhecimento. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede Educação Popular e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 101-114. [[Links](#)]

CUNHA, Gustavo Tenório. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2010. [[Links](#)]

DAVID, Maria Helena Scherlowski Leal; ACIOLI, Sonia. Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular e de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 1, p. 127-31, fev. 2010. [[Links](#)]

DURRIVE, Louis. Uma ação de formação no ambiente carcerário: um exemplo de abordagem das competências por meio da ergologia. In: DOLZ, Joaquim; OLLAGNIER, Edmé (Orgs.). *O enigma da competência em educação*. Porto Alegre: ArtMed, 2004. p. 173-187. [[Links](#)]

- DURRIVE, Louis; SCHWARTZ, Yves. Glossário da ergologia. *Laboreal*, v. 4, n.1, p. 23-28, 2008. Disponível em: <<http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV6582234396587;63882>>. Acesso em: 21 maio 2011. [[Links](#)]
- FERREIRA, Vitória Solange Coelho; FRANCO, Tulio Batista; MERHY, Emerson Elias. O processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 898-907, 2009. [[Links](#)]
- FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Revista da Abeno*, v. 3, n. 1, p. 24-27, jan./dez. 2003. Disponível em: <<http://sites2.ufal.br/unidadeacademica/famed/pos-graduacao/mestrado-em-ensino-da-saude/educacao%20dos%20profissionais.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2011. [[Links](#)]
- _____. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, dez. 2005. [[Links](#)]
- FIGARO, Roseli. Atividade de comunicação e de trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 107-145, 2008. [[Links](#)]
- FRANCO, Tulio Batista. As redes na micro-política do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo (Orgs.). *Gestão em redes*. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/Uerj-Lappis, 2006. p. 459-474. [[Links](#)]
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 48 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. [[Links](#)]
- GOMES, Rafael *et al.* Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros; MATTOS, Rubem Araújo (Orgs.). *Trabalho em equipe sob eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/Uerj, 2010. [[Links](#)]
- HAFNER, Maria de Lourdes M. Botta *et al.* A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl.1, p. 1.715-1.724, 2010. [[Links](#)]
- HENNINGTON, Élide Azevedo. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 555-561, jun. 2008. [[Links](#)]
- MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. *Reme - Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 61-66, jan./jul. 2003. [[Links](#)]
- _____. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 14, p. 243-255, 2010. [[Links](#)]
- MELLO, Maria Cristina de; FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. O tempo no processo de trabalho em saúde: uma abordagem sociológica. *Acta Paluista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 1, mar. 2007. [[Links](#)]
- MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de; MOYSES, Simone Tetu; MOYSES, Samuel Jorge. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 683-692, set. 2010. [[Links](#)]
- MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2007. [[Links](#)]

- MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Reestruturação produtiva em saúde. In: PEREIRA, Isabel B.; LIMA, Julio César F. (Orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008a. p. 348-352. [[Links](#)]
- _____; _____. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel B.; LIMA, Julio César F. (Orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008b. p. 427-432. [[Links](#)]
- MERHY, Emerson Elias *et al.* (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. [[Links](#)]
- NEVES, Tatiana Pereira. As contribuições da ergologia para a compreensão da biossegurança como processo educativo: perspectivas para a saúde ambiental e do trabalhador. *O Mundo da Saúde São Paulo*, São Paulo, v. 32, n.3, p. 367-375, 2008. [[Links](#)]
- PEDROSA, José Ivo. Educação popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: BRASIL (Org.). *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 13-17. Série B. Textos Básicos de Saúde. [[Links](#)]
- _____. Educação popular em saúde e gestão participativa no Sistema Único de Saúde. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 303-313, jul./set. 2008. [[Links](#)]
- PIRES, Denise. *Reestruturação produtiva e o trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume, 1998. [[Links](#)]
- RABELLO, Lucíola Santos. *Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. [[Links](#)]
- RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, abr. 2004. [[Links](#)]
- SANT'ANNA, Suze Rosa; HENNINGTON, Élide Azevedo. Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 207-215, mar. 2010. [[Links](#)]
- SCHWARTZ, Yves. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 19, n. 65, p. 101-140, dez. 1998. [[Links](#)]
- _____. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. *Trabalho & Educação*, Belo Horizonte, n. 7, p. 38-46, jul./dez. 2000. [[Links](#)]
- _____. Disciplina epistêmica disciplina ergológica: paidéia e politéia. *Pro-Posições*, Campinas, v. 13, n. 1, p. 126-149, jan./abr. 2002. [[Links](#)]
- _____. Ergonomia, filosofia e exterritorialidade. In: DANIELLOU, François (Coord.). *A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos*. São Paulo: Edgar Blücher, 2004. [[Links](#)]
- _____. Entrevista. *Trabalho, Educação, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 457-466, 2006. [[Links](#)]
- SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis. *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF, 2007. [[Links](#)]
- SILVA, José Paulo Vicente da; LIMA, Juliano de Carvalho. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária brasileira. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 43-73. [[Links](#)]

SILVA, Kênia Lara da *et al.* Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 1, p. 86-91, 2009.

[[Links](#)]

_____. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, p. 165-175, 2010. [[Links](#)]

STOTZ, Eduardo Navarro; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; WONG-UN, Julio Alberto. Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p. 49-60, 2005.

[[Links](#)]

TRINQUET, Pierre. *Maîtriser les risques du travail*. Paris: PUF, 1996. [[Links](#)]

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: BRASIL (Org.). *Cadernos de educação popular em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 18-30. [[Links](#)]

_____. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 2008.

[[Links](#)]

Recebido em 03/06/2011

Aprovado em 10/06/2011

A.. INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Este questionário que você irá responder faz parte de uma pesquisa “A saúde dos discentes da ETES”, com o objetivo de conhecer alguns aspectos importantes sobre sua saúde.

01. Prezado(a) aluno(a), você concorda em participar dessa pesquisa?

- Sim Não

B1. INFORMAÇÕES GERAIS

As próximas perguntas referem-se a você e a sua casa. Você não será identificado(a), suas respostas serão secretas e não serão divulgadas para ninguém. Apenas o resultado geral da pesquisa será divulgado.

2. Qual a sua idade? _____

3. Sexo:

- masculino (pule a q14)
 feminino (se > 50 anos, pule a q14)

4. A cor de sua pele é:

- branca
 negra
 parda ou morena
 amarela (apenas ascendência oriental)
 vermelha (confirmar ascendência indígena)
 não sabe

5. Até que série você estudou:

- 2°. Grau ou técnico ou normal ou ensino médio ou supletivo
 3°. Grau ou curso superior incompleto.
 3°. Grau ou curso superior completo.
 Pós-graduação (especialização, Mestrado, Doutorado)

6. VOCÊ TRABALHA:

- Não (pule para q10)
 Sim

7. Qual seu vínculo empregatício?

- celetista (carteira de trabalho)
 estatutário (servidor público)
 autônomo (paga INSS)
 autônomo (não paga INSS)

8. Qual sua ocupação ? _____

9.. Qual seu estado civil:

- Casado(a) /união estável
 Solteiro(a)
 separado(a)/desquitado(a)
 viúvo(a)
 outros. _____

10. Você mora:

- com seus pais/familiares
 com amigos
 sozinho
 com cônjuge/companheiro(a)
 com cônjuge/companheiro(a) e filhos
 outros.

2. DADOS ANTROPOMÉTRICOS

11. Você sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)?

12. Quanto tempo faz que se pesou da última vez?

- menos de 1 semana
 entre 1 semana e 1 mês
 entre 1 mês e 3 meses
 entre 3 e 6 meses
 6 ou mais meses
 nunca se pesou
 não lembra

13. Quanto ao seu peso, você se considera?

- magro
 muito magro
 normal
 gordo
 muito gordo

14. Você fez alguma coisa para emagrecer NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

- não
 sim

15. Se você fez alguma coisa para emagrecer NOS ÚLTIMOS 12 MESES, o que você fez?

- não fiz nada para emagrecer nos últimos 12 meses
 tem cuidado com o que vai comer
 faz dieta
 pratica exercício, esporte, caminhada
 usa medicamento com prescrição médica
 usa medicamento sem prescrição
 deixa de fazer alguma refeição
 outro: _____

16. Você ainda faz alguma coisa para emagrecer?

- não
 sim

17. Se você faz alguma coisa para emagrecer, o que você faz?

- não fiz nada para emagrecer nos últimos 12 meses
 tem cuidado com o que vai comer
 faz dieta
 pratica exercício, esporte, caminhada
 usa medicamento com prescrição médica
 usa medicamento sem prescrição
 deixa de fazer alguma refeição
 outro: _____

18. Você sabe sua altura?

- sim. ___ m ____ cm
 não sabe

SOMENTE PARA O SEXO FEMININO

19. Você está grávida no momento?

- sim
 não
 não sabe

B2. DADOS SOBRE SUA SAÚDE

20. Em quantos dias da semana você costuma comer feijão?

- 1 a 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 todos os dias (inclusive sábado e domingo)
 nunca

21. Em quantos dias da semana, você costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?

- 1 a 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 todos os dias
 quase nunca (pule para q23)
 nunca (pule para q23)

22. Em quantos dias da semana, você costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru?

- 1 a 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 todos os dias
 quase nunca (pule para q24)
 nunca (pule para q24)

23. Num dia comum, você come este tipo de salada:

- no almoço (1 vez no dia)
 no jantar ou
 no almoço e no jantar (2 vezes no dia)

24. Em quantos dias da semana, você costuma comer verdura ou legume cozido junto com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame?

- 1 a 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 todos os dias
 quase nunca (pule para q26)
 nunca (pule para q26)

25. Num dia comum, você come verdura ou legume cozido:

- no almoço (1 vez no dia)
 no jantar ou
 no almoço e no jantar (2 vezes no dia)

26. Em quantos dias da semana você costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)?

- 1 a 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 todos os dias
 quase nunca (pule para q28)
 nunca (pule para q28)

27. Quando você come carne vermelha com gordura, você costuma:

- tirar sempre o excesso de gordura visível
 comer com a gordura
 não come carne vermelha com muita gordura

28. Em quantos dias da semana você costuma comer frango?

- 1 a 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 todos os dias
 quase nunca (pule para q30)
 nunca (pule para q30)

29. Quando você come frango com pele, você costuma:

- tirar sempre a pele
 comer com a pele
 não come pedaços de frango com pele

30. Em quantos dias da semana você costuma tomar suco de frutas natural?

- 1 a 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 todos os dias
 quase nunca (pule para q32)
 nunca (pule para q32)

31. Num dia comum, quantos copos você toma de suco de frutas natural?

- 1
 2
 3 ou mais

32. Em quantos dias da semana você costuma comer frutas?

- 1 a 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 todos os dias
 quase nunca (pule para q34)
 nunca (pule para q34)

33. Num dia comum, quantas vezes você come frutas?

- 1 vez no dia
 2 vezes no dia
 3 ou mais vezes no dia

34. Em quantos dias da semana você costuma tomar refrigerante (ou suco artificial)?

- 1 a 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 todos os dias
 quase nunca (pule para q37)
 nunca (pule para q37)

35. Que tipo?

- normal o diet/light
 ambos

36. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia?

- 1
 2
 3
 4
 5
 6 ou +
 não sabe

37. Em quantos dias da semana você costuma tomar leite? (não vale leite de soja)

- 1 a 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 todos os dias
 quase nunca (pule para q39)
 nunca (pule para q39)

38. Quando você toma leite, que tipo de leite costuma tomar?

- integral
 desnatado ou semi-desnatado
 os dois tipos
 não sabe

39. Quantos dias na última semana, você comeu fora de casa?

- 1
 2
 3
 4
 5
 6
 Todos os dias da semana
 Nenhum

40. Você costuma consumir bebida alcoólica?

- sim
 não (pula para q46)

41. Com que frequência você costuma ingerir alguma bebida alcoólica?

- 1 a 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 todos os dias
 menos de 1 dia por semana
 menos de 1 dia por mês (pule para q41)

SOMENTE PARA HOMENS

42. Nos últimos 30 dias, você chegou a consumir mais do que 5 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (mais de 5 doses de bebida alcoólica seriam mais de 5 latas de cerveja, mais de 5 taças de vinho ou mais de 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)

- sim (pule para q44)
 não (pule para q46)

SOMENTE PARA MULHERES

43. Nos últimos 30 dias, você chegou a consumir mais do que 4 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (mais de 4 doses de bebida alcoólica seriam mais de latas de cerveja, mais de 4 taças de vinho ou mais de 4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)

- sim
 não (pule para q46)

44. Em quantos dias do mês isto ocorreu?

- em um único dia no mês;
 em 2 dias
 em 3 dias
 em 4 dias
 em 5 dias
 em 6 dias
 em 7 ou mais dias
 Não sabe

45. Neste dia (ou em algum destes dias), você dirigiu logo depois de beber?

- sim
 não

46. Você costuma adicionar sal na comida pronta, no seu prato, sem contar a salada?

- não
 sim, sempre ou quase sempre
 sim, de vez em quando

Nas próximas questões, vamos perguntar sobre suas atividades físicas do dia-a-dia.

47. Nos últimos três meses, você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?

- sim
 não (pule para q52) (não vale fisioterapia)

48. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que você praticou?

- caminhada (não vale deslocamento para trabalho)
 caminhada em esteira

- corrida
 corrida em esteira
 musculação
 ginástica aeróbica
 hidroginástica
 ginástica em geral
 natação
 artes marciais e luta
 bicicleta
 futebol
 basquetebol
 voleibol
 tênis
 outros

49. Você pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?

- sim
 não – (pule para q52)

50. Quantos dias por semana você costuma praticar exercício físico ou esporte?

- 1 a 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 todos os dias

51. No dia que você pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

- menos que 10 minutos
 o entre 10 e 19 minutos
 entre 20 e 29 minutos
 entre 30 e 44 minutos
 entre 45 e 59 minutos
 60 minutos ou mais

52. Nos últimos três meses, você trabalhou?

- sim
 não – (pule para q57)

53. No seu trabalho, você anda bastante a pé?

- sim
 não
 não sabe

54. No seu trabalho, você carrega peso ou faz outra atividade pesada?

- sim
 não
 não sabe

55. Você costuma ir a pé ou de bicicleta de casa para o trabalho:

- sim
 não (pule para q57)

56. Quanto tempo você gasta para ir e voltar do trabalho?

- menos que 20 minutos
- entre 20 e 29 minutos
- 30 minutos ou mais

57. Quem costuma fazer a faxina da sua casa?

- eu sozinho (pula)
- eu com outra pessoa
- outra pessoa (pule para q59)

58. A parte mais pesada da faxina fica com:

- você
- outra pessoa
- ambos

59. Você costuma assistir televisão todos os dias?

- sim (pule para q61)
- não

60. Quantos dias por semana você costuma assistir televisão?

- 5 ou mais
- 3 a 4
- 1 a 2
- não costuma assistir televisão (pule para q62)

61. Quantas horas por dia você costuma assistir televisão?

- menos de 1 hora
- entre 1 e 2 horas
- entre 2 e 3 horas
- entre 3 e 4 horas
- entre 4 e 5 horas
- entre 5 e 6 horas
- mais de 6 horas

62. Você fuma?

- sim, diariamente
- sim, ocasionalmente
- não – (pule para q66)

63. Quantos cigarros você fuma por dia?

- 1-4
- 5-9
- 10-14
- 15-19
- 20-29
- 30-39
- 40 ou +

64. Que idade você tinha quando começou a fumar regularmente? (_____) anos

- não lembra

65. Você já tentou parar de fumar?

- sim (pule para q67)
- não (pule para q67)

66. Você já fumou?

- sim
- não (pule para q69)

67. Que idade você tinha quando começou a fumar regularmente? _____ anos

- não lembra

68. Que idade você tinha quando parou de fumar? _____ anos

- não lembra

Agora estamos chegando ao final do questionário e gostaríamos de saber sobre seu estado de saúde.

69. Você classificaria seu estado de saúde como:

- muito bom,
- bom,
- regular ou
- ruim
- muito ruim
- não sabe

70. Algum médico já lhe disse que você tem pressão alta?

- sim
- não
- não lembra

71. E diabetes?

- sim
- não
- não lembra

72. E infarto, derrame ou acidente vascular cerebral (AVC)?

- sim
- não
- não lembra

73. E colesterol ou triglicérides elevado?

- sim
- não
- não lembra

74. E osteoporose (doença/fraqueza dos ossos)?

- sim
- não
- não lembra

75. E doenças como asma, bronquite asmática, bronquite crônica ou enfisema?

- sim
 não (pule para q77)
 não lembra (pule para q77)

76. E ainda tem? (asma, bronquite asmática, bronquite crônica ou enfisema)

- sim
 não
 não sabe

Apenas para sexo feminino

77. Você já fez alguma vez exame de papanicolau, exame do colo do útero? (apenas para sexo feminino)

- sim
 não (pule para q79)
 não sabe (pule para q79)

78. Quanto tempo faz que você fez exame de papanicolau?

- menos de 1 ano
 entre 1 e 2 anos
 entre 2 e 3 anos
 entre 3 e 5 anos
 5 ou mais anos
 não lembra

79. Você fez alguma vez mamografia, raio x das mamas? (apenas para sexo feminino)

- sim
 não (pule para q81)
 não sabe (pule para q81)

80. Quanto tempo faz que você fez mamografia?

- menos de 1 ano
 entre 1 e 2 anos
 entre 2 e 3 anos
 entre 3 e 5 anos
 5 ou mais anos
 não lembra

81. Quando você fica exposto ao sol, por mais de 30 minutos seja andando na rua, no trabalho ou no lazer, costuma usar alguma proteção?

- sim o não (pule para q83)
 não fica exposto mais de 30 minutos (pule para q83)

82. Que tipo de proteção você costuma usar?

- filtro solar
 chapéu, sombrinha
 ambos

83. Nos últimos 12 meses, você sentiu necessidade ou precisou buscar atendimento médico ou psicológico para problemas relacionados a sua saúde mental, como ansiedade, nervosismo, angústia ou depressão?

- sim
 não (pule para q86)

84. Você conseguiu ser atendido?

- sim
 não

85. Atualmente, você usa algum método para evitar a gravidez?

- Sim
 Não, não uso (pule para q87)

Não, não tenho atividade sexual (pule para q88)

86. Que método você usa atualmente com maior frequência?

86a se mulher

- Laqueadura – ligadura de trompa
 Camisinha
 Pílula
 DIU
 Diafragma
 Injeção ou Implante hormonal
 Outro

86b se homem

- Vasectomia
 Camisinha
 Outro

87. Qual método você gostaria de usar?

87a se mulher

- Laqueadura – ligadura de trompa
 Camisinha o Pílula
 DIU
 Diafragma
 Injeção
 Implante hormonal
 Outro

87b se homem

- Vasectomia
 Camisinha
 Outro

88. Você tem plano de saúde ou convênio médico?

- Sim, apenas 1
- Sim, mais de um
- Não

89. Qual é o nome da operadora ou plano de saúde? _____

90. Quem paga seu plano de saúde?

- Você
- Seus pais
- Trabalho
- Outro. _____

B11. A SUA OPINIÃO

Expresse a sua opinião, avaliando este questionário.

01. O que você achou deste questionário?

- Muito fácil de responder
- Fácil de responder
- Nem fácil nem difícil de responder
- Difícil de responder
- Muito difícil de responder

Fim do questionário do Estudante. Favor procurar a monitoria para fazer as medições de altura e peso, circunferência de cintura e quadril e aferição de pressão arterial.

APÊNDICE D: Termo de consentimento livre e esclarecido – alunos pesquisadores

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada Promoção e Educação em saúde: Comunidade Ampliada de Pesquisa como estratégia de formação e (trans)formação do trabalho e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador/professor ou com o curso no qual está matriculado.

Os objetivos da pesquisa são implementar e avaliar se a estratégia “Comunidade Ampliada de Pesquisa em Promoção e Educação em Saúde” (CAP-PES) contribui para o processo de produção de novos saberes e (trans)formação do trabalho em saúde.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar em todas as etapas da implantação e avaliação da estratégia “Comunidade Ampliada de Pesquisa em Promoção e Educação em Saúde” (CAP-PES).

Não haverá riscos relacionados com sua participação na pesquisa.

Os benefícios estão relacionados aos aspectos formativos que serão proporcionados com sua participação nas atividades de promoção e educação em saúde.

As informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais e asseguramos que os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Agradecemos, desde já, a sua participação.

Suze Rosa Sant’Anna
Rua Clarimundo de Melo, 847, Quintino. Tel: 96490937.

CEP- ENSP
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Térreo Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210
Tel e Fax - (21) 2598-2863

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

APÊNDICE E: Termo de consentimento livre e esclarecido - alunos da escola

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada Promoção e Educação em saúde: Comunidade Ampliada de Pesquisa como estratégia de formação e (trans)formação do trabalho e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador/professor ou com o curso no qual está matriculado.

Os objetivos da pesquisa são implementar e avaliar se a estratégia “Comunidade Ampliada de Pesquisa em Promoção e Educação em Saúde” (CAP-PES) contribui para o processo de produção de novos saberes e (trans)formação do trabalho em saúde.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder o questionário que terá duração de aproximadamente 25 minutos, ser submetido a alguns procedimentos como a medidas de peso, estatura, circunferências da cintura e do quadril e aferição da pressão arterial por alunos-pesquisadores previamente treinados e participar dos grupos de discussão da “Comunidade Ampliada de Pesquisa em Promoção e Educação em Saúde” (CAP-PES).

Não haverá riscos relacionados com sua participação na pesquisa.

Os benefícios estão relacionados aos aspectos formativos que serão proporcionados com sua participação nas atividades de promoção e educação em saúde.

As informações obtidas através dos questionários e/ou grupos de discussão serão confidenciais e asseguramos que os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Agradecemos, desde já, a sua participação.

Suze Rosa Sant’Anna
Rua Clarimundo de Melo, 847, Quintino. Tel: 96490937.
CEP- ENSP
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Térreo Manginhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210
Tel e Fax - (21) 2598-2863

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

APÊNDICE F: Autorização para o uso de imagem

A pesquisa “Promoção e Educação em saúde: Comunidade Ampliada de Pesquisa como estratégia de formação e (trans)formação do trabalho,” tem por objetivos implementar e avaliar se a estratégia “Comunidade Ampliada de Pesquisa em Promoção e Educação em Saúde” (CAP-PES) contribui para o processo de produção de novos saberes e (trans)formação do trabalho em saúde na Escola Técnica Estadual de Saúde Herbert José de Souza.

Na pesquisa serão efetuados registros através de filmagens e/ou fotografias e as imagens obtidas poderão ser utilizadas para registro e divulgação dos resultados da pesquisa.

**Eu, _____, autorizo o uso de
minha imagem nesta pesquisa para os fins acima descritos.**

Data: ____/____/____.

Assinatura do(a) Participante

Assinatura da Pesquisadora

Este documento será emitido em duas vias, ficando uma delas com o pesquisador e a outra será entregue ao participante.

APENDICE G: Trabalho Final – Atividade em Grupo

Os grupos terão em média 30 minutos para apresentar o trabalho final.

O trabalho final poderá ser:

- uma proposta de atividade educativa,
- material educativos (folder, jogos, manuais, cartilhas,...),
- expressão artística,
- outros.

É só usar a criatividade!!!

Itens que devem ser considerados em um projeto e/ou proposta material educativo:

- Por que o projeto/proposta será realizado(a)?
- Qual a população-alvo? Quais são as pessoas que serão escolhidas para execução do projeto ou proposta?
- Qual o objetivo do projeto/proposta? O que vocês pretendem alcançar?
- Onde será realizado o projeto/proposta?
- Como será realizado o projeto/proposta? Descrever o Passo a Passo
- Indique a equipe que irá desenvolver o projeto/proposta? Descrever a ocupação e as funções de cada um deles dentro do projeto/proposta.
- Quando será realizado o projeto/proposta? Descreva o cronograma do projeto/proposta. Indicando as atividades planejadas e o tempo que deverá ser utilizado para cada atividade
- Que tipo de estratégia será utilizada para avaliar a efetividade da proposta/projeto?

OBS:

Lembre-se que o projeto/proposta com enfoque na promoção da saúde deverá está pautado(a) nos pilares e valores da Promoção da Saúde, descritos por (WHO, 1998)

APÊNDICE I: Estratégia para elaboração de prática educativa em saúde sob a ótica da Promoção da Saúde

1- Introdução

Prática Educativa em Saúde (PES), conhecida também como 'educação em saúde', 'educação sanitária', 'educação para a saúde comunitária', é uma estratégia da Promoção da Saúde (PS) formada por um conjunto de práticas desenvolvidas de forma significativa no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) decorrentes da adoção do conceito ampliado de saúde e dos princípios da PS, tais como de integralidade da atenção e da participação popular, entre outros (BRASIL, 2008, RUMOR *et al*, 2010, WHO, 1998).

A PES tem como objetivo contribuir para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2008).

Atualmente muito se tem sido discutido sobre PES na literatura de Saúde Coletiva, principalmente na Estratégia da Saúde da Família. Entretanto, apesar de ser um termo tão presente no cotidiano do trabalho em saúde, sua efetivação tem sido criticada, uma vez que se observa que a incorporação de práticas educativas supostamente pautadas na Promoção de Saúde ainda está distante do dia a dia dos trabalhadores da saúde e, em geral, quando presentes, estão sustentadas no modelo biomédico individual e curativo (RUMOR *et al*, 2010).

Por ser uma prática social, a PES combina diversos métodos ou abordagens, de forma complementar, oriundos de outras áreas de conhecimento ou disciplinas, fato que costuma promover disputa teórico-conceitual na busca de transição, superação e hegemonia no seu campo de intervenção. As diferentes ofertas metodológicas ou

abordagens da PES impõem às Instituições de Ensino (IE) a necessidade de explorar sua trajetória histórica, concepções e saberes teóricos e práticos no sentido de adequar programas, currículos e metodologias de ensino-aprendizagem visando ampliar competências dos trabalhadores, profissionais de saúde e profissionais em formação, para elaborar, implementar e avaliar propostas de PES em consonância com esse novo contexto.

Para Chagas, Ximenes e Jorge (2007), o desafio das IE em saúde é de fazer com que os profissionais venham a desenvolver a dimensão político-social da educação em saúde. E para isto é necessário desenvolver estratégias de ensino-aprendizagem que favoreçam a escuta das necessidades dos usuários e que assegurem a participação comunitária.

Segundo Sant'Anna e Hennington (2010, 2011), o atual cenário da saúde com seus inovadores conceitos e propostas de intervenção que propugnam a participação ativa de sujeitos sociais, criativos e transformadores da realidade, requer novas formas de ensinar que direcionem e insiram os trabalhadores da saúde no cotidiano de práticas e ações de saúde de maneira crítica e reflexiva de modo que se tornem capazes de contribuir para provocar mudanças no campo. Com base neste pressuposto, as autoras propuseram o desenvolvimento de uma pesquisa-formação em uma escola técnica de saúde denominada Comunidade Ampliada de Pesquisa em Promoção e Educação em Saúde (CAP-PES) com base na Ergologia, que advoga a necessidade de constante experimentação para que se construam competências para gestão de situações de trabalho (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010).

O objetivo da CAP-PES era criar um ambiente capaz de fazer os alunos em formação imergirem na experiência de vida/saúde no campo da saúde promocional, a partir da realização de encontros para reflexão e discussão de questões relacionadas ao

conceito de saúde e os princípios e diretrizes da PS. Também visava estimular experimentação de algumas práticas orientadas por eixos importantes da PS como o da vigilância em saúde, através da aplicação e análise dos resultados de um inquérito de saúde e o princípio da participação social, a partir da proposição de Grupos de Diálogos que visou o desenvolvimento de pautas de ação compartilhada entre alunos e comunidade escolar na busca melhores condições de saúde. Ao final, a partir do conhecimento compartilhado desenvolvido na CAP-PES, espera-se que os alunos tivessem subsídios para elaborar, desenvolver e avaliar a própria PES (SANT'ANNA e HENNINGTON, 2011).

Nesse processo de articulação entre teoria e prática, quando os alunos foram estimulados a realizar uma PES voltada para a própria população escolar, surgiram algumas questões/problemas, entre eles, a presença marcante da normatização de práticas educativas baseadas no modelo biomédico, a tendência à utilização unicamente do senso comum para realização das práticas, a ausência de experiência na elaboração de PES, sob a lógica da PS e, por fim, a ausência de uma estratégia que pudesse auxiliá-las a elaborar uma PES que incorporasse os pressupostos do campo da saúde promocional.

Com base neste contexto, observou-se a necessidade de elaborar uma estratégia capaz de auxiliar o processo ensino-aprendizagem e o desenvolvimento de uma PES. Para isto, entendeu-se ser necessário conhecer o estado da arte sobre Práticas Educativas em Saúde, sua trajetória histórica e os vários modelos propostos nos diferentes cenários da saúde, bem como os conceitos e princípios da Promoção da Saúde que devem estar articulados a essas práticas.

O presente artigo objetiva discutir algumas definições, características e cenários de articulação das PES com o campo da educação, comunicação e informação

e apresentar uma estratégia com capacidade de auxiliar os profissionais de saúde e/ou profissionais em formação a elaborar uma Prática Educativa em Saúde com base nos princípios da Promoção da Saúde.

2- Práticas Educativas em Saúde: definições e características

A prática educativa em saúde é uma prática social, interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial presente no campo de práticas chamado de Promoção da Saúde¹⁵. Segundo Machado *et al* (2007), é um campo multifacetado para o qual convergem diversas concepções, saberes de diferentes campos como o da saúde, da educação e da comunicação e informação e alguns conceitos das diferentes disciplinas como psicologia, sociologia, filosofia e antropologia, entre outras. Ou seja, é ancorado em diferentes compreensões do mundo, que por sua vez são demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade.

Pode, também, ser designada como intervenção em saúde, uma vez que compreende um sistema organizado de ação/ações que visa, em um determinado tempo e local, modificar ou corrigir uma situação problemática (Champagne *et al*, 2011). Tem como orientação informar e dialogar com as pessoas, ou seja, “municar as populações de informações significativas para elas e que possam ser vistas, sentidas e utilizadas como insumos para a tomada de decisão de forma autônoma” (LABONTE apud BRUGNEROTTO e SIMOES, 2009).

As PES são práticas que não se restringem apenas às ações no âmbito da atenção primária, mas nos três campos de atenção, em todas as fases do processo de organização e desenvolvimento dos serviços de saúde (STEFANINI, 2004, PEREIRA, 2003, GAZINELLI *ET AL*, 2005). É essencial para a formulação da política de saúde de forma

¹⁵ Segundo Almeida-Filho (2011), o campo das práticas da promoção da saúde abrange a prevenção de risco e danos, proteção da saúde, promoção da saúde e precaução em saúde.

compartilhada, para as ações que acontecem na relação direta dos serviços com os usuários e trabalhadores da saúde, na forma de atividades voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade de vida e saúde, e também na forma de atividade de educação permanente dirigida aos trabalhadores da área de saúde através da formação profissional contínua (PEREIRA, 2003; BRASIL, 2007).

Devido a sua natureza prática, pode-se afirmar que a PES é uma atividade humana: é a ação intencional de qualquer trabalho em saúde marcada pela busca da produção de cuidados - “bens e produtos” - que satisfaçam necessidades seja do usuário ou do trabalhador ou do serviço, centrado no trabalho vivo¹⁶ em ato permanentemente, e possuidor de tecnologias de ação que se configuram em processos de intervenção em ato que operam como relações, encontros de subjetividades e que se mantêm além dos saberes tecnológicos estruturados (MERHY, 2007; SANT’ANNA E HENNINGTON, 2011).

Sob a ótica do trabalho em saúde, podemos compreender que a prática educativa em saúde é uma tecnologia de ação ou conjunto de tecnologias de ação que se configuram em processos de intervenção em ato, ou seja, ela é possuidora de um núcleo duro e estruturado o que a conforma como uma intervenção, bem como de núcleo leve, onde circula a subjetividade do trabalhador e usuário da ação.

Baseado em Merhy¹⁷ (2007), pode-se classificar as práticas educativas em saúde como uma tecnologia leve-dura, já que possui uma parte estruturada, representada por

¹⁶ O “trabalho vivo” – refere-se ao trabalho em ato, trabalho dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva (FRANCO, 2006)

¹⁷ Para Merhy (2007), essas tecnologias de saúde são configuradas a partir do arranjo entre dimensões materiais e não materiais do fazer em saúde e classificadas por como: *tecnologias leves*, as que dizem respeito aos aspectos inter-relacionais, tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão do processo de trabalho; *leve-duras*, que apresentam uma parte estruturada, como a clínica-médica, a psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo, e outra leve, relacionada ao modo de agir singular de cada trabalhador composto de saberes estruturados; e como *tecnologias duras*, que têm em

características dadas *a priori*, como no caso de conceitos, normas e estruturas organizacionais, e outra leve, representada pelo estabelecimento de relações entre o trabalhador de saúde e usuários. É uma atividade que pode ser normatizada e estandizada até certo limite, pois sua ação não pode ser desvinculada do trabalhador que o executou e daquele com o qual interage. Há sempre um espaço para adaptação e a criatividade do trabalhador, o que faz com que sua operacionalização seja raramente igual às normas prescritas (ASSUNÇÃO e BRITO, 2011).

Ao compreender as PES como trabalho em saúde, também designado como "trabalho vivo em ato", busca-se enriquecer esta definição com o patrimônio da abordagem ergológica que compreende que todo trabalho passa incontornavelmente pelo encontro com o real. O trabalhador é o núcleo do processo de trabalho, pois é quem assume o papel de verdadeiro arquiteto utilizando diversas tecnologias de trabalho, sejam instrumentos, normas, máquinas, um "conjunto de conhecimentos e agires", que estão dispersos "nas experiências e modos singulares de cada profissional de saúde operar seu trabalho vivo em ato" para conduzir a "produção do cuidado" diário (MERHY *et al*, 2004; MERHY e FRANCO, 2006; MELLO, FUGULIN, GAIDZINSKI, 2007).

Com base neste contexto e partindo do pressuposto de que a PES é uma tecnologia leve-dura, torna-se importante explorar um pouco aquilo que estrutura esta parte dura, representada pelo conjunto de conhecimentos e práticas que estão dadas *a priori* e que permitem operacionalizar uma PES. Para conhecer melhor sua estrutura dura, foi feita uma revisão histórica da inserção da PES no campo da saúde pública brasileira a partir do início do século XX e discutiu-se brevemente sua interlocução com os campos da educação, comunicação e informação em saúde.

sua estrutura uma característica dada *a priori*, como no caso de normas e estruturas organizacionais ou mesmo aparatos tecnológicos do tipo máquinas e equipamentos.

2.1 - Os cenários de saúde e os modelos de prática educativa em saúde

Como já foi descrito anteriormente, vários campos, concepções e práticas interferem direta e indiretamente nas práticas de saúde. Entretanto, buscou-se neste estudo apresentar apenas as relacionadas ao campo da educação, comunicação e informação, pois conforme descreve Araújo e Cardoso (2007), desde o início do século XX a palavra saúde esteve intimamente ligada a estes três campos. Ao fazer uma análise dos modelos de práticas educativas presentes no âmbito das políticas públicas de saúde é importante que a mesma seja acompanhada de uma revisão histórica que envolva as diferentes formas de educação, comunicação e informação que circulam no cenário de saúde.

Para fins didáticos, dividiremos o cenário da saúde em dois momentos: um centrado no conceito reducionista de saúde, reconhecido como biomédico e outro no conceito holístico de saúde, proveniente do movimento da Promoção da Saúde.

O cenário da saúde, baseado no modelo biomédico, surge no Brasil no início do século XX e tem como base o espírito positivista da época, que privilegiava as ciências exatas e naturais como referência, e utilizava como base para PES a estratégia conhecida como educação tradicional (Maciel, 2009; Figueiredo, Rodrigues-Neto e Leite, 2010). Já o cenário da saúde marcado pelo conceito holístico, surge com o movimento da PS, por volta da década de 1970, e é incorporado no setor saúde com a promulgação da Carta Constituinte de 1988 e criação do Sistema Único de Saúde, em 1990. A PES deste cenário tem como estratégia o modelo conhecido como radical ou dialógico (MACIEL, 2009 e FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO E LEITE, 2010).

A PES, sob a ótica do modelo de Educação tradicional, é conhecida como Educação Sanitária ou Educação Preventiva, surgida no Brasil no início do século XX. Teve forte influencia do modelo de educação em saúde dos Estados Unidos da América

(EUA), que tinha como suporte as teorias científicas da época conhecida “era microbiana” ou “bacteriológica” que enfatizava a concepção biológica da doença, desviando a atenção dos fatores do meio ambiente (até então os principais causadores das doenças) para o indivíduo, que passou a ser considerado o principal vetor de transmissão (ARAÚJO, 2007, ALVES e AERTS, 2011, PELICIONI e PELICIONI, 2007).

Nessa época, educar, higienizar e sanear eram os termos que estavam na ordem da política de saúde brasileira, pois suas ações fundamentadas no saber científico emergente eram indispensáveis à salvação nacional (Cardoso, 2001). Neste início do século XX, as epidemias de doenças infecto-contagiosas como a varíola, febre amarela, tuberculose e sífilis estavam ameaçando a economia agroexportadora do país e o governo brasileiro necessitava controlá-la com base nas práticas de saúde que estavam sendo sistematizadas na época (MACIEL, 2009; VASCONCELOS, 2010).

Este modelo de PES objetivou a prevenção de enfermidades, baseada em uma teoria que explicava o surgimento das doenças de forma bastante simplista, isto é, pela “ignorância e descaso das pessoas”. Nesta época acreditava-se que o binômio ignorância/maus hábitos, também conhecido como a “doença da ignorância” e mais modernamente “da desinformação” era maléfico à saúde, logo os indivíduos precisariam corrigir seus hábitos, a partir do desenvolvimento da “consciência sanitária”, tido como um saber cientificamente orientado (SOUZA, COLOMÉ, COSTA e OLIVEIRA, 2005, PELICIONI e PELICIONI, 2007, ARAÚJO e CARDOSO, 2007; ARAÚJO, 2007).

Este modelo de PES restringia-se ao ensino de hábitos de higiene, principalmente ao que se refere ensinar hábitos de higiene e cuidados as pessoas pobres para “ter saúde”. E é marcada por uma educação controladora que centrou sua abordagem educativa na mudança de comportamento individual, embasado nos

princípios da ideologia do individualismo e do behaviorismo (SOUZA, COLOMÉ, COSTA e OLIVEIRA, 2005; PELICIONI e PELICIONI, 2007; ACIOLI, 2008; ALVES e AERTS, 2011)

As ações educativas restringiam-se a divulgar informações sob a forma de impressos sobre higiene e a forma de contágio das doenças através de uma abordagem biologistica e mecanicista, que eram ditadas de forma coercitiva e muitas das vezes, preconceituosa, assumindo predominantemente um caráter individualista, autoritário e assistencialista que ficou conhecido como *campanhista* ou de *polícia médica*, uma vez que foi concebido dentro de uma visão militar no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação (MACIEL, 2009; ALVES e AERTS, 2011).

A educação e comunicação presentes na PES nesta época não eram vista como se fossem disciplinas diferentes. E a informação, não sobressaía como área correlata à comunicação, associando-se apenas a procedimentos estatísticos e epidemiológicos (Araújo e Cardoso, 2007). Entretanto, observa-se claramente que as teorias e as concepções da educação e comunicação desta época, apesar de proporcionarem ações semelhantes, têm origens diferenciadas.

O modelo de aprendizagem que foi amplamente utilizada na organização de uma PES trazida do campo da educação foi o da educação behaviorista ou comportamentalista, denominada por Paulo Freire de educação bancária ou de transmissão de conteúdos, em que os educadores depositavam um determinado conteúdo e o aprendiz recebia passivamente (CARVALHO, 2007; FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO e LEITE, 2010).

Já a teoria proveniente do campo da comunicação mais utilizada nas PES, em 1920 era a teoria hipodérmica, também conhecida como “bala mágica”. Essa apontava

que o comportamento das pessoas poderia ser modelado mediante a uma série de estímulos, entre eles os provenientes dos meios de comunicação. Entretanto, por volta de 1948, surge a teoria hipodérmica é substituída pelo modelo informacional da comunicação, proveniente da teoria matemática criada em 1948 por Shannon e Weaver, originária de pesquisas realizadas na Segunda Guerra Mundial para otimizar a transferência de informações telegráficas de um aparelho a outro (ARAÚJO e CARDOSO, 2007; ARAÚJO, 2007).

Este modelo informacional baseia-se no esquema EMISSOR → MENSAGEM CODIFICADA → CANAL (Ruído) → MENSAGEM DECODIFICADA → RECEPTOR. Seu objetivo é transferir informações e propõe que “para haver boa comunicação, um emissor deve enviar uma mensagem para um receptor, através de um canal, evitando ao máximo ruídos” (ARAÚJO e CARDOSO, 2007, p. 43).

Este modelo matemático, por conta de espírito positivista da época, foi bem aceito pelas políticas públicas brasileiras, levando “educadores, comunicadores, planejadores e gestores da saúde a acreditarem que a prática comunicativa limitava-se à transferência de informações a uma população que nada sabe de relevante sobre os assuntos que dizem respeito à sua saúde e sua vida” (ARAÚJO e CARDOSO, 2007, p. 46).

Resumindo, pode-se concluir que o pensamento hegemônico no cenário da educação e saúde dessa época era de que os problemas de saúde da população decorriam da falta de informação; que por sua vez deveriam ser prevenidos pelo esforço individual e pela adesão a hábitos corretos de vida, utilizando a educação como instrumento médico através da transmissão de conteúdos neutros e descontextualizado da realidade local (ALVES e AERTS, 2011).

Esta vertente tem como vantagem proporcionar à população conhecimento produzido cientificamente, com aquisição de conteúdos e ampliação de informações sobre o seu dano/agravo. E como desvantagens, o relacionamento verticalizado entre educador e educando, pois os indivíduos são considerados como carentes de informação em saúde. Neste modelo verticalizado de comunicação não há estímulo para a criação do diálogo entre sujeitos. A relação estabelecida entre educador e educando é essencialmente assimétrica, já que um detém um saber técnico-científico, com status de verdade, enquanto o outro precisa ser devidamente informado (FREIRE, 2007, MACIEL, 2009, FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO e LEITE, 2010).

Apesar de ser um modelo ainda presente nas práticas educativas em saúde ainda neste início de século XXI e de sua importância para sensibilizar grupos com número elevado de participantes, em grandes capacitações e projetos na área da saúde, ele começou a ser questionado e criticado pelos profissionais de saúde no Brasil, desde a década de 1970 (Maciel, 2009, Figueiredo, Rodrigues-Neto e Leite, 2010), principalmente porque só reconhecia a “biologia humana” e “estilo de vida”, desconsiderando por completo as culturas das populações ou dos grupos populacionais trabalhados e os outros eixos da saúde como “sistema de organização dos serviços”, o “ambiente”, ou seja, questões que emergiam com o movimento da Promoção da Saúde que reconhecia a saúde como um campo social (ALMEIDA-FILHO, 2011).

Em meados dos anos 1970, iniciou-se a conformação de um novo cenário que incorporou conceitos e princípios desenvolvidos pelo movimento da PS, mas que não excluiu as concepções, teorias, modelos e práticas definidos no cenário anterior.

Neste novo cenário, a PS é definida como um processo que permite atuar sobre os determinantes de saúde através do envolvimento e participação da comunidade. Tem como princípios: 1) envolver a população como um todo no contexto de sua vida

cotidiana, 2) ter ações direcionadas nos determinantes ou causas da saúde. 3) combinar diversos, mas complementares, métodos ou abordagens, incluindo comunicação, educação, legislação, medidas fiscais, mudança organizacional, desenvolvimento comunitário e atividades locais espontâneas contra os riscos de saúde. 4) promover a articulação eficaz e participação pública concreta. 5) ser reconhecida como uma atividade na saúde e campos social, e não como um serviço médico, e em que os profissionais de saúde, em particular da atenção básica, têm um papel importante no fomento e disseminação da promoção da saúde, no sentido de contribuir na educação e defesa da saúde (WHO, 2009c).

Segundo Almeida-Filho (2011), as práticas de saúde, sob a ótica da promoção da saúde estão agrupadas em quatro grupos, a saber:

- 1) Prevenção de riscos ou danos - ações destinadas a evitar a ocorrência de doenças ou agravos específicos e suas complicações ou sequelas. São ações de aplicação e alcance individuais elegendo-se os indivíduos pertencentes aos grupos de risco.
- 2) Proteção da saúde – compreende ações específicas, de caráter defensivo com a finalidade de proteger indivíduos ou grupos de indivíduos contra doenças e agravos. Diferencia-se da prevenção, pois a especificidade da proteção encontra-se na natureza e magnitude das defesas e não na intensidade dos riscos.
- 3) Promoção da saúde (sentido restrito) - propõe ações de fomento da capacidade dos seres e dos ambientes no sentido de reforçar positivamente os “valores de promoção da vida”. Sua ação é difusa, sem alvo determinado, contra um agravo ou risco, na busca de melhoria global do estado de bem-estar ou qualidade de vida do grupo ou comunidade.

- 4) Precaução em saúde – suas ações têm por finalidade antecipar possíveis danos existentes ou projetados. Está associada aos modelos de imprevisibilidade de eventos, incorporados nas teorias da complexidade como emergência e na filosofia como contigência. Pode ser utilizado como suporte para estratégias fomentadoras de ações globais de supervisão e vigilância.

De modo geral essas práticas de promoção da saúde, cujas ações englobam ações preventivas, curativas e reabilitativas sobre risco e doenças, protetoras e fomentadoras da saúde, mesmo que se apresente como um esquema ainda preliminar e insuficiente para dar conta da complexidade do processo “promoção-saúde-doença-cuidado” tem como finalidade contribuir para redução do sofrimento causado por problemas de saúde na comunidade, com base na concepção holística da saúde, outro princípio da PS que aposta no desenvolvimento de ações coletivas no cotidiano da população, a partir da análise do contexto sócio-econômico e político e suas desigualdades (WHO, 1998, ALMEIDA-FILHO, 2011).

Surge também a Educação Popular em Saúde (EPS), caracterizada pelo desenvolvimento de experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados ao Estado, que tinham como característica o relacionamento dos profissionais de saúde com os grupos populares a partir de ações de saúde integradas à dinâmica local e a utilização do método da Educação Popular baseado na proposta dialógica formulada por Paulo Freire (VASCONCELLOS, 2010).

A aposta educativa da EPS foi o diálogo e a troca de saberes entre o educador e educando, em que o saber popular, bem como as discussões sobre temas vivenciados pela comunidade para construção de uma vida melhor são valorizados. Sua prática passou a ser mais difundida com a consolidação da Reforma Sanitária e a criação do

SUS, em 1998, que propôs um novo modelo de atenção em saúde voltado para a promoção e a integralidade no atendimento (MACIEL, 2009).

O modelo de educação em saúde que surge é conhecido como radical ou dialógico, cujo objetivo é promover a saúde e estimular a participação dos indivíduos na melhoria das condições de vida e saúde de forma coletiva através de propostas de colaboração no desenvolvimento de planos de ação para a transformação da realidade (SOUZA , COLOMÉ, COSTA, OLIVEIRA, 2005, FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO e LEITE, 2010).

Para Figueiredo, Rodrigues-Neto e Leite (2010), a aplicação dos princípios do Modelo Dialógico de Educação nas práticas educativas em saúde constitui um grande desafio, uma vez que propõe que a construção do conhecimento deve ser pautada no diálogo, em que o educador e educando assumem papel ativo no processo de aprendizagem, através de uma abordagem crítico-reflexiva da cultura e da realidade local.

No modelo dialógico busca-se romper com o modelo normatizador da educação tradicional, propondo um movimento contínuo de diálogo, troca de experiências e de interação que permite uma postura de "escuta atenta" que reconhece o indivíduo como sujeito portador de um saber, que embora distinto do saber técnico-científico não é deslegitimado pelos profissionais e serviços de saúde, fato que possibilita uma construção compartilhada do conhecimento e de formas de cuidado diferenciadas (STOTZ, 2005; ACIOLI, 2008; FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO E LEITE, 2010) .

Neste referencial o diálogo é o elemento essencial da educação como prática de liberdade (Freire, 2005). É através do diálogo que os homens se encontram, e nesse encontro se solidarizam. É o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, logo este encontro não pode reduzir-se a um ato de

depositar ideias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de ideias a serem consumidas pelos sujeitos em diálogo (FREIRE, 2005).

Para Araújo e Cardoso (2007), a comunicação com base na teoria dialógica apesar de ainda apresentar alguns entraves, ele se contrapõe à comunicação informacional, pois considera os saberes, tanto dos profissionais da saúde, como o da população como pertinentes à prática comunicativa.

O Modelo Dialógico de Educação em Saúde apresenta como vantagens a construção coletiva do conhecimento, fato que proporciona aos indivíduos uma visão crítica-reflexiva da sua realidade, corresponsabilizando-os para a tomada de decisões relativas à sua saúde. E como desvantagem o próprio desconhecimento e a capacitação dos profissionais para a aplicação deste modelo durante as atividades de Educação em Saúde, bem como a presença de uma prática comunicativa dialógica que não avança para construir uma polifonia social, excluindo da relação outras vozes, relações de poder e condições para realização de uma prática comunicativa efetiva (FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO E LEITE, 2010; ARAÚJO e CARDOSO, 2007).

A partir da década de 1980, novos referenciais foram introduzidos e somados no campo da comunicação, tais como a teoria das mediações, que trouxe para o centro do debate na comunicação e saúde “a cultura, o cotidiano e as táticas e estratégias de apropriação da comunicação midiática e institucional” (Araújo e Cardoso, 2007, p. 56) e a teoria social dos discursos, que fala da produção social dos sentidos, entre outras (ARAÚJO e CARDOSO, 2007).

Nesse período, comunicação e informação constituíram campo comum na área de Saúde Coletiva. Segundo Araújo e Cardoso (2007), apesar da comunicação e informação, do ponto de vista teórico terem as mesmas matrizes, a partir da década de 1950, com a incorporação da teoria crítica pela comunicação, elas começaram a se

diferenciar. De modo genérico, a comunicação passou a dar mais atenção aos procedimentos envolvidos no tratamento e circulação da informação, bem como na transformação da informação em saber compartilhado pelas pessoas e instituições, no sentido de produzir sentidos sociais. Já a informação aprofundou seus fundamentos e métodos na produção de dados e na sua conversão em informação.

Moraes *et al* (2007) afirmam que as práticas e saberes de Informação e Informática em Saúde (IIS) foram produzidas e geridas pelo aparato estatal, como um recurso posto a serviço de específicas políticas de saúde, quando o processo de saúde/doença/cuidado adquire relevância política e social e torna-se evento que justifica seu monitoramento, sua visibilidade, sua vigilância através de dispositivos de Estado. Entretanto, em face da complexidade do campo da saúde, a área de IIS passou a se constituir em um dos limitantes e, também, em um dos desafios do Estado brasileiro que deve se comprometer em aprofundar e incorporar novos conhecimentos na construção de uma área que amplie a capacidade de resposta desse Estado em prol da saúde da população brasileira.

Uma nova ferramenta que vem sendo introduzidas no campo das práticas Educativas de Saúde são as Tecnologias de Comunicação e Informação, conhecidas pela sigla TIC. Segundo Moderna e Schall (2009), o uso das TIC (e-mail, lista de discussão, fóruns, ambientes de conversação *online* ou *chats*, ambiente virtual de aprendizagem, portais web, etc.) nas práticas educativas promove a interação e também facilitam a circulação de mensagens com grande velocidade e fluxos multidirecionais. Entretanto seu uso de forma inapropriada pode ser prejudicial ao campo da educação, sendo importante antever possibilidades das TCIs serem inseridas em um conjunto de práticas que permitam um aprendizado mais significativo no campo da saúde (MODERNA e SCHALL, 2009).

Articulado ao movimento da Promoção da Saúde mundial, surgiu um novo termo "Health Literacy", cuja tradução corrente é "Alfabetização em Saúde" e que merece destaque por representar uma ferramenta importante para a PES. Apesar de ser um conceito criado em 1974, somente a partir das últimas duas décadas tem sido realizado um esforço em definir melhor o termo e solidificar seu alcance, conforme o documento criado na VII Conferência Internacional de Saúde, 2009, para discutir a "Health literacy and health promotion" (WHO, 2009b).

Segundo a WHO (2009b) a "Alfabetização em saúde" é definida como as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos de ter acesso, compreender e utilizar informações de forma a promover e manter a boa de saúde. Sua abordagem vai além do conceito tradicional de educação em saúde orientado para comunicar mudanças de comportamento individual orientado, ampliando seu escopo para os factores ambientais, políticos e sociais que determinam a saúde, ou seja, implica na participação, na interação e crítica de indivíduo e sociedade, permitindo a tomada de decisões nos níveis individual e coletivo, e contribuindo para o desenvolvimento do capital social.

Segundo revisão de literatura realizada por Jochelson (2008), "alfabetização em saúde" centra-se na interação entre educação e poder, situando o indivíduo no seu contexto social e sugere que a alfabetização é uma troca contestada entre menos e mais indivíduos poderosos, instituições, políticas e contextos.

Para Peerson e Saunders (2009), a agenda da "alfabetização em saúde" deve destinar-se a melhoria da saúde e redução das desigualdades, capacitando os indivíduos e comunidades para fazer escolhas informadas e decidir sobre sua saúde de forma ética.

Por fim, por conta da presença da diversidade, do *fragmentarismo*, da colagem (ou bricolagem) e do *hibridismo e sincretismo* do grande mercado social da saúde

contemporânea (LUZ, 2007), considera-se que a mistura dos dois modelos educativos: Tradicional e Dialógico, ou mesmo o conhecimento produzidos por outros campo ou disciplinas é possível e a escolha deve ser feita de acordo com o contexto em que está trabalhando, não sendo necessariamente excludentes (FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO e LEITE, 2010).

3- “Modelizar as intervenções”? Estratégia para operacionalizar uma intervenção

Apesar de da construção histórico-conceitual da PES ser abordada em diversas produções acadêmicas, sua operacionalização tem sido pouco explorada, ficando a cargo dos serviços ou dos profissionais de saúde, e/ou educação, e/ou comunicação sua formulação e implementação sem que haja uma sistematização *a priori*, o que vem dificultando a avaliação da efetividade de suas práticas.

Para Conversani (2004), as propostas das PES têm sido problemáticas, pois ou ficam no âmbito das intenções, sem investimento concreto para que as mesmas sejam colocadas em prática, ou, quando postas em prática, suas ações são banalizadas ou desenvolvidas sem respeito aos referenciais teóricos e metodológicos que embasam o processo de ensino e aprendizagem, sendo fundamentadas no bom senso ou na imitação de modelos, sem a preocupação de criar espaços para realização de uma análise crítica, avaliação ou monitoramento de suas ações (CONVERSANI, 2004; WESTPHAL e FERNANDEZ, 2009)

Desse modo, um dos problemas que tem impactado a operacionalização da PES é o processo avaliativo. Segundo Westphal e Fernandez, 2009, no Brasil são raros os programas, projetos e ações de saúde, em especial os relacionados à promoção da saúde, que aprofundam seus esforços avaliativos no sentido de mostrar a efetividade,

eficiência, efeitos e impactos (WESTPHAL E FERNANDEZ, 2009; CHAMPAGNE *et al*, 2011a).

Para a avaliação em saúde vem ganhando uma centralidade nas políticas de saúde brasileira, uma vez que se constitui campo de conhecimento e práticas em crescimento que visa contribuir com a melhoria das intervenções em saúde e, como horizonte final, com a qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde.

Considera-se que avaliar consiste em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, e que uma intervenção, por sua vez, é um sistema organizado de ação que visa corrigir uma situação problemática e que inclui um determinado ambiente (agentes, estrutura/recursos, processos), objetivo que orienta sua ação. Além disto, deve possuir um modelo lógico-teórico, conjunto de postulados construídos com a finalidade de orientar o alcance das metas e objetivos da intervenção. Para avaliar uma intervenção, é preciso antes de qualquer coisa, *modelizar uma intervenção*¹⁸ (BEZERRA, CAZARIN e ALVES, 2010; CHAMPAGNE *et al*, 2011a; CHAMPAGNE *et al*, 2011b).

Para Bezerra, Cazarin e Alves (2010) e Champagne *et al* (2011b) modelizar é a ação de elaborar e construir intencionalmente, através de questionamentos, um conjunto de hipóteses com capacidade de ampliar o raciocínio do ator que projeta a intervenção, para que a mesma possa melhorar a situação problemática.

Várias são as formas que podem ser utilizadas para modelização de intervenção. De acordo com Champagne *et al* (2011b), a modelização de intervenção pode ser apresentada através de texto, tabela, hierarquia, diagrama, desde que o esquema permita ver com clareza os vínculos entre os diferentes elementos.

A WHO (2009a), com objetivo de facilitar os sistemas de saúde a cumprirem o que vem sendo determinado pela Promoção da saúde, que é capacitar indivíduos e

¹⁸ Termo utilizado por CHAMPAGNE *et al* (2011b)

comunidades a fazerem escolhas saudáveis e tomar atitudes saudáveis para melhorar sua saúde, vem concentrando esforços para elaborar uma “Lente para promoção da Saúde”, abordagem sistemática com a finalidade planejar e avaliar as práticas de saúde, sob a ótica da PS, que pode ser adotadas em todo o sistema de saúde, em especial nas políticas e programas de saúde, apresentada com mais detalhes a seguir.

3.1. Sistematização de um modelo para planejar e avaliar a efetividade das práticas da PS

Em 2009, na VII Conferencia Internacional da Promoção da Saúde, foram elaborados alguns pressupostos que devem ser incluídos em todas atividades (programas, políticas ou ações) da Promoção da saúde, denominado “Lente da Promoção da Saúde” cujo esquema pode ser visulizado na Figura 1 (WHO, 2009a).

Com base na Figura 1, o planejamento dos programas de saúde, sob a ótica da promoção deve incluir alguns elemantos-chaves, ou etapas, tais como: análise situacional, realização de um programa para planejamento (determinação das prioridades, objetivos e resultados da intervenção), seleção de estratégias de intervenção, implementação da intervenção e, por fim monitoramento e avaliação da intervenção.

Segundo a WHO (2009a) para que estas etapas sejam efetivadas, o gestor ou profissional de saúde que pretende realizar uma intervenção em saúde deve responder para cada etapa do planejamento alguns questionamentos, que foram resumidamente dispostos, a seguir :

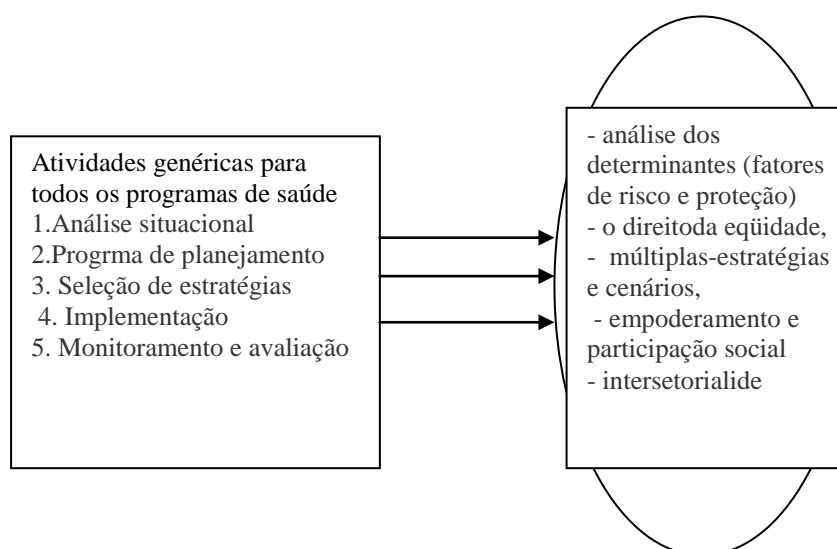
- 1- Análise situacional – quais são os contextos sociais e comportamentais que possibilitaram a melhoria da saúde? Qual é a capacidade de recursos humanos e financeiros do sistema de saúde para promover a saúde?
- 2- Realização de um programa para planejamento (Determinação de prioridades, objetivos e resultados) – As comunidades foram envolvidas na identificação das necessidades, e na priorização e elaboração de estratégia para promoção da saúde? Como mobilizar a comunidade para construir uma melhor saúde?
- 3- Seleção de estratégias de intervenção – As Cartas de Ottawa e Bangkok foram aplicados? Foi possível trabalhar com o princípio da intersectorialidade no planejamento de intervenção? As intervenções realizadas foram baseadas em evidências e no contexto local? Os princípios da promoção da saúde foram identificados em todos os aspectos da prestação de serviços de saúde, juntamente com o tratamento e cuidado?
- 4- Implementação- A proposta tem uma estratégia abrangente para a melhoria da saúde pública ou está facilmente acessível para o público? Os recursos alocados são suficientes para garantir a adequada e cobertura do programa? Existe uma equipe para implementar a proposta? Existem propostas de fortalecimento incorporados aos planos de implementação? Há arranjos organizacionais para a coordenação, gestão e avaliação da promoção da saúde em uma base do sistema inteiro? Existem disposições claras para envolver sectores externos à saúde?
- 5- Monitoramento e avaliação – Dispõe de indicadores que refletem a ação de promoção da saúde e melhoria da saúde? Desenvolveu indicadores e sistemas de monitoramento para monitorar a alfabetização de saúde, participação social, fatores de risco, determinantes sociais, o acesso de serviço e de saúde, e medidas

de política? Tem um monitoramento da participação social e de aprendizagem instituído?

Após a organizar teoricamente a estrutura básica de sua intervenção, deve-se então fazer um *checklist* dos princípios da promoção da saúde que devem estar presentes na intervenção em saúde, resumidos em análise dos determinantes (fatores de risco e proteção), enfoque no direito da equidade, uso de múltiplas-estratégias (empowerment individual, capacitação da comunidade, fortalecimento dos sistemas de saúde, ações intersetoriais e de capacitação para promoção da saúde) e cenários, empoderamento e participação social e intersetorialidade,

Embora esses princípios possam ser utilmente aplicados como uma estratégia única, seus efeitos serão maiores quando são executadas de forma coordenada e integrada, pois aumentam a capacidade do sistema de saúde de alcançar melhores condições de saúde e status em toda a população, especialmente para aqueles mais marginalizados (WHO, 2009a).

Figura 2. Lente da Promoção da Saúde, WHO, 2009a (adaptado)



Para a WHO (2009a), as ações da promoção da saúde estão ampliando cada vez mais seu escopo, de um foco inicial no conhecimento e comportamentos individuais, para o fortalecimento da comunidade, e agora cada vez maior para políticas públicas saudáveis e a transformação dos sistemas sociais, conforme pode observado no Quadro 8. O foco e os mecanismos utilizados para avaliar e efetivar seu impacto devem ser adaptados e ampliados para acompanhar o ritmo das ação impulsionadas pelo desenvolvimento da promoção da saúde. Os esforços de uma PS mais sustentável, deve avançar de um enfoque de uma mudança comportamental individual, através de campanhas, passando por projeto com foco em mudanças mais sistêmicas.

Quadro 8 . Tipos de intervenção da PS de acordo com o grau de impacto, de menor para maior impacto, WHO, 2009a.

Objetivo	Conhecimento individual e mudança comportamental	Fortalecimento da comunidade	Mudanças na política	Transformação institucional
Foco	Informação	Cenário (realidade local)	Setores	Sistemas
Mecanismo	Campanhas	Projetos	Parcerias	Governo



Para que as ações da promoção da saúde consigam ter um impacto positivo passando de ação direcionadas ao indivíduo até cobrir uma população, as intervenções deverão ser bem projetadas, necessitando, desta forma ampliar seus esforços no sentido da intersetorialidade, da sustentabilidade de seus programas, no conhecimento da comunidade e sua realidade local, na criação e adoção de políticas mais eficazes, entre outros (WHO, 2009a).

Sobre a avaliação da efetividade das práticas de saúde, alguns autores como Hartz e Silva (2008), Samico *et al* (2010) e Brousselle *et al* (2011) têm discutido as bases

conceituais e operacionais da avaliação em saúde, bem como apresentado propostas de avaliação que podem ser realizadas em uma intervenção.

Para Champagne *et al* (2011a) a avaliação no campo da saúde, por resultar de diferentes referências como da avaliação econômica, da avaliação baseada na epidemiologia e na prática clínica e, mais atualmente, na avaliação do campo das ciências sociais necessita de um quadro conceitual integrador que facilite o trabalho dos avaliadores e dos gestores de saúde, no sentido de utilizar os trabalhos com melhores resultados e, contudo, enriquecer o debate coletivo sobre sistema de saúde.

Atualmente, segundo Champagne *et al* (2011a), a avaliação no campo da saúde pode ser relacionada a dois tipos principais, a apreciação normativa que procura emitir um julgamento sobre a estrutura, o processo e os resultados de uma intervenção. E a pesquisa avaliativa que tem por objetivo analisar a pertinência, a lógica, a produtividade, os efeitos e a eficiência de uma intervenção, entre outros. Os seis tipos de análise utilizadas nas pesquisas avaliativas são: análise estratégica, análise lógica, análise da produção, análise dos efeitos, avaliação econômica, análise da implantação. Estes modelos de avaliação são suficientemente amplos e globais, que podem ser utilizados em outros campos como os da educação, serviços sociais ou administração pública.

3.2. O mapa mental e sua aplicação na elaboração de uma proposta para PES sob a ótica da Promoção da Saúde.

Após o esforço teórico de delimitar as matrizes históricas e conceituais da PES e apontar a importância da construção de um modelo teórico-lógico ou uma sistematização para planejar as intervenções em saúde, apresentaremos uma estratégia com capacidade de auxiliar os profissionais de saúde e/ou profissionais em formação

que participaram de um dispositivo de formação em saúde, “CAP-PES” (Sant’Anna e Hennington, 2010, 2011), a elaborarem uma Prática Educativa em Saúde para uma comunidade escolar, nos moldes das matrizes teóricas que foram discutidas neste artigo.

Com objetivo de propiciar uma aprendizagem significativa¹⁹ no campo do planejamento de práticas de saúde sob a ótica da promoção, optamos neste artigo por utilizar a estratégia conhecida como mapa mental (MM).

O mapa da mente ou mapa mental é uma técnica desenvolvida pelo psicólogo Tony Buzan, e que possibilita registrar o pensamento de uma maneira mais criativa, flexível e não linear tal como nossa mente. Através deste mapa, diversas informações, símbolos, mensagens podem ser conectados e facilitar a organização de um determinado assunto e a produção de novas ideias (OKADA, 2008).

Para elaborar o mapa mental (Quadro 9) para PES decompomos seu planejamento em três etapas, a saber: 1º. Etapa – Identificação dos problemas de saúde e as formas de enfrentamento da comunidade escolar; 2º. Etapa – planejamento e organização da PES; 3º. Etapa - Construção de uma estratégia para avaliar a efetividade da PES. Para cada etapa foi definido um conjunto de questionamentos, já que os mesmos, segundo Salomon (2000), representam o ponto-chave para a problematização no processo do pensar, pesquisar e criar.

Os questionamentos utilizados para construção do mapa mental foram adaptados dos elementos constitutivos programas de saúde, sob a ótica da promoção, descritas por WHO (2009a), conforme descrito no Quadro 9.

¹⁹ Para Assubel (1978), a aprendizagem significativa é um processo dinâmico na qual uma nova informação ancora-se em conceitos relevantes já preexistentes, ampliando a estrutura cognitiva do aprendiz.

Quadro 9. Etapas do planejamento da PES e incorporação de elementos teórico-conceituais importantes para PES

1ª. etapa: Identificação do problema de saúde e as formas de enfrentamento da comunidade escolar	Conceitos e definições a serem exploradas pelos alunos
<p>- Quais foram os principais problemas identificados e discutidos com a comunidade escolar?</p> <p>- Houve participação comunitária na identificação dos problemas de saúde?</p> <p>- Quais foram as propostas identificadas pela comunidade escolar com capacidade de enfrentar os problemas identificados?</p> <p>- Liste as propostas que são mais viáveis para enfrentá-los?</p>	<p>Princípio da participação social</p> <p>Princípio da sustentabilidade</p>
2ª. Etapa – planejamento e organização da PES;	
<p>- Por que o projeto/proposta será realizado(a)?</p> <p>- Qual(is) os objetivos do projeto/propostas? O que vocês pretendem alcançar com as propostas?</p> <p>Que tipo de prática ela se insere? Proteção? Promoção? Prevenção? Prevenção ?</p> <p>- Qual a população-alvo? Quais são as pessoas que serão escolhidas para execução do projeto ou proposta?</p> <p>- Onde será realizado o projeto/proposta?</p> <p>- Como será realizado o projeto/proposta? Descrever o Passo a Passo utilizando a matriz de conteúdo (unidade – objetivo da PES, descrição da dinâmica, objetivos, recursos necessários e equipe envolvida em cada atividade)</p> <p>- Que modelo de educação e comunicação você pretende utilizar?</p> <p>- Quando será realizado o projeto/proposta? Descreva o cronograma do projeto/proposta. Indicando as atividades planejadas e o tempo que deverá ser utilizado para cada atividade</p>	<p>Rever as definições de cada prática</p> <p>Princípio da equidade</p> <p>Rever modelos de práticas educativas em saúde</p>
3ª. Etapa - Construção de uma estratégia para avaliar a efetividade da PES.	
<p>- Que tipo de estratégia será utilizada para avaliar a efetividade da proposta/projeto?</p>	<p>Rever os tipos de avaliação em saúde)</p>

Intercalados aos questionamentos criados para o planejamento da PES, foram inseridos alguns elementos definidos como prioritários para esse tipo de intervenção em saúde, o princípio da equidade, da participação social e da sustentabilidade e, também, alguns conceitos importantes para serem incorporados no repertório teórico-conceitual dos alunos em formação, no campo da saúde promocional.

Para Kusma (2010), os princípios-pilares das práticas a promoção podem ser resumidos em:

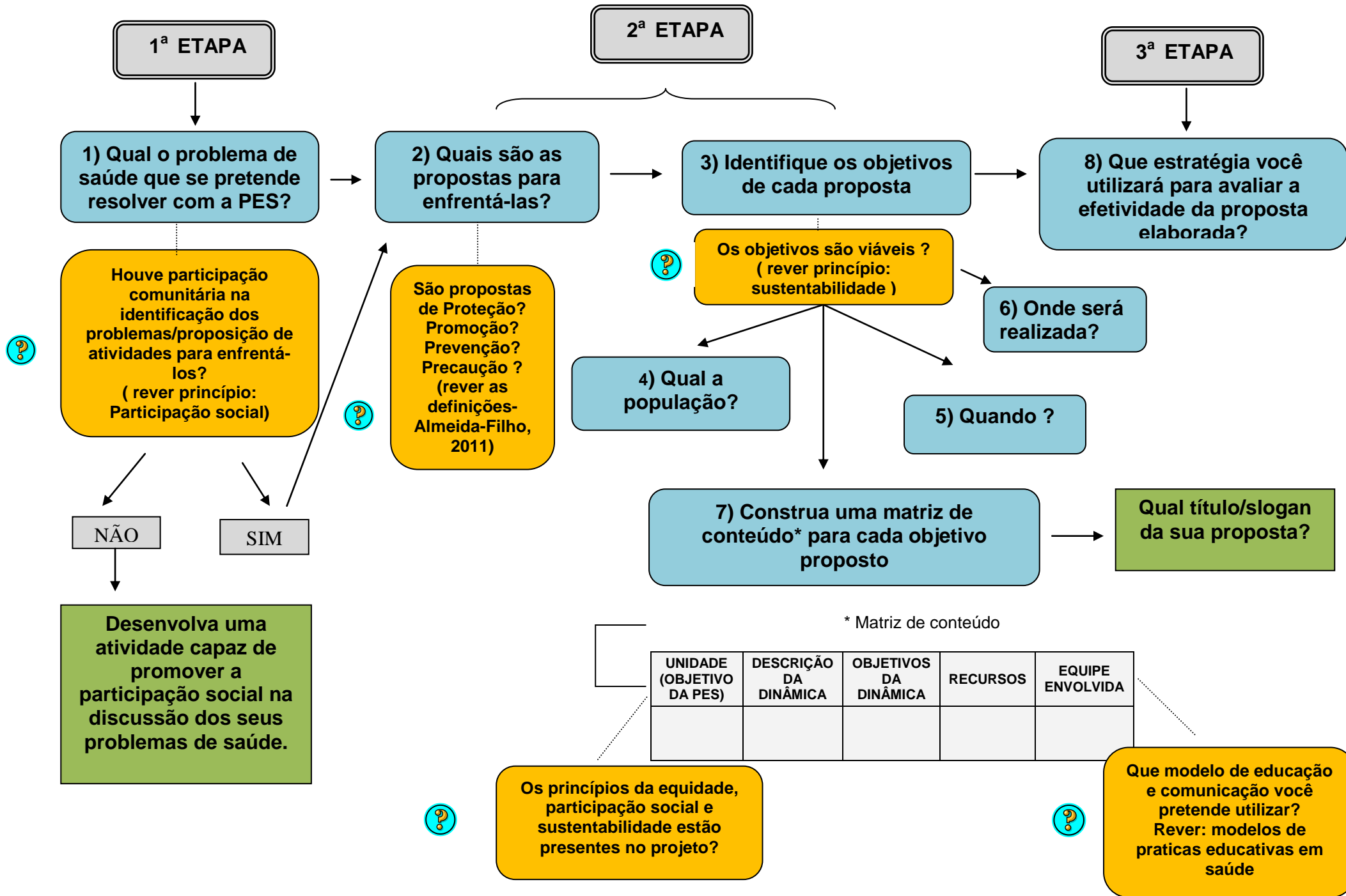
- Equidade – princípio ético seminal básico para práticas de promoção da saúde.

Envolve o acesso igualitário, considerando as especificidades dos grupos

populacionais, onde as necessidades das pessoas orientam a distribuição das oportunidades de bem estar (OPAS, 2005).

- Participação – É um processo no qual diferentes grupos participam na identificação das necessidades ou dos problemas de saúde e atuam como corresponsáveis o planejamento e execução de soluções adequadas (OPAS, 2005; Brasil, 2006).
- Sustentabilidade – Uma ação humana, para ser sustentável, deve ser ecologicamente correta, pensada na relação do homem com o seu território e/ou ambiente; economicamente viável, com adequada utilização dos recursos disponíveis e socialmente justa (valoriza a equidade e a diversidade; oportuniza a participação; favorece a autonomia e o empoderamento e é psicologicamente saudável) .

Figura 3. Mapa Mental para PES



O uso do MM (Fig. 3) para o planejamento de uma proposta de PES sob a ótica da PS justificou-se pela necessidade de construir um aparato com capacidade de facilitar que novas informações, neste caso os conceitos, princípios e práticas da Promoção da Saúde e de outros referenciais importantes, pudessem ser inseridos nas propostas educativa em saúde.

Outra facilidade proporcionada pelo uso do MM, segundo OKADA (2008), é sua capacidade de promover o desbloqueio dos sujeitos à organização mental, permitindo que os sujeitos cognocentes exercitem sua capacidade de refletir, e à medida que as questões vão surgindo, novas conexões podem aparecer, novos assuntos vão emergindo, possibilitando cada vez mais novas associações.

Essa proposta de mapa mental foi formulada para ser aplicada como processo ensino-aprendizagem em instituição de ensino da saúde, e seu objetivo-alvo era o fortalecimento de uma comunidade escolar, com base no planejamento de propostas educativas pensadas para sua realidade local. Vale esclarecer que antes de elaborar e operacionalizar a PES, algumas questões devem ser observadas, a saber:

- discutir e problematizar com o educando o conceito de saúde e de promoção da saúde, seus princípios e ações específicas da PNPS e práticas;
- Determinação social da saúde;
- Os saberes necessários à prática educativa
- apresentar e discutir com o educando os diferentes modelos de prática educativa em saúde presentes no cenário de saúde;
- informar para o educando que antes de elaborar um projeto para PES, ele deverá prioritariamente, delimitar o seu campo de atuação, ou seja, escolher a população-alvo e conhecer o contexto em que será realizada a intervenção. Deverá organizar um projeto com capacidade de favorecer a construção de conhecimentos sobre

os problemas e formas de enfrentamento destes problemas junto com a população, a exemplo das etapas iniciais da “CAP-PES”, discutida em artigo anterior (SANT’ANNA e HENNINGTON, 2011).

- informar que o mapa mental tem por objetivo auxiliar na estruturação um projeto de intervenção capaz de corrigir uma situação problemática por vez. Caso vários problemas sejam identificados vários mapas mentais devem ser explorados.

O mapa mental pode ser utilizado individualmente pelo educando com o uso de computadores, através dos diferentes programas como Cmap tools. Ou em uma sala de aula, por exemplo, onde os diferentes atores se reúnam para discutir e refletir sobre as etapas definidas na estratégia elaborada. Outro recurso que pode ajudar na socialização e ampliação da discussão no processo de elaboração de uma proposta para PES e o uso do recurso do quadro branco para esquematizar o mapa mental e depois transcrever os itens problematizados no formato de um projeto, em documento Word.

4- Considerações finais:

Dentre as várias estratégias no campo da Promoção da Saúde, a PES merece destaque por conta de sua capilaridade em todos os setores da saúde.

Apesar de diversas produções acadêmicas abordarem a construção histórico-conceitual da PES, sua operacionalização tem sido pouco explorada, ficando a cargo dos serviços ou dos profissionais de saúde. Além, disso observa-se que apesar do SUS ter como base conceitual os pressupostos da Promoção da Saúde, ainda é marcante a presença da normatização de práticas educativas baseadas puramente no modelo biomédico.

Desse modo, observou-se a necessidade de elaborar um “caminho” capaz de auxiliar o processo ensino-aprendizagem e o desenvolvimento de uma PES. Para isto, entendeu-se ser necessário conhecer o estado da arte sobre Práticas Educativas em Saúde, sua trajetória histórica e os vários modelos propostos nos diferentes cenários da saúde, bem como os conceitos e princípios da Promoção da Saúde que devem estar articulados às práticas.

Acredita-se que a formulação de um mapa mental para desenvolver e operacionalizar um projeto de PES deva servir apenas como um guia, capaz de facilitar e, ao mesmo tempo, ajudar os profissionais a reconhecer e refletir sobre os referenciais teóricos e os princípios da Promoção da Saúde que devem estar presentes na prática educativa. Seu uso se deu por conta da sua capacidade organizativa e flexível de poder incorporar novos elementos que forem surgindo no processo de construção.

Entretanto, considerando que a PES é uma prática social e também uma tecnologia social e, por consequência, articulada ao contexto histórico em que se insere, sabemos da impossibilidade de incorporar toda a complexidade dos fenômenos envolvidos em um dado contexto histórico num modelo teórico ou constructo.

Enfim, concluímos que o esquema proposto neste estudo, mesmo que ainda preliminar e insuficiente, tem seus méritos, pois sua organização com base no mapeamento cognitivo permite sua remodelação e superação. Além do mais, inicia uma discussão pouco explorada no ensino da saúde: o da operacionalização da PES no campo da Promoção da Saúde.

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- ACIOLI, Sonia. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 61, n. 1, Feb. 2008.
- 2- ALMEIDA-FILHO, Naomar. *O que é Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- 3- ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Jan. 2011.
- 4- ARAÚJO, I. S. *Comunicação e Saúde*. In: MARTINS, Carla Macedo; STAUFFER, Anakeila de Barros (Org.). Educação e Saúde. 1.a ed. . 2007, p. 101-124.
- 5- ARAÚJO, Inesita Soares; CARDOSO, Janine Miranda. *Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- 6- ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BRITO, Jussara. *Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro,: Fiocruz, 2011.
- 7- AUSUBEL, D. P.; NOVAK, J. D.; HANESIAN, H. *Educational Psychology: a cognitive view*. New York: Holt, Rinehart e Winston, 1978.
- 8- BEZERRA, Luciana Caroline de Albuquerque; CAZARIN, Gisele e ALVES, Cinthia Kalyne de Almeida. *Modelagem de Programas: Da teoria à Operacionalização*. In: SAMICO, Isabella. Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010).
- 9- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de educação popular e saúde*. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- 10- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília : Ministério da Saúde, 2008.*
- 11- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.*
- 12- BROUSSELE *et al* . *Avaliação conceitos e Métodos*. Rios de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011
- 13- BRUGNEROTTO, Fábio; SIMOES, Regina. Caracterização dos currículos de formação profissional em Educação Física: um enfoque sobre saúde. *Physis*. vol.19, n.1, p.149-172, 2009.

- 14- CARDOSO, Janine Miranda. *Comunicação, Saúde e Discursos preventivo: reflexões a partir de uma leitura das campanhas nacionais de AIDS veiculadas pela TV (1987-1999)*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.
- 15- CARVALHO, Maria Alice Pessanha de. Pequena enciclopédia. In: Brasil. *Cadernos de Educação Popular em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- 16- CHAGAS, Maristela Inês Osawa; XIMENES, Lorena Barbosa; JORGE, Maria Salete Bessa. Educação em Saúde e interfaces conceituais: representações de estudantes de um curso de enfermagem. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 60, n. 6, Dec. 2007 .
- 17- CHAMPAGNE *et al.* Avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Broussele *et al.* . *Avaliação conceitos e Métodos*. Rios de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011a.
- 18- CHAMPAGNE *et al.* Modelizar as intervenções. In: Broussele *et al.* *Avaliação conceitos e Métodos*. Rios de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011b.
- 19- CONVERSANI, D. T. N. (2004). *Uma reflexão crítica sobre a Educação em Saúde*. BIS - Boletim do Instituto de Saúde nº 34 – Dezembro, 2004.
- 20- FIGUEIREDO, Maria Fernanda Santos; RODRIGUES-NETO, João Felício; LEITE, Máisa Tavares Souza. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Rev. bras. enferm.* [online]. vol.63, n.1, 2010.
- 21- FRANCO, Tulio Batista. As redes na micro-política do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo (Orgs.). *Gestão em redes*. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/Uerj-Lappis, 2006. p. 459-474.
- 22- FREIRE, Paulo. *Educação e mudanças*. 30a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2007.
- 23- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 48ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
- 24- GAZZINELLI, Maria Flávia *et al.* Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, Feb. 2005.
- 25- HARTZ, Z. M. A; SILVA, Ligia Maria Vieira. *Avaliação em Saúde: Dos modelos teóricos à prática na análise da Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Rios de Janeiro/Salvador: Ed. Fiocruz/UFBA, 2008.
- 26- JOCHELSON, K. *Health Literacy Review Paper*. National Social Marketing Centre. 2008.
- 27- KUSMA, Solema Ziemer *et al.* *Avaliação da Efetividade de Estratégias de Promoção da Saúde Bucal: Ferramenta de Avaliação*, PUCPR, 2010.

- 28- LABONTE, R. *A Community Development Approach to Health Promotion: a Background Paper on Practice Tensions, Strategic Models and Accountability Requirements for Health Authority Work on the Broad Determinants of Health*. Health Education Board of Scotland and Research Unit in Health, Behaviour and Change, University of Edinburgh, 1998.
- 29- LUZ, Madel. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: Estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. 3ª. Edição. São Paulo: HUCITEC, 2007.
- 30- MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.12, no.2, p.335-342, Abr 2007.
- 31- MACIEL, Marjorie Ester Dias Maciell. Educação em saúde: conceitos e propósitos. *Coitare Enferm*, v.14, n.4, p.773-6, 2009.
- 32- MELLO, Maria Cristina de; FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. O tempo no processo de trabalho em saúde: uma abordagem sociológica. *Acta Paluista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 1, mar. 2007.
- 33- MERHY, Emerson Elias *et al.* (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- 34- MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2007.
- 35- MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Reestruturação produtiva em saúde. In: PEREIRA, Isabel B.; LIMA, Julio César F. (Orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 348-352.
- 36- MODERNA, Celina Maria e SCHALL, Virginia Torres. As novas tecnologias de aprendizagem na ensino da saúde. In: MANDARINO, Ana Cristina de Souza. *Leituras de Novas Tecnologias e Saúde*. Salvador: EDUFBA, 2009.
- 37- MORAES, Ilara Hämmerli Sozzi de; GOMEZ, Maria Nélide González de. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, June 2007.
- 38- OKADA, Alexandra (org). *Cartografia Cognitiva: Mapas do conhecimento e formação docente*. Cuiabá: KCM, 2008.
- 39- OPAS. *Guía de evaluación participativa para municipios y comunidades saludables*. Lima; OPS; 2005. 220 p.

- 40- PEERSON, Anita; SAUNDERS, Margo. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promot. Int.* (2009) v.24, n.3, p.285-296, 2009.
- 41- PELICIONI, Maria Cecília Focesi; PELICIONI, Andréa Focesi. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. São Paulo: O mundo da saúde, v.31, n.3, p.320-328, 2007.
- 42- PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, out. 2003.
- 43- RUMOR, P. C. F. ; BOEHS, A. E. ; HEIDEMANN, I.T.S.B. ; MATTOS, L.H.L ; WOSNY, A.M. . A Promoção Da Saúde Nas Práticas Educativas Da Saúde Da Família. *Cogitare Enfermagem* (UFPR), v. 15, p. 674-680, 2010.
- 44- SALOMON, D.V. *A maravilhosa Incerteza – Pensar, pesquisar e criar*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- 45- SAMICO, Isabella. *Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.
- 46- SANT'ANNA, Suze Rosa e HENNINGTON, Élide Azevedo. Promoção da Saúde e Redução das vulnerabilidades: Estratégia de Produção de saberes e (trans)formação do Trabalho em Saúde com base na Ergologia. *Interface (Botucatu)*, março, vol.14, no.32 , p.207 -215, 2010.
- 47- SANT'ANNA, Suze Rosa; HENNINGTON, Élide Azevedo. Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. *Trab. educ. saúde*, v. 9, supl.1, p. 223-244, 2011.
- 48- SCHWARTZ, Yves. DURRIVE, Louis. *Trabalho e Ergologia: Conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF, 2010.
- 49- SOUZA AC, COLOMÉ ICS, COSTA LED, OLIVEIRA DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS) v. 26, n.2, p. 147-53, 2005.
- 50- STEFANINI, Maria Lucia Rosa. Editorial. BIS - *Boletim do Instituto de Saúde* nº 34 – Dezembro, 2004.
- 51- STOTZ, E.N. A Educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 9-20, 2005.
- 52- VASCONCELOS, Eymard Mourão. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. 5 ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 2010.

- 53- WESTPHAL, Márcia Faria; FERNANDEZ, Juan Carlos Aneiros. Avaliação e monitoramento das práticas de promoção da Saúde Relacionadas Às DCNT. *Caderno Técnico CAEPS – DANT: capacitação em avaliação da efetividade das ações de promoção da saúde em doenças e agravos não transmissíveis* / Prefeitura do Município de São Paulo, 2009. p.11-13.
- 54- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health promotion evaluation: recommendations to policymakers. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998.
- 55- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primer for Mainstreaming Health Promotion. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap Nairobi, Kenya, 26-30 October 2009a.
- 56- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health Literacy and Health Promotion Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region Individual Empowerment Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap Nairobi, Kenya, 26-30 October 2009b.
- 57- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences. World Health Organization 2009c.

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S232 Sant'Anna, Suze Rosa

Promoção e Educação em Saúde: comunidade ampliada de pesquisa e suas contribuições para formação em saúde. / Suze Rosa Sant'Anna. -- 2012.

ix, 244 f. : il. ; tab. ; graf.

Orientador: Hennington, Élide Azevedo

Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

1. Educação em Saúde. 2. Promoção da Saúde. 3. Cursos de Capacitação. 4. Formação de Recursos Humanos. 5. Processo Saúde-Doença. 6. Estratégias. I. Título.

CDD – 22.ed. – 331.11913621