



Milena Junqueira Reis

**Educação em Saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil:** um olhar sobre os conteúdos divulgados nas revistas científicas de saúde coletiva de 1990 a 2015

Rio de Janeiro

2016

Milena Junqueira Reis

**Educação em Saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil:** um olhar sobre os conteúdos divulgados nas revistas científicas de saúde coletiva de 1990 a 2015

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Processo Saúde e Doença, Território e Justiça Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosely Magalhães de Oliveira.

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Marize Bastos da Cunha.

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

R375e Reis, Milena Junqueira  
Educação em Saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil:  
um olhar sobre os conteúdos divulgados nas revistas científicas  
de saúde coletiva de 1990 a 2015. / Milena Junqueira Reis. --  
2016.  
120 f. ; tab. ; graf.

Orientadora: Rosely Magalhães de Oliveira  
Coorientadora: Marize Bastos da Cunha.  
Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola  
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

1. Educação em Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde.  
3. Promoção da saúde. 4. Estratégia Saúde da Família.  
5. Publicações Científicas e Técnicas. 6. Brasil. I. Título.

CDD – 22.ed. – 613.070981

Milena Junqueira Reis

**Educação em Saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil:** um olhar sobre os conteúdos divulgados nas revistas científicas de saúde coletiva de 1990 a 2015.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Processo Saúde e Doença, Território e Justiça Social.

Aprovada em: 31 de maio de 2016.

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dra. Sonia Acioli de Oliveira  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Gil Sevalho  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. José Wellington Gomes Araújo  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dra. Marize Bastos da Cunha (Coorientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosely Magalhães de Oliveira (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2016

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que guia meus passos, me fortalece e não me deixa desanimar.

Aos meus pais, Elizabeth e Enes, que acreditam comigo nos meus sonhos, me apoiam e incentivam. Agradeço por todo amor e por serem meu porto seguro. Sem eles essa conquista não seria possível.

À minha orientadora, professora Rosely, por todas as trocas, ensinamentos, paciência, compreensão, apoio e por acreditar comigo nesta dissertação.

À minha coorientadora, professora Marize, pelas contribuições durante este processo. Agradeço também pela oportunidade de participação nas oficinas do Laboratório territorial de Manguinhos, que me permitiu conhecer outra realidade, fora dos muros da Fiocruz.

À professora Marly, pelas problematizações e sugestões durante as apresentações da disciplina de Seminários Avançados.

À Carla Rodrigues, do Departamento de Endemias Samuel Pessoa da ENSP, por todo auxílio, sempre paciente e disposta a ajudar.

Ao Fórum de Estudantes da ENSP pelas muitas trocas e reflexões. E a aos movimentos sociais que participei neste período. Estes espaços sempre foram fundamentais em minha formação profissional e pessoal.

Às queridas amigas Nara, Ana Paula e Isabel pelo companheirismo e afeto nesta trajetória.

Aos amados amigos que as curvas da vida colocaram em meu caminho. Mariana, Amanda, Luciana e Phillippe, obrigada pelo carinho e amizade em todos os momentos. A vida é muito mais alegre e divertida com vocês.

Ao amigo Lucas, por toda ajuda e troca desde quando essa dissertação era só uma ideia para o processo seletivo. Obrigada pelo companheirismo que já vem de outros tempos.

À querida amiga Marô, por todo afeto e amizade, por estar sempre perto, ouvindo, ajudando e compartilhando experiências. Que bom que nossos caminhos sempre se cruzam nessas andanças da vida.

À Clarisse que acompanhou de perto o processo de construção desta dissertação, compartilhando alegrias e angústias.

A todos os amigos e familiares, que distantes ou não, participaram desta caminhada e entenderam minha ausência, durante este processo de construção.

## RESUMO

Esse estudo tem como objeto a produção divulgada em revistas científicas de Saúde Coletiva sobre educação em saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil, no período de 1990 a 2015. Tendo como fonte de dados artigos científicos disponíveis na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), e utilizando análise de conteúdo, o estudo objetivou, especificamente: caracterizar a produção segundo ano de publicação, instituição de vinculação dos autores, região da instituição, revistas em que foram publicados, idioma e tipo de estudo e, também descrever seu conteúdo, identificando elementos relativos às concepções e práticas de educação em saúde. O resultado do estudo apontou que a região sudeste se destacou no número de publicações. Com relação às revistas, o destaque foi para a revista de APS – Atenção Primária à Saúde. Os artigos empíricos lideraram as publicações e, dentre estes, os artigos com abordagem qualitativa foram maioria. Com a descrição do conteúdo foi possível observar que 17% dos trabalhos não definem o termo “educação em saúde”, e nestes, está implícito que o objetivo das práticas educativas em saúde é a mudança de comportamentos, através de transmissão vertical de informação. Entre os artigos que definem o termo educação em saúde, a crítica à visão tradicional de construção do conhecimento está presente, assim como conceitos e teorias de base freireana. Porém, os resultados obtidos nestes trabalhos mostraram que elementos da pedagogia tradicional e a influência do modelo biomédico ainda persistem. A maioria dos artigos (60%) considerou e discutiu o tema contexto, que é de grande relevância para os autores do campo da educação utilizados no referencial deste trabalho. O tema participação social foi discutido em apenas 43% dos artigos, o que sugere que as atividades educativas em saúde não são percebidas como um espaço de fomento à articulação da comunidade. A Promoção da Saúde apareceu em 80% dos artigos, o que mostra sua grande influência neste campo estudado, sendo que autores colocaram a educação em saúde como estratégia para implantação desta proposta nos serviços. Os limites para realização de atividades de educação em saúde estão presentes em 73% dos trabalhos analisados. Dentre estes, estão as dificuldades relacionadas à infraestrutura física das unidades, disponibilidade de materiais para realização das atividades, dinâmica de trabalho e formação acadêmica dos profissionais. Este é um resultado importante, que aponta a necessidade de discussão dos problemas encontrados para aprimoramento das práticas dos profissionais neste campo.

Palavras-chave: Educação em saúde. Atenção primária à saúde. Promoção da saúde.

## ABSTRACT

The present study has as its objective the releases about Health Education in the Primary Health Care in Brazil, published between 1990 and 2015 in scientific journals of Public Health. The main source were scientific articles available in the database of *Biblioteca Virtual de Saúde – BVS* (Online Health Library) and through content analysis this study has as its specific target: distinguish the articles based on their year of release, the author's linking institutions and the institution regions, the journals where they were published, their language and kind of study and, beyond that, describe their content focused on elements which might show the conceptions and practices in health education. As a result, we were able to find out that the Southeast Region stood out by its number of articles. Regarding the journals, we might mention *Atenção Primária à Saúde – APS* (Primary Health Care). Empirical articles lead the publications and, among them, those with a qualitative approach are the majority. Analyzing the content of the articles, we were able to see that 17% of them do not define the term "health education". It is implicit on them that the educative practices in health aims the behavior changing through the vertical transmission of information. Among those articles which define the term health education, we find many criticisms regarding the traditional pattern of education, as well as concepts and theories based on Freire's studies. However, the results of these researches have shown how persistent are the elements of traditional pedagogy as well as the influence of the biomedical pattern. The majority of the articles (60%) considered and discussed the context, which is very relevant for the authors in the education field considered as references for this study. The social participation was poorly discussed – only 43% of the articles – which may suggest that the health educational activities have no promotion room inside the community. Health promotion is present in 80% of the articles, showing its great influence on this field and meaning that the authors used health education as a strategy of implantation of its proposal in the services. The imposed limits when it comes to health education activities are present in 73% of the articles. Among them we may mention the unities' deficiency in infrastructure, availability of materials to carry out the activities, work dynamics and academic training of professionals. This is a very important result that points to the necessity to discuss these problems in order to improve the skills of the professionals in this field.

Keywords: Health education. Primary health care. Health promotion.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Comparação entre as perspectivas tradicional e crítica do processo de construção do conhecimento.....	32
Figura 1 -	Fluxograma do método.....	46
Gráfico 1 -	Proporção de artigos sobre educação em saúde na APS no Brasil divulgados em revistas científicas e nas revistas da área de saúde coletiva, disponíveis no sítio da BVS, segundo ano de publicação (1990-2015).....	49
Gráfico 2 -	Proporção de artigos científicos sobre educação em saúde na APS no Brasil (1990-2015), disponíveis no sítio da BVS, por região.....	52
Gráfico 3 -	Proporção de artigos científicos sobre educação em saúde na APS no Brasil (1990-2015) de acordo com idioma de publicação, por ano (todas as revistas disponíveis no sítio da BVS).....	56
Gráfico 4 -	Proporção de artigos científicos sobre educação em saúde na APS no Brasil (1990-2015) de acordo com idioma de publicação, por ano (revistas de saúde coletiva, disponíveis no sítio da BVS).....	56
Gráfico 5 -	Proporção de artigos científicos divulgados sobre educação em saúde na APS no Brasil (1990-2015), segundo tipo de estudo.....	57
Gráfico 6 -	Proporção de artigos científicos empíricos sobre educação em saúde na APS no Brasil (1990-2015), segundo tipo de estudo.....	58



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Número absoluto e proporção de artigos científicos sobre educação em saúde na APS no Brasil, divulgados em revistas científicas, segundo ano de publicação.....	50
Tabela 2 –	Número absoluto e proporção de artigos científicos sobre educação em saúde na APS no Brasil (1990-2015), disponíveis no sítio da BVS, por região.....	53
Tabela 3 -	Quantidade e proporção de publicações sobre o tema, disponíveis no sítio da BVS, de todas as revistas.....	53
Tabela 4 –	Quantidade e proporção de publicações sobre o tema, disponíveis no sítio da BVS, das revistas de saúde coletiva.....	54
Tabela 5 –	Número absoluto e proporção de artigos científicos divulgados sobre educação em saúde na APS no Brasil (1990-2015), de acordo com o idioma da publicação.....	56

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DeCs	Descritores em saúde
EPS	Educação Popular em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB/SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEP	Política Nacional de Educação Popular
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde Família
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
2	<b>OBJETIVOS GERAIS</b> .....	17
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	18
3.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	18
3.2	A INFLUÊNCIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	20
3.3	EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ENFOQUES EM DISPUTA.....	26
3.3.1	<b>A construção do conhecimento em saúde</b> .....	30
3.4	PARA ALÉM DA EDUCAÇÃO COMO MERA TRANSMISSÃO DO CONHECIMENTO: ALGUMAS CONTRIBUIÇÕES DE JOHN DEWEY, PIERRE BOURDIEU E PAULO FREIRE.....	33
3.4.1	<b>John Dewey: a influência do meio social</b> .....	33
3.4.2	<b>Pierre Bourdieu: as noções de habitus e campo</b> .....	35
3.4.3	<b>Paulo Freire: a educação como forma de libertação</b> .....	37
3.4.4	<b>Encontros desses autores e suas contribuições para a educação em saúde</b> .....	39
4	<b>MÉTODO</b> .....	43
4.1	CARACTERIZAÇÃO QUANTITATIVA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DIVULGADA EM ARTIGOS CIENTÍFICOS.....	45
4.2	DESCRIÇÃO DO CONTEÚDO DOS ARTIGOS CIENTÍFICOS DIVULGADOS EM REVISTAS CIENTÍFICAS DE SAÚDE COLETIVA.....	46
4.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	58
5	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	49
5.1	A PRODUÇÃO ACADÊMICA SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS: O QUE DIZEM OS NÚMEROS?.....	49
5.2	A PRODUÇÃO CIENTÍFICA DIVULGADA NAS REVISTAS DE SAÚDE COLETIVA NO BRASIL: DESCRIÇÃO DOS CONTEÚDOS.....	58
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	79
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	83

<b>APÊNDICE A – ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO BRASIL (1990-2015), SEGUNDO AUTOR, TÍTULO, INSTITUIÇÃO, ANO DE PUBLICAÇÃO, REVISTA, IDIOMA E TIPO DE ESTUDO.....</b>	<b>94</b>
<b>APÊNDICE B - PROPORÇÃO DE ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO BRASIL PUBLICADOS EM TODAS AS REVISTAS, NO PERÍODO DE 1990-2015, POR INSTITUIÇÃO.....</b>	<b>105</b>
<b>APÊNDICE C – PROPORÇÃO DE ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO BRASIL PUBLICADOS EM TODAS AS REVISTAS, NO PERÍODO DE 1990-2015 DAS REVISTAS DE SAÚDE COLETIVA POR INSTITUIÇÃO.....</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICE D - ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO BRASIL (1990-2015), SEGUNDO DEFINIÇÃO DE EDUCAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE, AUTORES REFERENCIADOS E ELEMENTOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, CONTEXTO, PARTICIPAÇÃO SOCIAL, PROMOÇÃO DA SAÚDE E LIMITES E POSSIBILIDADES PARA ATUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE.....</b>	<b>108</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema deste estudo surgiu durante a experiência como farmacêutica residente em uma unidade de Saúde da Família, no período de 2011 a 2013, na cidade de Ribeirão Preto – SP. Este programa de residência, do qual fiz parte, objetiva o aprendizado em serviço, possibilitando a atuação nos níveis terciário, secundário e primário da atenção à saúde, com ênfase neste último, mais especificamente, na Estratégia Saúde da Família.

Durante este período de inserção na unidade citada foi observada a dificuldade da equipe para desenvolver práticas educativas em saúde, que alegava falta de interesse das pessoas em participar de grupos estruturados no modelo de palestras. Com a inserção dos residentes, os grupos que eram oferecidos foram reorganizados e outros foram inseridos, usando metodologia participativa, a partir de materiais didáticos que propiciavam este tipo de intervenção. Os temas abordados nesses grupos eram diabetes mellitus, hipertensão arterial, dor crônica e alimentação. Além de um grupo voltado para os cuidadores, que se conformava como um espaço de suporte e apoio para as pessoas que cuidavam de algum familiar enfermo ou em condições de perda da autonomia.

A partir desta experiência, surgiu, em um primeiro momento, o interesse em desenvolver um trabalho empírico sobre a educação em saúde. Porém, como muitas questões teóricas desta área ainda são nebulosas, já que este é um campo que valoriza a prática, em um segundo momento veio a necessidade de maior aproximação com os estudos divulgados sobre o tema e seus referenciais teóricos, para compreender e analisar o processo de educação em saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, através dos trabalhos científicos divulgados.

Este trabalho traz a Educação em Saúde (também chamada de Educação para a Saúde ou Educação e Saúde) como um conjunto de diversas práticas e saberes, oficiais ou não, que acontecem no interior do setor saúde. Sendo uma interseção entre os setores de Educação e de Saúde, este é um campo que mescla disciplinas das ciências sociais e das ciências da saúde. As práticas e propostas deste campo se caracterizam, necessariamente, pelas relações estabelecidas entre Estado e Sociedade, já que se constituem como políticas sociais de um estado, que é palco de disputas entre grupos, classes e forças sociais. Além de se estabelecer segundo estas relações, o processo de educação em saúde acompanha as concepções de saúde e modelos de atenção vigentes em cada período histórico. (SMEKE; OLIVEIRA, 2001; RENOVATO; BAGNATO, 2012).

As concepções de saúde, por sua vez, estão relacionadas com o modo como a sociedade se organiza para atender suas necessidades; com o modo como o espaço que contém essa sociedade é organizado; com o conjunto de problemas que refletem o nível de desgaste, conseqüente da reprodução e produção social de determinado território; com as concepções elaboradas sobre as causas das doenças e com suas práticas assistenciais. Concepções de saúde podem coexistir, com a presença de modelos antigos para solucionar problemas atuais. Formas de se pensar saúde e de se estruturar modelos de atenção do passado continuam atuantes no presente, mas com características diferentes (SABROZA, 2004).

No Brasil, a origem da educação em saúde foi marcada por um discurso normatizador, influenciado por experiências europeias do século XIX, impondo condutas e comportamentos laicos a serem seguidos, o que diminuiu a força da concepção religiosa da saúde e doença predominantes até então. Estas ações eram estruturadas de acordo com a concepção biologicista, focada nos microorganismos e respectivas doenças por eles provocadas, desconsiderando as condições de vida dos indivíduos. Para isso, a polícia sanitária atuava para combater as endemias e epidemias de febre amarela que atingiram o Rio de Janeiro, através de métodos coercivos e impositivos, como a obrigatoriedade da vacinação (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2005). Porém, essas medidas geraram descontentamento da população, que passou a organizar movimentos de resistência, como a Revolta da Vacina em 1904 e greves dos trabalhadores (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

Em 1917, a greve geral dos trabalhadores possibilitou mudanças no diálogo entre grupos hegemônicos e subalternos. Com a aprovação de um novo modelo sanitários em 1923, além da Lei Elói Chaves, as iniciativas de controle higiênico ganharam espaço, com ações de divulgação de higiene pessoal e pública, confinamento de leprosos, tuberculosos e sífilíticos, cuidados com a saúde infantil e materna. Essas ações, também baseadas na concepção biologicista, trazem a determinação do processo saúde/doença para o nível individual. Assim, de acordo com essa concepção vigente, os problemas de saúde da população dependeriam da mudança de comportamentos e hábitos dos indivíduos, que eram culpabilizados pela situação de saúde que se encontravam. Ainda de acordo com esse modelo, a educação em saúde seria uma maneira de prescrever aos indivíduos condutas de vida consideradas saudáveis (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

Com o fim do Estado Novo (1945), surge a noção de participação da população nas estratégias do governo, que estava relacionada à necessidade de modernizar a vida das classes populares do interior do país (com o processo de urbanização), através de conhecimentos

técnicos, que transformariam essas pessoas, construindo-se assim, uma nova sociedade, com menos doenças. (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2005).

No fim da década de sessenta, a educação sanitária passa a ser denominada educação em saúde, mas a alteração da nomenclatura não trouxe mudanças significativas nas práticas exercidas. A educação em saúde permanecia com o objetivo de esclarecer a população sobre as causas biológicas das doenças, restringindo-se a questões de higiene e conscientização sanitária, com um caráter individualista, autoritário e assistencialista, que desconsiderava a cultura e costumes dos sujeitos (RENOVATO; BAGNATO, 2012).

Na segunda metade da década de 1970, na tentativa de enfrentar e superar os problemas de saúde e ampliar seu acesso e qualidade, grupos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde se organizaram, formando um movimento social para propor a Reforma Sanitária e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Este movimento nasceu da sociedade, foi denominado movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e suas proposições foram debatidas na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que contou com a participação de aproximadamente cinco mil pessoas. O relatório originado nesta Conferência foi posteriormente usado para a formulação das leis orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90) que possibilitaram a implantação do SUS (PAIM, 2009). Dentre as importantes regulamentações provenientes destas leis, é possível citar a participação social, que é estabelecida através de duas instâncias colegiadas, os conselhos e as conferências de saúde, que conformam um sistema de controle social. Este sistema tem o objetivo de possibilitar a participação da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde (SCOREL; RASGA, 2012).

Embora as contribuições deste movimento tenham sido de grande importância, as políticas de saúde implementadas continuaram embasadas pelo modelo biomédico de assistência.

Com a implantação do Programa de Saúde da Família em 1994, as práticas da atenção primária foram fortalecidas, de acordo com os princípios do SUS. Este programa trouxe algumas mudanças com relação ao modelo assistencial de saúde, incorporando aos atendimentos práticas de acolhimento, aumento do vínculo com os indivíduos atendidos e uma proposta mais abrangente de Vigilância da Saúde. Porém, mesmo com estes avanços, a ruptura da hegemonia do modelo biomédico de atenção ainda está longe de se concretizar. A medicina científica continua distanciando o saber técnico-científico e o saber popular, monopolizando o cuidado médico, de maneira autoritária e normatizadora (SCOREL, et al, 2007; STOTZ, et al, 2005).

Em 2012 foi estruturada a Política Nacional de Educação Popular (PNEP-SUS), que traz pressupostos teórico-metodológicos desse referencial, contemplando dimensões filosóficas, políticas, éticas e metodológicas, buscando uma perspectiva didática. São eles, o diálogo, a amorosidade, a problematização, a emancipação, o compromisso com a construção do projeto pedagógico popular e a construção compartilhada do conhecimento (BRASIL, 2012).

Essa política é considerada um avanço para a implementação da Educação Popular em Saúde (EPS), contribuindo para o processo de consolidação deste referencial político metodológico, que busca romper com o modelo biomédico, ainda predominante nas práticas de saúde. Embora sua implementação seja importante, sua aplicabilidade ainda não está garantida. Outro ponto a ser discutido é que mesmo com a aprovação da PNEP-SUS, é necessário avaliar se o Estado está realmente em sua defesa e se os estados do país estão dispostos e mobilizados para sua implementação. Embora já tenha se estruturado enquanto política pública, muitos profissionais de saúde desconhecem a EPS ou a conhecem superficialmente. Assim, a aprovação da PNEPS-SUS não deve ser motivo para diminuição do ritmo da luta por sua consolidação, mas sim um espaço de disputa para que seja cada vez mais fortalecida (BONETTI, 2014).

A trajetória histórica da educação em saúde mostra avanços na tentativa de superação do modelo verticalizado e autoritário das práticas, fundamentado na pedagogia tradicional que concentra práticas na transmissão unilateral de informações sobre agravos e “comportamentos adequados”. Essa busca por mudanças nas concepções de educação em saúde são embasadas por princípios da pedagogia crítico-reflexiva e na dialógica, das correntes críticas da educação (SILVEIRA, 2010).

Diante deste contexto, esse estudo se propõe a conhecer a produção científica divulgada sobre educação em saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil, no período de 1990 a setembro de 2015 e busca responder às seguintes perguntas:

- Quais as características da produção científica divulgada sobre educação em saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil, no período de 1990 a setembro de 2015?
- O que dizem os conteúdos dos artigos científicos sobre a educação em saúde na atenção primária no Brasil, divulgados nas revistas científicas de saúde coletiva, com relação à definição de educação em saúde, contexto, participação social e promoção da saúde?

Stotz (2005) aponta que a explicação do processo de saúde e doença está sendo pautada pelo modelo da multicausalidade, porém, as condutas encaminhadas baseiam-se em sua maioria no sentido da causalidade linear. Desta forma, os problemas de saúde são



reduzidos à sua dimensão fisiopatológica e não se considera os fatores sociais e emocionais envolvidos neste processo. Ainda segundo este autor, a educação em saúde segue este padrão linear de compreensão dos problemas de saúde, o que acarreta a realização de práticas fragmentadas e focalizadas em um agravo apenas. Por não considerar todos os fatores que influenciam no processo saúde e doença, as práticas de educação em saúde ficam restritas e não buscam a compreensão das condições e razões que levam as pessoas a adotarem determinados comportamentos e atitudes. A conduta tomada nestas atividades muitas vezes, é a prescrição de normas e condutas.

Assim, este trabalho parte do pressuposto de que os estudos sobre educação em saúde apontam que as práticas realizadas na Atenção Primária a Saúde são pautadas pelo modelo biomédico de atenção à saúde, que não compreende o processo saúde e doença como um fenômeno complexo, que sofre influência de inúmeros fatores. Pressupõe-se, também, que o embasamento teórico da produção científica sobre educação em saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil pode ser incipiente, na medida em que pode não estar incorporando referências teóricas importantes do campo da educação e da saúde coletiva, podendo haver uma naturalização de conceitos que se refletem na estruturação de práticas educativas nas unidades deste nível de atenção, onde predominam saber biomédico, que também são predominantes na formação acadêmica dos profissionais de saúde.

Pressupõe-se também que dos vários enfoques de educação em saúde vigentes, o mais utilizado é o preventivo, pautado na visão tradicional de construção do conhecimento, denominado por Paulo Freire como educação bancária. Esse modelo caracteriza-se pela exposição de conteúdos pelo educador, cabendo ao educando memorizá-los e fixá-los. Neste processo não há diálogo entre os envolvidos, desconsidera-se a subjetividade e não-linearidade do processo educativo e os conteúdos apresentados não condizem com a realidade social do educando.

Segundo Sabroza (2004), a Saúde Pública está em um momento de crise, com acúmulo de problemas de saúde e incapacidade dos modelos assistenciais de resolvê-los. O autor aponta que a análise dessa crise deve ser realizada através de uma perspectiva ampla, devido à complexidade do problema, sem restringir suas causas apenas a questões de financiamento e gestão. Componentes importantes como modelo assistencial (embasado na concepção de saúde biomédica), descrença na efetividade da atenção médica, medicalização de problemas sociais e redução da resolutividade dos atendimentos também fazem parte das causas da atual crise.

Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, questões relacionadas à reorganização de serviços e práticas estão sendo debatidas nos trabalhos acadêmicos, incluindo a importância da educação em saúde nas ações de saúde. Ao analisar e discutir práticas educativas, concepções educativas implícitas são elucidadas e com isso, perspectivas sobre a relação entre profissionais e comunidade também são evidenciadas. Assim, a educação, além de fazer parte das práticas, é um “eixo estruturante de uma proposta de mudança no modelo de atenção” (STOTZ, et al, 2005, p. 10). Neste sentido a educação em saúde ganha destaque como forma de romper com o modelo assistencial vigente, propiciando a interação dos indivíduos, incentivando a participação social e aproximando serviços de saúde e comunidade em que atuam.

Diante desta realidade, este trabalho pretende contribuir com a problematização e fortalecimento da educação em saúde na APS no Brasil, através da caracterização e análise das publicações científicas divulgadas sobre o tema. Com o método escolhido, pretende-se colaborar teoricamente com este campo, em que a prática é priorizada.

Este trabalho, ao apontar as concepções de educação em saúde presentes nos artigos analisados, os referenciais teóricos utilizados, os elementos considerados pelos autores no processo educativo e as dificuldades encontradas para realização destas atividades neste nível de atenção, contribui para o planejamento de práticas mais participativas e resolutivas que considerem os determinantes sociais em saúde, os saberes anteriores do indivíduo, incentivem a articulação entre os sujeitos envolvidos e possibilitem a construção crítico-reflexiva e a problematização de sua realidade. Pode contribuir também para a elaboração de políticas de saúde que amparem e apoiem os profissionais na realização destas práticas.

## 2 OBJETIVOS GERAIS

Conhecer a produção científica brasileira divulgada em revistas científicas sobre educação em saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Brasil, no período de 1990 a setembro de 2015.

### 2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a produção científica divulgada em artigos científicos, segundo ano de publicação, instituição de vinculação dos autores, região da instituição, revistas em que foram publicados, idioma da publicação e tipo de estudo.
- Descrever o conteúdo dos artigos científicos sobre educação em saúde na APS no Brasil, no período de 1990 a setembro de 2015, divulgados em revistas de saúde coletiva, com relação à definição de educação em saúde, contexto, participação social e promoção da saúde.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Em 1978, a Conferência realizada na cidade de Alma-Ata reafirmou a saúde como direito humano fundamental e como uma relevante meta social mundial. Destacou a responsabilidade que os governos devem ter sobre a saúde de suas populações e a demanda intersetorial que esta meta requer para que seja alcançada. A Declaração proveniente desta conferência também estipulou diretrizes e metas para a consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS), que foi descrita de forma abrangente e com função central no sistema nacional de saúde. Ainda de acordo com esta Declaração, a APS é definida como atenção à saúde essencial, que representa o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, aproximando as práticas de saúde ao local onde as pessoas residem e trabalham. Neste momento, surgiram então, elementos essenciais para sua organização e estruturação. Entre estes, temos a educação em saúde, prevenção de endemias, tratamento apropriado de doenças e danos mais comuns, dispensação de medicamentos essenciais, promoção de alimentação saudável e etc (MENDES, 2012). (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012)

Os princípios de cuidados primários provenientes da Conferência de Alma-Ata influenciaram a construção do SUS e das políticas de saúde no Brasil. No processo de implantação do SUS, a Atenção Primária à Saúde foi fortalecida através de medidas governamentais. Mas somente em 1994, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), o modelo assistencial foi reorganizado nacionalmente e o programa foi tido como estratégia para estruturar e organizar os serviços e ações de saúde, sendo este um marco na incorporação da Atenção Primária nas políticas de saúde do país (SCOREL et al, 2007).

Este programa estabelece que a equipe da unidade de saúde deve ser multiprofissional e trabalhar em um território definido, acompanhando a população residente na área. O modelo tem como proposta atuar sobre os determinantes sociais da saúde, desenvolver ações educativas e intersetoriais de acordo com os problemas de saúde identificados, assim como realizar ações de promoção da saúde e de prevenção, cuidado, cura, reabilitação e palição das condições de saúde. (SCOREL et al, 2007; MENDES, 2012)

O Programa também trouxe importantes pontos para reflexão, relacionados à reorganização de serviços e práticas, como por exemplo, o papel da educação nas práticas de saúde. E com isso, alguns problemas relacionados a este tema foram levantados: currículos dos cursos de saúde são inadequados e acríticos, profissionais não possuem preparo para

enfrentar problemas na comunidade, apresentam dificuldade em estabelecer diálogos e parcerias e há necessidade de se conhecer os referenciais teóricos e metodológicos para que práticas pedagógicas transformadoras sejam estabelecidas. (STOTZ, et al, 2005).

Para estruturação da atenção básica no país, conforme os princípios e diretrizes do SUS, alguns programas e estratégias foram implantados ao longo dos anos. Em 1991 surgiu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), de caráter emergencial e com o objetivo de alcançar regiões onde a assistência médica não estivesse presente. Foi inicialmente implantado nas regiões Norte e Nordeste do país, com ações de combate e controle à epidemia de cólera e outras formas de diarreia, centradas na reidratação oral e vacinação. Porém, como não havia cobertura médica em grande parte das localidades atendidas pelo Pacs e com a atuação de indivíduos sem formação na área da saúde, este programa correspondia a um programa de atenção primária seletiva, com pouca resolutividade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Em 1993 foi estruturado o Programa de Saúde da Família (PSF), implantado em municípios pequenos, para atender a demanda reprimida de atenção básica, mas que não tinha condições para garantir a continuidade do atendimento. A norma operacional básica do SUS de 1996 (NOB SUS 01/96) caracterizou a atenção básica como primeiro nível de atenção e propôs o PSF como estratégia, a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta última mudança possibilitou um caráter mais abrangente à atenção básica no país e mais articulada aos outros níveis de atenção. Percebe-se que sua implementação esta fortemente associada ao processo de descentralização do sistema de saúde, na mudança do modelo médico-assistencial e na reestruturação da condução da atenção básica. Estas ações possibilitaram a ampliação da cobertura, melhoria dos indicadores de saúde e valorização das práticas de promoção e prevenção de saúde.

Embora a estratégia tenha se fortalecido, ainda não está completamente implantada no país. Diversas cidades apresentam baixos percentuais de cobertura ou contam com unidades precárias, sem os serviços básicos disponíveis e sem o mínimo de profissionais de saúde preconizado. Esforços tem sido levantados para a estruturação plena desta estratégia, mas enquanto esta pauta não for uma prioridade governamental poucas mudanças serão possíveis.

O Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf) de 2003 apoiou e contribuiu para a ampliação da ESF, com o objetivo de fortalecimento e organização da atenção básica, o que facilitou a adesão da estratégia por grandes centros urbanos, já que a mesma ainda estava restrita a municípios de pequeno porte (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Em 2006, foi editada a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), que traz a atenção básica com uma concepção ampliada, sendo colocada como porta de entrada preferencial do SUS e como base para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Segundo a Pnab, a Saúde da Família tem a função de reorganizar a atenção básica, que deve estar integrada à rede de serviços de saúde municipal (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Em 2008, passa a ser incentivado o apoio matricial pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Estes núcleos são compostos por profissionais de diferentes áreas do conhecimento que devem atuar em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, compartilhando práticas em saúde para a população adscrita (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

### 3.2 A INFLUÊNCIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CAMPO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A conferência de Alma-Ata, além de trazer a Atenção Primária à Saúde e seus componentes, incentivando sua implantação em países, como o Brasil, também influenciou e fortaleceu os defensores da Promoção da Saúde. Esta proposta teve início na década de 1970, como uma “nova concepção de saúde”, que não mais se centrava na doença. Este termo já havia sido citado e definido anos antes, em 1945, pelo médico canadense Henry Sigerist, que definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção de saúde, a prevenção de doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Segundo o médico, para se promover saúde seria necessário garantir boas condições de vida, de trabalho, de educação, de cultura física e também formas de lazer e descanso, o que seria conquistado através de um esforço coordenado entre políticos, educadores, médicos, sindicatos e empresas. Em 1976, o conceito foi utilizado no modelo da história natural da doença, desenvolvido por Leavell & Clark. Neste modelo, a orientação e o aconselhamento em saúde do médico para o indivíduo com extensão para sua família, eram considerados ações de promoção da saúde (BUSS, 2000).

Corroborando esta proposta, dois acontecimentos internacionais foram relevantes para sua estruturação: a abertura da China Nacionalista, que mostrou ao mundo a prática de cuidados de saúde realizados principalmente no ambiente rural, com características da atenção primária à saúde e o Relatório Lalonde (1974), que deflagrou um movimento canadense que questionou o efeito e os custos das ações com foco na assistência médica e propôs a ampliação das ações de Saúde Pública. Este documento introduziu o conceito de “determinantes de saúde”, composto pelos seguintes grupos: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização dos serviços de saúde. Embora tenha sido alvo de inúmeras

críticas por ser centrado na ação individual, com ênfase na mudança de estilos de vida e de comportamentos, esse relatório foi um marco histórico no campo da Saúde Pública, pois questionava o modelo assistencial de saúde hegemônico e foi o primeiro documento oficial a apresentar a denominação de promoção da saúde. Segundo Ferreira et al (2007), a ênfase deste relatório no estilo de vida e nos fatores de risco influenciou a maneira de se compreender a Promoção da Saúde no momento em que esta começava a aparecer de modo mais consistente no cenário acadêmico. Estes dois acontecimentos (abertura da China Nacionalista e Relatório Lalonde) embasaram movimentos direcionados à mudança de paradigma no campo da saúde, o “Saúde para todos no Ano 2000” e a “Estratégia de Atenção Primária de Saúde”, ambos formalizados na Conferência de Alma-Ata, em 1978 (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003; HEIDMANN, 2006).

No ano de 1979, o Departamento de Saúde, Educação e Bem-estar do governo dos Estados Unidos da América publicou o relatório “Healthy People 1979”, que fez uma separação entre prevenção de doenças e Promoção da Saúde e também associava esta última a mudanças no estilo de vida, enfatizando os fatores de riscos epidemiológicos, assim como o Relatório Lalonde. Percebe-se que a Promoção da Saúde, em seus primórdios estava fortemente vinculada a uma abordagem comportamentalista e voltada para os fatores de risco (FERREIRA et al, 2007).

Influenciadas pelo Relatório Lalonde e pelo “Healthy People 1979”, as práticas de promoção da saúde ao longo da década de 1970 foram realizadas no âmbito individual, centradas na mudança de hábitos, estilos de vida e comportamentos. Segundo Ferreira et al (2011) esta abordagem da Promoção da Saúde é chamada de comportamentalista ou conservadora e é um meio de dirigir os indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua própria saúde, reduzindo assim, os gastos com o sistema de saúde. Cerqueira (apud SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003) indica o caráter limitado destas práticas e ressalta que a culpabilização do indivíduo por sua condição de saúde deixa de lado a determinação social do processo saúde e doença e retira a responsabilidade dos governantes pela situação de saúde da população (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Os limites teóricos e práticos desta proposta behaviorista impulsionaram o surgimento de outra perspectiva, denominada “Nova Promoção da Saúde”, na década de 1980. Compartilhando a crítica ao modelo biomédico da proposta anterior, esta concepção veio com o objetivo de ser contrária ao enfoque individual e de culpabilização das pessoas por sua situação de saúde, baseando-se em uma perspectiva socioambiental. Esta proposta aponta como pré-requisitos fundamentais para a saúde a justiça social, a equidade, a educação, o

saneamento, a paz, a habitação, o salário digno, a estabilidade do ecossistema e a sustentabilidade dos recursos naturais (CARVALHO, 2007).

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá em 1986, possibilitou a discussão e embasamento teórico desta nova perspectiva. A Carta de Ottawa, fruto desta Conferência, foi um marco importante para a promoção da saúde. O documento ressalta a intersectorialidade, apontando a incapacidade do setor saúde de assegurar, de maneira isolada, condições sanitárias satisfatórias. Desta forma, segundo a declaração, o setor saúde deve interagir com a política, economia, meio ambiente e fatores sociais, culturais e biológicos (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A carta define Promoção da Saúde como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente”. De acordo com a carta, a promoção da saúde vislumbra o alcance da “equidade em saúde” e suas ações tem como objetivo reduzir as diferenças nos estado de saúde dos indivíduos e assegurar oportunidades e recursos de maneira igualitária para que todos se capacitem e realizem seu potencial de saúde (OPAS, 1986).

Este documento associa a promoção de saúde a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria (BUSS, 2000). A participação ativa da população é apontada na Carta de Ottawa como estratégia fundamental para operacionalizar a promoção da saúde. Para isso, são propostas ações que favoreçam o fortalecimento da atuação da comunidade, visando um maior controle das pessoas sobre sua saúde e o meio em que vivem. O documento traz como estratégias para efetivar a participação o suporte social aos indivíduos, através do repasse de informações, atividades voltadas para a educação em saúde e apoio financeiro adequado (CARVALHO, 2007).

Segundo Heidmann (2006), neste documento produzido em Ottawa, a educação em saúde faz parte da promoção da saúde, que contempla cinco estratégias de ação: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais. Os autores ressaltam que muitos avanços foram obtidos com esta proposta, porém, ainda prevalece uma visão simplificada desta, com prioridade para mudança de estilos de vida, ações embasadas pelo modelo tradicional de educação e práticas preventivas compreendidas como sinônimo de promoção da saúde.



Stotz e Araújo (2004) atentam para o fato de que esta Conferência, realizada em Ottawa, contou apenas com a participação de países desenvolvidos e alguns poucos periféricos, sendo que o Brasil não esteve presente. Como consequência desta conformação, Carvalho (2007) relata que a Promoção da Saúde, neste período, buscava respostas para os problemas de saúde dos países desenvolvidos, que diferente dos países periféricos, já contavam com uma estrutura de serviços assistenciais de melhor qualidade, podendo assim, focar em outras prioridades para o setor saúde.

Ferreira et al (2011) apontam a ambiguidade da proposta da Nova Promoção da Saúde, já que embora esta atenua a ênfase da abordagem comportamentalista na mudança de estilos de vida, ainda é incipiente como instrumento de transformação social.

Depois de Ottawa, conferências regionalizadas foram realizadas em Jacarta, Port Spain e Bogotá, contando com a presença de países periféricos. O Brasil foi representado nesta última e fez parte dos signatários de sua declaração, a Carta de Bogotá (STOTZ; ARAUJO, 2004).

Segundo material elaborado pelo Ministério da Saúde que reúne os documentos de referência resultantes dos espaços de construção e discussão desta proposta (“As Cartas da Promoção da Saúde”), a Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em 1992, na Colômbia, teve caráter regionalizado e seu foco foi a América Latina, apontando estratégias para recriação da proposta na região. A declaração assinada neste espaço traz como questão central a relação mútua entre saúde e desenvolvimento. Aponta que a região debatida enfrenta importantes problemas relacionados a condições de vida, aumento de riscos para saúde e diminuição de recursos para enfrentá-los. Assim, segundo este documento, a promoção da saúde deve se empenhar na transformação desta situação, com o intuito de conciliar os interesses econômicos aos sociais (BRASIL, 2002).

O documento apresenta cinco princípios para a proposta de promoção da saúde na região. São eles: a superação das desigualdades econômica, social, política, cultural e ambiental, assim como as relacionadas ao acesso, cobertura e qualidade dos serviços de saúde; novas alternativas de práticas de Saúde Pública; reafirmação da democracia; conquista da equidade e desenvolvimento “integral e recíproco” dos indivíduos e sociedade (OPAS, 1992).

A Carta de Bogotá aponta a necessidade de mudança nas ações de saúde pública e ressalta a participação ativa da população como forma de mudar suas condições sanitárias e seus modos de vida, visando à criação de uma “cultura de saúde”. De acordo com esta declaração “o repasse de informação e a promoção do conhecimento constituem valiosos

instrumentos para a participação e mudanças dos estilos de vida nas comunidades” (p.46). Assim, a carta apresenta como um de seus compromissos aumentar a capacidade que os indivíduos tem de tomar decisões referentes à sua vida e assim optar por “estilos de vida saudáveis” (BRASIL, 2002).

De acordo com Stotz e Araújo (2004), os compromissos e estratégias presentes na Carta de Bogotá são amparados por referenciais behavioristas e responsabilizam o indivíduo por sua condição de saúde, sem nenhum tipo de problematização. Segundo os autores, a carta ao pressupor que as pessoas não tem uma cultura de saúde e que precisam se conscientizar sobre sua importância, nega o saber popular e torna-se uma proposta autoritária.

A Nova Promoção da Saúde traz como eixo central o *empowerment* um termo que, embora ainda indefinido e nebuloso, é considerado por alguns autores como “processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, sócio-econômicos e ambientais que afetam a saúde” (p.108). Segundo autores desta corrente, a educação e disseminação de informação estão relacionadas ao *empowerment* e são fundamentais para tomada de decisão e para a prática da promoção de saúde. Labonte (apud SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003) afirma que este conceito/estratégia está relacionado à mudança do sentimento de impotência nos indivíduos, devido à distribuição desigual de poder na sociedade. Assim, devolver o poder de decisão para os indivíduos seria a base desta abordagem da promoção da saúde.

Sícoli e Nascimento (2003) trazem que o *empowerment* deve estar aliado à participação social, pois a garantia de acesso à informação e conhecimento sem ampliação da capacidade de controle e mudança pelo indivíduo, pode acarretar aumento da ansiedade e do sentimento de impotência. Por isso, segundo os autores, espaços que estimulem e reforcem a participação social devem ser priorizados nas ações de promoção da saúde.

O conceito de *empowerment* engloba noções de diferentes campos do conhecimento, o que gera inúmeras interpretações que dificultam sua utilização. A tradução desta palavra para o português é motivo de controvérsia entre autores. Enquanto alguns preferem usá-la em inglês, devido à inexistência de um sinônimo fidedigno, outros autores optam pelo uso da palavra “empoderamento”, mesmo que este apresente um significado distinto do termo na língua inglesa (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003; CARVALHO, 2004).

Por ser um conceito ainda em construção, há dificuldades para sua utilização e coexistência de distintas noções sobre seu significado dentro da proposta da Promoção da Saúde. Dentre estas, está o *empowerment* psicológico, que é definido como o fortalecimento do controle do indivíduo sobre a própria vida, ou seja, ele passa a ser caracterizado como

confiante e independente, com “poder” sobre si mesmo e que assim, consegue se comportar de determinada maneira e influenciar o meio em que vive. De acordo com esta concepção, esta conduta não depende da participação do indivíduo em ações políticas coletivas. Por ser voltada para o âmbito individual, ignora o contexto político e histórico em que as pessoas estão inseridas e não problematiza a origem dos problemas enfrentados. As estratégias formuladas com base nesta noção visam ao fortalecimento da auto-estima e da capacidade de adaptação ao meio, com destaque para práticas educativas que objetivam a formação de “consciência sanitária” nas pessoas (CARVALHO, 2004; CARVALHO, 2007).

Carvalho (2004) aponta que esta noção de empowerment, por não discutir problemas estruturais da sociedade, favorece a manutenção do *status quo* podendo funcionar como um mecanismo de regulação social. A ideia de responsabilidade individual embutida neste conceito pode servir de justificativa para diminuição de ações e políticas sociais, eximindo os governantes de suas obrigações perante a sociedade.

As críticas e limitações deste termo impulsionaram a elaboração de outra abordagem, o *empowerment* comunitário, que vem como proposta para enfrentamento das determinações sociais e para redistribuição de poder na sociedade. Carvalho (2007) alerta que o poder é um recurso não-material, que por estar distribuído em níveis diferenciados entre os grupos da sociedade, torna-se uma categoria conflituosa. De acordo com esta noção de *empowerment*, essa relação de poder desigual deve ser colocada em questão e isso só é possível através da discussão e problematização dos macro e microdeterminantes sociais, que influenciam e condicionam a vida das pessoas. O eixo estratégico desta proposta é a participação dos indivíduos nos processos decisórios, com o objetivo de mudança, conquista e garantia dos direitos sociais. Com essa participação busca-se o aumento do controle sobre a vida pelos indivíduos e comunidades, melhoria da qualidade de vida, justiça social e eficácia política. Os autores dessa corrente acreditam que as pessoas devem ser apoiadas para tomarem as decisões que acham corretas e assim serão capazes de reconfigurar o contexto social no qual vivem, o que traz resultados positivos para sua saúde.

De acordo com Stotz e Araújo (2004), o conceito de *empowerment* introduz o paradoxo de que grupos que usufruem o poder possam criar condições para grupos excluídos socialmente conquistarem o poder. Os autores questionam se pessoas que dispõem de poder seriam capazes de transferi-lo aos oprimidos e caso isso fosse possível, contestam como mais adequado o uso da categoria participação ao invés de *empowerment*. Desta forma, a promoção da saúde atuaria com os movimentos populares nos conflitos da sociedade, descobrindo novas

“habilidades e competências” no decorrer da ação coletiva, através do processo de conscientização.

O significado do conceito de Promoção da Saúde ainda é desconhecido por alguns profissionais e segundo Heidmann e colaboradores (2006), existe confusão entre os termos promoção e prevenção, que são muitas vezes usados como sinônimos nas práticas dos serviços de saúde. Ainda há prevalência de atividades que objetivam a mudança de comportamentos e de estilo de vida, pautados na saúde como ausência de doença. Os autores sugerem que os profissionais devem compreender e ampliar sua visão sobre a promoção da saúde, atuando ativamente e criticamente na construção e reformulação desta proposta. Problematizam a elaboração de políticas públicas saudáveis, que é uma das estratégias da Promoção da Saúde e trazem que essa elaboração deve ser pautada em uma perspectiva complexa, compreendendo a saúde como um conceito amplo e entendendo o conceito de Estado e seu papel na sociedade. De acordo com estes autores, a saúde não pode ser compreendida como ausência de doença, focada no indivíduo e na mera mudança de comportamentos, sendo necessário considerar a determinação de diversos fatores nesse processo. E completam apontando que a elaboração destas políticas não deve ser uma iniciativa apenas do Estado, deve contar com a participação da sociedade civil, setores públicos e privados.

Já Stotz e Araújo (2004) apontam problemas relacionados à estruturação e embasamento da proposta, principalmente no que está documentado na Carta de Bogotá. Os autores relatam que o discurso presente no Brasil refere-se ao que foi assinado na Conferência de Ottawa, porém as práticas estão estruturadas com o documento da Conferência da Colômbia, que é revestido de autoritarismo, legitimação de ações behavioristas, com estratégias de culpabilização dos indivíduos, sem nenhuma problematização e preconizando uma nova cultura de saúde para a população. Por isso, de acordo com os autores, a educação em saúde ganhou grande destaque nos programas de promoção, com cursos de capacitação e treinamentos baseados no modelo tradicional de educação.

### 3.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ENFOQUES EM DISPUTA

Stotz (1993) relata que o âmbito da educação em saúde é amplo, incluindo métodos para garantir a adesão ao tratamento e para prevenir comportamentos de risco. O autor alerta para o descaso da maioria dos profissionais dos serviços em relação aos fatores e condições (que estão muitas vezes fora da área da saúde) que levam os indivíduos a adotarem ou não

esses comportamentos. As situações injustas, oriundas da sociedade capitalista refletem no setor saúde, cabendo aos serviços dessa área compensarem as contradições sociais, levando à legitimação deste modelo econômico.

Outra consideração deve ser feita ao se analisar as práticas de educação em saúde ainda vigentes, em que os problemas de saúde são reduzidos a uma conceituação biopsicológica e o doente torna-se um desviante da suposta “normalidade” instituída e passa a ser culpabilizado pelo seu sofrimento. Nesta perspectiva, os problemas de saúde passam a ser considerados apenas no âmbito individual e desconsidera-se sua forte relação com a determinação social. (STOTZ, 1993)

Stotz (1993) caracteriza alguns enfoques de educação em saúde, que estão em disputa no campo teórico e mesclados na prática. O enfoque predominante nas unidades durante anos tem sido o **preventivo**, que considera os comportamentos individuais como fatores de risco (dieta, sedentarismo, tabagismo, etc). Este enfoque é orientado pelo modelo médico e frequentemente usa o repasse de informações como metodologia. Percebe-se que este modelo, que é tradicional, se mantém hegemônico, ditando e impondo comportamentos e hábitos considerados mais saudáveis. Assim, ao repassar informações sobre riscos à saúde ao sujeito, a responsabilidade pela saúde ou culpa pela doença é repassada a este também. Este enfoque desconsidera a subjetividade do indivíduo, suas crenças e valores e também os determinantes sociais de saúde, que requerem ações que não estão ao alcance do indivíduo para sua solução (VASCONCELOS, 2001).

Smeke e Oliveira (2001) trazem que este enfoque de educação em saúde cria uma nova subordinação, a medida que as pessoas passam a se identificar com essas informações, de maneira individualista. Desta forma, passam a requerer mais medicalização, maior número de unidades de pronto-atendimento. Esta forma de se pensar a saúde, embasada pelo modelo de História Natural da Doença é ainda muito utilizado, fazendo parte tanto do senso comum, como dos profissionais de saúde.

O enfoque da **escolha informada** tem como princípio a compreensão da situação de saúde pelo indivíduo, através da informação dos prováveis riscos a que está exposto. Existe a preocupação com as crenças e valores das pessoas relacionados à saúde, com a discussão de suas implicações na vida do indivíduo (STOTZ, 1993).

O enfoque do **desenvolvimento pessoal** atua com o objetivo de aumentar as potencialidades dos indivíduos, desenvolvendo habilidades para controlar a vida. Esse modelo desconsidera as causas externas que influenciam as condições de vida e saúde das pessoas (STOTZ, 1993). Embora este enfoque contribua para o fortalecimento da autonomia do

indivíduo, secundariza questões de cunho político-econômico. Constitui-se então, como um primeiro passo para práticas mais libertadoras e autônomas (VASCONCELOS, 2001).

Estes dois últimos enfoques partem do princípio que os indivíduos são livres e possuem condições para fazerem suas escolhas. Porém, segundo Stotz (1993), a maioria da população de países como o Brasil, não estão em condições de fazer escolhas informadas. Estes enfoques transferem para o indivíduo a responsabilidade por problemas, que apresentam causas de caráter social, relacionadas à estrutura da sociedade.

O **enfoque radical** vem para superar os enfoques anteriores e parte do pressuposto que as condições e a estrutura social são as causas dos problemas de saúde e a educação deve ter como objetivo facilitar e incentivar as lutas políticas e movimentos reivindicatórios. Através deste modelo, o indivíduo desenvolve consciência sobre seus limites e possibilidades, enquanto sujeito, para promover mudanças políticas, econômicas e sociais. Para isso, é necessário o envolvimento do Estado através de intervenções legislativas e normativas a fim de transformar as condições que geram problemas. Porém, esse modelo desconsidera o sofrimento individual, ao priorizar o caráter social da enfermidade. Por isso, esta abordagem requer a contemplação da dialética do individual e do coletivo. (STOTZ, 1993). Segundo Smeke e Oliveira (2001), para que esse enfoque não passe a ser uma prática que somente convença os indivíduos da necessidade de transformações macrossociais, políticas e econômicas, a relação educador/educando deve ser revista, passando a ser pautada em uma perspectiva dialógica e participativa.

O enfoque da **educação popular e saúde** toma como ponto de partida os saberes anteriores dos indivíduos. (STOTZ, 1993) Parte do princípio de que “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção” (FREIRE, 2011b, p.24), sendo que o processo educativo passa a ser uma relação de troca e diálogo entre educador e educando, possibilitando uma construção compartilhada do conhecimento.

Esta forma de intervenção tem como elemento central a problematização a partir das concepções, saberes e representações sociais da população, investindo em um indivíduo mais crítico e questionador, cabendo ao educador em saúde facilitar as reflexões do sujeito sobre a realidade. Tem como pressuposto a concepção ampliada de saúde (oposta ao modelo biomédico vigente), considerando os determinantes sociais de saúde no entendimento do processo saúde e doença (BRASIL, 2012; BONETTI, 2014).

A educação popular começou a se estruturar como referencial político-pedagógico na década de 1950, com princípios motivadores ligados a questões populares e embasados na pedagogia desenvolvida por Paulo Freire (BRASIL, 2012).

Vasconcelos aponta que em 1970, diversos profissionais de saúde insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e fortemente embasadas no modelo biomédico, iniciaram uma atuação mais próxima e significativa junto às classes populares, indo até periferias de grandes cidades e regiões rurais. A reorientação das práticas destes profissionais foi feita através da interação com movimentos sociais e da convivência com grupos populares, que possibilitou entender as formas e o significado do adoecimento dessas pessoas e trazer novas maneiras de enfrentamento dos problemas de saúde encontrados. Nessas experiências a Educação Popular era a metodologia utilizada, se consolidando como um instrumento fundamental, que passou a se constituir em outros serviços de saúde, reorientando práticas, aproximando profissionais de saúde e comunidade e rompendo com a tradição autoritária da Educação em Saúde. . A passividade frequente de processos pedagógicos tradicionais é deixada de lado e o processo de discussão passa a ser horizontal e dialógico (VASCONCELOS, 2001).

A Educação Popular, em sua origem, apresenta um compromisso com os mais pobres, com a emancipação humana. E, mais ainda, um compromisso político com as classes populares, objetivando melhores condições de vida e saúde, luta pela cidadania e pelo controle social. A partir da problematização da realidade, atua como instrumento de crítica, evidenciando situações e grupos que estavam invisíveis, favorecendo, assim, a mudança social necessária (BONETTI, 2014).

A educação popular vem como forma de superar o modelo bancário de educação, explicado por Paulo Freire. Constitui-se como uma contraposição às práticas autoritárias e normatizadoras presentes na gestão, no cuidado e na educação em saúde. Contribui também para a reflexão sobre a construção de um outro projeto de sociedade, pautado na solidariedade, na integralidade e em uma visão de mundo mais humana e coletiva (BONETTI, 2014).

Outro ponto importante a ser destacado é a hegemonia do modelo biomédico no campo da saúde. Este modelo continua dominante desde a formação em saúde e continua sendo um entrave para consolidação de formas de entendimento do processo de saúde e doença embasadas na concepção ampliada da saúde. Assim, modelos pautados em uma perspectiva mais integradora e participativa, como a EPS, ficam dispostos em planos subjacentes.

Dentro do enfoque da educação popular, surge o termo construção compartilhada do conhecimento, que parte de uma crítica à ciência tradicional e é pautada na experiência cotidiana dos indivíduos envolvidos. Esta proposta foi desenvolvida pelo Núcleo de Educação, Saúde e Cidadania da Escola de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, no início da década de noventa, com o objetivo de possibilitar maior poder de intervenção das pessoas nas relações e processos que influenciam a qualidade de suas vidas. É um processo de conhecimento desenvolvido a partir da prática, ao longo de uma vivência (CARVALHO et al., 2001).

Essa proposta vem como uma alternativa à ciência tradicional e tem como objetivos compreender as representações de saúde dos indivíduos, oferecer subsídios às organizações sociais com relação às suas reivindicações do setor saúde e compreender o papel das organizações locais da sociedade civil na formulação das políticas de saúde. Desconstruindo a noção de controle e poder que ocorre em alguns serviços de saúde, essa metodologia considera o saber técnico e o popular nas práticas, propondo uma relação dialética e um processo comunicacional entre mediadores do Estado e classes populares. Esses conhecimentos não são hierarquizados e se relacionando a partir de um interesse comum, permitindo um enfrentamento coletivo dos problemas. Sujeitos com diferentes saberes interagem em um processo comunicacional e pedagógico, objetivando o enfrentamento e solução de questões significativas (CARVALHO et al., 2001; VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2005).

Para isso, é necessário atentar para o que as pessoas estão falando e para que sua fala seja compreendida é necessário entender suas raízes populares, o lugar onde moram e sua relação de poder com os grupos dominantes. Isso é necessário, pois, profissionais e população não vivenciam uma experiência da mesma maneira. Essa vivência é influenciada pela concepção de mundo de quem a vive (VALLA, 1996).

### **3.3.1 A construção do conhecimento em saúde**

Para nossa sociedade, a ciência é a única instituição capaz de legitimar o conhecimento. A tomada de decisões sobre problemas da sociedade é tradicionalmente amparada nas “verdades” legitimadas cientificamente por profissionais, tidos como intelectuais, que são vistos como autoridades com sabedoria para embasar decisões públicas. De encontro a essas necessidades, a Ciência Pós- Normal se propõe a ultrapassar e complementar a ciência tradicional, em que a mera curiosidade dos especialistas e os interesses políticos e do setor privado estabelecem os problemas a serem estudados, de forma



restrita. A Ciência Pós-normal traz que os problemas a serem enfrentados são criados por fatos incertos, valores controversos, com apostas elevadas e decisões urgentes. Assim, para se adequar às novas necessidades, a Ciência Pós-normal propõe um novo tipo de prática que integre os saberes científicos dos especialistas e os saberes dos “leigos” (pessoas não especializadas), que com seus conhecimentos enriquecem e complementam o processo de investigação científica, estruturando a chamada “comunidade ampliada de pares” (FUNTOWICZ; RAVETZ, 1997).

Outro conceito de produção do conhecimento é identificado por Gibbons (apud PELLEGRINI, 2004), denominado “socialmente distribuído”, que difere em vários aspectos da visão tradicional de produção do conhecimento e se assemelha à Ciência Pós-normal. Este novo modo é desenvolvido através da integração entre diversas instituições, que formam uma rede de colaboração através das novas tecnologias de informação e comunicação. A agenda de pesquisa é definida por vários atores (especialistas, usuários, financiadores) com interesses comuns, em espaços de interação chamados “contextos de aplicação”. Estes espaços são cenários de aprendizagem, conformados por relações fluidas e regulares e que permitem a aproximação dos envolvidos através uma prática comum de abordagem transdisciplinar. Esta forma de construção coletiva possui semelhanças com a “comunidade ampliada de pares” proposta pela Ciência Pós-normal. Diferente da perspectiva de produção do conhecimento tradicional, o modo socialmente distribuído divulga seus trabalhos por variados meios, a fim de que todos os interessados possam ter acesso aos resultados (PELLEGRINI, 2004).

Oliveira (2000) a partir da leitura de Vaz (1991) aponta que em uma visão crítica sobre o processo de construção do conhecimento, há a necessidade de se romper a dicotomia “conhecedores e ignorantes”. Embora ocorra uma disputa entre estas perspectivas, a sociedade ainda encontra-se presa à visão tradicional, que é pautada na transmissão de informações, em que a linguagem é considerada um meio. Esta perspectiva compreende a existência de um mundo objetivo e busca verdades que representem este mundo. Estas verdades quando reconhecidas como legítimas devem ser acatadas e obedecidas por todos. Nesta perspectiva, quem detém conhecimentos e compreende essas “verdades” possui acesso privilegiado ao “mundo verdadeiro”. Ao contrário, quem não detém conhecimento, não possui esse acesso. Esta dicotomia formada entre conhecedores e ignorantes exerce forte influência nas relações humanas e políticas. Aos primeiros, cabe a transmissão das informações. Aos outros cabe a obediência e submissão.

A visão crítica sobre o processo de construção do conhecimento reconhece e admite a legitimidade de diversos conhecimentos e conhecedores, de acordo com sua realidade. A

realidade de cada um, por sua vez, é criada a partir da linguagem e das relações humanas e é construída a partir das vivências de cada indivíduo. Nesta perspectiva não há controle e submissão, mas sim saberes que são compartilhados e assim, potencializam a ação coletiva e individual. (OLIVEIRA, 2000).

O quadro 1, elaborado por Oliveira (2000), a partir da leitura de Vaz (1991), traz uma comparação entre estas perspectivas.

**Quadro 1: Comparação entre as perspectivas tradicional e crítica do processo de construção do conhecimento**

VISÃO TRADICIONAL	VISÃO CRÍTICA
<b>I Visão de Mundo</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• existe um só mundo objetivo que pode ser conhecido através da <i>captação de informações</i> e no qual nos comunicamos pela <i>transmissão de informações</i>. Assim, a percepção dos indivíduos no mundo como habitantes no mundo, independe de como ele o descreve</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nossas realidades são criadas por cada um de nós a partir de nossa relação com os outros que habitam nosso mundo. Nossas percepções de mundo são tão variadas quanto nossas formas de descrevê-los. A realidade que cada sujeito percebe depende de sua história/ experiência de vida</li> </ul>
<b>II. Função da Linguagem</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A linguagem é apenas um meio para a difusão de informações sobre a “verdade” e é ela, a linguagem, que nos permite participar do mundo através da transmissão e recepção (consumo) de informações</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A linguagem e as explicações que ela permite construir são fenômenos essencialmente sociais, pois dependem das ações consensuais entre dois ou mais observadores. A linguagem, portanto, faz parte do processo de construção do conhecimento, na medida que é integrante da explicação da “realidade” de cada sujeito.</li> </ul>
<b>III. Consequência prática</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• quem acumula mais informações sobre a “verdade” tem mais conhecimento e está mais autorizado a transmitir as informações e de tomar decisões sobre Ele (o mundo verdadeiro). Resta aos indivíduos menos informados acatar e obedecer aos conhecedores.</li> <li>• busca-se incessantemente “a verdade”, uma só verdade que represente o mundo o mais verdadeiramente possível. Esta “verdade” deve ser acatada e obedecida, levando ao estabelecimento de relações humanas baseadas no controle e na submissão</li> <li>• um grupo de privilegiados que tem acesso às informações consideradas legítimas para representar a “verdade” acabam por impor suas decisões e normas utilizando-se de um discurso considerado competente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• admite-se a legitimidade de diversos conhecimentos e conhecedores, de acordo com suas realidade (como percebem e descrevem o mundo).</li> <li>• busca-se despende esforços no sentido de melhorar as condições de convivência com outros seres humanos, com outros seres vivos e objetos com os quais compartilhamos nossa existência.</li> </ul> <p>⇒ a melhoria das condições de convivência possibilita o compartilhamento de distintos conhecimentos que podem potencializar a ação coletiva e individual. Reconhecemos a necessidade de conviver/ compartilhar para conhecer.</p>

Elaborado por Oliveira (2000) a partir de Vaz (1991)

Essas formas de transmissão do conhecimento não se restringem aos espaços acadêmicos e podem ser observadas no campo da educação em saúde. Práticas educativas pautadas na visão tradicional, com transmissão linear de informações, prescrição de comportamentos, ações de controle e vigilância são comuns nesse campo. E muitas vezes são marcadas pela tradição iluminista, que apenas considera o que é tido como racional e não valoriza os saberes dos sujeitos, sua realidade e suas vivências. Ficam restritas a ações de “conscientização”, “sensibilização” e “transmissão” (OLIVEIRA, 2000).

A “comunidade ampliada de pares”, proposta pela perspectiva da ciência Pós-normal, pode contribuir para estruturação de práticas de educação em saúde transformadoras, que requerem não apenas as informações técnicas repassadas por profissionais, mas sim diálogo e troca de conhecimentos entre os envolvidos para construção de soluções para os problemas de saúde existentes.

As visões de processos de construção do conhecimento apresentadas contribuem para a reflexão das ações de educação em saúde, além de proporem formas de solucionar os atuais problemas enfrentados pela sociedade. Abrem oportunidades para a superação das iniquidades de saúde, já que ampliam a participação e o acesso à informação de grupos que até então ficavam às margens dos processos de produção do conhecimento, tornando-os sujeitos da tomada de decisões de questões de interesse público, fortalecendo assim, o processo democrático.

### 3.4 PARA ALÉM DA EDUCAÇÃO COMO MERA TRANSMISSÃO DO CONHECIMENTO: ALGUMAS CONTRIBUIÇÕES DE JOHN DEWEY, PIERRE BOURDIEU E PAULO FREIRE

Os autores aqui apontados são do campo da educação e da sociologia e seus estudos trazem elementos importantes para pensar e analisar o processo de construção do conhecimento. Os conceitos e teorias de cada um deles podem contribuir também para a análise das atividades de educação em saúde, possibilitando a reflexão sobre essas práticas e planejamento das mesmas a partir de perspectivas pedagógicas que não consideram a educação como mera transmissão de conhecimentos, centram sua abordagem no educando, nas suas vivências e no seu contexto social, considerando a interdependência entre indivíduo e sociedade.

#### 3.4.1 John Dewey: a influência do meio social

John Dewey (1859-1952) foi um filósofo e educador estadunidense. Escreveu sobre lógica, ética política, arte e religião, mas ficou famoso por seus estudos sobre educação. No século XX foi considerado o mais importante pensador da educação nos Estados Unidos (MOREIRA, 2002).

A filosofia da educação de Dewey traz a relação entre indivíduo e sociedade, como uma importante diferença entre a escola nova e a escola tradicional. O autor busca ampliar a ideia de educação e contribuir para elaboração de um modelo pedagógico que não se pautar na mera transmissão de conhecimentos. Usa como instrumento a noção de hábito (que será explicada a frente), que rompe dicotomias, funcionando como ponto de interseção entre corpo e mente, material e simbólico, indivíduo e sociedade (MOREIRA, 2002).

A educação é uma forma de garantir a continuidade da vida humana. Através da comunicação de ideias, expectativas, objetivos e opiniões entre os indivíduos mais experientes do grupo e os mais novos, a vida social persiste. Esse processo é denominado socialização e garante a reprodução e renovação do que já foi acumulado anteriormente. Segundo Dewey, esse processo de renovação dos indivíduos menos experientes do grupo (ou seja, a educação) é uma incentivação, um cultivo. Ainda de acordo com o filósofo e pedagogo é importante compreender o modo como os mais jovens assimilam os conhecimentos dos mais experientes (DEWEY, 1959; MOREIRA, 2002).

Com o desenvolvimento das civilizações e o acúmulo de conhecimentos decorrentes do processo de renovação da sociedade, o aprendizado a partir de atividades com os mais experientes do grupo torna-se difícil e há a necessidade da criação de instâncias de socialização para dar continuidade à vida social. A partir desta passagem para uma visão mais formal da educação vem a preocupação de Dewey, que é o isolamento da escola da vida social dos alunos. Assim, estabelecer o equilíbrio entre vida social e educação e entre formação do hábitos e transmissão de conhecimentos é um dos desafios para uma “nova escola” (MOREIRA, 2002).

Analisando as formas pelas quais os conhecimentos dos mais velhos são assimilados pelos mais jovens, Dewey considera que o ambiente facilita ou não este processo. A formação do indivíduo é influenciada pelo meio em que está inserido, ou seja, pelas coisas, pessoas e relações estabelecidas. As ações de um indivíduo estão relacionadas com a dos outros, o que constitui a noção de meio social. Assim, o modo de proceder de cada indivíduo, influenciado pelo meio, possibilita a adoção de disposições mentais para a ação, o que Dewey denominou de hábitos. Mais uma vez surge a importância de compreender o modo como o meio social desenvolve e influencia os mais jovens (DEWEY, 1959; MOREIRA, 2002).

Para Dewey (1959), “o meio social cria as atitudes mental e emocional do procedimento dos indivíduos” (p.17) direcionando e estimulando determinadas atividades. Assim, o ambiente social exerce função educativa e formativa mesmo sem intenção. A influência do ambiente social é a primeira fase da educação de um indivíduo, iniciando-o nos costumes e crenças de seu grupo social. Assim, a educação ocorre sempre por intermédio do ambiente e, portanto, agir sobre o meio é uma forma importante de se influir na educação dos jovens do grupo. Cabe à escola coordenar as influências do diferentes meios sociais que os indivíduos vivem, integrando todos esses sujeitos, vindos de ambientes diferentes.

### 3.4.2 Pierre Bourdieu: as noções de *habitus* e *campo*

Pierre Bourdieu (1930-2002) foi um sociólogo francês de grande importância para a Sociologia do século XX. Desenvolveu estudos em diferentes campos das Ciências Sociais, sendo sua obra sobre Educação de grande relevância (SILVA, 2008).

Bourdieu (1989) utiliza a noção de *habitus* (que se assemelha ao hábito de Dewey), retomada do conceito aristotélico de *hexis*, como forma de superar o estruturalismo, mas sem cair na ideia da consciência e do inconsciente. O *habitus* é o conhecimento adquirido, incorporado ao longo do tempo, que influencia as práticas dos sujeitos (BOURDIEU, 1989).

O *habitus* é tido como uma estrutura estruturante e estruturadora das práticas, ou seja, influencia as ações do indivíduo. É construído ao longo do tempo, nas diferentes comunidades humanas, produzindo práticas individuais e coletivas. Além de determinar as práticas, a interpretação da realidade também é mediada pelo *habitus*. Sua formação acontece de forma natural e espontânea, no processo de vivência dos indivíduos. O *habitus*, então, particulariza grupos e classes, diferenciando-os entre si (BOURDIEU, 1989).

Além do *habitus*, as ações dos sujeitos são também determinadas pela situação em que se encontram. Esta situação é denominada em outros trabalhos de Bourdieu como *campo*, são âmbitos da vida social, relativamente autônomos entre si. Cada campo possui uma lógica particular de funcionamento e estruturação, que surge através de um longo e lento processo de especialização e autonomização. No campo estão presentes os agentes e as instituições que fazem parte da vida social. Essa divisão do mundo social em campos é feita para se entender sua dinâmica, para compreender o lugar em que se está e se vive. Esta noção equivale ao conceito de meio social elaborado por Dewey e ajuda a entender o contexto dos indivíduos (BOURDIEU, 1989; MARTINS, 1990).

Para Bourdieu existem diferentes tipos de capital que se relacionam entre si. Por exemplo, o capital econômico, social e cultural. O capital econômico é constituído pelos bens

materiais e serviços disponíveis ao indivíduo; o capital social é caracterizado pelas relações sociais, mantidas e transmitidas pela família; o capital cultural institucionalizado que se refere aos títulos escolares do indivíduo; e o capital cultural em seu estado incorporado, onde entram a chamada “cultura geral” (saberes adquiridos de forma variada e informal), o domínio da língua culta, o gosto e bom-gosto e as informações sobre o sistema educativo. E em cada campo, um tipo de capital é predominante. O campo se constitui também como um espaço de luta entre seus agentes decorrentes das relações de poder existentes em seu interior. Quem possui maior volume de determinado capital, ocupa posições dominantes dentro dele. A ação então, origina-se pela relação entre *habitus* e campo, “na relação entre a história objetivada, tal como aparece nas instituições sociais e a história incorporada sob a forma de disposições duráveis” (MARTINS, 1990, p. 68).

Para explicar as desigualdades escolares, Bourdieu centra sua discussão na questão da “herança cultural familiar”, ou seja, cada indivíduo se caracteriza por componentes sociais provenientes de sua família, desconsiderando assim, o caráter autônomo do sujeito individual (NOGUEIRA, 2004).

Como parte desses componentes estão os capitais já explicados anteriormente. Para o autor, o capital cultural seria o componente com maior força de influência na explicação das desigualdades escolares, pois, sua posse favorece o processo de aprendizagem dos conteúdos e códigos veiculados pela escola, já que servem como elementos de preparação das ações a serem desenvolvidas pelos educadores (NOGUEIRA, 2004).

Quando o indivíduo apresenta capital cultural mais elevado, a escola passa a ser uma continuidade de seu mundo familiar e apresenta maior proximidade com as referências culturais e os conhecimentos considerados legítimos (“cultura culta”). Ao contrário, quando o indivíduo é desfavorecido de capital cultural, a escola passa a ser um ambiente ameaçador, estranho e distante de seu mundo familiar. Neste caso, a escola passa a representar a imposição de uma cultura exógena, que para esse indivíduo significa reconhecer a superioridade da cultura dominante, que desvaloriza seus saberes e impõe os saberes socialmente legitimados. Neste sentido, a ação pedagógica familiar, expressada na forma de *habitus*, estreita a relação do indivíduo com a cultura transmitida pelo sistema escolar (MARTINS, 1990 NOGUEIRA, 2004).

A teoria de Bourdieu ressalta a falta de neutralidade da escola, pois as chances e oportunidades não são iguais para todos, já que alguns estão em condições mais favoráveis que outros com relação às exigências da instituição (NOGUEIRA, 2004).

### 3.4.3 Paulo Freire: a educação como forma de libertação

Paulo Freire (1921-1997) foi um educador brasileiro que desenvolveu uma prática educativa libertadora, a partir de uma perspectiva de mudança, sendo a conscientização o conceito central de suas ideias sobre educação. Segundo ele, essa prática só é possível quando o oprimido tem condições de refletir e de se conquistar como sujeito de sua própria destinação humana. A partir de uma crítica às formas de educação que se embasam em ações de dominação, sua pedagogia se pauta na libertação dos oprimidos de sua condição de submissão, sendo desenvolvida a partir deles e com eles. Contrariava a educação como um conjunto de técnicas ou uma receita a ser seguida, mas sim uma conduta, um conjunto de valores pedagógicos, que não são neutros. (FREIRE, 2011b; SOUZA, 2010).

Por acreditar no saber e na cultura popular foi considerado subversivo pela política e pedagogia dominantes, por isso ficou anos exilado. Sempre muito próximo dos movimentos sociais, afirmava que seus educadores foram esses coletivos, que aproximam a educação das grandes questões e das lutas populares. Ressaltava a importância de tornar esses movimentos cada vez mais pedagógicos, explorando suas potencialidades e aprendendo sua pedagogia. (SOUZA, 2010)

Seu processo de alfabetização de adultos, baseado nesta perspectiva libertadora, utiliza palavras faladas no meio cultural do educando, que apresentem máxima polivalência fonêmica. Essas palavras, chamadas geradoras, são parte do contexto social do indivíduo, apresentando significações constituídas em seus comportamentos, o que implica familiaridade com o que está sendo aprendido. Esse método possibilita uma experiência capaz de tornar compatível a existência do indivíduo e o material disponibilizado para sua aprendizagem. A metodologia passa a ser um instrumento do educando e não somente do educador. A alfabetização se dá de forma crítica, pela visualização da palavra geradora (não pela memorização) e posterior estabelecimento da relação semântica entre ela e o objeto a que se refere (FREIRE, 2011b).

A mudança proposta por esta pedagogia deve ser realizada através da conscientização dos educandos, através de um processo educacional libertador, crítico e subjetivo, pautado no diálogo para construção do conhecimento, na problematização e valorização dos saberes individuais de cada um (NUNES, MASCARENHAS, 2012).

Para Freire (1979), a conscientização implica em uma aproximação crítica da realidade. Isso exige uma reflexão sobre o homem, para que o mesmo assuma sua vocação de sujeito e não de objeto do processo educacional. Para que o homem chegue a ser sujeito, é necessário que reflita sobre sua situação, sobre o contexto no qual está inserido e se relacione

com outros seres. Assim, conhecendo sua realidade e refletindo sobre ela, os homens podem agir conscientemente sobre a mesma, o que foi denominado “práxis humana” pelo autor. A conscientização não pode existir fora da práxis, ou seja, sem o processo ação-reflexão. Essa dialética constitui a forma como os homens transformam o mundo.

Quando o processo educativo não possibilita a reflexão sobre o homem e sobre sua realidade, corre-se o risco de reduzir o homem à condição de objeto do processo, por uma educação pré-fabricada, cuja função é a adaptação do indivíduo ao que se destina. A educação que permite a tomada de consciência e a atitude crítica promove a libertação. Ao contrário disso, a educação que não é libertadora cumpre o papel de domesticação, submissão e adaptação, ajustando o indivíduo à sociedade. Para Freire, a conscientização deve ser o primeiro objetivo da educação, possibilitando uma atitude crítica de reflexão, de tomada de consciência da realidade para sua transformação (FREIRE, 1979).

Para esta prática educativo-crítica é necessário que o educador se convença que “ensinar não é transmitir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção”, através de uma relação de troca e diálogo entre educador e educando (FREIRE, 2011a, p. 24). O diálogo é o encontro dos homens, o caminho pelo qual ganham significação enquanto homens. É uma relação horizontal, em que os sujeitos aprendem e crescem na diferença, que deve ser respeitada. Essa dialogicidade deve começar desde a escolha do conteúdo programático da educação, com a participação de todos envolvidos no processo (FREIRE, 2011b).

A prática educativa também deve possibilitar um pensar autêntico pelo educando e não ser uma simples entrega do saber. Assim, a educação permite que educador e educando se existenciem na autonomia, na apropriação crítica do conhecimento. Isso acontece quando o educador respeita a autonomia e dignidade do educando e essa conduta é um imperativo ético na prática educativa. O professor deve respeitar a curiosidade do educando, seu gosto estético, sua linguagem (FREIRE, 2011a).

Outra característica desta pedagogia é seu caráter político, que permite que o aluno construa uma compreensão de sua presença de mundo. Para Freire, a “educação é ato político” e política é a maneira natural das pessoas estarem no mundo e com o mundo. A escola deve então, se comprometer com a inserção crítica do indivíduo no mundo (SOBREIRA, 2012; SOUZA, 2010).

O contrário desta pedagogia proposta por Freire é o que o próprio denominou concepção “bancária” da educação. Nesta, o educador é o real sujeito do processo, cuja função é “depositar” seus conhecimentos nos educandos, que atuam como recipientes vazios a



serem envidos pelo educador. Cabe ao educando memorizar, fixar e repetir. Assim, neste processo não há criatividade, transformação, tampouco saber. O saber só é possível através da invenção, reinvenção e da busca que os homens fazem no mundo, com outros sujeitos. Segundo esta concepção, o educador é quem detém o saber e o educandos são os que não sabem, criando-se posições rígidas e distantes entre eles, marcadas pela contradição educador-educando. Na concepção bancária da educação esta contradição é mantida e estimulada, através da negação da dialogicidade como essência da educação, servindo à dominação, controlando e pensando a ação e proibindo o pensar verdadeiro do educando (FREIRE, 2011b).

#### 3.4.4 Encontros destes autores e suas contribuições para a educação em saúde

As perspectivas teóricas sobre educação de cada um destes autores possuem aspectos semelhantes e é possível relacioná-las para compreender suas contribuições no debate sobre educação em saúde.

Uma preocupação em comum entre eles é a maneira como os educandos assimilam os novos conhecimentos e a forma como o processo educativo se constitui.

Todos eles trazem a importância de se considerar o contexto social do educando. Segundo eles, práticas educativas não devem se distanciar da realidade do sujeito. E devem colocá-lo no centro do processo, considerando o ambiente em que vive, as condições de moradia, saneamento, mobilidade, ou seja, os determinantes sociais de saúde. Não apenas considerar e sim agir sobre o meio social, já que o mesmo exerce função educativa e formativa, como dito anteriormente. Essas ações necessárias extrapolam os campos da educação e saúde e pressupõem ações intersetoriais que busquem melhorar as condições de vida das pessoas.

Os conceitos trazidos por Bourdieu ajudam a pensar o processo saúde e doença, ainda hoje fortemente embasado pelo modelo biomédico, que influencia as atividades de educação em saúde. Esse modelo desconsidera o contexto de vida do indivíduo, ou seja, os processos de determinação social da saúde e as representações sociais de cada um, os conhecimentos e saberes que tem das doenças. O conceito de *habitus* de Bourdieu leva a reflexão sobre as diferenças e particularidades de cada indivíduo, que são construídas através de suas vivências. O modelo biomédico ao reduzir a saúde e a doença a uma abordagem estritamente biológica separa o indivíduo de seu contexto e seu *habitus* não é considerado. A forma como o sujeito lida com a doença e suas representações sobre ela estão diretamente relacionadas aos conhecimentos que adquiriu ao longo da vida. Compreender e considerar o *habitus* dos grupos

e classes pode contribuir de maneira significativa na estruturação de programas de saúde dialógicos, que pautem suas estratégias de acordo com as reais necessidades de grupos e comunidades, considerando seus saberes, singularidades e *habitus*. Estas considerações são importantes também nas atividades de educação em saúde, já que compreender o lugar de onde o sujeito fala e seus saberes adquiridos, contribui para um processo de construção do conhecimento participativo e horizontal.

Esses pontos trazidos por Bourdieu muito se assemelham às considerações de Dewey e Freire. Ambos também trazem a influência do meio e do contexto nas atitudes dos indivíduos. Freire ressalta a necessidade de valorizar os saberes do educando no processo educativo, de maneira dialógica e horizontal. Esses saberes coincidem com o que Bourdieu denomina *habitus* e com o hábitos de Dewey.

Com esses conceitos podemos também compreender algumas dificuldades encontradas pelos educadores em saúde. Vários temas trabalhados nas atividades de educação em saúde exigem mudanças de comportamentos e de práticas dos grupos sociais, que estão associados ao *habitus* de cada um deles, aos seus saberes. Muitas vezes é necessário desconstruir ideias que foram formadas ao longo da vida do sujeito, ensinadas e praticadas por sua família tanto do educando, como do educador. Ou seja, é preciso em alguns casos, modificar o conhecimento adquirido, incorporado ao longo do tempo, que influencia as práticas dessas pessoas (*habitus*), por exemplo, ingerir medicamentos com leite, fazer uso de plantas medicinais inapropriadas, desmistificar determinadas práticas e etc. Essa tarefa é um grande desafio a ser enfrentado pelos profissionais.

As atividades de educação em saúde muitas vezes são um desafio ao profissional, pois envolvem condutas que não condizem com a realidade do indivíduo ou que são contrárias ao que a sociedade propaga. Por exemplo, é grande a quantidade de propagandas de alimentos ricos em carboidratos, sódio e gorduras nos veículos de comunicação. E, muitas vezes, esses produtos (grande parte industrializados) são mais baratos que alimentos *in natura* ou com baixo teor calórico. Assim, o incentivo à alimentação saudável acaba indo na contramão do que é incentivado ou do que apresenta menor custo. O mesmo ocorre para as bebidas alcoólicas, que tem seu consumo motivado em propagandas frequentes na televisão, apresentadas em qualquer horário e sempre associadas à diversão, bem-estar, lazer e poder. Mostram apenas uma face do consumo do álcool, levando à crença de que o mesmo gera mais benefícios, desconsiderando seus efeitos nocivos e os problemas que seu consumo pode trazer. O mesmo acontecia com as propagandas de tabaco, que foram proibidas. Nota-se que

com as políticas anti-tabaco, como a proibição de propagandas e do uso em lugares fechados, o consumo desta substância está diminuindo e não é mais associado a poder ou lazer.

Esses exemplos evidenciam a influência do meio social na vida dos indivíduos, estimulando determinadas ações e comportamentos. A educação não é direta, ocorre indiretamente por intermédio do ambiente e contexto social, como estes autores trazem. As atividades de educação em saúde, se não consideram as influências do meio e não problematizam com os indivíduos essas questões, de forma crítica e dialógica, acabam tornando-se mera transmissão de comportamentos tidos como saudáveis, impondo condutas e práticas que podem não fazer sentido aos educandos, já que o meio em que estão inseridos levam-nos a ver e sentir mais uma coisa do que outra.

As ideias de Bourdieu sobre as desigualdades escolares podem ser trazidas para o processo de educação em saúde, pois os indivíduos que participam de atividades educativas em unidades de saúde possivelmente encontram-se em condições diferentes com relação ao seu capital cultural e podem ver estes espaços como ameaçadores, já que os códigos, conteúdos e linguagem utilizados podem-lhe ser completamente estranhos. Com essa teoria, percebe-se que a educação opera pela lógica do capital cultural, sendo um processo não-linear, muito mais amplo do que a mera transmissão de conhecimentos. Neste processo faz-se necessário considerar de onde o educando vem e de onde o educando fala. Depende, então, do meio social de origem e da bagagem cultural que traz. Assim, considerar as condições de vida, de moradia, ou seja, seu meio social, sua realidade cotidiana e contexto é ponto relevante para a estruturação e elaboração de atividades educativas transformadoras para o indivíduo. O sujeito deve ser colocado no centro da análise do processo educativo. O planejamento das ações deve considerar esses fatores citados, de modo a permitir que a atividade educativa estimule o indivíduo a participar, evitando o estranhamento que este espaço pode lhe causar, a fim de se estabelecer uma relação dialógica e de troca de conhecimentos entre os atores envolvidos. Os educadores em saúde devem estar preparados para lidar com culturas e códigos linguísticos diferentes e as ações desenvolvidas devem ter como objetivo a compreensão e participação de todos, independente de sua origem. Reforçando esta perspectiva, a pedagogia de Freire, ao valorizar os saberes populares de forma dialógica, sem o autoritarismo de práticas educativas “bancárias”, estimula a participação dos indivíduos, diminuindo o possível estranhamento que espaços educativos podem causar. Ainda nessa perspectiva, o educando que tem seus saberes reconhecidos e valorizados através do diálogo, pode tomar seu lugar de sujeito do processo educativo e deixa de ser submisso e dominado. Esse processo rompe com o modelo vertical de educação e vai

ao encontro da visão crítica da construção do conhecimento, que visa romper a dicotomia “conhecedores e ignorantes” ou “educadores e educandos”.

## 4 MÉTODO

Para alcançar os objetivos citados neste trabalho, foi realizada uma revisão bibliográfica que buscou a síntese e comparação de diversos estudos e a identificação dos conhecimentos relevantes produzidos sobre a educação em saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil, de 1990 a setembro de 2015, difundidos em revistas de divulgação científica, buscando levantar dados gerais sobre o tema. Foram incluídos simultaneamente artigos resultantes de estudos empíricos e teóricos, o que permitiu aumentar a profundidade e abrangência das conclusões da revisão e contribuir para a construção de um retrato compreensivo do tema estudado. O propósito do estudo foi obter um entendimento do tema a partir de estudos anteriores.

Assim, esta escolha metodológica possibilitou a caracterização de um panorama sobre a educação em saúde na Atenção Primária à Saúde, no período citado, já que contou com estudos elaborados com métodos variados e de diferentes bases de dados, que compõem a Biblioteca Virtual em Saúde, base de dados escolhida.

A base de dados escolhida para a realização desta revisão bibliográfica foi a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que possibilitou o alcance de diversas bases de dados simultaneamente, como LILACS, MEDLINE, IBECs, Biblioteca Cochrane e Scielo. A transferência de trabalhos científicos para meios virtuais é recente, o que traz risco de perda de estudos mais antigos, sendo que esta é uma das limitações que a escolha dessa base de dados virtuais acarreta.

Os descritores selecionados e utilizados nesta busca foram baseados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Os escolhidos foram: *educação em saúde, atenção primária à saúde e estratégia saúde da família*. Este último foi incluído na busca, pois alguns trabalhos realizados em unidades que operam segundo esta estratégia, embora estejam incluídos na Atenção Primária à Saúde, não a utilizam como descritor do trabalho.

Segundo o sítio dos DeCs, o descritor “educação em saúde” deve ser usado como sinônimo para os seguintes termos: “educação sanitária”, “educação para a saúde comunitária”, “educação para a saúde” e “educar para a saúde”.

Os sinônimos do descritor “atenção primária à saúde”, segundo o DeCs são: “atenção primária de saúde”, “atenção primária”, “atenção básica”, “atenção básica de saúde”, “atenção básica de saúde”, “atendimento básico”, “atendimento primário”, “cuidados de saúde primários”, “cuidados primários”, “cuidados primários à saúde”, “cuidados primários de saúde”.

E por fim, os sinônimos do descritor “estratégia saúde da família”, de acordo com DeCs são: “estratégia da saúde da família”, “estratégia de saúde da família”, “estratégia de saúde familiar”, “programa saúde da família”, “programa de saúde familiar”, “programa de saúde da família”, “PET saúde da família” e “programa de educação pelo trabalho para a saúde”.

A busca realizada em 14 de setembro de 2015 através da combinação de descritores (mh:("atenção primária à saúde" )) OR (mh:(“estratégia saúde da família”)) AND (mh:(“educação em saúde”)) apresentou um total de 1832 trabalhos.

Foram selecionados apenas os estudos com texto completo disponível no sítio de busca, totalizando 759 trabalhos. Sabe-se que esta opção trouxe perdas para o estudo, porém as dificuldades de acesso aos trabalhos indisponíveis demandariam maior tempo de busca. Estudos que impunham pagamento para acesso também foram excluídos. É importante ressaltar o grande número de textos indisponíveis nesta busca, que totalizaram 1073 trabalhos.

Dos trabalhos disponíveis, foram selecionados os que estavam publicados em português, inglês e espanhol, sendo que o filtro de idiomas disponibilizado pelo sítio da BVS foi utilizado. Embora o objetivo do trabalho seja analisar estudos no âmbito da Atenção Primária no Brasil, optou-se por não delimitar a busca de acordo com o país de afiliação através dos filtros do sítio, já que haveria o risco de perder produções de outros países sobre o Brasil.

Por se tratar de uma primeira aproximação, sob a forma de revisão, adequada ao tempo de uma pesquisa de mestrado, decidiu-se delimitar a busca aos estudos em formato de artigo, com a exclusão de teses, dissertações e monografias. Esta escolha, de certa forma, prioriza o que está sendo divulgado mais amplamente junto ao campo acadêmico, embora acarrete perdas, já que os trabalhos excluídos poderiam trazer importantes contribuições.

Assim, com esses critérios acima descritos, foram identificados 661 artigos. Destes, foram incluídos os trabalhos sobre o tema produzidos no período de 1990 a setembro de 2015. A escolha deste recorte temporal ocorreu devido à aprovação das leis orgânicas da saúde na década de 1990 e à implementação do Programa Saúde da Família (depois transformado em estratégia) na mesma década, que contribuíram para a estruturação e fortalecimento do sistema de saúde do país, sendo que o último influenciou mais especificamente o nível primário de atenção, foco de análise deste estudo. É importante destacar que os artigos publicados depois de setembro de 2015 não estão incluídos na busca. O filtro disponibilizado pela BVS para separação pelo ano de publicação não foi utilizado, pois optou-se por fazer esta seleção através da leitura da referência de cada um dos artigos.

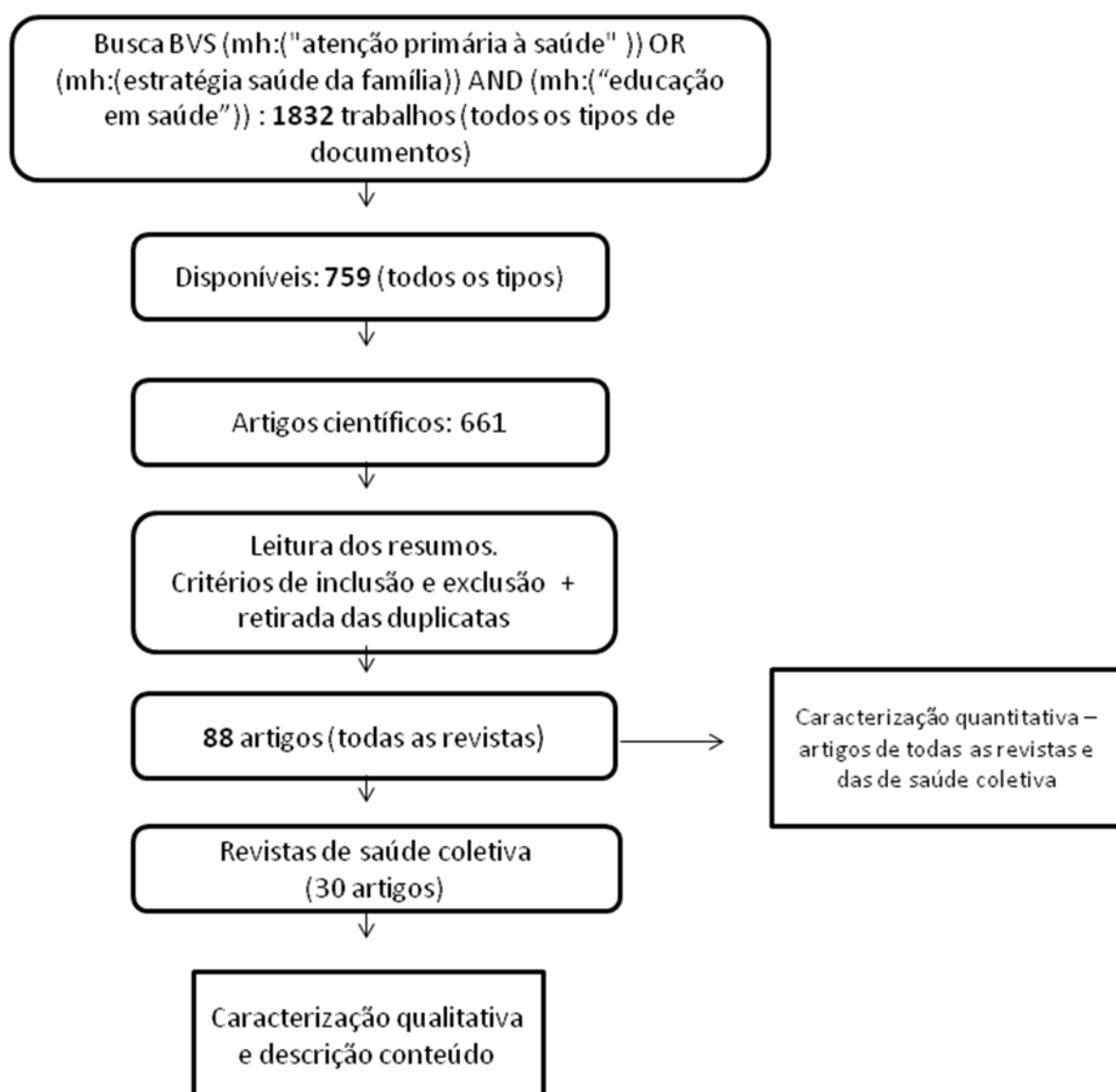
Como o foco desta pesquisa são estudos sobre as práticas de educação em saúde na APS no Brasil direcionadas à comunidade e realizadas pelos profissionais de saúde e/ou residentes atuantes nas unidades analisadas, os artigos sobre educação continuada e educação permanente, que são direcionadas às equipes profissionais foram excluídos, assim como os trabalhos que abordam práticas realizadas por estudantes através de projetos de extensão. Através da leitura dos resumos de cada um, utilizando os critérios explicados e excluindo os que estavam em duplicata, foram selecionados 88 trabalhos publicados em revistas de diversas áreas. Após essa seleção, os artigos foram classificados em: em ordem crescente de ano de publicação, dos autores, título do artigo, instituição à qual se vinculam os autores, revista em que foram publicados, idioma da publicação (português, inglês e espanhol) e tipo de estudo (ver apêndice A). Neste apêndice, os artigos que foram publicados em revista de saúde coletiva estão com os títulos destacados em negrito.

O fluxograma com as etapas do método deste trabalho pode ser visualizado na figura 1.

#### 4.1 CARACTERIZAÇÃO QUANTITATIVA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DIVULGADA EM ARTIGOS CIENTÍFICOS

Num primeiro momento, foi realizada uma caracterização quantitativa destes 88 artigos publicados em revistas científicas diversas, de acordo com: proporção de publicações por ano, instituição de vinculação dos autores, proporção de publicações por região da instituição de vinculação dos autores, revistas em que foram publicados, idioma de divulgação e tipo de estudo (teórico e empíricos – qualitativos, quantitativos, quanti-qualitativos e relatos). Deste total, os 30 artigos publicados em revistas da área de saúde coletiva (que estão destacados com o título em negrito no apêndice A) foram separados e também submetidos a esta mesma caracterização quantitativa para comparação com os resultados dos 88 artigos do primeiro grupo (total de todas as revistas).

**Figura 1:** Fluxograma do método



### 3.1 DESCRIÇÃO DO CONTEÚDO DOS ARTIGOS CIENTÍFICOS DIVULGADOS EM REVISTAS CIENTÍFICAS DE SAÚDE COLETIVA

Os 30 artigos publicados em revistas de saúde coletiva, além da análise quantitativa, também foram submetidos a uma análise temática de seu conteúdo, a fim de compreender a produção intelectual sobre o tema na referida área de conhecimento. É importante ressaltar que nesta análise não houve preocupação com a qualidade teórica e metodológica dos artigos, mas sim com a descrição dos temas considerados importantes, de acordo com o referencial teórico deste trabalho. Este recorte foi realizado para adequação da análise ao tempo do



mestrado. As revistas foram consideradas da área de saúde coletiva através da descrição disponível no sítio eletrônico de cada uma, que especifica o campo de conhecimento a que se destinam as publicações.

Para uma primeira aproximação ao conteúdo destes artigos foi elaborado o quadro do apêndice D em que foram consideradas os seguintes temas previamente estabelecidos: educação em saúde, contexto, participação social e promoção da saúde. Neste quadro também está destacado se os artigos definem educação e educação em saúde e quais autores foram utilizados para embasamento teórico. Durante a análise dos artigos, o tema “limites e possibilidades para atuação em educação em saúde” foi escolhido para ser incluído na análise, pois estava presente de maneira significativa nos trabalhos selecionados.

Nesta parte do estudo buscou-se compreender as concepções de educação em saúde explícitas e implícitas nos artigos e a presença de críticas ao modelo tradicional de educação. Buscou-se também, analisar quais trabalhos apresentam foco na Promoção da Saúde e/ou Educação Popular em Saúde, observar e compreender os discursos pautados na culpabilização do indivíduo e na mudança de comportamentos e identificar se os trabalhos abordam elementos da construção compartilhada do conhecimento, como o diálogo e a valorização dos saberes.

O tema “contexto” buscou evidenciar nos artigos aspectos que discutem e problematizam a determinação social do processo saúde e doença, questões sociais, culturais, econômicas, políticas e ambientais e de aspectos relacionados à experiência de vida e costumes dos indivíduos para realização de atividades de educação em saúde.

Devido à importância do tema, esse trabalho também se propôs a analisar como a participação social é abordada nos artigos, compreendendo que os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde podem realizar ações na comunidade com o objetivo de fomentar a articulação dos indivíduos para atuação nos espaços participativos e interagir com movimentos sociais contribuindo com suas ações e visando seu fortalecimento.

Por último, buscou-se destacar elementos relativos aos limites e possibilidades para a realização de educação em saúde descritos nos artigos selecionados. Estes elementos estão relacionados à infraestrutura física das unidades, disponibilidade de materiais para realização das atividades, dinâmica de trabalho, formação acadêmica dos profissionais que atuam na atenção primária e propostas para aperfeiçoamento das atividades.

### 4.3 ASPECTOS ÉTICOS

A presente dissertação de mestrado foi enviada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública após a qualificação, mesmo não lidando diretamente com seres humanos ou animais. O parecer emitido pelo CEP é de número 01/2016.

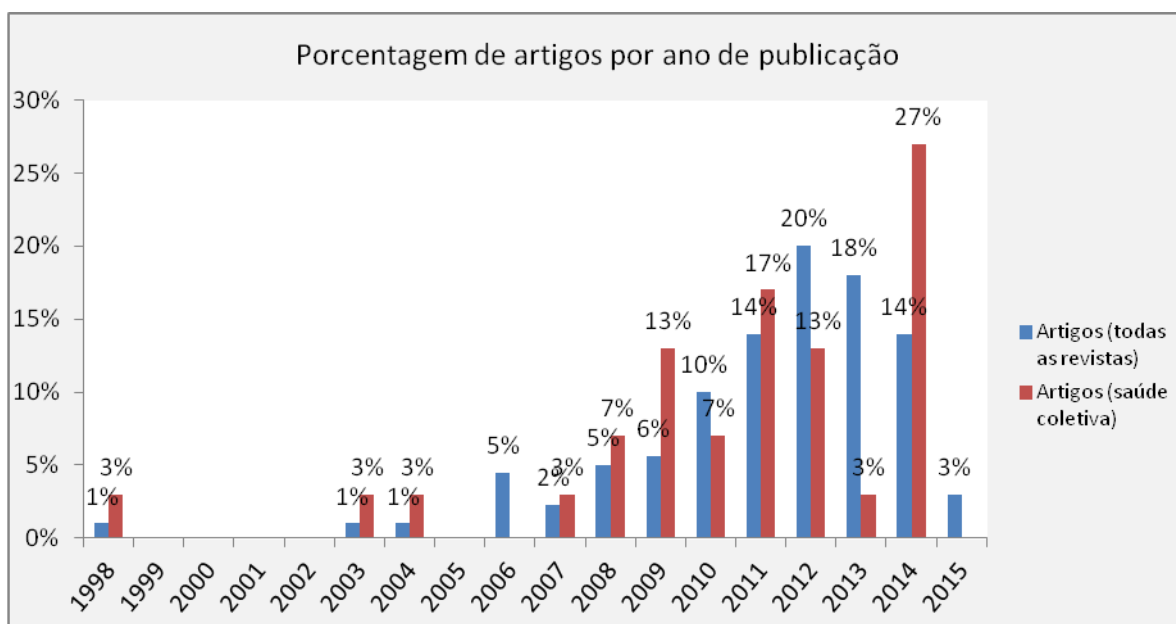
## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 A PRODUÇÃO ACADÊMICA SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: O QUE DIZEM OS NÚMEROS?

Neste tópico serão apresentados os resultados da análise quantitativa realizada. Os artigos científicos sobre educação em saúde na APS no Brasil publicados em todas as revistas e os publicados em revistas de saúde coletiva, disponíveis no banco de dados da BVS, foram analisados segundo ano de publicação, instituição de vinculação dos autores, região da instituição, revistas em que foram publicados, idioma da publicação e tipo de estudo. Os resultados dos dois grupos de artigos foram discutidos e comparados.

Esta análise quantitativa começa com a observação das proporções e números de artigos publicados por ano em todas as revistas e nas revistas da área de saúde coletiva (gráfico 1 e tabela 1).

**Gráfico 1: Proporção de artigos sobre educação em saúde na APS no Brasil, divulgados em revistas científicas e nas revistas da área de saúde coletiva, disponíveis no sítio da BVS, segundo ano de publicação (1990-2015)\***



\*Dados sujeitos à revisão, pois a busca foi realizada em setembro de 2015.

**Tabela 1: Número absoluto e proporção de artigos científicos sobre educação em saúde na APS no Brasil, divulgados em revistas científicas, segundo ano de publicação (1990-2015).**

Ano	Todas as revistas		Revistas de Saúde Coletiva	
	Nº artigos	Proporção	Nº artigos	Proporção
1998	1	1%	1	3%
1999	0	0	0	0%
2000	0	0	0	0%
2001	0	0	0	0%
2002	0	0	0	0%
2003	1	1%	1	3%
2004	1	1%	1	3%
2005	0	0	0	0%
2006	4	5%	0	0%
2007	2	2%	1	3%
2008	4	5%	2	7%
2009	5	6%	4	13%
2010	9	10%	2	7%
2011	11	13%	4	13%
2012	19	22%	5	17%
2013	16	18%	1	3%
2014	9	10%	5	17%
2015	6	7%	3	10%

No período de 1990 a 1997 não foram encontrados artigos que pudessem ser incluídos, de acordo com os critérios deste trabalho. Assim, apesar de toda década de 1990 ter sido incluída na busca, o primeiro artigo entre os selecionados é do ano de 1998. Depois há um vazio nas publicações, apenas retomado em 2003 e 2004. A escassez de trabalhos na década de 1990 pode ser justificada pela recente transferência de trabalhos científicos para meios virtuais, que pode ter comprometido os resultados encontrados. Há também a hipótese de que trabalhos sobre o tema podem estar presentes em livros, meio que não foi contemplado nesta pesquisa. Outra justificativa para este resultado é que o fortalecimento da atenção primária à saúde no país, assim como a criação da Estratégia Saúde da Família aconteceram nesta mesma década.

Observa-se que a partir de 2007, houve um crescimento nos dois grupos analisados, com uma frequência contínua. Dentre os artigos de todas as revistas, o ano de 2012 foi o de maior produção, sendo o ápice do período analisado. Nota-se um decréscimo de publicações depois do ano de 2012 nos dois grupos, sendo que este processo é mais evidente no ano de 2013, dentre as revistas de saúde coletiva. O ano de 2014 se destaca com uma elevada

proporção de artigos publicados em revistas da área de saúde coletiva. Já em 2015, não há publicações sobre o tema nestas revistas e uma diminuição na proporção de artigos no grupo de todas as revistas. É importante ressaltar que a busca foi realizada em setembro de 2015, portanto o último ano do período analisado não foi contemplado em sua totalidade.

O aumento da proporção de artigos científicos sobre o tema pode estar relacionado à forma de avaliação de agências de fomento, como a CAPES e CNPq, que privilegiam trabalhos neste formato. Segundo Luz (2005), as políticas de educação e ciência e tecnologia dominantes são focadas na categoria produtividade, ou seja, na quantidade de produção intelectual dos autores desenvolvida em um determinado espaço de tempo e crescente de acordo com a qualificação acadêmica do professor/pesquisador. De acordo com a autora, esta categoria de avaliação atua de forma negativa sobre os produtores, gerando intenso estresse e se tornando uma “cadeia de ferro” para a produção de trabalhos criativos e inovadores. Camargo Jr et al (2010), apontam que o atual padrão de co-autoria repercute nos processos avaliativos adotados pelas agências de financiamento à pós-graduação e pesquisa, que atribuem peso cada vez maior ao número de artigos publicados. Os autores exemplificam que quatro pesquisadores atuando isoladamente produzem em um ano, um artigo cada; atuando em conjunto, apresentam em seu currículo uma produção quatro vezes maior.

Os artigos também foram analisados de acordo com as instituições às quais os autores estão vinculados e essas informações podem ser consultadas no apêndice B e no apêndice C. No grupo dos artigos publicados em todas as revistas, a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) liderou a produção científica divulgada no formato de artigos, com nove trabalhos (10%) de vinculação exclusiva e mais quatro produzidos através de parcerias. Essa mesma liderança ocorreu no grupo dos artigos publicados em revistas da área de saúde coletiva, sendo que esta instituição apresentou a mesma proporção de produção (10%), com três artigos publicados.

Observa-se que dos artigos publicados em todas as revistas, 35 (40%) foram produzidos através de parcerias entre diferentes instituições e entre estas parcerias, onze (12,5%) foram realizadas entre instituição de ensino e serviço de saúde. Entre os artigos divulgados em revistas de saúde coletiva, 13 (43%) foram produzidos através de parcerias entre instituições, sendo que destes, cinco (17%) foram entre instituição de ensino e serviço de saúde.

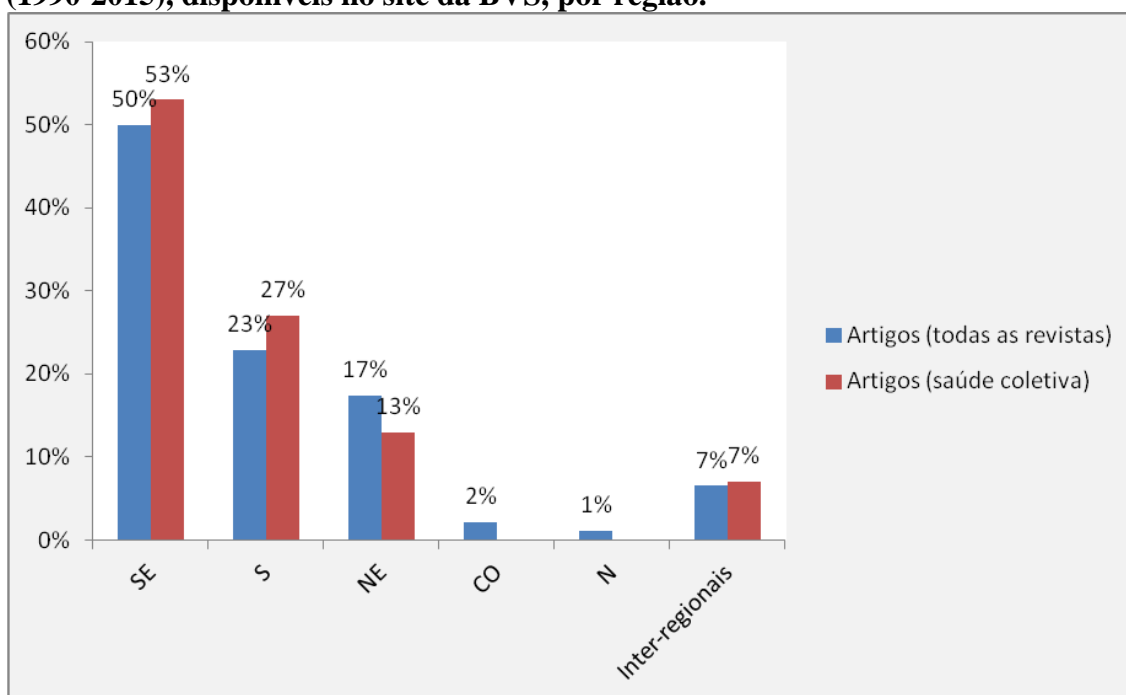
O gráfico 2 e a tabela 2 apresentam a proporção e o número absoluto de estudos por região onde está localizada a instituição de vinculação dos autores dos artigos selecionados na busca, separados por publicações de todas as revistas e das de saúde coletiva. Os resultados

mostram que a região sudeste se destaca em ambos os grupos, contribuindo com a produção de 43 artigos (50%) entre os publicados em todas as revistas e 16 artigos (53%) entre os publicados nas revistas de Saúde Coletiva. Não houve publicações de instituições das regiões norte e centro-oeste entre os artigos publicados nas revistas da área de saúde coletiva. Produções realizadas através de parcerias entre instituições de regiões diferentes apresentaram proporção de 7% em ambos os grupos de análise. São elas:

- Fiocruz-PE e USP
- UFRGS e Unifesp
- UFSM, UFRGS e UERN
- USP e UFAP
- UFPB e UFF
- UFMT e Univali.

Entre estas parcerias, é possível observar a presença de uma instituição da região norte (UFAP) e uma da região centro-oeste (UFMT), o que sugere que instituições destas regiões, que apresentaram produção baixa ou nula isoladamente, podem estar produzindo através de parcerias com instituições de outras regiões.

**Gráfico 2: Proporção de artigos científicos sobre educação em saúde na APS no Brasil (1990-2015), disponíveis no site da BVS, por região.**



**Tabela 2: Número absoluto e proporção de artigos científicos sobre educação em saúde na APS no Brasil (1990-2015), disponíveis no site da BVS, por região.**

Região	Todas as revistas		Revistas de Saúde Coletiva	
	Nº artigos	Proporção	Nº artigos	Proporção
Sudeste	43	50%	16	53%
Sul	21	23%	8	27%
Nordeste	15	17%	4	13%
Centro-4: oeste	2	2%	0	0%
Norte	1	1%	0	0%
Inter-regionais	6	7%	2	7%

As revistas científicas onde os artigos selecionados na busca na BVS foram publicados estão contempladas na tabela 3. A Revista de APS, vinculada à Universidade Federal de Juiz de Fora, lidera as publicações, com dez artigos (11%), seguida da Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação vinculada à Universidade Estadual Paulista que publicou sete (8%) dos trabalhos selecionados. Esta liderança na proporção de publicações de artigos pela revista APS era esperada, já que este estudo selecionou artigos sobre educação em saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil e este nível de atenção é o foco da referida revista. Do total de revistas, 21 apresentaram apenas uma publicação cada. Dois artigos foram publicados em revistas estrangeiras: um na Revista Investigación e Información em Enfermería, da Colômbia e outro na Revista Ciencia y Enfermería, do Chile.

**Tabela 3: Quantidade e proporção de publicações sobre o tema, por revista, disponíveis no sítio da BVS de todas as revistas.**

Revista científica	Nº artigos	Proporção
Revista de APS	10	11,4%
Revista Interface	7	8,0%
Revista Mineira de Enfermagem	5	5,7%
Revista Enfermagem UERJ	5	5,7%
Revista da Escola de Enfermagem – USP	5	5,7%
Online Brazilian Journal of Nursing	4	4,5%
Revista Ciência & Saúde Coletiva	4	4,5%
Rev.de pesq.: Cuidado é Fundamental Online	4	4,5%
Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	4	4,5%
Revista Latino Americana de Enfermagem	3	3,4%
Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	3	3,4%
Texto & contexto Enfermagem	3	3,4%
Cadernos de Saúde Pública	2	2,3%
Revista Brasileira de Enfermagem	2	2,3%
Revista OMundo da saúde	2	2,3%

Revista de enfermagem da UFSM	2	2,3%
Revista Trabalho Educação e Saúde	2	2,3%
Revista Cogitare e Enfermagem	2	2,3%
Revista Saúde e Sociedade	1	1,1%
Rev. Brasileira de Atividade Física & Saúde	1	1,1%
Revista Psicologia e Sociedade	1	1,1%
Revista do Instituto de Ciências da Saúde	1	1,1%
Rev. Bras. de crescimento e desenvolv. Hum	1	1,1%
Revista Saúde Pública	1	1,1%
Rev. Investigación e Información em Enfermería (Colômbia)	1	1,1%
Rev. Eletrônica de Enfermagem	1	1,1%
Rev Panamericana de Salud Publica	1	1,1%
Revista de Nutrição	1	1,1%
Rev. eletrônica saúde mental alcool drog	1	1,1%
Revista Brasileira de Ciências da Saúde	1	1,1%
Rev. de enfermagem do Cent.-Oeste Mineiro	1	1,1%
Acta Paulista de Enfermagem	1	1,1%
ABCS Health Sciences	1	1,1%
Revista Ciencia y Enfermería (Chile)	1	1,1%
Revista Brasileira de Promoção da Saúde	1	1,1%
Revista de Ciência farm. básica e aplicada	1	1,1%
Cadernos Saúde coletiva	1	1,1%

Fonte: A autora, 2016.

Do total de revistas, 16 (43%) são da área de enfermagem e foram responsáveis pela publicação de 42 artigos (47,7%). Isso pode ser explicado pela alta concentração das atividades de educação em saúde nesta categoria profissional nos serviços de saúde.

Dentre as revistas, 10 (27%) são da área de saúde coletiva e a proporção dos artigos publicados em cada uma pode ser observada na tabela 4.

**Tabela 4: Quantidade e proporção de publicações sobre o tema das revistas de saúde coletiva, disponíveis no sítio da BVS.**

Revista	Nº artigos	Proporção
Revista de APS	10	33%
Revista Interface	7	23%
Ciência & Saúde coletiva	4	13%
Cadernos de Saúde Pública	2	7%
Trabalho Educ. e Saúde	2	7%
Rev. Saúde e Sociedade	1	3%
Rev. Saúde Pública	1	3%
Rev Panamericana de Salud	1	3%



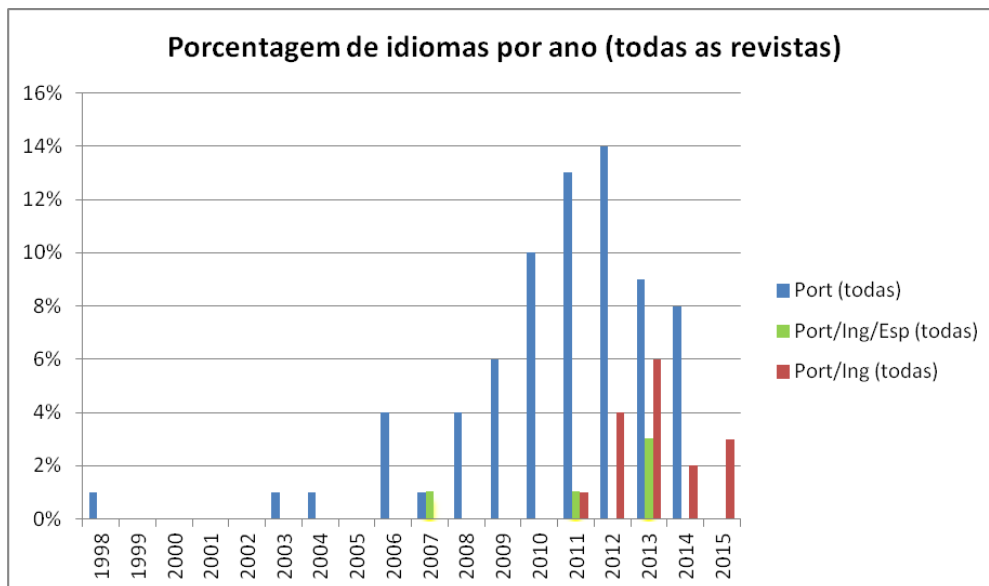
Publica		
Cadernos Saúde Coletiva	1	3%
Rev. Bras. de Promoção da Saúde	1	3%

Fonte: A autora, 2016.

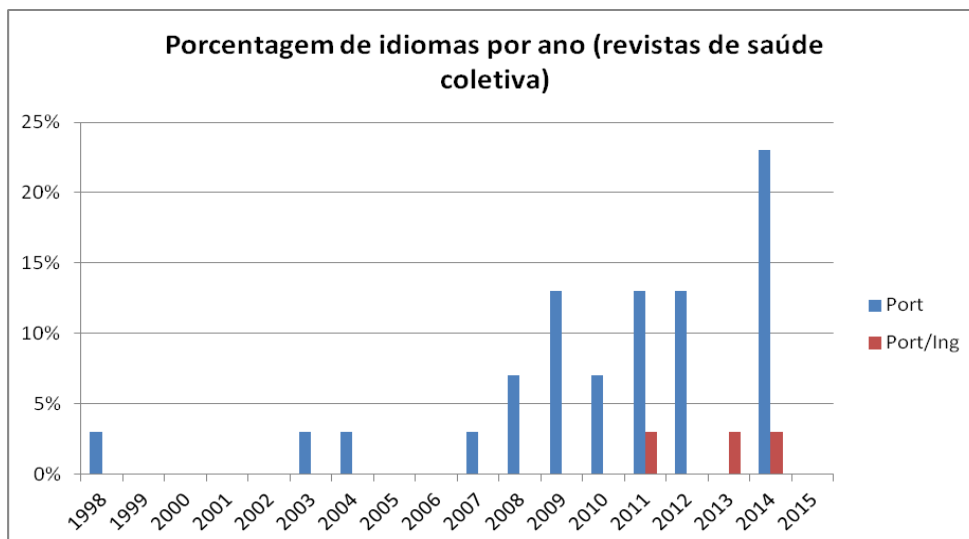
Assim como no resultado referente a todas as revistas, a revista APS apresentou a maior proporção de publicações (33%), seguida das revistas Interface (23%) e Ciência e Saúde Coletiva (13%). Observa-se que revistas com alta qualificação na área de saúde coletiva, como Cadernos de Saúde Pública e a Revista de Saúde Pública (ambas com qualis A2) apresentaram baixa proporção de publicações sobre o tema. Este resultado aponta para uma possível dificuldade de publicação nestas revistas. Camargo Jr et al (2010), ao avaliarem as diferenças nos padrões da produção científica brasileira nas revistas que concentram a maior produção dos programas de pós-graduação do Brasil no campo da Saúde Coletiva, apontam que as subáreas deste campo apresentam diferentes padrões de publicação. De um lado, está a epidemiologia, que apresentou quase metade da produção no período analisado e possui características paradigmáticas, operando no marco das ciências da natureza. Do outro lado, as ciências sociais e humanas em saúde, com menor quantidade de publicações e situada em outro pólo, como seu próprio nome aponta. Ainda segundo os autores, a maior produção da subárea de epidemiologia é coerente com as diferenças no padrão de produção acadêmica, já que nesta subárea há predomínio de estudos empíricos. Na subárea de ciências sociais e humanas em saúde ocorre maior número de produções com caráter mais reflexivo e de diálogo com diferentes tradições teóricas, o que leva a tempos de produção diferentes entre si. Os autores concluem que em razão destas diferenças, não é possível que os pesquisadores destas subáreas se submetam às mesmas normas de produção acadêmica.

Os artigos também foram caracterizados de acordo com o idioma em que estão publicados. Os gráficos 3 e 4 apresentam a proporção dos idiomas dos artigos publicados em todas as revistas e dos artigos publicados nas revistas da área de saúde coletiva, respectivamente. A tabela 5 apresenta o número absoluto de artigos de acordo com idioma de publicação divulgados em todas as revistas e nas revistas de saúde coletiva. É possível observar que nos dois grupos analisados, publicações em inglês apareceram a partir do ano de 2011 e nenhum artigo apresenta divulgação apenas neste idioma. Nota-se também, que dentre as publicações das revistas de saúde coletiva, nenhuma apresenta versão em espanhol.

**Gráfico 3: Proporção de artigos científicos sobre educação em saúde na APS no Brasil (1990-2015) de acordo com o idioma de publicação, por ano (todas as revistas disponíveis no sítio da BVS).**



**Gráfico 4: Proporção de artigos científicos divulgados sobre educação em saúde na APS no Brasil (1990-2015) de acordo com o idioma de publicação, por ano (revistas saúde coletiva, disponíveis no sítio da BVS).**



**Tabela 5: Número absoluto e proporção de artigos científicos divulgados sobre educação em saúde na APS no Brasil (1990-2015), de acordo com o idioma de publicação.**

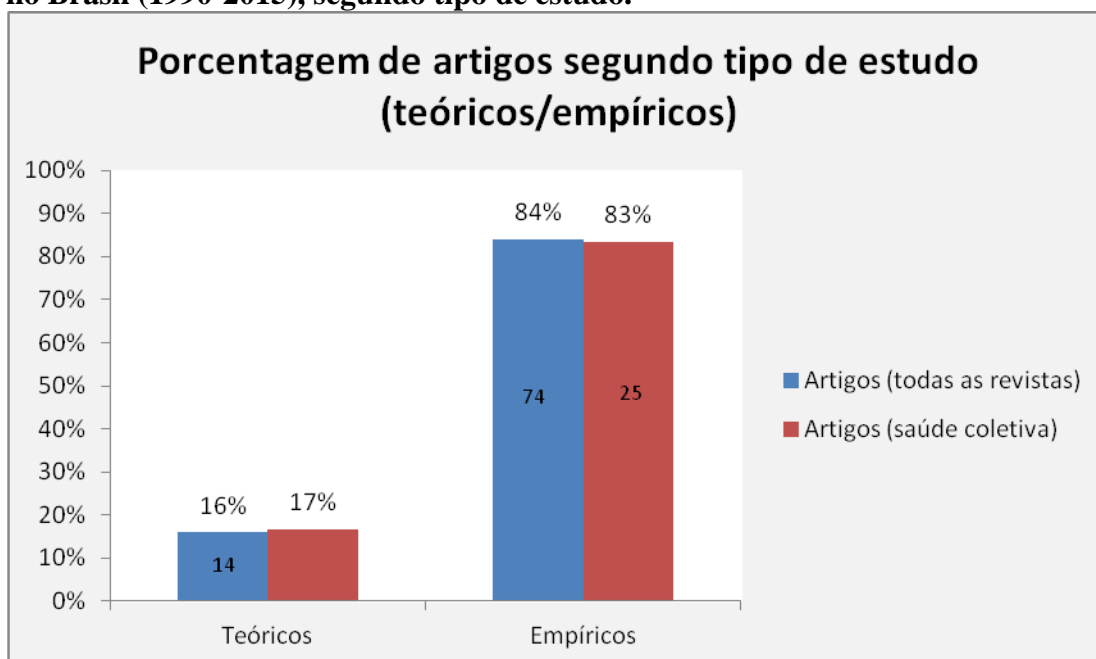
Revistas	Todas as revistas		Revistas de Saúde Coletiva	
	Nº artigos	Proporção	Nº artigos	Proporção
Port	68	77%	27	90%
Port/Ing/Esp	5	6%	0	0
Port/Ing	15	17%	3	10%

O gráfico 5 mostra a proporção e o número absoluto (destacado dentro das barras do gráfico) de artigos teóricos e empíricos de todas as revistas e das revistas da área de saúde coletiva selecionados na busca. Observa-se que a proporção destes é muito semelhante, sendo que a grande maioria (mais de 80%) nos dois grupos analisados é de trabalhos empíricos. Este resultado sugere que o campo da educação em saúde não valoriza estudos teóricos, ocorrendo uma supervalorização da prática e uma possível fragilidade teórica do campo.

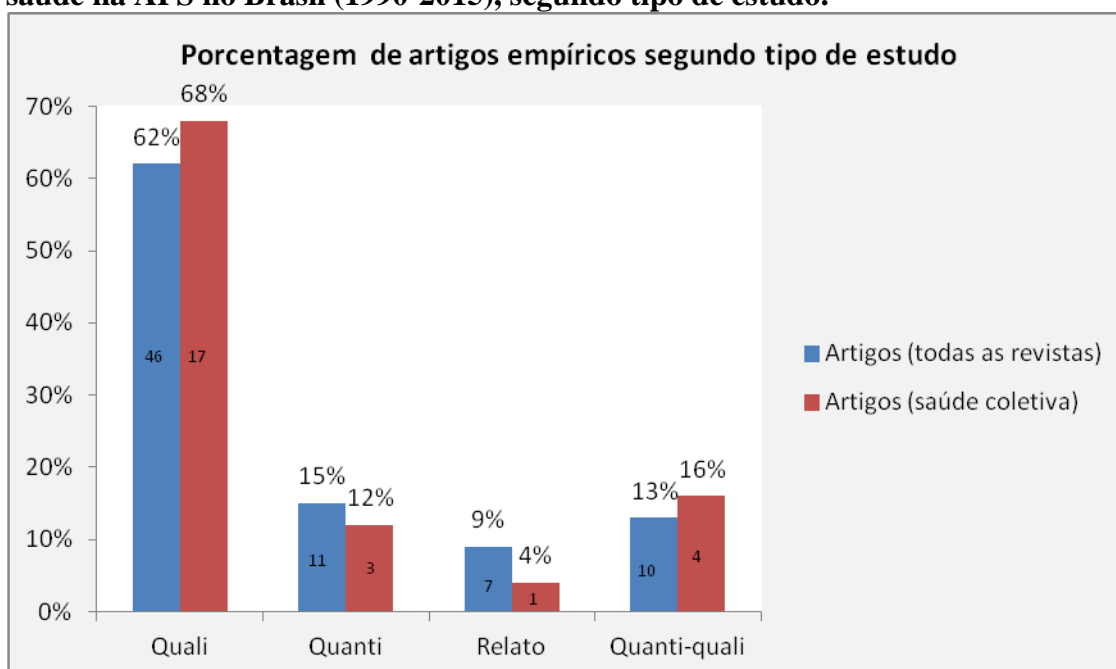
O gráfico 6 apresenta a proporção e o número absoluto (destacado dentro das barras do gráfico) dos artigos empíricos segundo tipo de estudo (qualitativos, quantitativos, quali-quantitativos e relatos). Observa-se que os trabalhos qualitativos são maioria entre os artigos publicados em todas as revistas e entre os publicados em revistas da área de saúde coletiva, apresentando 62% e 68% da produção, respectivamente. Este resultado pode ser explicado pela característica do campo da educação em saúde de recorrer, fundamentalmente a este tipo de abordagem metodológica, pois não apenas seu objeto, mas seus objetivos referem-se a caminhos que valorizam os aspectos relacionais e a formação.

A proporção dos relatos de caso é menor entre os artigos das revistas de saúde coletiva. Esta diferença pode estar relacionada ao fato de algumas revistas da área de saúde coletiva estarem restringindo a publicação deste tipo de trabalho nos últimos anos. Os outros tipos de estudos apresentaram porcentagens semelhantes entre os grupos analisados.

**Gráfico 5: Proporção de artigos científicos divulgados sobre educação em saúde na APS no Brasil (1990-2015), segundo tipo de estudo.**



**Gráfico 6: Proporção de artigos científicos empíricos divulgados sobre educação em saúde na APS no Brasil (1990-2015), segundo tipo de estudo.**



## 5.2 A PRODUÇÃO CIENTÍFICA DIVULGADA NAS REVISTAS DE SAÚDE COLETIVA NO BRASIL: DESCRIÇÃO DOS CONTEÚDOS

Neste item serão apresentados os resultados da análise temática dos artigos científicos de educação em saúde na APS no Brasil, publicados em revistas da área de saúde coletiva. Os artigos foram analisados segundo os conceitos e definições de educação em saúde presentes, abordagem sobre contexto dos educandos, participação social, promoção da saúde e os limites e possibilidades para a atuação em educação em saúde.

### Definições e conceitos de educação em saúde

Com este tema, buscou-se compreender as definições de educação em saúde presentes nos trabalhos explícita ou implicitamente, através de elementos, conceitos, princípios e autores referenciados nos artigos. Estas referências podem ser observadas no apêndice D.

Dos trabalhos publicados em revistas de saúde coletiva, 5 (17%) não definem educação em saúde (Siqueira et al, 2009; Maffaccioli e Lopes, 2011; Carneiro et al, 2012; Badalotti et al, 2013 e Amaral et al, 2014), os quais estão descritos no apêndice D. Mesmo

não definindo este tema, estes artigos utilizam autores do campo da educação em saúde para citá-la.

No trabalho de Siqueira et al (2009), embora o termo “educação à saúde” seja utilizado no título, não há definição do mesmo. Percebe-se que o discurso do artigo sobre as práticas de educação em saúde é pautado em princípios da promoção da saúde de acordo com a carta de Bogotá, centrado na prevenção de doenças, numa perspectiva comportamental. Com foco na orientação de atividades físicas, o artigo aborda a mudança de comportamentos e incorporação de práticas saudáveis pela população. Destaca-se o uso da palavra “aconselhamento” que, embora não seja claramente definida, é colocada como uma forma de orientação à comunidade, neste caso, sobre o tema atividade física. Há preocupação, de acordo com os resultados, com a “prevalência de aconselhamento” de atividade física nas unidades estudadas, passando uma ideia de que quantidade de informação (conselho) redefine comportamentos. Não há nas referências teóricas e metodológicas do artigo nenhum trabalho sobre educação em saúde.

O foco do trabalho de Maffaccioli e Lopes (2011) são os grupos realizados nos serviços de atenção básica e não há preocupação com a definição e problematização da educação em saúde, que é colocada como uma forma de promover saúde. Para elucidar os tipos de grupos são utilizadas definições provenientes da psicoterapia.

Segundo Carneiro et al (2012), a educação em saúde é uma ferramenta para viabilizar a promoção da saúde na APS. Embora não problematize práticas baseadas na visão tradicional de construção do conhecimento, traz que metodologias mais dialógicas podem estimular a mudança de comportamentos e obtenção de melhor qualidade de vida.

O trabalho de Badalotti et al (2013) é uma avaliação de impacto, que investigou o “efeito” de um programa de educação sobre saúde bucal. Os autores trazem que as atividades de educação em saúde foram planejadas com base nos conceitos de promoção da saúde e de EPS e são uma maneira “eficaz e econômica” de diminuir a prevalência de doenças bucais na população, através do incentivo à mudança de comportamentos.

Amaral et al (2014) também não definem a educação em saúde em seu artigo, mas utilizam elementos da pedagogia freireana em sua abordagem ao citá-la e colocam este tema como “um dos pilares da promoção do autocuidado”. Mesmo utilizando Paulo Freire e propondo a utilização de pedagogia problematizadora, o objetivo da prática educativa segundo estes autores é a “modificação de atitudes frente à doença, favorecendo a mudança de comportamento e conseqüentemente, a melhora da qualidade de vida dos usuários [...] (p.58)”.

Nestes trabalhos que não definem educação em saúde observa-se que o discurso implícito é focado na “mudança de comportamentos” e de “estilos de vida saudáveis”. A educação em saúde nestes trabalhos é pautada pelos princípios da abordagem comportamentalista ou conservadora da Promoção da Saúde e são colocados como uma forma de operacionalizá-la. Também é possível observar nestes trabalhos uma naturalização do processo educativo, como se a visão tradicional de transmissão de conhecimentos fosse a única existente, desconsiderando que conhecimento se constrói através de um processo de reflexão sobre a realidade de cada sujeito e consequente conscientização, por um processo crítico, pautado no diálogo e na problematização (FREIRE, 2011b).

Nos 25 artigos (83%) que definem educação em saúde, é possível perceber que há uma crítica à visão tradicional de educação e ao modelo assistencial biomédico. A maioria dos trabalhos utiliza em seu referencial teórico o educador Paulo Freire ou autores de base freireana. Este achado sugere que nos trabalhos existe uma tentativa de fortalecer práticas educativas pautadas no diálogo e problematização, embasadas pela visão crítica da construção do conhecimento.

Há um consenso entre os artigos que definem educação em saúde, sobre as limitações das práticas verticalizadas, pautadas pela visão tradicional de construção do conhecimento, embora estas ainda sejam encontradas nos resultados obtidos nas pesquisas e até mesmo em elementos do referencial teórico de alguns trabalhos. Isso acontece nos trabalhos de Moura e Rodrigues (2003); Siqueira et al (2009); Dias et al (2009); Costa e Rodrigues (2010); Carneiro et al (2012); Moutinho et al (2012), nos quais a visão tradicional predomina nas definições (implícitas e explícitas) de educação em saúde obtidas, sendo que esta é colocada como uma forma de “comunicar”, “capacitar”, “informar”, “aconselhar” e “repassar informação”.

Quanto ao tema “educação”, 10 artigos (33%) a definem e 14 artigos do total (47%) não utilizam autores do campo da educação em seu referencial teórico, como pode ser observado no apêndice D. Nestes artigos não há uma preocupação com o uso de autores do campo da educação, tampouco com o uso de elementos deste campo para realização de atividades de educação em saúde.

*Conflitos e convergências entre as perspectivas tradicional e crítica do processo de construção do conhecimento:*

Observou-se que em 18 artigos (60%) existem apontamentos da visão crítica da construção de conhecimentos nas práticas dos serviços. Esta questão foi levantada e abordada

nos trabalhos, embora nem sempre, nos resultados encontrados estes conceitos tenham sido contemplados.

Onze (37%) artigos apresentaram em seus resultados a predominância da visão tradicional de educação nas práticas analisadas (Besen et al, 2007; Horta et al, 2009; Costa e Rodrigues, 2010; Silva et al, 2011; Cervera et al, 2011; Alves e Aerts, 2011; Carneiro et al, 2012; Mendonça et al, 2014; Oliveira e Wendhausen, 2014; Flisch et al, 2015 e Oliveira et al, 2015). Nestes não há menção ao diálogo, à problematização, à importância de se conhecer e considerar o contexto do educando para que uma reflexão crítica sobre sua realidade possa ser realizada no processo de construção do conhecimento.

Alguns trabalhos (17%) mostraram que nas práticas dos serviços de saúde há uma coexistência da visão tradicional e crítica da construção do conhecimento (Jesus et al, 2008; Silva et al, 2009; Dantas, 2010; Vieira e Braccialli, 2012; Vincha et al, 2014). Isto pode ser uma evidência de que, embora as práticas ainda sejam orientadas por concepções verticalizadas, experiências dialógicas estão ganhando força em serviços de saúde.

No trabalho de Reis et al (2014), entrevistas realizadas com profissionais e usuários mostraram que há uma dissonância em suas percepções sobre as práticas educativas e no reconhecimento da importância de processos participativos nessas práticas. De acordo com os autores, fundamentos teóricos e técnicos para realização de práticas dialógicas precisam ser incentivados.

Com estes resultados é possível observar que há dificuldade para colocar em execução práticas mais dialógicas, ancoradas por princípios da visão crítica da construção do conhecimento. Embora alguns autores apontem em seu discurso a importância do diálogo nas práticas educativas, os profissionais ainda não conseguem implementá-las plenamente nos serviços. Percebe-se que mesmo quando há uma tentativa de abordar esta concepção de educação, elementos do modelo tradicional ainda estão presentes no discurso.

#### *Diálogo e valorização de saberes*

Este tema buscou analisar se os artigos selecionados discutem elementos de uma prática dialógica, pautada em um processo horizontal, que valoriza os saberes anteriores dos educandos. Segundo Freire (2011a), o educador deve respeitar os saberes dos educandos, sobretudo o das classes populares, que são socialmente construídos na prática comunitária e deve discutir a razão de ser desses saberes em relação ao ensino dos conteúdos. Assim, devido à importância destes elementos no processo educativo, o trabalho analisou se os autores fazem esta abordagem e de que maneira.

Dos trabalhos analisados, 23 (77%) abordam a valorização de saberes da população no processo de educação em saúde com maior ou menor destaque.

Vasconcelos (1998) faz uma crítica às práticas revestidas por características da construção compartilhada que utilizam de maneira instrumental e simplificada os saberes culturais, como crenças e linguagens, para tornar o processo educativo mais compreensível e atraente. Segundo o autor, continuam sendo práticas de educação bancária, já que as prioridades e conhecimentos educativos continuam sendo determinados pelos profissionais de saúde. Dantas (2010) também faz essa crítica, colocando que o uso de linguagem mais simples pelos profissionais não garante a superação de modelos tradicionais de educação, marcados pela verticalidade e persuasão. Vaz (1991) aborda que de acordo com a visão tradicional do processo de construção do conhecimento, a linguagem é apenas um meio para difusão de informações e ainda segundo esta visão, a linguagem permite que o homem participe do mundo, pela transmissão e recepção de informações. De acordo com o autor, na visão crítica a linguagem é um fenômeno social, que faz parte do processo de construção do conhecimento, pois integra a explicação da “realidade” de cada indivíduo.

Segundo Pekelman (2008), para que ocorra o diálogo, é necessário perguntar, questionar, ou seja, problematizar. Através da problematização é possível exercitar a dúvida diante das questões que estão sendo colocadas, questionando o outro e a si mesmo. O artigo traz que, através deste processo, é possível construir um conhecimento que faça parte do cotidiano do profissional de saúde e da comunidade, sendo este um elemento fundamental da ação educativa libertadora, proposta por Paulo Freire. De acordo com o educador, o processo educativo deve possibilitar a reflexão sobre o homem e sobre sua realidade e promover a libertação através da tomada de consciência e da atitude crítica (FREIRE, 1979).

De acordo com Horta et al (2009), é importante considerar o outro como sujeito no processo educativo, como alguém que possui conhecimento e não simples receptor de informação. Os autores colocam que este processo de abertura ao saber do outro possibilita a construção compartilhada de conhecimentos e de formas de cuidado diferenciadas. Nesta mesma direção, Alves e Aerts (2011) traz que há profissionais que não conseguem aceitar que indivíduos de classes populares são capazes de produzir conhecimento e que este está vinculado às suas origens culturais. Por outro lado, a comunidade também não consegue entender a dinâmica das equipes de saúde, o que gera um descompasso entre profissionais e comunidade.

Badalotti et al (2013) traz que o reconhecimento da população como detentora de saber e sua valorização no processo educativo favorece o despertar da autonomia do



indivíduo. Oliveira e Wendhausen (2014) apontam que através de atividades de educação em saúde dialógicas, o profissional e a comunidade se beneficiam desta interação e atuam como parceiros na busca por melhores condições de vida.

Embora este tema tenha sido abordado em um número significativo de trabalhos, os resultados desses estudos mostram que na prática ainda há muito que se avançar para a realização de atividades educativas dialógicas.

De acordo com Vasconcelos (2010), para que ocorra o diálogo o discurso pressupõe um emissor legítimo que se dirige a um destinatário que reconhece essa legitimidade. Citando Bourdieu (1983), o autor aponta que para escutar é preciso crer em quem fala. Se a população é vista pelos profissionais como incapaz de iniciativas significativas, suas atitudes deixam de ser entendidas como uma saber diferente e não há construção compartilhada. É necessário que as pessoas sejam reconhecidas como produtoras legítimas de conhecimentos e que estes são mediados por suas vivências e experiências. É importante que os profissionais de saúde acreditem na existência de um sentido nas atitudes das pessoas e entendam que seus pensamentos são estratégias primordiais para compreender as relações sociais, o que possibilita a construção de um pensamento crítico com elas.

#### *Educação Popular em Saúde:*

Sete (35%) dos trabalhos analisados tem a educação popular em saúde como objeto de estudo. (Vasconcelos, 1998; Albuquerque e Stotz, 2004; Pekelman, 2008; Alves e Aerts, 2011; Badalotti et al, 2013; Flisch et al, 2015; Reis et al, 2015)

Albuquerque e Stotz, 2004, em sua revisão de literatura e análise documental, descrevem experiências pautadas pela EPS em Recife e sua importância para consolidação deste referencial teórico-metodológico no município. De acordo com os autores, as práticas de EPS vão além do setor saúde, pois buscam formar criticamente os “representantes da sociedade civil de caráter popular, colaborando para aumentar a consciência e compreensão das condições de vida e relações existentes com a saúde, subsidiando movimentos e lutas em defesa da qualidade de vida, cidadania e controle social” (p.269). Os autores destacam que a EPS é também um compromisso político com as classes populares e com sua luta e está atrelada à valorização e construção da participação popular. Citam Vasconcelos (2003), que indica que a EPS não é só mais uma atividade a ser desenvolvida nos serviços de saúde, mas sim uma estratégia de redirecionamento e de reorganização institucional do setor saúde. Nesta mesma direção, Vasconcelos (1998, p. 42) aponta a educação popular “como instrumento para a construção e ampliação da participação popular no gerenciamento e reorientação das

políticas públicas”. De acordo com este autor, os espaços de diálogo e problematização criados pelos atores envolvidos permitem a construção de um novo conhecimento crítico em saúde, que direciona caminhos institucionais e organizativos mais adequados à superação dos problemas de saúde. Pekelman (2008) em seu trabalho, também aborda a EPS além das atividades de educação em saúde. Coloca que a metodologia desta proposta

[...] poderá contribuir tanto na relação com a população na construção do controle social, na participação local nos serviços, na formulação de políticas, na construção de um espaço comum de cuidado; como no interior dos serviços, na construção interdisciplinar, no entendimento da promoção da saúde, nas análises e intervenções de forma a compreender a realidade em sua complexidade (p.300).

Aponta também algumas mudanças necessárias na dinâmica dos serviços, afirmando que o diálogo e a problematização devem estar presentes não só nos processos de educação em saúde, mas também no processo e na gestão do trabalho.

Alves e Aerts (2011) apontam que ainda que o Ministério da Saúde recomende o uso da EPS nos serviços de saúde, observa-se que os profissionais de saúde apresentam dificuldades para atuar com o conceito ampliado de saúde. O artigo traz como proposta a utilização da EPS como norteadora das capacitações dos trabalhadores.

Os resultados encontrados por Flisch et al (2015) mostraram que os princípios da pedagogia de Paulo Freire foram pouco mencionados nas práticas de EPS das equipes estudadas. E mesmo quando esta pedagogia foi citada, sua utilização foi controversa. Os autores sugerem que esse fato deve-se ao emprego simplificado da EPS, baseado somente no diálogo e troca de informações, desconsiderando aspectos relacionados ao contexto do indivíduo e comunidade e desprezando a intencionalidade política desta proposta.

Badalotti et al (2013) trazem que em seu trabalho a EPS foi utilizada como eixo principal das ações de educação em saúde, porém, a discussão dos princípios deste referencial teórico-metodológico não é o objetivo do trabalho, que teve como foco, problemas relacionados à saúde bucal dos participantes, com comparações feitas antes e depois da atividade educativa.

### **Contexto:**

Como já explicado anteriormente, com este tema buscou-se evidenciar nos artigos aspectos que discutem e problematizam a determinação social do processo saúde e doença, questões sociais, culturais, econômicas, políticas e ambientais e de aspectos relacionados à experiência de vida e costumes dos indivíduos envolvidos nos processos educativos. A

consideração do contexto vai ao encontro das teorias de John Dewey, Pierre Bourdieu e Paulo Freire. Todos esses autores trazem a necessidade de considerar e compreender este elemento para realização do processo educativo, o que justifica sua inclusão na análise deste trabalho.

Dos artigos analisados, doze (40%) não citam ou não discutem de maneira relevante este tema (Moura e Rodrigues, 2003; Siqueira et al, 2009; Dias et al, 2009; Maffaccioli e Lopes, 2011; Cervera et al, 2011; Carneiro et al, 2012Oliveira et al, 2012; Vieira e Bracciali, 2012; Badalotti et al, 2013; Mendonça e Nunes, 2014Amaral et al, 2014 e Moutinho et al, 2014).

Os trabalhos que discutem o contexto (60%), o fazem trazendo a importância de compreender a realidade em que os sujeitos estão inseridos, para interagir e intervir nesta. Trazem também a necessidade de conhecer as condições de vida, o contexto e o cotidiano dos envolvidos no processo educativo. Esta necessidade aparece não só para a realização das atividades de educação em saúde, mas sim como parte das ações da equipe de Saúde da Família, como preconizado por essa estratégia.

Vasconcelos (1998) e Silva et al (2009) ao discutirem a importância do contexto apontam questões relacionadas à cultura, significados, vivências, crenças, sentimentos e percepções dos sujeitos e sua influência no processo educativo. Vasconcelos (1998) enfatiza que não tem sido uma preocupação da medicina compreender estes fatores do meio popular diante da situação de saúde enfrentada. De acordo com Oliveira et al (2014), é importante considerar que o indivíduo está inserido em relações culturais, políticas e econômicas, que determinam e condicionam seu modo de vida. Assim, a tomada de consciência e transformação social através do processo educativo só é possível quando estas relações são problematizadas.

No trabalho de Alves e Aerts (2011), o tema contexto também aparece através da importância da cultura nos processos educativos, afirmando que o homem deve ser entendido “como alguém que se realiza na e pela cultura” (p.322). Assim a educação em saúde deve ser um processo realizado a partir das experiências anteriores, angústias e vontade de superação das dificuldades dos envolvidos. Problematizando a educação, este artigo traz uma afirmação de Assmann: “educar é fazer emergir vivências do processo educativo” (p.323). O trabalho de Silva e colaboradores (2009) também traz a questão das “diferenças culturais”, que segundo os entrevistados, é um entrave à educação, dificultando as atividades.

A importância de se considerar os aspectos culturais é embasada por Bourdieu, que utiliza o conceito de capital cultural e sua influência no processo de aprendizagem dos conteúdos pelos educandos, como já abordado. Isso deve ser trazido para a educação em

saúde, já que os participantes deste processo podem apresentar diferentes níveis de capital cultural e conseqüentemente sua participação e envolvimento nessas atividades estão condicionadas a este conceito. Tanto Bourdieu, como Dewey apontam que os educadores devem integrar os sujeitos vindos de ambientes diferentes e com capital cultural diferente.

Dantas (2010) aponta, a partir de entrevistas com agentes comunitários de saúde, a existência de dois pontos de vista distintos sobre a mudança de comportamentos dos indivíduos. Um grupo de entrevistados mostrou que compreende a “complexidade dos fatores envolvidos na aquisição de hábitos pela população”, como a precariedade das condições de vida, que influenciam nas escolhas individuais. Já outro grupo aponta que a mudança de comportamentos está atrelada à aquisição de informação e que as pessoas encontram-se em uma situação de comodismo. O segundo ponto de vista evidencia o processo de culpabilização da população por sua situação de saúde.

O artigo de Pekelman (2008) é o único que problematiza o processo saúde e doença como um fenômeno complexo, utilizando Edgar Morin como referência:

[...] Tendo-se a compreensão de que a saúde é um fenômeno complexo, de aspecto multidimensional e considerando-se que tanto as condições objetivas de vida quanto a subjetividade, a multiculturalidade, a ética, a estética, a política são constitutivos dos fenômenos saúde e doença, a abordagem e as reflexões sobre saúde devem abarcar estes e outros diversos campos para sua compreensão. A partir daí a intervenção é ação na realidade. São os elementos dessa intervenção que vão criar o inusitado, o inédito viável, através de seres autônomos dentro das possibilidades da autonomia de cada um e do conjunto de atores de uma ação (2008, p.297).

Desta forma, de acordo com o autor, a intervenção deve ser na realidade da comunidade.

Considerando os princípios da ESF, somente quatro trabalhos abordam a relevância de se conhecer o **território** onde a equipe atua, tanto para ações gerais do serviço, como para planejamento e realização de atividades educativas. Segundo estes trabalhos, o conhecimento do território permite desenvolver ações que atendam às reais demandas da comunidade (Pekelman, 2008; Silva et al, 2009; Horta et al, 2009; Moutinho et al, 2012).

Vasconcelos (1998) ao abordar a necessidade de inserção dos profissionais de saúde na dinâmica local, aponta que:

[...] o conhecimento das ciências sociais, epidemiologia, microbiologia, fisiologia e clínica médica são fundamentais, mas insuficientes, para precisarem as múltiplas formas particulares como as condições econômicas, políticas e culturais gerais interagem e combinam com as condições ambientais e os agentes etiológicos, para resultarem nos danos no corpo humano conhecidos pela patologia médica (p.45).

Nesta mesma direção, Albuquerque e Stotz (2004) discutem a necessidade de articular políticas sociais e econômicas para a promoção da saúde e apontam que a Educação Popular em Saúde tem o compromisso com a luta por melhores condições de vida.

As questões levantadas por estes trabalhos podem ser embasadas pela filosofia da educação de John Dewey, que destaca a influência do meio social no processo educativo. Esta influência também é abordada por Pierre Bourdieu, que utiliza o conceito de campo para explicá-la e por Paulo Freire que traz a importância de se compreender o contexto social do educando. Assim, na educação em saúde também é necessário analisar e compreender as características sociais da comunidade assistida, para que o processo de formação ocorra por intermédio deste ambiente. Conhecer as bagagens histórica, social e cultural dos sujeitos envolvidos permite planejar atividades de educação em saúde apropriadas e significativas para os mesmos. De acordo com Dewey, Bourdieu e Freire, as práticas educativas devem estar próximas à realidade do sujeito, que deve ser colocado no centro do processo, sendo que o ambiente em que vive, as condições de moradia, saneamento, mobilidade, ou seja, os determinantes sociais de saúde, devem ser considerados. Segundo estes autores, o meio social exerce função educativa e formativa, por isso devem ser considerados no processo educativo.

A importância de análise do contexto também é embasada por outro conceito utilizado por Bourdieu: o habitus e sua influência na interpretação da realidade. Este conceito, que é fruto do processo de vivência dos indivíduos, influencia as práticas dos mesmos, portanto no processo de educação em saúde é fundamental entender a origem de certas ações e interpretações dos sujeitos sobre o processo saúde e doença e as formas de enfrentamento por eles utilizadas.

### **Participação social na educação em saúde**

A participação social é o exercício da democracia no cotidiano e se conforma como um processo de aprendizagem, repetindo as opiniões diferentes, propiciando o debate político. Sofre resistência para implantação em muitos setores e sua valorização pode ser um caminho para o fortalecimento da democracia, através da incorporação de segmentos excluídos do processo de formulação e execução de políticas públicas (ESCOREL; RASGA, 2012).

Segundo Valla e Stotz (1993), as importantes mudanças ocorridas nos serviços básicos, principalmente no setor saúde não teriam ocorrido sem a participação social. Sem a pressão dos movimentos sociais, o poder público não teria materializado políticas públicas que garantem condições mínimas e dignas para a reprodução da força de trabalho. Para que os

movimentos sociais cresçam em autonomia e iniciativa é necessário que possuam conhecimentos técnicos que embasem suas reivindicações e possibilitem a fiscalização dos serviços básicos que necessitam. No setor saúde, os profissionais de saúde detêm esses conhecimentos e por isso a interação entre os movimentos sociais e esses trabalhadores se faz necessária.

Em 17 artigos (56,6% do total) (Moura, e Rodrigues, 2003; Siqueira et al, 2009; Silva et al, 2009; Horta et al, 2009; Dias et al, 2009; Costa e Rodrigues, 2010; Dantas 2010; Silva et al, 201; Maffaccioli, e Lopes, 2011; Cervera et al, 2011; Figueiredo et al, 2012; Oliveira et al, 2012; Vieira e Braccioli, 2012; Badalotti et al, 2013; Mendonça e Nunes, 2014; Amaral et al, 2014; Moutinho et al, 2014 e Reis et al, 2015.) não há referência ao tema da participação social. Quatro trabalhos (13%) (Carneiro et al, 2012; Oliveira, S.R. G. e Wendhausen, Á. L. P., 2014; Flisch et al, 2015; Oliveira et al, 2015) abordam apenas a participação relacionada ao envolvimento da comunidade e sua atuação nas atividades de educação em saúde.

Dos que destacam o tema da participação social, apenas cinco (VASCONCELOS, 1998; MOURA, RODRIGUES, 2003; ALVES, AERTS, 2011; FLISCH, et al, 2015 e OLIVEIRA et al, 2015) relatam a importância de incentivo à articulação da comunidade com movimentos sociais ou programas de base comunitária. Segundo o artigo de Oliveira e colaboradores (2015), a Educação Popular em Saúde, enquanto movimento e prática social requer a articulação com movimentos sociais, para fortalecer a cidadania e a participação popular.

No estudo de Flisch et al (2015), algumas expressões que remetem aos projetos e programas de base comunitária foram mencionadas nas entrevistas (feitas com profissionais que atuam na ESF) e problematizadas pelos autores:

[...] De fato, esses programas representam uma importante abordagem no contexto da APS, ao combinar a produção de conhecimentos e a ação para a mudança social, visando a eliminar as iniquidades em saúde. Isso vai ao encontro a um dos pressupostos da política de EPS, que é o de promover o ativismo das pessoas e dos grupos sociais e incentivar seu envolvimento em programas sociais que visam à ampliação da autonomia e ao empoderamento dos participantes (2015, p.1263).

O artigo de Alves e Aerts (2011) aponta que:

[...] O Sistema Único de Saúde, proposto em 1986 e consolidado pela nova Constituição Federal em 1988, apresentou uma modificação substancial nas relações entre os setores da sociedade e incluiu entre os seus princípios a participação popular, a autonomia e o desenvolvimento da cidadania. A educação em saúde passou a ser vista como uma importante estratégia de transformação social, devendo estar vinculada às lutas sociais mais simples e ser assumida pela equipe de saúde, reorientando as práticas de saúde e as relações que se estabelecem entre o cotidiano e o saber da saúde (2011, p. 323).

Alguns dos trabalhos analisados colocam a educação em saúde como forma de aperfeiçoar as estratégias e apoiar condutas de luta e enfrentamento por melhores condições de saúde, como o de Vasconcelos (1998), que ao abordar as doenças infecciosas e parasitárias que acometem os indivíduos de uma comunidade de Belo Horizonte, aponta a necessidade de envolvimento da população na busca de novas formas de ação e que essas posturas de luta e enfrentamento devem ser compreendidas e apoiadas pelos profissionais de saúde.

O trabalho de Carneiro e colaboradores (2012) define a participação social como “o envolvimento dos atores na definição de prioridades, decisões, implementação e avaliação das ações, de modo a promover o empoderamento coletivo” (p. 116). Ainda segundo esses autores, a participação social possibilita a identificação dos problemas da população e a realização de intervenções nos determinantes do processo saúde e doença identificados. Porém, os resultados deste trabalho mostraram que apenas uma das práticas analisadas apresentou o tema participação social. Segundo os autores, a atuação isolada de profissionais de saúde, que conseqüentemente impede a permanência da atividade educativa por um longo período, pode explicar o inexpressivo resultado sobre o referido tema.

Chama a atenção que, embora as atividades de educação em saúde possam ser uma forma de incentivo à participação dos sujeitos nos espaços institucionalizados de controle social (conselhos e conferências de saúde), essa questão não foi objeto de preocupação de nenhum dos trabalhos analisados. Flisch et al . (2015) reconhecem que a pedagogia de Paulo Freire favorece o exercício do controle social e de projetos comunitários que busquem a melhoria dos serviços de saúde e das condições de vida. Porém não há uma discussão aprofundada sobre este tema. Pekelman (2008) discute a importância de inserção do profissional de saúde nos espaços de participação da comunidade assistida, como associação de moradores ou eventos culturais. Segundo o autor são nesses espaços que os indivíduos constroem seu conhecimento e sua compreensão da vida. O trabalho reconhece que os espaços formais de participação, como os conselhos de saúde, são importantes para a estruturação de um processo educativo libertador, porém, não levanta a importância de se incentivar nas atividades educativas a atuação da população nestas instâncias.

Nas práticas de educação em saúde os profissionais podem e devem estimular a participação da comunidade, informando os usuários da existência destes espaços e incentivando a atuação dos mesmos. Porém, é necessário considerar que esse incentivo, quando realizado por profissionais de saúde em atividades do serviço, esbarra em limitações relacionadas à disputa de poder existente nestes espaços. Profissionais podem se sentir intimidados pelos gestores e governantes ao instigar a atuação da população nestes espaços.

### **Promoção da saúde:**

Dos 30 trabalhos analisados, 24 (80%) abordam a Promoção da Saúde, apontando que as atividades de educação em saúde são uma forma de implantação, de garantia, de contribuição, de realização e de viabilização desta proposta.

O trabalho de Jesus et al (2008) traz que “a educação em saúde, hoje, coerente com as propostas atuais da atenção à saúde do SUS, visa à promoção da saúde e à ampliação da participação da população no acesso e gestão de bens e serviços” (p.57). Assim, neste artigo é possível perceber uma ideia de que a promoção da saúde se transformou em um objetivo a ser alcançado pelas práticas de educação em saúde.

Os trabalhos de Besen et al (2007); Dantas (2010); Figueiredo et al (2012); Badalotti et al (2013) e Mendonça e Nunes (2014) apontam que a educação em saúde deve ser embasada e planejada de acordo com princípios da Promoção da Saúde. Segundo Figueiredo et al (2012), as práticas educativas em saúde devem se ancorar nesta proposta, desviando seu foco das doenças e assim, rompendo com o paradigma biologicista e curativista. De acordo com Badalotti et al (2013), as atividades de educação em saúde estudadas foram planejadas com os conceitos da promoção da saúde “sendo esse um processo social e político para fortalecer as capacidades e habilidades dos indivíduos e propiciar mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas, a fim de minimizar seus impactos na saúde individual e pública” (p.103).

Alves e Aerts (2011) apontam que “na perspectiva da promoção da saúde, as práticas educativas assumem um novo caráter, uma vez que seu eixo norteador é o fortalecimento da capacidade de escolha dos sujeitos” (p.324). Segundo Freire (2011a), esta capacidade de escolha está relacionada à autonomia do indivíduo, que vai se constituindo na experiência de várias decisões que vão sendo tomadas. A autonomia é, segundo o autor, um processo de amadurecimento do indivíduo e o processo educativo deve estar focado em experiências que estimulem as decisões e responsabilidades do educando, em experiências que respeitem a liberdade.

Observa-se nos trabalhos analisados que o conhecimento adquirido pelas classes populares é tido como principal fator para conquista da autonomia e capacidade de escolha, mas não há preocupação com a existência dos suportes coletivos e individuais ou de uma rede de apoio para os indivíduos.

Ainda nesta perspectiva, Vincha et al (2014) citam Vasconcelos (2007) referindo que a EPS é “um elemento inovador e pioneiro na saúde, sendo considerado um jeito latino-



americano de fazer Promoção da Saúde” (p. 514). Reis et al (2015) também citam este mesmo texto de Vasconcelos (2007), que afirma que “a educação popular é uma forma latina de promoção da saúde”. Porém, nenhum destes dois artigos faz uma problematização aprofundada de tal afirmação.

Reis et al (2015) destacam que existe uma proximidade entre a promoção da saúde e a educação em saúde e muitas vezes elas são complementares, confundidas ou superpostas. Este artigo mostra que o campo da Promoção da Saúde e o campo da Educação em Saúde estão sendo colocados como complementares por alguns autores e está ocorrendo uma mescla dos termos e conceitos de cada um. Retomando a Carta de Ottawa, referenciada neste trabalho, observa-se que no documento a educação em saúde faz parte da proposta da Promoção da Saúde, que apresenta cinco estratégias de ação. Os trabalhos analisados não apontam ou discutem a execução dessas estratégias, que são políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais. A educação em saúde é colocada como estratégia para implementação da Promoção da Saúde nos serviços, de forma simplificada, já que as outras estratégias da proposta são deixadas de lado. E ao citar a educação em saúde como instrumento para viabilização da Promoção da Saúde não há preocupação com o modelo pedagógico que está sendo colocado em prática, ou seja, o processo educativo não é considerado.

De acordo com Stotz e Araújo (2004), no Brasil a Promoção da Saúde é embasada oficialmente pela carta de Ottawa, porém as práticas seguem o que foi legitimado em Bogotá, com características behavioristas, culpabilizando o indivíduo, através de condutas autoritárias e sem problematização. Segundo, os autores, a educação em saúde virou “vedete” dos programas de Promoção, o que pode ser observado nos resultados deste estudo, com 80% dos artigos abordando esta proposta.

Segundo Ferreira (2007), antes de se considerar uma ação de Promoção da Saúde, é necessário identificar qual perspectiva ou abordagem a inspira verdadeiramente. Algumas práticas são colocadas como oriundas da Nova Promoção da Saúde, porém na prática são fundamentadas pela abordagem comportamentalista e conservadora, culpabilizando o indivíduo por sua condição de saúde e se apoiando em estratégias de mudança de comportamentos (FERREIRA, 2011).

A educação em saúde como forma de possibilitar a mudança de comportamentos pelos indivíduos aparece em cinco trabalhos (Moura e Rodrigues, 2003; Siqueira et al, 2009; Dias et al, 2009; Carneiro et al, 2012 e Amaral et al, 2014). Estes trabalhos abordam a educação em

saúde numa perspectiva individual, e apontam que a informação repassada nos grupos pode propiciar uma mudança de comportamentos pelos participantes. Todos estes artigos foram embasados por princípios da Promoção da Saúde, na perspectiva da Carta de Bogotá. Segundo Vasconcelos (2010), a educação em saúde é fortemente influenciada por uma perspectiva da Promoção da Saúde pautada nas mudanças individuais de comportamento e estilo de vida.

Os discursos de culpabilização da população por sua situação de saúde ou por suas atitudes que comprometem a saúde estão presentes em quatro dos trabalhos analisados (Moura e Rodrigues, 2003; Besen et al, 2007; Costa e Rodrigues, 2010; Badalotti et al, 2013). O artigo de Moura e Rodrigues (2003), embora traga algumas definições de educação em saúde de diferentes autores como Candeias, N.M.F.; Levy, S. e Kawamoto, E., tem como foco o repasse de informação para a população. Há um discurso da necessidade de mudanças de comportamentos individuais e culpabilização do indivíduo por sua saúde. Para os autores, a informação transmitida permite que os indivíduos tomem decisões sobre sua vida:

[...] Infere-se, portanto, que o estabelecimento de uma escuta ativa, aliada a uma prática de comunicação/informação adequada junto às gestantes, parece contribuir sobremaneira para que essas mulheres ganhem autonomia, passando a participar da promoção de sua saúde e da saúde do concepto (p. 110).

O liberalismo, ideologia hegemônica no mundo, enfatiza a liberdade e a capacidade de controle pelo indivíduo de fatores que influenciam sua vida, sendo ele o grande responsável pelo seu sucesso ou fracasso. Nesta perspectiva a saúde é colocada como um bem que se compra e se adquire com base em opções individuais. Assim, promover saúde seria ajudar o indivíduo a fazer boas escolhas e mudar seu estilo de vida. Esta percepção desloca a responsabilidade pelos problemas de saúde para a população, desconsiderando o papel do estado e dos inúmeros fatores de ordem cultural, social, política e econômica que atuam no processo saúde e doença.

De acordo com Oliveira e Valla (2001), é preciso considerar que a responsabilidade individual é limitada pela existência de suportes individuais e coletivos, já que o desenvolvimento de um “individualismo positivo” só é possível quando ancorado em recursos objetivos e proteções coletivas. Há, portanto, uma relação de autonomia e dependência entre indivíduo e sociedade e para fortalecer a individualidade é preciso que suportes coletivos estejam disponíveis.

A Nova Promoção da Saúde vem como forma de retirar o foco na medicalização do sistema de saúde, enfatizando políticas públicas e ações multissetoriais que contribuam para a

transformação social (FERREIRA, 2011). Porém, os trabalhos analisados não problematizam estes objetivos da Promoção da Saúde, que é apresentada de maneira simplificada, em uma abordagem com foco no indivíduo.

### **Limites e possibilidades para a atuação em educação em saúde:**

Por último, buscou-se identificar nos artigos elementos que apontavam os obstáculos encontrados pelas equipes para prática de educação em saúde, descritas nos artigos selecionados. Estas dificuldades estavam relacionadas à infraestrutura física das unidades, disponibilidade de materiais para realização das atividades, dinâmica de trabalho e formação acadêmica dos profissionais que atuam na atenção primária.

A maioria dos trabalhos analisados (73%) apresentam as dificuldades e limitações para a atuação em educação em saúde. Apenas oito artigos não abordam estes problemas.

As dificuldades mais relevantes e que aparecem em maior número de trabalhos foram agrupadas em subtemas a fim de facilitar a apresentação dos resultados. São eles: espaço físico, recursos materiais, formação profissional e rotina de trabalho.

#### *Recursos materiais e espaço físico*

A escassez de materiais de apoio para o desenvolvimento das atividades de educação em saúde foi relatada em cinco trabalhos (17%) (Moura e Rodrigues, 2003; Jesus et al., 2008; Moutinho et al., 2014; Oliveira et al, 2015; Reis et al., 2015).

Segundo Moutinho e colaboradores (2014), a disponibilidade de material pedagógico, bibliográfico ou audiovisual impõe dificuldades para a realização de atividades de educação em saúde, mas não as impede de acontecer, pois as mesmas devem estar apoiadas em um “modelo social, imerso na cultura popular”.

A infraestrutura inadequada de espaços na unidade para realização de atividades de educação em saúde foi abordada em dez artigos (33%) (Vasconcelos, 1998; Moura e Rodrigues, 2003; Albuquerque e Stotz, 2004; Jesus et al, 2008; Dantas, 2010; Oliveira et al, 2012; Oliveira e Wendhausen, 2014; Moutinho et al, 2014; Oliveira et al, 2015; Reis et al, 2015). Percebe-se por estes trabalhos, que não há preocupação dos gestores com a garantia de um espaço apropriado para realização destas atividades na unidade, tampouco o estímulo ao uso de outros espaços na comunidade, pelos profissionais.

O problema da falta de espaço físico reflete a falta de incentivo a ações de educação em saúde nos serviços. Como estas ações não são priorizadas, condições físicas para sua

execução não são discutidas e viabilizadas nas unidades, sendo este um obstáculo comum para sua implementação.

Reis e colaboradores (2015) ao realizarem uma pesquisa em Centros de Saúde Escola (CSE), onde aconteciam práticas educativas não convencionais na sala de espera, relatam que:

[...] por ela [sala de espera] passa o principal usuário do SUS, a população pobre, excluída de muitos dos seus direitos, carente de informações e cuidado, e que se sente sem voz, sem poder para lutar por transformações e melhorias da qualidade de vida. [...] Dessa forma, ela [sala de espera] deve ser entendida como um espaço que expõe a manifestação da questão social e das relações desiguais sociais, econômicas, culturais e de poder, vigentes entre instituição-profissional de saúde, e usuários-cidadãos (2015, p. 1667).

Segundo este artigo, a sala de espera pode ser aprimorada com um espaço de educação dialógica e problematizadora e a maioria dos usuários entrevistados preferiram que atividades educativas fossem ali realizadas. Neste estudo, os resultados mostraram que a sala de espera era utilizada como espaço de educação em saúde, apesar das carências físicas, de recursos humanos e de apoio institucional. Outra adversidade encontrada no referido artigo foi a dificuldade dos profissionais em trabalhar em um espaço com grande circulação de pessoas, não só usuários, mas também colegas de trabalho.

Oliveira e Wendhausen (2014), ao abordarem a falta de estrutura física ou espaço adequado ao número de participantes de algumas atividades de educação em saúde, problematizaram essa questão e apontaram que estas ações não precisam necessariamente acontecer dentro da unidade. Os espaços criados pela comunidade podem ser utilizados, como eventos esportivos, recreativos e sociais, desde que não sejam utilizados de maneira normalizadora. O uso de espaços fora da unidade (que aparece somente neste artigo) ainda é incipiente de acordo com os resultados encontrados no presente trabalho. Isso mostra que a realização de atividades de educação em saúde ocorre principalmente dentro da unidade e não há reflexão sobre a possível intimidação que este local pode causar aos participantes. O uso de espaços da comunidade pode propiciar maior proximidade com os indivíduos, o que facilita o processo educativo. Assim, a falta de estrutura física dentro da unidade não deveria ser um problema para a realização de atividades de educação em saúde. Este resultado também demonstra o abismo dos serviços em relação ao território, a resistência e medo de entrar nestes espaços e a falta de identificação do profissional de saúde com o território em que atua, o que contribui para o distanciamento existente entre serviço e comunidade. Este resultado também sugere que o território é apenas concebido como uma determinada área adscrita de intervenção dos serviços e não é entendido em sua dimensão relacional ou criadora.

*Formação profissional:*

A formação profissional insuficiente para o trabalho na atenção primária à saúde aparece em oito trabalhos (27%) (Besen et al, 2007; Jesus et al, 2008; Costa e Rodrigues, 2010; Vieira e Braccialli, 2012; Oliveira e Wendhausen, 2014; Flisch et al, 2015; Oliveira et al, 2015; Reis et al, 2015). Dentre estes, há relatos de que a graduação não foi suficiente para o trabalho com educação em saúde (JESUS et al, 2008; OLIVEIRA, WENDHAUSEN, 2014) e de que a mesma foi embasada na assistência planejada e individual (COSTA, RODRIGUES, 2010).

Segundo Besen e colaboradores (2007), na formação dos profissionais de saúde ainda predominam as práticas curativas e reabilitadoras, sem preocupação com a integralidade das ações. O artigo traz que a formação deve ser realizada na lógica do modelo da Determinação Social da Saúde, para que os profissionais estejam aptos a trabalhar na ESF.

Profissionais de saúde relataram que sua formação ocorreu através do modelo tradicional da pedagogia, de transmissão da informação, sem possibilidade de troca de conhecimento. Assim, esses profissionais reproduzem o mesmo método nas ações educativas na saúde. E ainda segundo eles, não foram formados para trabalhar com educação em saúde e não se sentem preparados para tal (VIEIRA, BRACCIALLI, 2012; OLIVEIRA, et al, 2015).

Estes resultados sugerem que a formação acadêmica dos profissionais de saúde apresenta falhas com relação à atuação na Atenção Primária à Saúde e na Estratégia Saúde da Família. Consequentemente, isto se reflete na realização de atividades de educação em saúde por esses profissionais, já que este é um tema ainda menos abordado nos cursos de saúde.

Nota-se que para diminuir esta lacuna na formação, alguns programas foram implantados como o PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), o Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde), o VER-SUS e os programas de residência multiprofissional em saúde. O primeiro, instituído em 2008 pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde, tem o objetivo de viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço para profissionais de saúde e também operacionalizar ações de iniciação ao trabalho, estágio e vivências para estudantes da área da saúde de acordo com as necessidades do SUS (FERRAZ, 2012).

Já o Pró- Saúde, tem o objetivo de implementar mudanças curriculares nos curso incluídos no programa, incentivando a formação de docentes com um novo perfil, que atenda de maneira mais adequada às necessidades do SUS e da Estratégia Saúde da Família. O programa também estimula a integração ensino-serviço e formação pedagógica, possibilitando

que os profissionais do serviço orientem estudantes de graduação, reforçando o serviço de saúde como principal cenário de prática (FERRAZ, 2012).

O VER-SUS é um projeto que visa à formação de trabalhadores para o SUS, comprometidos com seus princípios e diretrizes. É estruturado a partir de seminários, oficina e vivências, que permitem uma imersão dos estudantes universitários no sistema de saúde, que podem assim, conhecer suas potencialidades e desafios (BRASIL, 2016).

Já os programas de residência multiprofissional em saúde são uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* que tem o objetivo de desenvolver habilidades e competências dos profissionais de saúde para o trabalho no SUS. É colocada como uma alternativa de mudança da prática assistencial em saúde (NASCIMENTO E OLIVEIRA, 2010).

Além da formação insuficiente, este resultado aponta outro problema, relacionado ao sistema educativo brasileiro, em que as práticas seguem predominantemente a visão tradicional da construção do conhecimento, com transmissão de informações, de forma verticalizada e pouco crítica. Estes profissionais de saúde, como relatado, foram educados através desta visão e a tendência é que a reproduzam em suas práticas. Não basta ensinar teorias problematizadoras, se as estratégias pedagógicas continuam sendo a de transmissão unilateral de informação. Por isso, a discussão de novas concepções de educação é um tema relevante não somente no setor saúde, mas principalmente no setor de educação do país.

#### *Rotina de trabalho:*

A rotina de trabalho, com grandes demandas por atendimentos individuais foi relatada em 11 artigos (37%) como limitação para participação dos profissionais em atividades de educação em saúde (Vasconcelos, 1998; Moura e Rodrigues, 2003; Jesus et al, 2008; Silva et al, 2009; Horta et al, 2009; Costa e Rodrigues, 2010; Dantas, 2010; Maffaccioli e Lopes, 2011; Figueiredo et al, 2012; Moutinho et al, 2014; Oliveira et al, 2015).

Dantas (2010), Moutinho et al (2014) e Oliveira et al (2015) observaram que no cotidiano dos serviços de saúde da atenção primária os profissionais encontram-se sobrecarregados com os atendimentos individuais, com dificuldades para atender a demanda espontânea e organizar a agenda de atendimentos. De acordo com o autores, esta rotina de trabalho dificulta a participação dos profissionais em atividades de educação em saúde (DANTAS, 2010; MOUTINHO et al, 2014; OLIVEIRA et al, 2015).

Segundo Jesus et al. (2008), a disponibilidade de participação dos profissionais de saúde em atividades educativas é limitada. Citando Vasconcelos (2001) os autores trazem que:

“[...] nas Secretarias Municipais de Saúde, em geral, há um discurso sempre repetido sobre a importância de mudar o funcionamento dos serviços locais de saúde, mas o que é exigido, insistentemente, dos profissionais é uma maior produtividade de atendimentos individuais, limitando suas disponibilidades para atividades educativas” (Jesus et al, 2008, p.58).

Este e outros fatores evidenciam a persistência do modelo de saúde biologicista, focado no atendimento médico.

Segundo Silva e colaboradores (2009), a alta demanda por atendimentos em consultas individuais, além de dificultar a participação dos profissionais nas atividades de educação em saúde, contribui para o distanciamento dos mesmos da comunidade. Com isto, a realidade local e seus determinantes socioculturais não são conhecidos pelos profissionais e conseqüentemente suas práticas não serão contextualizadas com a comunidade em que trabalham.

No trabalho de Horta et al (2009), o discurso dos profissionais de saúde que participaram da pesquisa indicam que a comunidade busca por tratamentos curativos e os profissionais sentem-se pressionados a atender essa demanda:

[...] grupos são entendidos, em grande parte, pelos participantes da pesquisa, como uma maneira de acompanhar a saúde dos usuários, sendo uma ferramenta de racionalização do trabalho dos profissionais, pois diminui a demanda por consultas médicas e de enfermagem, de acordo com a lógica de organização e a metodologia de tais grupos. Isso pode ser visto por uma ótica positiva, se efetivamente a realização das ações guardarem coerência com a atenção integral às pessoas. Emergem dos discursos dos sujeitos aspectos relacionados à racionalização do trabalho (2009, p. 296).

Observa-se neste trabalho que o problema da alta demanda por atendimentos nos serviços é preocupante, já que as atividades de educação em saúde estão sendo utilizadas como forma de diminuir as consultas individuais.

De acordo com Figueiredo et al (2012), as demandas por atendimentos dos profissionais de saúde podem ser a causa da falta de periodicidade das atividades educativas na unidade estudada, o que pode inibir ou dificultar a participação da comunidade.

Moura e Rodrigues (2003) e Horta et al (2009) apontam que o problema relacionado à rotina de trabalho acaba tendo como consequência outras limitações para a realização da educação em saúde, como a falta de planejamento de atividades. Esta limitação implica na realização de ações descontínuas, que acontecem sem a prioridade necessária e que aumentam a distância entre profissionais e comunidade. Segundo Pekelman (2008), muitas vezes, o planejamento das atividades acontece em casa, fora do horário contratual de trabalho, mais como uma ação de militância do que como reconhecido como trabalho.

Este problema da rotina de trabalho pode estar relacionado à cobrança sofrida pelos profissionais por maior produtividade de atendimentos individuais, tanto pelas Secretarias de Saúde, como pela população. A atual forma de financiamento do sistema de saúde, que ocorre por número de atendimentos individuais realizados, justifica a cobrança dos gestores. Já a urgência dos problemas de saúde da comunidade, devido à carência de serviços de saúde, explica a pressão que os profissionais sofrem pela população. (VASCONCELOS, 2010).

Embora estejam dentro das atribuições da atenção básica e da estratégia saúde da família, as atividades de educação em saúde não são priorizadas no serviço, ficando quase sempre em segundo plano na organização das ações. A rotina de trabalho acaba sobrecarregando o profissional, que não encontra tempo para planejar as atividades educativas. Este problema acaba delimitando a organização de práticas educativas, deixando oportunidades para fazer o mais fácil, que são as “palestras” e dificultando estratégias mais criativas. Embora os profissionais demonstrem, muitas vezes, vontade em realizar estas atividades, a educação em saúde não está pautada como política, ou seja, não há um suporte institucionalizado para sua realização.

#### *Educação Permanente*

Como proposta para o aprimoramento das práticas de educação em saúde, oito trabalhos (27%) apontam a realização de educação permanente com os profissionais de saúde (Besen et al, 2007; Silva et al, 2009; Figueiredo et al, 2012; Vieira e Braccialli, 2012; Mendonça e Nunes, 2014; Oliveira e Wendhausen, 2014; Flisch et al, 2015; Oliveira et al, 2015).

De acordo com esses artigos, a educação permanente possibilita a transformação das práticas e da organização do trabalho, além de suprir necessidades formativas dos profissionais relacionadas às atividades de educação em saúde.

Segundo Vieira e Braccialli (2012), alguns problemas enfrentados para a realização de práticas educativas nos serviços de saúde podem ser amenizados através da formulação de uma Política Nacional de Educação Permanente, que consolide esta prática, a fim de amparar e dar suporte às atividades realizadas pelos profissionais.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado permitiu estabelecer um panorama sobre as publicações científicas divulgadas sobre a educação em saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil, no período de 1990 a setembro de 2015.

Através da análise quantitativa realizada foi possível observar que a década de 1990 não apresenta número significativo de publicações sobre o tema. O que pode ser justificado pela recente transferência de trabalhos científicos para meios virtuais, que pode ter comprometido os resultados encontrados. Há também a hipótese de que trabalhos sobre o tema podem estar presentes em livros, meio que não foi contemplado nesta pesquisa. Outra justificativa pode ser a implementação das leis orgânicas da saúde e do Programa de Saúde da Família nesta mesma década, que contribuíram para o fortalecimento do nível primário de atenção, sendo que publicações sobre o tema apareceram na década seguinte, em maior quantidade.

O crescimento contínuo no número de publicações, iniciado em 2007, foi semelhante entre os grupos de revistas analisados. O ano de 2014 se destaca com uma elevada proporção de artigos publicados em revistas da área de saúde coletiva. Já em 2015, não há publicações sobre o tema nestas revistas e uma diminuição na proporção de artigos no grupo de todas as revistas. É importante ressaltar que a busca foi realizada em setembro de 2015, portanto o último ano do período analisado não foi contemplado em sua totalidade. O aumento da proporção de artigos científicos sobre o tema pode estar relacionado à forma de avaliação de agências de fomento, como a CAPES e CNPq, que privilegiam trabalhos neste formato. Segundo Luz (2005), as políticas de educação e ciência e tecnologia dominantes são focadas na produtividade, ou seja, na quantidade de produção intelectual dos autores desenvolvida em um determinado espaço de tempo e crescente de acordo com a qualificação acadêmica do professor/pesquisador.

No grupo dos artigos publicados em todas as revistas, a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) liderou a produção científica divulgada no formato de artigos, com nove trabalhos (10%) de vinculação exclusiva e mais quatro produzidos através de parcerias. Essa mesma liderança ocorreu no grupo dos artigos publicados em revistas da área de saúde coletiva, sendo que esta instituição apresentou a mesma proporção de produção (10%), com três artigos publicados. Esse resultados apontam que a UFMG se destaca na produção científica nacional sobre educação em saúde.

Ao observar as instituições de vinculação dos autores, é possível concluir que este campo produz muitos estudos através de parcerias entre instituições de ensino e entre estas e

unidades de saúde. A região sudeste se destacou no número de artigos publicados, o que pode ser explicado pela alta concentração de instituições de ensino na região. Entre estas parcerias, é possível observar a presença de uma instituição da região norte (UFAP) e uma da região centro-oeste (UFMT), o que sugere que instituições destas regiões, que apresentaram produção baixa ou nula isoladamente, podem estar produzindo através de parcerias com instituições de outras regiões. Ainda com relação às regiões das instituições, chamou atenção a pequena quantidade de trabalhos provenientes das regiões norte e centro-oeste, sendo que dentre os artigos publicados em revistas de saúde coletiva, nenhum está vinculado a essas regiões.

Com relação às revistas em que foram publicados os artigos, o destaque foi para a revista APS, como esperado, já que esta é centrada nas produções sobre o nível primário de atenção à saúde. Dentre as revistas de saúde coletiva é importante destacar que revistas com alta qualificação na área, como Cadernos de Saúde Pública e Revista de Saúde Pública apresentaram poucas publicações sobre o tema. Camargo Jr et al (2010), ao avaliarem as diferenças nos padrões da produção científica brasileira nas revistas que concentram a maior produção dos programas de pós-graduação do Brasil no campo da Saúde Coletiva, apontam que as subáreas deste campo apresentam diferentes padrões de publicação. De um lado, está a epidemiologia, que apresentou quase metade da produção no período analisado e possui características paradigmáticas, operando no marco das ciências da natureza. Do outro lado, as ciências sociais e humanas em saúde, com menor quantidade de publicações e situada em outro pólo, como seu próprio nome aponta.

Foi possível observar que não houve publicações divulgadas apenas em inglês e que dentre as revistas de saúde coletiva não há artigos em espanhol.

Os artigos empíricos lideraram as publicações, o que evidencia que este é um campo predominantemente de prática com baixa reflexão teórica e epistemológica. Este achado pode contribuir para o incentivo à realização de trabalhos teóricos que possam embasar o que está sendo realizado nos serviços. Dentre os empíricos, os artigos qualitativos foram maioria, o que pode ser explicado pela característica do campo da educação em saúde de recorrer, fundamentalmente a este tipo de abordagem metodológica, pois não apenas seu objeto, mas seus objetivos referem-se a caminhos que valorizam os aspectos relacionais e a formação.

Com a análise temática, foi possível observar que 17% dos artigos científicos publicados em revista de saúde coletiva não definem o termo “educação em saúde”, embora seja este o objeto de estudo dos artigos. Apesar de não definirem educação em saúde, estes trabalhos apontam para um conceito que carrega em si uma visão tradicional sobre a

construção do conhecimento. E nestes, está implícito que o objetivo das práticas educativas nos serviços de saúde é a mudança de comportamentos, pautada em conceitos da Promoção da Saúde, de acordo com o que foi documentado na Carta de Bogotá. Este resultado aponta também uma naturalização da educação, como se a maneira como esta ocorre não precisasse ser problematizada.

Entre os artigos que definem o termo educação em saúde, a crítica ao modelo tradicional de educação está presente, assim como conceitos e teorias de base freireana e de outros autores conhecidos do campo da educação em saúde. Porém, os resultados obtidos nestes trabalhos mostraram que elementos da visão tradicional de construção do conhecimento e a influência do modelo biomédico ainda persistem, como apontado nos pressupostos deste estudo.

Foi possível observar que o tema da educação popular em saúde vem se fortalecendo dentro do campo da educação em saúde, já que 35% dos artigos tiveram este referencial como foco do trabalho. Uma das hipóteses que explica este fortalecimento é a implementação da Política Nacional de Educação Popular (PNEPS-SUS), que vem contribuindo para o processo de consolidação deste referencial político-metodológico, que busca romper com o modelo biomédico.

A maioria dos artigos (60%) considerou e discutiu o tema contexto, que é de grande relevância para os autores do campo da educação utilizados no referencial deste trabalho. A importância de conhecer e entender a realidade estrutural e cultural da comunidade apareceu não somente para a realização de atividades de educação, como também para o trabalho desenvolvido pela equipe de Saúde da Família. As questões levantadas por estes trabalhos podem ser embasadas pela filosofia da educação de John Dewey, que destaca a influência do meio social no processo educativo. Esta influência também é abordada por Pierre Bourdieu, que utiliza o conceito de campo para explicá-la e por Paulo Freire que traz a importância de se compreender o contexto social do educando.

O conceito de território, que embasa a ESF, apareceu em quatro dos trabalhos, o que sugere que este é um tema que precisa ser fortalecido e priorizado nas atividades do nível de atenção estudado.

A maioria dos artigos (56,65) não fez referência ao tema participação social, o que sugere que as atividades educativas nos serviços de saúde não são percebidas como um espaço de fomento à articulação da comunidade para o enfrentamento e discussão dos problemas existentes. É importante destacar que, embora as atividades de educação em saúde possam ser uma forma de incentivo à participação dos sujeitos nos espaços institucionalizados

de controle social (conselhos e conferências de saúde), essa questão não foi objeto de preocupação de nenhum dos trabalhos analisados.

A Promoção da Saúde apareceu em 80% dos artigos, o que mostra sua grande influência neste campo estudado, sendo que autores colocaram a educação em saúde como estratégia para implantação desta proposta nos serviços. Este resultado sugere que a educação em saúde se transformou em uma ferramenta da Promoção da Saúde, porém, com uma discussão incipiente da maneira como está sendo efetuada. De acordo com Stotz e Araújo (2004), no Brasil a Promoção da Saúde é embasada oficialmente pela carta de Ottawa, porém as práticas seguem o que foi legitimado em Bogotá, com características behavioristas, culpabilizando o indivíduo, através de condutas autoritárias e sem problematização. Segundo, os autores, a educação em saúde virou “vedete” dos programas de Promoção, o que pode ser observado nos resultados deste estudo, com 80% dos artigos abordando esta proposta. Seguindo esta reflexão, Ferreira (2007) aponta que algumas práticas são colocadas como oriundas da Nova Promoção da Saúde, porém na prática são fundamentadas pela abordagem comportamentalista e conservadora, culpabilizando o indivíduo por sua condição de saúde e se apoiando em estratégias de mudança de comportamentos (FERREIRA, 2011). A culpabilização do indivíduo esteve presente no referencial de quatro trabalhos analisados, o que mostra que este conceito ainda se faz presente na produção deste campo.

Os limites para realização de atividades de educação em saúde estão presentes em 73% dos trabalhos analisados. Dentre estes estão as dificuldades relacionadas à infraestrutura física das unidades, disponibilidade de materiais para realização das atividades, dinâmica de trabalho e formação acadêmica dos profissionais. Este é um resultado importante, que aponta a necessidade de discussão dos problemas encontrados para aprimoramento das práticas dos profissionais neste campo.

Como proposta para aprimoramento das práticas de educação em saúde, 27% dos artigos apontaram a realização de educação permanente com os profissionais.

## REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO A.L, FREITAS C.S.F. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. **Rev Enferm UERJ**, 17(3):436-41, 2009.
- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 8, n. 15, p. 259-274, Aug. 2004 .
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc saúde coletiva**, v. 16, n. 1, p. 319-25, 2011.
- ALVES, L. H. S.; BOEHS, A. E.; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. A percepção dos profissionais e usuários da Estratégia de Saúde da Família sobre os grupos de promoção da saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 401-408, 2012
- ALVES, A. C. P. et al. Aplicação de tecnologia leve no pré-natal: um enfoque na percepção das gestantes. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, n. 1, n. esp, p. 648-653, 2013.
- AMARAL, M. A. et al. Oficinas educativas na Atenção Primária de Saúde para Promoção do Autocuidado em Diabetes Mellitus. **Rev. APS**, v. 17, n. 1, 2014.
- ANDRADE, K. A. et al. Aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária e práticas alimentares dos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 5, p. 1117-1124, 2012.
- ANDRADE, A. C. V. de et al. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. **O Mundo da Saúde, São Paulo**, v. 37, n. 4, p. 439-49, 2013.
- ANDRÉA, R. S. S. et al. Educação em saúde para detecção precoce do câncer de mama. **Revista RENE**, v. 12 n (n esp.), p. 952-9, 2012.
- ARAÚJO, V. S. et al. Percepção dos enfermeiros sobre educação em saúde na atenção básica. **Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)**, v. 3, n. 5, n. esp, p. 189-198, 2011.
- ARAÚJO, V. S. et al. Discurso do Sujeito Coletivo sobre educação em saúde no envelhecimento: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 12, n. 3, p. 565-73, 2013.
- BADALOTTI, T. S.; WEIGERT, K. L.; BOS, A. J. G. Efeito de um programa de educação em saúde no perfil de saúde bucal de pré-escolares: uma experiência na rede pública de Porto Alegre, Brasil-[doi: 10.5020/18061230.2013](https://doi.org/10.5020/18061230.2013). p102. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 26, n. 1, p. 101-108, 2013.
- BARBOSA, F.I. et al.. Caracterização das práticas de educação em saúde desenvolvidas por enfermeiros em um município do Centro - Oeste Mineiro. **REME - Rev. Mineira de Enfermagem**, 14(2): 195-203, 2010.

BESEN, C. B. et al . A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 16, n. 1, p. 57-68, abr. 2007 .

BONFIM, P. F. et al. Ações educativas em um Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Rev bras enferm**, v. 65, n. 3, p. 420-7, 2012.

BONETTI, O. P. **Problematizando a institucionalização da Educação Popular em Saúde no SUS** (Dissertação de mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Governo Colaborativo em saúde. **VER-SUS Brasil**. Disponível em: <<http://www.redegovernocolaborativo.org.br/projetos/ver-sus-brasil>>. Acesso em: 20 mar 2016.

BUSS, PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva* 5:163-78; 2000.

CAMARGO JR, K. R., et al. Produção intelectual em saúde coletiva: epistemologia e evidências de diferentes tradições. **Revista Saúde Pública**. 44(3):394-8, 2010.

CARNEIRO, A. C. L. L, et al. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev Panam Salud Publica**. 31(2):115–20, 2012.

CARDOSO, L. S. et al. Finalidade do processo comunicacional das atividades em grupo na Estratégia Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 396-402, 2011.

CARVALHO M. A. P; ACIOLI S; STOTZ E.N. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: Vasconcelos EM. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec; 2001.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad Saúde Pública**, v.20, n.4, p.1088-1095, jul-ago 2004.

CARVALHO, S.R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciênc saúde coletiva**, v. 16, n. Supl 1, p. 1547-54, 2011.

CHAGAS, I. A. et al. Conhecimento de pacientes com diabetes sobre tratamento após cinco anos do término de um programa educativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 5, p. 1137-1142, 2013.

COSTA, R.C. e RODRIGUES, C.R.F., Percepção dos usuários acerca das práticas de promoção da saúde, vivenciadas em grupos, em uma unidade básica de saúde da família. **Rev. APS**; 13(4), 2010.

COSTA, E. M.; RABELO, A. R.; LIMA, J. G. Avaliação do papel do farmacêutico nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na atenção primária. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 35, n. 1, p. 81-88, 2014.

DAVID, G. F.; TORRES, H. C. Percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho interdisciplinar nas estratégias educativas em diabetes. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 14, n. 6, 2013.

DANTAS M. B. P, SILVA M. R. F, FELICIANO K. V. O. Subjetividade e diálogo na educação em saúde: práticas de agentes comunitários em equipe de saúde da família. **Rev. APS**; 13(4): 432-444, 2010.

DEWEY, J. **Democracia e educação**. São Paulo: Ed. Nacional, 1959.

DIAS V. P., SILVEIRA D. T., WITT R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Rev APS**, 12(2):221-7, 2009.

DIAS, G. A. R.; LOPES, M. M. B. Educação e saúde no cotidiano de enfermeiras da atenção primária. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 3, p. 449-460, 2013.

SCOREL, S. et al . O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington , v. 21, n. 2-3, Mar. 2007.

SCOREL S, RASGA M. Participação social. In: Giovanella L, Scorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, org. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; p. 853-883, 2012.

FERNANDES M. T. O.; SOARES S. M.; SILVA L. B. Limitações e possibilidades no desenvolvimento do trabalho com grupos na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Min Enferm**, 12(3):335-41, 2008.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 4, p. 567-573, 2010 .

FERRAZ, L. O PET-Saúde e sua interlocução com o Pró-Saúde a partir da pesquisa: o relato dessa experiência. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 1, supl. 1, p. 166-171, Mar. 2012.

FERREIRA, V. A. et al. Os princípios do Sistema Único de Saúde nas práticas educativas dos enfermeiros no Programa de Saúde da Família. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 5, n. 3, dec. 2006

FERREIRA, M.S; CASTIEL, L.D; CARDOSO, M.H.C.A. Promoção da Saúde: entre o conservadorismo e a mudança. In: **Anais do XV Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e II Congresso Internacional de Ciências do Esporte**, p 1-7, Recife, 2007.

FERREIRA, M.S; CASTIEL, L.D; CARDOSO, M.H.C.A. Atividade física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. **Ciência e Saúde Coletiva**, 16(1), 865-872, 2011.

FIGUEIREDO, M. F. S.; NETO, J. F. R.; DE SOUZA LEITE, M. T. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 41, 2012.

FLISCH, T. M. P. et al. Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde?. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 1255-1268, 2014.

FORTUNA, C. M. et al. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 990-997, 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011a.

\_\_\_\_\_, P. **Pedagogia do oprimido**. 50 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011b.

\_\_\_\_\_, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

FUNTOWICZ, S.; RAVETZ, J. 'Ciência pós-normal e comunidades ampliadas de pares face aos desafios ambientais'. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, IV(2): 219-230 jul.-out. 1997.

GAUTÉRIO, D. P. et al. Ações educativas do enfermeiro para a pessoa idosa: estratégia saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, n. 2, n. esp, p. 824-828, 2013.

GAZZINELLI, M. F. et al. Práticas educativas grupais na atenção básica: padrões de interação entre profissionais, usuários e conhecimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 2, p. 284-291, 2015.

GIOVANELLA L; MENDONÇA M. H. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, org. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; p. 493-545. 2012.

GOMES, M. A.; DUARTE, M. F. S. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia saúde da família: Programa ação e saúde Floripa, Brasil. **Rev. bras. ativ. fís. saúde**, 13(1), 2008.



GONÇALVES, F. G.; DE ALBUQUERQUE, D. C. Educação em saúde de pacientes portadores de insuficiência cardíaca [Health education of patients with heart failure]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 3, p. 422-426, 2014.

GOULART, B. N. G.; LUCCHESI, M. C.; CHIARI, B. M. A unidade básica de saúde como espaço lúdico para educação e promoção da saúde infantil: relato de experiência. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 757-761, 2010.

HEIDMANN, I. T.S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, Junho 2006.

HORTA, N.C., et al. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia de saúde da família. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, v. 12, n. 3, p. 293-301, 2009.

JESUS M. C. P, et al. Discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no Programa Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Rev APS**, 11(1):54-61, 2008.

KUBO, A. V.; NASCIMENTO, E. N. Educação em saúde sobre asma brônquica na atenção primária. **ABCS health sci**, v. 38, n. 2, 2013.

LEVY, S. Programa Educação em Saúde 2000. [Citado em 2009]. Disponível em: <http://saude.gov.br/programas/pes/pes/index.html>. Acesso em 13 jan 2016.

LOPES, A. C. S. et al. Condições de saúde e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na atenção primária à saúde de Belo Horizonte-MG **Epidemiol. serv. saúde**; 23(3): 305-316, abr.-jun. 2014.

LUZ, M. T. Prometeu acorrentado: análise sociológica da categoria produtividade e as condições atuais da vida acadêmica. **Physis**, v. 15, n. 1, p. 39-57, 2005.

MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M.J.M. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica [dissertação]. **Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, 2011.

MARTINS, C.B. **A pluralidade dos mundos e das condutas sociais**: a contribuição de Bourdieu para a Sociologia da Educação. Em aberto: Brasília. Ano 9, 1990.

MARTINS, C. B. G. et al. Oficina sobre sexualidade na adolescência: uma experiência da equipe saúde da família com adolescentes do ensino médio. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 573-578, 2011.

MARQUES, S. C.; TYRRELL, M. A. R.; OLIVEIRA, D. C. As práticas educativas na prevenção do HIV/AIDS das usuárias da rede básica de saúde do Rio de Janeiro/Brasil. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 538-553, 2013.

MASCARENHAS, N. B.; MELO, C. M. M.; FAGUNDES, N. C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. **Rev. bras. enferm**, v. 65, n. 6, p. 991-999, 2012.

MATSUMOTO, P. M. et al. A educação em saúde no cuidado de usuários do Programa Automonitoramento Glicêmico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 761-765, 2012.

MELO, M. A. N.; CÂNDIDO, J. A. B.; MOREIRA, M. R. C. Visita à Unidade de Saúde por Escolares: Estratégia Educativa para Adesão ao Programa de Planejamento Reprodutivo. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 1, p. 93-98, 2012.

MELO PEREIRA, M. et al. CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 167-175, 2014.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da Saúde da Família**. 1. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDONÇA, F. F.; NUNES, E.F.P.A. Atividades participativas em grupos de educação em saúde para doentes crônicos. **Cad. saúde colet.,(Rio J.)**, v. 22, n. 2, p. 200-204, 2014.

MENDONÇA, R.D.; TOLED, M.T.T.; LOPES, A.C.S. Incentivo à prática de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 140-146, 2015.

MENEZES, A.G.M.P. e GOBBI, D. Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações. **O Mundo da Saúde**, 34(1):97-102. 2010.

MOREIRA, C. O. F. **Entre o indivíduo e a sociedade: um estudo da filosofia da educação de John Dewey**. Bragança Paulista, SP: EDUSF, 2002.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em Saúde no pré-natal. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 7, n. 13, p. 109-118, Aug. 2003.

MOUTINHO, F. F. B.; CAMPOS, M. G.; DE JESUS, P. B. R. A importância da implementação de ações educativas em vigilância sanitária pelas equipes da estratégia saúde da família: breve revisão. **Revista de APS**, v. 15, n. 2, 2012.

MOUTINHO, C. B. et al. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. **Trab. educ. saúde**, v. 12, n. 2, p. 253-272, 2014.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Competências profissionais e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. **Saúde Soc**, São Paulo, v.19, n.4, p.81 -827, 2010.

NOGUEIRA, M. A. **Bourdieu e a educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

NUNES, C. L.; MASCARENHAS, M. S. Educação para emancipação no pensamento de Pierre Boudieu e Paulo Freire. In: **IV Fórum Internacional de Pedagogia**. Paranaíba – Piauí, 2012.

NUNES, J. M. et al. A participação de agentes comunitários de saúde em grupo de educação em saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 13, n. 5, 2012.

OLIVEIRA, R. M. **A produção do conhecimento em saúde em escala local**: repensando a relação entre a investigação científica e a experiência dos grupos populares. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

OLIVEIRA, E. A. F. et al. Significado dos grupos educativos de hipertensão arterial na perspectivado usuário de uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. APS**, v. 14, n. 3, 2011.

OLIVEIRA, R.M.; VALLA V.V. As condições e experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular. **Cadernos de Saúde Pública**. 17 (suplemento):77-88, 2001.

OLIVEIRA, T. L. et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 2, p. 179-84, 2013.

OLIVEIRA, M. B. et al. Educação em saúde como prática de enfermeiros na estratégia saúde da família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 14, n. 5, 2013.

OLIVEIRA, S. R. G.; WENDHAUSEN, A. L. P. (Re) significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trab. educ. saúde**, v. 12, n. 1, p. 129-147, 2014.

OLIVEIRA, L. C. et al. Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. **Interface (Botucatu)**, v. 18, n. 2, p. 1389-1400, 2014.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Carta de Ottawa. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, Ottawa, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/carta-de-ottawa/>> Acesso em: 6 jan 2016.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Declaração de Santafé de Bogotá. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, Santafé de Bogotá, 1992. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/carta-de-ottawa/>> Acesso em: 8 jan 2016.

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

PEDROSA, K. K. A.; CASTRO, L. O.; PEREIRA, W. Enfermagem e educação em saúde na atenção básica: uma experiência no bairro de Mãe Luíza, Natal-RN. **Rev. pesquis. cuid. fundam.(Online)**, v. 4, n. 4, p. 2806-2815, 2012.

PELLEGRINI, F. A. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. **Ciênc Saúde Coletiva**. 9:339-50, 2004.

PEKELMAN, R. Caminhos para uma ação educativa emancipadora: a prática educativa no cotidiano dos serviços de atenção primária em saúde. **Rev APS**, 11(3):295-302, 2008.

PEREIRA, S. A.; SANTOS, C. A. M.; ANTUNES, D. E. V. Ações Pedagógicas realizadas pelo enfermeiro do PSF. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2012.

PEREIRA, M.M et al. Concepções e práticas dos profissionais da estratégia saúde da família sobre educação em saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 167-175, 2014.

REIS, I. N. C.; SILVA, I. L. R.; UN, J. A. W. Espaço público na Atenção Básica de Saúde: Educação Popular e promoção da saúde nos Centros de Saúde-Escola do Brasil. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 1161-1173, 2014.

RENOVATO, R.D.; BAGNATO, M.H.S. Da educação sanitária para a educação em saúde: (1980-1992): discursos e práticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.14, n.1, p.77-85, 2012.

RIBEIRO, A. G. et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Rev. nutr**, v. 25, n. 2, p. 271-282, 2012.

RODRIGUES D.; SANTOS V.E. A educação em saúde na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil. **J Health Sci Inst**, 28(4):321-4, 2010.

ROECKER, S.; MARCON, S. S. Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 701-9, 2011a.

ROECKER, S.; MARCON, S.S. Educação em saúde: relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia da Saúde Familiar. **Investigación y educación en enfermería**, v. 29, n. 3, p. 381-389, 2011b.

ROECKER, S.; BUDÓ, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 641-649, 2012.

ROECKER, S. et al. O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Texto & contexto enferm**, v. 22, n. 1, p. 157-165, 2013.

SABROZA, P. C. Concepções sobre saúde e doença. **Contexto Tema**, v. 1, 2004.

SAMPAIO, J. et al . Promoção da saúde sexual: desafios no Vale do São Francisco. **Psicol. Soc.**, Florianópolis , v. 22, n. 3, p. 499-506, 2010.

SANTOS, A. S. et al. Educação em saúde: reflexão e aplicabilidade em atenção primária á saúde. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 5, n. 2, 2006.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface – comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 101-22, fev. 2003.

SILVA, M.A.; OLIVEIRA, A.G.B.; MANDÚ, E.N.T.; MARCON S.R. Enfermeiro & grupos em PSF: possibilidade para participação social. **Cogitare Enferm**; 11(2):143-149, 2006.

SILVA, M.A.P. A utilização do conceito de *habitus* em Pierre Bourdieu para a compreensão da formação docente. **Revista Extra-Classe**; 1(2), 2008.

SILVA, C. P.; DIAS, M. S. A.; RODRIGUES, A. B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, p. 1453-1462, Oct. 2009.

SILVA, M. C. D.; PAZ, E. P. A. Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 223-229, 2010.

SILVA, L. B. et al. Comunicação sazonal sobre a dengue em grupos socioeducativos na atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1160-7, 2011.

SILVA, A. R. S. et al. Educação em saúde para detecção precoce do câncer de mama. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 12, 2012.

DA SIVA, L. D. et al. O enfermeiro e a educação em saúde: um estudo bibliográfico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 2, p. 412-419, 2012.

SILVEIRA, D. B. **Práticas educativas durante a gestação na Estratégia de saúde da família: refletindo sobre limites e práticas**. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.

SIQUEIRA, F. V. et al . Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 1, p. 203-213, Jan. 2009 .

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

SOBRAL, F. R.; CAMPOS, C. J. G. O enfermeiro e a educação em saúde mental na atenção primária: revisão integrativa. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 8, n. 2, p. 100-107, 2012.

SOBREIRA, D.N. A educação em jogo: um confronto entre Foucault, Bourdieu e Paulo Freire. In: **IX Seminário Nacional de Estudos e Pesquisas História**, Sociedade e Educação no Brasil. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, 2012.

SOUZA, A. I. **Paulo Freire. Vida e obra**. 2 edição. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

SOUZA, V. B.; ROECKER, S.; MARCON, S. S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 199-210, 2011.

STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Org.). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 11-22, 1993.

STOTZ, E. N.; ARAUJO, J. W. G. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. **Saude soc.**, São Paulo , v. 13, n. 2, p. 5-19, 2004 .

STOTZ, E.N.; DAVID, H., M.S.L; WONG-UN, J. Educação popular e saúde - trajetória, expressões e desafios de um movimento social. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Juiz de Fora, v. 8, n. 1, p. 49-60, jan.-jun. 2005.

TESTON, E. F. et al. Concepciones y prácticas educativas de profesionales médicos y enfermeros: estudio descriptivo. **Online braz. j. nurs.(Online)**, v. 12, n. 4, 2013.

TORRES, H. C.; MONTEIRO, M. R. P. Educação em saúde sobre doenças crônicas não-transmissíveis no Programa Saúde da Família em Belo Horizonte/MG. **Rev. mineira de Enfermagem**; 10(4): 402-406, out.-dez. 2006.

TORRES, H. C. et al. Monitoramento telefônico como estratégia educativa para o autocuidado das pessoas com diabetes na Atenção Primária. **Cienc. enferm**, v. 19, n. 1, p. 95-105, 2013.

TRAPÉ, C. A.; BALDINI, S.C. A prática educativa dos agentes comunitários de saúde à luz da categoria práxis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 15(1), 2007.

VALENTE, G. S. C. et al. Problematização como estratégia de educação em saúde no combate a dengue: um relato de experiência. **Rev. pesquis. cuid. fundam.(Online)**, v. 4, n. 4, p. 2987-2994, 2012.

VALLA, V. V.; STOTZ, E.N. **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

VALLA, V. V. A crise de interpretação é nossa. Procurando compreender a fala das classes populares. **Educação e Realidade**, 21:177-190, 1996.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B. L. & LACERDA, A. Construindo a resposta à proposta de educação e saúde. *Cadernos de Educação Popular em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

VALENTE, G.S.C. et al. Problematização como estratégia de educação em saúde no combate a dengue: um relato de experiência. **Revista pesquisa, cuidad. fundam. (online)**, v. 4, n. 4, p. 2987-2994, 2012.

VASCONCELOS, E.M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cad Saúde Pública**. 14(2):39-57, 1998.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2001.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio e Gestão Participativa; p. 18-29, 2007.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e atenção à Saúde da Família**. 4 ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

VAZ, N. Com o olhar de um biólogo. Texto apresentado no **Seminário de Educação e Saúde** organizado pelo SENAC. Rio de Janeiro, 1991.

VIEIRA, T. Q.; BRACCIALLI, L. A. T.. A concepção dos profissionais de saúde sobre grupos educativos. **Rev. APS**, v. 15, n. 4, 2012.

VINCHA, K. R. R. et al. Grupos de educação nutricional em dois contextos da América Latina: São Paulo e Bogotá. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 50, p. 507-520, 2014.

XAVIER, S. Q.; ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E.; MENDIETA, M. C. Grupos de educação em saúde: aproximação da população masculina à unidade básica de saúde. **Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)**, v. 7, n. 2, p. 2372-2382, 2015.

**APÊNDICE A – QUADRO DOS ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO BRASIL (1990-2015), SEGUNDO AUTOR, TÍTULO, INSTITUIÇÃO, ANO DE PUBLICAÇÃO, REVISTA, IDIOMA E TIPO DE ESTUDO (continua)**

	Autores	Título	Instituição	Ano de publicação	Revista	Idioma			Tipo de estudo	
						Port.	Esp.	Ing.	Teórico	Empírico
1	Vasconcelos, E.M.	<b>Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias</b>	UFPB	1998	Cad. Saúde Pública	X	-	-	-	Quali
2	Moura, E.R.F. e Rodrigues, M.S.P.	<b>Comunicação e informação em saúde no pré-natal</b>	Secretaria de Saúde – CE + UFC	2003	Interface (Botucatu)	X	-	-	-	Quali
3	Albuquerque, P. C; Stotz, E. N.	<b>A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade</b>	Distrito Sanitário III + Fiocruz (Ensp)	2004	Interface comun. saúde educ	X	-	-	Revisão	-
4	Santos, Á et al.	Educação em saúde: reflexão e aplicabilidade em atenção primária á saúde	Universidade Anhembi Morumbi	2006	Online braz. journal nurs. (Online)	X	-	-	X	-
5	Torres, H. C., Monteiro, M. R. P.	Educação em saúde sobre doenças crônicas não-transmissíveis no Programa Saúde da Família em Belo Horizonte/MG	UFMG	2006	REME rev. min. enferm	X	-	-	-	Quali
6	Ferreira, V et al.	Os princípios do Sistema Único de Saúde nas práticas educativas dos enfermeiros no Programa de Saúde da Família	UERJ	2006	Online braz. j. nurs. (Online);	X	-	-	-	Quali
7	Silva, M.A. et al	Enfermeiro e grupos em PSF: possibilidade para participação social	UFMT	2006	Cogitare enferm	X	-	-	-	Quali
8	Trapé, C. A. e Soares, C. B.	A prática educativa dos agentes comunitários de saúde à luz da categoria práxis	USP	2007	Rev Lat Am Enfermagem;	X	X	X	-	Quali
9	Besen, C. B. et al	<b>A estratégia da saúde da família como objeto de educação em saúde</b>	UFSC	2007	Rev. Saúde e Sociedade	X	-	-	-	Quali



**APÊNDICE A – QUADRO DOS ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO BRASIL (1990-2015), SEGUNDO AUTOR, TÍTULO, INSTITUIÇÃO, ANO DE PUBLICAÇÃO, REVISTA, IDIOMA E TIPO DE ESTUDO (continuação)**

	Autores	Título	Instituição	Ano de publicação	Revista	Idioma			Tipo de estudo	
						Port.	Esp.	Ing.	Teórico	Empírico
10	Gomes, M. A.e Duarte, M. F. S.	Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia saúde da família: Programa ação e saúde Floripa, Brasil	UFSC	2008	Rev. bras. ativ. fís. saúde	X	-	-	-	Quanti
11	Jesus, M.C.P. et al.	<b>O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no Programa Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil</b>	UFJF	2008	Rev. APS	X	-	-	-	Quali
12	Pekelman, R.	<b>Caminhos para uma ação educativa emancipadora: a prática educativa no cotidiano dos serviços de atenção primária em saúde</b>	Grupo Hospitalar Conceição – RS	2008	Rev. APS	X	-	-	X	-
13	Fernandes, M.T. et al.	Limitações e possibilidades no desenvolvimento do trabalho com grupos na estratégia de saúde da família	UFMG	2008	REME rev. min. enferm	X	-	-	-	Quali
14	Siqueira, F. V. et al	<b>Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde</b>	UFSC Universidade Católica de Pelotas UFPel	2009	Cad. Saúde Pública	X	-	-	-	Quanti
15	Silva, C. P., Dias, M. S. A. e Rodrigues, A. B.	<b>Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família</b>	Universidade Estadual Vale do Acaraú - CE	2009	Ciênc. saúde coletiva;	X	-	-	-	Quali
16	Abrahão, A.L. e Freitas, C.S.F.	Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde	UFF	2009	Rev. enferm. UERJ	X	-	-	-	Relato
17	Horta, Natália de Cássia; ET AL	<b>A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família</b>	UFMG	2009	Rev. APS;	X	-	-	-	Quali

**APÊNDICE A – QUADRO DOS ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO BRASIL (1990-2015), SEGUNDO AUTOR, TÍTULO, INSTITUIÇÃO, ANO DE PUBLICAÇÃO, REVISTA, IDIOMA E TIPO DE ESTUDO (continuação)**

	Autores	Título	Instituição	Ano de publicação	Revista	Idioma			Tipo de estudo	
						Port.	Esp.	Ing.	Teórico	Empírico
18	Dias, V. P.; Silveira, D. T. e Witt, R. R.	<b>Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária</b>	UFRGS	2009	Rev. APS;	X	-	-	X	
19	Sampaio, Juliana et al	Promoção da saúde sexual: desafios no Vale do São Francisco	Universidade Federal do Vale do São Francisco	2010	Psicol. soc. (Impr.);	X	-	-	-	Quali
20	Fernandes, M. C. P. e Backes, V. M. S.	Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire	UFSC	2010	Rev Bras Enferm;	X	-	-	-	Quali
21	Rodrigues, D., Santos, V. E.	A Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil	UNIP CAPS da Prefeitura Municipal de São Paulo	2010	J. Health Sci. Inst;	X	-	-	Revisão	-
22	Silva, M.C.D. e Paz, E.P.A.	Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional	UFRJ	2010	Esc. Anna Nery Rev. Enferm;	X	-	-	-	Quali
23	Barbosa, F.I. et al.	Caracterização das práticas de educação em saúde desenvolvidas por enfermeiros em um município do Centro - Oeste Mineiro	Universidade de Itaúna – MG	2010	REME - Rev. Mineira de Enfermagem	X	-	-	-	Quali
24	Costa, R.C. e Rodrigues, C.R.F.	<b>Percepção dos usuários acerca das práticas de promoção da saúde, vivenciadas em grupos, em uma unidade básica de saúde da família</b>	FASM	2010	Rev. APS;	X	-	-	-	Quali
25	Dantas, M.B.P.	<b>Subjetividade e diálogo na educação em saúde: práticas de agentes comunitários em equipe de saúde da família</b>	Fiocruz – PE + USP	2010	Rev. APS;	X	-	-	-	Quali

**APÊNDICE A – QUADRO DOS ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO BRASIL (1990-2015), SEGUNDO AUTOR, TÍTULO, INSTITUIÇÃO, ANO DE PUBLICAÇÃO, REVISTA, IDIOMA E TIPO DE ESTUDO (continuação)**

	Autores	Título	Instituição	Ano de publicação	Revista	Idioma			Tipo de estudo	
						Port.	Esp.	Ing.	Teórico	Empírico
26	Menezes, A.G.M.P. e Gobbi, D.	Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações	Centro Universitário São Camilo	2010	Mundo saúde (Impr.);	X	-	-	Revisão	-
27	Goulart, B.N.G.; Lucchesi, M.C. e ChiarI, B.M.	A unidade básica de saúde como espaço lúdico para educação e promoção da saúde infantil: relato de experiência	UFRGS Unifesp	2010	Rev. Bras. Crescimento e Desenvov. humano	X	-	-	-	Relato
28	Silva, L.B. et al.	<b>Comunicação sazonal sobre a dengue em grupos socioeducativos na atenção primária à saúde</b>	UFMG	2011	Rev. Saúde Pública	X	-	X	-	Quali
29	Cardoso, L.S. et al	Finalidade do processo comunicacional das atividades em grupo na estratégia saúde da família	UFRGS	2011	Rev Lat Am Enfermagem	X	X	X	-	Quali
30	Maffaccioli, R. e Lopes, M.J.M.	<b>Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica</b>	Centro Universitário Metodista do IPA + UFRGS	2011	Ciênc. saúde coletiva;	X	-	-	-	Quanti-quali
31	Cervera, D.P.P.; Parreira, B.D. M.; Goulart, B.F.	<b>Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG)</b>	UFTM	2011	Ciênc. saúde coletiva	X	-	-	-	Quali
32	Alves, G.G. e Aerts D.	<b>As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família</b>	Universidade Luterana do Brasil	2011	Ciênc. saúde coletiva	X	-	-	Revisão	-
33	Araújo, V.S. et al	Percepção dos enfermeiros sobre educação em saúde na atenção básica	UFPB	2011	Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)	X	-	-	-	Quali

**APÊNDICE A – QUADRO DOS ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO BRASIL (1990-2015), SEGUNDO AUTOR, TÍTULO, INSTITUIÇÃO, ANO DE PUBLICAÇÃO, REVISTA, IDIOMA E TIPO DE ESTUDO (continuação)**

	Autores	Título	Instituição	Ano de publicação	Revista	Idioma			Tipo de estudo	
						Port.	Esp.	Ing.	Teórico	Empírico
34	Roecker, S. e Marcon S.S.	Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros	Universidade Estadual do oeste do Paraná UEM	2011	Esc. Anna Nery Rev. Enferm;	X	-	-	-	Quali
35	Roecker, S. e Marcon, S.S.	Educação em saúde. Relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia da Saúde Familiar	UEM	2011	Invest. educ. enferm	X	-	-	-	Quali
36	Souza, V.B.; Roecker, S. e Marcon, S.S.	Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR	Secretaria Municipal de Saúde de Maringá UEM	2011	Rev. eletrônica enferm;	X	-	-	-	Quali
37	Martins, C.B.G. et al.	Oficina sobre sexualidade na adolescência: uma experiência da equipe saúde da família com adolescentes do ensino médio	UFMT	2011	REME rev. min. enferm;	X	-	-	-	Relato
38	Andréa, R.S.S. et al	Educação em saúde para detecção precoce do câncer de mama	UEPB UPE UFPB	2011	Rev. RENE	X	-	-	-	Quali
39	Oliveira, E.A.F. et al	<b>Significado dos grupos educativos de hipertensão arterial na perspectiva do usuário de uma unidade de atenção primária à saúde</b>	Unidade Básica de Saúde de Juiz de Fora + UFJF	2012	Rev. APS;	X	-	-	-	Quali
40	Carneiro, A.C.L.L. et al	<b>Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária</b>	Centro Universitário Newton Paiva UFMG	2012	Rev Panam Salud Publica	X	-	-	-	Quali- quanti
41	Ribeiro, A.G. et al.	Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família	UFV Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais Secretaria de Estado da Saúde – SP	2012	Revista de Nutrição	X	-	-	-	Quali- quanti

**APÊNDICE A – QUADRO DOS ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO BRASIL (1990-2015), SEGUNDO AUTOR, TÍTULO, INSTITUIÇÃO, ANO DE PUBLICAÇÃO, REVISTA, IDIOMA E TIPO DE ESTUDO (continuação)**

	Autores	Título	Instituição	Ano de publicação	Revista	Idioma			Tipo de estudo	
						Port.	Esp.	Ing.	Teórico	Empírico
42	Andrade, K.A. et al .	Aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária e práticas alimentares dos usuários	UFMG	2012	Rev. esc. enferm. USP	X	-	X	-	Quanti
43	Roecker, S.; Budo, M.L.D. e Marcon, S.S.	Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças	IFPR UFSM UEM	2012	Rev Esc Enferm USP	X	-	X	-	Quali
44	Matsumoto, P.M. et al.	A educação em saúde no cuidado de usuários do Programa Automonitoramento Glicêmico	USP + UBS Manoel Joaquim Pêra – SP	2012	Rev Esc Enferm USP	X	-	X	-	Relato
45	Bonfim, P.F. et al .	Ações educativas em um Programa de Agentes Comunitários de Saúde	Colégio 24 de março USP (Ribeirão) Universidade de Ribeirão Preto	2012	Rev Bras Enferm;	X	-	-	-	Quali
46	Valente, G.S.C. et al.	Problematização como estratégia de educação em saúde no combate a dengue: um relato de experiência	UFF	2012	Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)	X	-	-	-	Relato
47	Figueiredo, M. F. S., Rodrigues Neto, J. F. e Leite, M. T. S.	<b>Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário</b>	Unimontes	2012	Interface comun. saúde educ;	X	-	-	-	Quali
48	Alves, L. H. S., Boehs, A.E. e Heidemann, I. T. S. B.	A percepção dos profissionais e usuários da estratégia de saúde da família sobre os grupos de promoção da saúde	Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí + UFSC	2012	Texto & contexto enferm;	X	-	X	-	Quali

**APÊNDICE A – QUADRO DOS ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO BRASIL (1990-2015), SEGUNDO AUTOR, TÍTULO, INSTITUIÇÃO, ANO DE PUBLICAÇÃO, REVISTA, IDIOMA E TIPO DE ESTUDO (continuação)**

	Autores	Título	Instituição	Ano de publicação	Revista	Idioma			Tipo de estudo	
						Port.	Esp.	Ing.	Teórico	Empírico
49	Pedrosa, K.K.A.	Enfermagem e educação em saúde na atenção básica: uma experiência no bairro de Mãe Luíza, Natal - RN	UFRN + Faculdades Integradas de Patos (FIP)	2012	Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)	X	-	-	-	Relato
50	Siva, L.D. et al	O enfermeiro e a educação em saúde: um estudo bibliográfico	UFSM UFRGS UERN	2012	Rev. enferm. UFSM;	X	-	-	Revisão	-
51	Moutinho, F.F.B.; Campos, M.G. e Jesus, P.B.R.	<b>A importância da implementação de ações educativas em vigilância sanitária pelas equipes da estratégia saúde da família: breve revisão</b>	UFF + UFJF	2012	Rev. APS	X	-	-	Revisão	-
52	Nunes, J.M. et al.	A participação de agentes comunitários de saúde em grupo de educação em saúde	UFCE + Universidade Regional do Cariri	2012	Rev. RENE	X	-	-	-	Quali
53	Vieira, T.Q. e Braccialli, L.A.T.	<b>A concepção dos profissionais de saúde sobre grupos educativos.</b>	FANEMA + SAMU – Marília/SP	2012	Rev. APS;	X	-	-	-	Quali
54	Sobral, F. R e; Campos, C.J.G.	O enfermeiro e a educação em saúde mental na atenção primária: revisão integrativa	Unicamp	2012	Rev. eletrônica saúde mental alcool drog;	X	-	-	Revisão	-
55	Melo, M.A. N.; Cândido, J.A.B. e Moreira, M.R.C.	Visita à unidade de saúde por escolares: estratégia educativa para adesão ao Programa de Planejamento Reprodutivo	ESF do Distrito Mal Cozinhado, Horizonte-CE. UFCG	2012	Rev. bras. ciênc. saúde	X	-	-	-	Quali
56	Pereira, S. A.; Santos, C.A.M. e Antunes, D.E.V.	Ações pedagógicas realizadas pelo enfermeiro do Programa Saúde da Família	Universidade de Itaúna - MG	2012	Rev. enferm. Cent.-Oeste Min;	X	-	-	-	Quanti

**APÊNDICE A – QUADRO DOS ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO BRASIL (1990-2015), SEGUNDO AUTOR, TÍTULO, INSTITUIÇÃO, ANO DE PUBLICAÇÃO, REVISTA, IDIOMA E TIPO DE ESTUDO (continuação)**

	Autores	Título	Instituição	Ano de publicação	Revista	Idioma			Tipo de estudo	
						Port.	Esp.	Ing.	Teórico	Empírico
57	Mascarenhas, N.B.; Melo, C.M.M. e Fagundes, N.C.	Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária	UFBA	2012	Rev. bras. enferm	X	-	-	Revisão	-
58	FORTUNA, Cinira Magali et al	Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos	USP Centro Universitário Barão de Mauá	2013	Rev Lat Am Enfermagem;	X	X	X	-	Quali
59	CHAGAS, Izabel Alves das et al.	Conhecimento de pacientes com diabetes sobre tratamento após cinco anos do término de um programa educativo	USP UFAP	2013	Rev. esc. enferm. USP	X	-	X	-	Quanti
60	Araújo, V. et al.	Discurso do sujeito coletivo sobre educação em saúde no envelhecimento: estudo descritivo	UFPB UFCG	2013	Online Brazilian Journal of Nursing	X	X	X	-	Quali
61	Teston, E et al.	Concepções e práticas educativas de profissionais médicos e enfermeiros: estudo descritivo	UEM	2013	Online braz. j. nurs. (Online);	X	X	X	-	Quali
62	Oliveira, T.L. et al	Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial	Unimontes	2013	Acta paul. enferm;	X	-	X	-	Quanti
63	Roecker, S., Nunes, E. F.P.A. e Marcon, S.S.	O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família	IFPR UEL UEM	2013	Texto & contexto enferm	X	-	X	-	Quali
64	Kubo, A.V. e Nascimento, E.N.	Educação em saúde sobre asma brônquica na atenção primária	Estratégia de Saúde da Família Jardim Guanabara II – Ituverava (SP) Secretaria Municipal de Saúde – Marília (SP)	2013	ABCS health science	X	-	-	Revisão	-

**APÊNDICE A – QUADRO DOS ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO BRASIL (1990-2015), SEGUNDO AUTOR, TÍTULO, INSTITUIÇÃO, ANO DE PUBLICAÇÃO, REVISTA, IDIOMA E TIPO DE ESTUDO (continuação)**

	Autores	Título	Instituição	Ano de publicação	Revista	Idioma			Tipo de estudo	
						Port.	Esp.	Ing.	Teórico	Empírico
65	Marques, S.C. et al.	As práticas educativas na prevenção do HIV/AIDS das usuárias da rede básica de saúde do Rio de Janeiro/Brasil	UERJ	2013	REME rev. min. enferm	X	-	X	-	Quali
66	Alves, A.C.P.	Aplicação de tecnologia leve no pré-natal: um enfoque na percepção das gestantes	Universidade Regional do Cariri	2013	Rev. enferm. UERJ	X	-	-	-	Quantitativo
67	Torres, C.H. et al .	Monitoramento telefônico como estratégia educativa para o autocuidado das pessoas com diabetes na atenção primária	UFMG	2013	Cienc. enferm., Concepción	X	-	-	-	Quantitativo
68	Gautério, D. P. et al	Ações educativas do enfermeiro para a pessoa idosa: estratégia saúde da família	UFRGS	2013	Rev. enferm. UERJ;	X	-	-	X	-
69	Badalotti, T. S., Weigert, K. L. e Bos, A.J. G.	<b>Efeito de um programa de educação em saúde no perfil de saúde bucal de pré- escolares: uma experiência na rede pública de Porto Alegre, Brasil</b>	PUC-RS	2013	Rev. bras. promoç. saúde (Impr.);	X	-	X	-	Quantitativo
70	Dias, G.A.R. e Lopes, M.M.B.	Educação e saúde no cotidiano de enfermeiras da atenção primária	UFPA	2013	Rev. enferm. UFSM	X	-	-	-	Quali
71	David, G.F. e Torres, H.C.	Percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho interdisciplinar nas estratégias educativas em diabetes	UFMG	2013	Rev. RENE	X	-	-	-	Quali
72	Oliveira, M.B. et al	Educação em saúde como prática de enfermeiros na estratégia saúde da família	Universidade Regional do Cariri	2013	Rev. RENE	X	-	-	-	Quali
73	Andrade, A.C.V. et al	Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família	UNESC	2013	Mundo saúde (Impr.)	X	-	-	-	Quali



**APÊNDICE A – QUADRO DOS ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO BRASIL (1990-2015), SEGUNDO AUTOR, TÍTULO, INSTITUIÇÃO, ANO DE PUBLICAÇÃO, REVISTA, IDIOMA E TIPO DE ESTUDO (continuação)**

	Autores	Título	Instituição	Ano de publicação	Revista	Idioma			Tipo de estudo	
						Port.	Esp.	Ing.	Teórico	Empírico
74	Costa, E.M; Rabelo, A.R.M e Lima, J.G	Avaliação do papel do farmacêutico nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na atenção primária	UFPE	2014	Rev. ciênc. farm. básica apl	X	-	-	-	Quanti-quali
75	Mendonça, F.F. E Nunes, E. F. P.A.	<b>Atividades participativas em grupos de educação em saúde para doentes crônicos</b>	UEL	2014	Cad. saúde colet., (Rio J.);	X	-	-	-	Quanti
76	Pereira, M.M. et al	Concepções e práticas dos profissionais da estratégia saúde da família sobre educação em saúde	UFPB + UFF	2014	Texto & contexto enferm;	X	-	X	-	Quali
77	Lopes, A.C.S. et al.	Condições de saúde e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na atenção primária à saúde de Belo Horizonte-MG	UFMG Secretaria Municipal de Saúde de BH	2014	Epidemiol. Serv. Saúde	X	-	-	-	Quanti
78	Gonçalves, F.G. e Albuquerque, D.C.	Educação em saúde de pacientes portadores de insuficiência cardíaca	UERJ	2014	Rev. enferm. UERJ;	X	-	-	Revisão	-
79	Oliveira, S.R. G. e Wendhausen, Á. L. P.	<b>(Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família</b>	UFMT + Universidade do vale do Itajaí	2014	Trab. educ. saúde;	X	-	-	-	Quali
80	Amaral, M.A. et al	<b>Oficinas educativas na Atenção Primária de Saúde para Promoção do Autocuidado em Diabetes Mellitus</b>	UFMG	2014	Rev. APS;	X	-	-	-	Relato
81	Moutinho, C.B. et al	<b>Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família</b>	Unimontes Departamento de Saúde e Saneamento da Prefeitura de Taiobeira – MG	2014	Trab. educ. saúde;	X	-	-	-	Quali

**APÊNDICE A – QUADRO DOS ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO BRASIL (1990-2015), SEGUNDO AUTOR, TÍTULO, INSTITUIÇÃO, ANO DE PUBLICAÇÃO, REVISTA, IDIOMA E TIPO DE ESTUDO (conclusão)**

	Autores	Título	Instituição	Ano de publicação	Revista	Idioma			Tipo de estudo	
						Port.	Esp.	Ing.	Teórico	Empírico
82	Vincha, K.R.R. et al.	<b>Grupos de educação nutricional em dois contextos da América Latina: São Paulo e Bogotá</b>	USP	2014	Interface (Botucatu)	X	-	X	-	Quali- quanti
83	Flisch, T.M.P. et al.	<b>Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde?</b>	UFMG Fiocruz- MG	2014	Interface comun. saúde educ;	X	-	-	-	Quanti- quali
84	Oliveira, L.C. et al	<b>Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária</b>	UECE	2014	Interface comun. saúde educ;	X	-	-	-	Quali
85	Reis, I. N. C., Silva, I. L. R. e Un, J. A. W.	<b>Espaço público na Atenção Básica de Saúde: educação popular e promoção da saúde nos Centros de Saúde-Escola do Brasil</b>	Fiocruz (Ensp) PUC-RJ UFF	2015	Interface comun. saúde educ	X	-	-	-	Quali- quanti
86	Gazzinelli, Maria Flavia et al.	Práticas educativas grupais na atenção básica: padrões de interação entre profissionais, usuários e conhecimento	UFMG USP UFJF	2015	Rev Esc Enferm USP	x	-	-	-	Quali
87	Mendonça, R. D., Toled, M.T. T., e Lopes, A.C. S.	Incentivo à prática de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária à Saúde	UFMG	2015	Esc. Anna Nery Rev. Enferm;	X	-	-	-	Quanti
88	Xavier, S.Q. et al.	Grupos de educação em saúde: aproximação da população masculina à unidade básica de saúde	UFPeI	2015	Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)	X	X	X	-	Quanti

Fonte: A autora, 2016.

**APÊNDICE B – PROPORÇÃO DE ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO BRASIL PUBLICADOS EM TODAS AS REVISTAS, NO PERÍODO DE 1990-2015, POR INSTITUIÇÃO (continua)**

<b>Instituição</b>	<b>Artigos (nº)</b>	<b>Artigos (%)</b>
UFMG	9	10%
UERJ	3	3%
UFSC	3	3%
UFRGS	3	3%
USP	2	2%
UFPB	2	2%
UFMT	2	2%
UFF	2	2%
Univ. de Itaúna – MG	2	2%
UEM	2	2%
Unimontes – MG	2	2%
UVA – CE	1	1%
URCA	2	2%
UNIVASF	1	1%
Univ. Luterana do Brasil (RS)	1	1%
Unicamp	1	1%
Univ. Anhembi Morumbi	1	1%
UNESC	1	1%
UFTM	1	1%
UFRJ	1	1%
UFPEl	1	1%
UFPE	1	1%
UFPA	1	1%
UFJF	1	1%
UFBA	1	1%
UEL	1	1%
UECE	1	1%
PUC-RS	1	1%
Centro Univ. São Camilo (ES)	1	1%
Grupo Hosp. Conceição – RS	1	1%
Fac. Santa Marcelina	1	1%
USP + UFAP	1	1%
USP + UBS-SP	1	1%
USP + Centro Univ. Barão de Mauá	1	1%
Sec. Saúde - CE + UFC	1	1%
UNIP + CAPS – SP	1	1%
Unioeste + UEM	1	1%
Unimontes + DSS- Taboemas/MG	1	1%
UFV + FCMMG + Sec. Saúde – SP	1	1%
UFSM + UFRGS + UERN	1	1%
UFSC + UCPel + Ufpel	1	1%

**APÊNDICE B – PROPORÇÃO DE ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO 1EM SAÚDE NA APS NO BRASIL PUBLICADOS EM TODAS AS REVISTAS, NO PERÍODO DE 1990-2015, POR INSTITUIÇÃO (continuação)**

<b>Instituição</b>	<b>Artigos (nº)</b>	<b>Artigos (%)</b>
UFRGS + Unifesp	1	1%
UFRN + FIP	1	1%
UFPB + UFF	1	1%
UFPB + UFCG	1	1%
UFMT + Univali	1	1%
UFMG + USP + UFJF	1	1%
UFMG + Sec. Saúde – BH	1	1%
UFMG + Fiocruz-MG	1	1%
UFF + UFJF	1	1%
UFCE + URCA	1	1%
UEPB + UPE + UFPB	1	1%
UBS/Juiz de Fora + UFJF	1	1%
Sec. Saúde Maringá + UEM	1	1%
IFPR + UFSM + UEM	1	1%
IFPR + UEL + UEM	1	1%
Fiocruz-RJ + PUC + UFF	1	1%
Fiocruz-PE + USP	1	1%
FANEMA + SAMU-Marília/SP	1	1%
ESF-Ituverava + Sec. Saúde Marília-SP	1	1%
ESF-CE + UFCG	1	1%
Dist. Sanitário III + Fiocruz	1	1%
Colégio 24 março + USP + Unaerp	1	1%
Centro Univ. para Desenv. do Alto Vale do Itajaí + UFSC	1	1%
Centro Univ. Newton Paiva + UFMG	1	1%
Centro Univ. Metod. IPA + UFRGS	1	1%

Fonte: A autora, 2016.

**APÊNDICE C – PROPORÇÃO DE ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO BRASIL PUBLICADOS EM TODAS AS REVISTAS, NO PERÍODO DE 1990-2015 DAS REVISTAS DE SAÚDE COLETIVA POR INSTITUIÇÃO**

<b>Instituição</b>	<b>Artigos (nº)</b>	<b>Artigos (%)</b>
UFMG	3	10%
UFPB	1	3%
UFSC	1	3%
UFJF	1	3%
UVA – CE	1	3%
UFRGS	1	3%
UFTM	1	3%
Univ. Luterana do Brasil	1	3%
Unimontes	1	3%
PUC-RS	1	3%
UEL	1	3%
PUC-RS	1	3%
UEL	1	3%
USP	1	3%
UECE	1	3%
Grupo Hosp. Conceição – RS	1	3%
UFSC + UCPel + Ufpel	1	3%
Sec. Saúde - CE + UFC	1	3%
Dist. Sanitário III + Fiocruz	1	3%
Fiocruz – PE + USP	1	3%
Centro Univ. Metod. IPA + UFRGS	1	3%
Centro Univ. Newton Paiva + UFMG	1	3%
UFF + UFJF	1	3%
UBS/Juiz de Fora + UFJF	1	3%
FANEMA + SAMU-Marília/SP	1	3%
UFMT + Univali	1	3%
Unimontes + DSS- Taboemas/MG	1	3%
UFMG + Fiocruz-MG	1	3%
Fiocruz-RJ + PUC-RJ + UFF	1	3%

**APÊNDICE D - ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO BRASIL (1990-2015), SEGUNDO DEFINIÇÃO DE EDUCAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE, AUTORES REFERENCIADOS E ELEMENTOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, CONTEXTO, PARTICIPAÇÃO SOCIAL, PROMOÇÃO DA SAÚDE E LIMITES E POSSIBILIDADES PARA ATUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE (continua)**

	Autores	Ano	Define educação?	Define educação em saúde?	Autores mencionados		Educação em saúde	Contexto	Participação social	Promoção da Saúde	Limites e possibilidades p/ atuação em educação em saúde
					Educação	Educação em saúde					
1	Vasconcelos, E.M.	1998	Sim	Sim	MacDonald J.J. e Warren W.G.; Freire, P.; Brandão, C.R. Gerhardt, H. P.,	Valla, V.V Campbell, H.	Construção compartilhada EPS Crítica à visão tradicional	Determinações sociais e ambientais Condições econômicas, políticas e culturais Choque cultural entre equipe e comunidade	Participação social como estratégias de luta e enfrentamento de problemas de saúde; Construção da participação popular nos serviços de saúde	-	Rotina de trabalho Recursos materiais Espaço físico
2	Moura, E.R.F. e Rodrigues, M.S.P	2003	Não	Sim	-	Ministério da Saúde Candeias, N. M. F. Kawamoto, E. E. Levy, S.	Comunicação/informação Mudança de comportamentos Culpabilização	Não é discutido	Não	Sim	Rotina de trabalho Espaço físico Recursos materiais

**APÊNDICE D - ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO BRASIL (1990-2015), SEGUNDO DEFINIÇÃO DE EDUCAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE, AUTORES REFERENCIADOS E ELEMENTOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, CONTEXTO, PARTICIPAÇÃO SOCIAL, PROMOÇÃO DA SAÚDE E LIMITES E POSSIBILIDADES PARA ATUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE (continuação)**

	Autores	Ano	Define educação?	Define educação em saúde?	Autores mencionados		Educação em saúde	Contexto	Participação Social	Promoção da Saúde	Limites e possibilidades p/ atuação em educação em saúde
					Educação	Educação em saúde					
3	Albuquerque, P. C; Stotz, E. N.	2004	Define Educação popular	Sim	Freire, P. Vasconcelos, EM	Vasconcelos, E.M.; Valla, V.V.; Albuquerque, PC Anais da 8ª. Conferência Nacional de Saúde; Seminário sobre Promoção da Saúde e Educação Popular; Lei Orgânica da Saúde - Lei Nº. 8080.	Valorização do saber popular Construção compartilhada Crítica à visão tradicional	Contexto estrutural (condições de vida e saúde) Articulação de políticas sociais e econômicas	EPS contribui para participação social; Participação social como estratégia de luta e enfrentamento de problemas de saúde	Sim	Desmotivação profissional Escassez de Educação permanente Espaço físico Saber clínico e acadêmico como suficientes para ES
4	Besen, C.B. et al	2007	Sim	Sim	Freire, P.; Cutolo, L. R. A. Fleck, L.	Da Ros, M. A. Lefevre, F.; Lefevre, A. M. C.; Stotz, E. N. Valla, V. V. Vasconcelos, EM. Chiesa, A. M. e Veríssimo, M. R.; Mendes, E. V. Laplantine, F. Briceño-léon, R. Buss, P. M. Minist. Saúde	Construção compartilhada Educação crítico-reflexiva Culpabilização Crítica à visão tradicional	Realidade concreta (estrutural) Valores, costumes, modelos e símbolos sociais (cultural)	Participação social facilita a luta política	Sim	Formação profissional

**APÊNDICE D - ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO BRASIL (1990-2015), SEGUNDO DEFINIÇÃO DE EDUCAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE, AUTORES REFERENCIADOS E ELEMENTOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, CONTEXTO, PARTICIPAÇÃO SOCIAL, PROMOÇÃO DA SAÚDE E LIMITES E POSSIBILIDADES PARA ATUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE (continuação)**

	Autores	Ano	Define educação?	Define educação em saúde?	Autores mencionados		Educação em saúde	Contexto	Participação Social	Promoção da Saúde	Limites e possibilidades p/ atuação em educação em saúde
					Educação	Educação em saúde					
5	Jesus, M.C.P. et al.	2008		Sim	Freire, P.	Vasconcelos, E.M.; Mello, J.A.C.; Ministério da Saúde; Petry, P.C.; Pretto, S.M. Oliveira, D.L.	Construção compartilhada "Capacitar" Crítica à visão tradicional	Realidade cotidiana Estado de saúde x modo de vida e trabalho	ES deve ampliar participação social	Sim	Recursos materiais Espaço físico Rotina de trabalho Formação profissional
6	Pekelman, R.	2008	Sim	Sim	Freire, P.; Machado, V.; Ministério da Saúde Hurtado, CN	Vasconcelos, E.M Diercks, M.S. Brandão, C.R.	EPS Problematização Diálogo Autonomia Crítica ao modelo biomédico Valorização do saber do outro	Condições objetivas e subjetivas de vida Território (realidade, contexto)	Participação social relacionada com ES. Partic. Formal e informal	-	Atividades de ES não são institucionalizadas
7	Siqueira, F. V. et al	2009	Não	Não	—	Ministério da Saúde Facchini L.A. et al; Fuscaldo J.M.;	Aconselhamento Mudança de comportamentos Crítica ao modelo biomédico	Não é discutido	Não	-	Não



**APÊNDICE D - ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO BRASIL (1990-2015), SEGUNDO DEFINIÇÃO DE EDUCAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE, AUTORES REFERENCIADOS E ELEMENTOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, CONTEXTO, PARTICIPAÇÃO SOCIAL, PROMOÇÃO DA SAÚDE E LIMITES E POSSIBILIDADES PARA ATUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE (continuação)**

	Autores	Ano	Define educação?	Define educação em saúde?	Autores mencionados		Educação em saúde	Contexto	Participação Social	Promoção da Saúde	Limites e possibilidades p/ atuação em educação em saúde
					Educação	Educação em saúde					
8	Silva, C. P., Dias, M. S. A. e Rodrigues, A. B.	2009	Sim	Sim	Freire, P Marx e Engels Campos, GWS Minsitério da Saúde	Donangelo MC. Candeias, MF Costa NR. Bizzo MLG.	"Apoderamento da comunidade"	Determinantes socioculturais e estruturais das doenças Diferenças culturais	Participação no processo educativo	-	Falta de aparato teórico- metodológico Rotina de trabalho
9	Horta, N.C. et al.	2009	Não	Sim	-	Accioli, S.; Gastaldo, D.; Souza, et al; Teixeira, C.C.	Diálogo Crítica à visão tradicional	Determinantes sociais, políticos e econômicos do processo saúde e doença Território Planejamento das práticas a partir do contexto	Participação no processo educativo	Sim	Rotina de trabalho
10	Dias, V.P.; Silveira, D. T. e Witt, R. R.	2009	Não	Sim	-	Torres, H.; Hortale, V. A.; Schall, V.; Witt, R. R.	Capacitação Prevenção Mudança de comportamento Valorização saberes	Não é discutido	Participação no processo educativo	Sim	Não

**APÊNDICE D - ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO BRASIL (1990-2015), SEGUNDO DEFINIÇÃO DE EDUCAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE, AUTORES REFERENCIADOS E ELEMENTOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, CONTEXTO, PARTICIPAÇÃO SOCIAL, PROMOÇÃO DA SAÚDE E LIMITES E POSSIBILIDADES PARA ATUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE (continuação)**

	Autores	Ano	Define educação?	Define educação em saúde?	Autores mencionados		Educação em saúde	Contexto	Participação Social	Promoção da Saúde	Limites e possibilidades p/ atuação em educação em saúde
					Educação	Educação em saúde					
11	Costa, R.C. e Rodrigues, C.R.F.	2010	Não	Sim	—	Levy, S.; Conferência de Otawa; Souza, A.C.; Alves, V.S.	Construção compartilhada Autonomia Responsabilização do sujeito Capacitar Crítica à visão tradicional	Interagir e intervir na realidade Considerar ambiente e contexto social	Participação no processo educativo	Sim	Formação profissional Rotina de trabalho
12	Dantas, M.B.P.	2010	Não	Sim	Freire, P. Habermas, J.	Stotz, E.N.; Teixeira, R.R.; Ministério da Saúde Bornstein, V.J., Stotz, E.N. Vasconcelos, E.M. Albuquerque, P.C.	Construção compartilhada Habitus Crítica à visão tradicional	Condições de vida Valores, crenças, visões de mundo das pessoas (aquisição de hábitos) Contexto socioeconômico	Não	Cita	Rotina de trabalho Espaço físico
13	Silva, L.B. et al.	2011	Não	Sim	—	Freire, P. Foucault, M. Madeira, N.G. et al	Construção compartilhada Relação horizontal Comunicação x informação Crítica à visão tradicional	Construção de materiais educativos de acordo com a realidade local	Não	-	Ações descontínuas e campanhistas

**APÊNDICE D - ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO BRASIL (1990-2015), SEGUNDO DEFINIÇÃO DE EDUCAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE, AUTORES REFERENCIADOS E ELEMENTOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, CONTEXTO, PARTICIPAÇÃO SOCIAL, PROMOÇÃO DA SAÚDE E LIMITES E POSSIBILIDADES PARA ATUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE (continuação)**

	Autores	Ano	Define educação?	Define educação em saúde?	Autores mencionados		Educação em saúde	Contexto	Participação Social	Promoção da saúde	Limites e possibilidades p/ atuação em educação em saúde
					Educação	Educação em saúde					
14	Maffaccioli, R. e Lopes, M.J.M	2011	Não	Não	—	Buss P.M.; Chiesa A.M., Veríssimo M.L.O.R.; Vasconcelos E.M.	Construção compartilhada Crítica à visão tradicional	Não é discutido	Não	Sim	Rotina de trabalho
15	Cervera, D.P.P.; Parreira, B.D. M.; Goulart, B.F.	2011		Sim	—	Assis M. Alves SV. Ministério da Saúde Albuquerque PC, Stotz EM. Reis DC. Garcia MAA.	Informação/Capacitação Construção compartilhada Crítica à visão tradicional	Não é discutido	Não	Sim	ES só atende programa ou epidemia do momento
16	Alves, G.G. e Aerts D.	2011	Não	Sim	—	Freire P.; Brandão CR. Chiesa A.M, Westphal M.F.; Flores O.; Alves G.; Mendonça G.F.; Martinez A.G, Carreras J.S, Haro A.E.	Problematização Construção compartilhada EPS Crítica o modelo biologicista	Determinantes da saúde Problematização do cotidiano Experiência dos indivíduos Diferentes realidades	Ampliar canais de interação e negociação de grupos populares e profissionais; Vincular a lutas sociais; Participação popular	Cita	Não

**APÊNDICE D - ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO BRASIL (1990-2015), SEGUNDO DEFINIÇÃO DE EDUCAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE, AUTORES REFERENCIADOS E ELEMENTOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, CONTEXTO, PARTICIPAÇÃO SOCIAL, PROMOÇÃO DA SAÚDE E LIMITES E POSSIBILIDADES PARA ATUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE (continuação)**

	Autores	Ano	Define educação?	Define educação em saúde?	Autores mencionados		Educação em saúde	Contexto	Participação Social	Promoção da Saúde	Limites e possibilidades p/ atuação em educação em saúde
					Educação	Educação em saúde					
17	Oliveira, E.A.F. et al	2011	Não	Sim	–	Vasconcelos, E.M.; Santos F, Andrade C.	Mudança de hábitos Modelo biomédico Linguagem simples Prevenção e promoção Troca de experiências	Não é discutido	Participação no processo educativo	Sim	Espaço físico
18	Carneiro, A.C.L.L. et al	2012	Não	Não	–	Alves V.S.; Feijão A.R., Galvão M.T.G.; Torres H.C., Hortale V.A., Schall V.; Trezza M.C.S, Santos R.M., Santos J.M.	Instrumento para Promoção da Saúde Diálogo para mudança de comportamentos Crítica à visão tradicional	Não é discutido	Participação no processo educativo	Sim	Não
19	Figueiredo, M. F. S., Rodrigues Neto, J. F. e Leite, M. T. S.	2012	Sim (algumas pedagogias)	Sim	Bordenve e Pereira Freire, Gadotti	Rocha, Schall, Lemos Alves, Schall, Perrenoud, Morin,	Reflexão Consciência crítica Autonomia Crítica ao biologicismo	Considerar realidade e cotidiano Determinantes políticos, sociais e econômicos	Participação no processo educativo	Cita	Rotina de trabalho

**APÊNDICE D - ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO BRASIL (1990-2015), SEGUNDO DEFINIÇÃO DE EDUCAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE, AUTORES REFERENCIADOS E ELEMENTOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, CONTEXTO, PARTICIPAÇÃO SOCIAL, PROMOÇÃO DA SAÚDE E LIMITES E POSSIBILIDADES PARA ATUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE (continuação)**

	Autores	Ano	Define educação?	Define educação em saúde?	Autores mencionados		Educação em saúde	Contexto	Participação Social	Promoção da Saúde	Limites e possibilidades p/ atuação em educação em saúde
					Educação	Educação em saúde					
20	Moutinho, F.F.B.; Campos, M.G. e Jesus, P.B.R.	2012	Não	Sim	-	Ministério da Saúde Costa E.A.; Fonseca, A.F.	Comunicação Informação Articulação entre saberes	Importância da territorialização (para a vigilância em saúde) Determinantes sociais (pela vigilância em saúde)	Não	Sim	Não
21	Vieira, T.Q. e Braccialli, L.A.T.	2012	Não	Sim	Freire, P.	Tones K, Tilford, S. Dias VP, Silveira DT, Witt RR. Fernandes MTO.	Reflexão Conscientização crítica Construção compartilhada Crítica à visão tradicional Crítica à culpabilização	Não é discutido	Não	-	Formação profissional Falta de capacitação
22	Badalotti, T. S., Weigert, K. L. e Bos, A.J. G.	2013	Não	Não	Freire, P.	Ministério da Saúde Winnicot DW. Moreira J. et al; Candeias NMF.	Prevenção Hábitos saudáveis Responsabilização	Relação entre condições de saúde e precárias condições de vida (não problematiza, só é citado).	Não	-	Não

**APÊNDICE D - ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO BRASIL (1990-2015), SEGUNDO DEFINIÇÃO DE EDUCAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE, AUTORES REFERENCIADOS E ELEMENTOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, CONTEXTO, PARTICIPAÇÃO SOCIAL, PROMOÇÃO DA SAÚDE E LIMITES E POSSIBILIDADES PARA ATUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE (continuação)**

	Autores	Ano	Define educação?	Define educação em saúde?	Autores mencionados		Educação em saúde	Contexto	Participação Social	Promoção da Saúde	Limites e possibilidades p/ atuação em educação em saúde
					Educação	Educação em saúde					
23	Mendonça, F.F. E Nunes, E. F. P.A.	2014	Não	Sim	-	Ministério da Saúde; Freire, P. Torres GV, Enders BC.; Mello G, Santos RM, Trezza MCSF.; Pinafo E et al.; Silva JP, Rotenberg S, Vianna EC.; Frota MA, Albuquerque CM, Linardi AG.	Construção compartilhada Diálogo Crítica à visão tradicional	Não é discutido	Participação no processo educativo	-	Não
24	Oliveira, S.R. G. e Wendhausen, Á. L. P.	2014		Sim	Freire, P.	Ministério da Saúde Wendhausen, A. e Saube, R. Alvim, N. A. T. e Ferreira, M Vasconcelos, E.M.	Diálogo Autonomia Crítica à visão tradicional e à biologicista	Reflexão sobre a realidade da comunidade	Participação no processo educativo	-	Formação profissional Espaço físico

**APÊNDICE D - ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO BRASIL (1990-2015), SEGUNDO DEFINIÇÃO DE EDUCAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE, AUTORES REFERENCIADOS E ELEMENTOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, CONTEXTO, PARTICIPAÇÃO SOCIAL, PROMOÇÃO DA SAÚDE E LIMITES E POSSIBILIDADES PARA ATUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE (continuação)**

	Autores	Ano	Define educação?	Define educação em saúde?	Autores mencionados		Educação em saúde	Contexto	Participação Social	Promoção da Saúde	Limites e possibilidades p/ atuação em educação em saúde
					Educação	Educação em saúde					
25	Amaral, M.A. et al	2014	Sim	Não	Heidman IBS et al; Freire, P.;	Torres HC et al;	Problematização Diálogo Consciência crítica Mudança de comportamento Categorias não foram retomadas na discussão	Contexto (abordagem superficial)	Participação no processo educativo	-	Não
26	Moutinho, C.B. et al .	2014	Sim	Sim	Freire, P. Ceccim e Ferla	Vasconcelos, EM, Grilo MJC e Soares SM Alves, VS Accioli, S Pinafo E. et al	Pedagogia Freireana Diálogo Construção compartilhada Não foram retomados na discussão Crítica à visão tradicional	Não é discutido	Participação no processo educativo	-	Rotina de trabalho Recursos materiais Estrutura física
27	Vincha, K.R.R. et al.	2014	Não	Sim	-	Furlan PG, Campos GWS; Cervera DPP Meyer DEE et al; Freire, P. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Ministerio de Salud (Bogotá); Vasconcelos EM.	ES como prática da Promoção da Saúde Autonomia Problematização Valorização dos saberes Crítica à visão tradicional	Desigualdades sociais e de saúde	Autonomia como ferramenta para participação. Aperfeiçoar estratégias de luta e enfrentamento.	Sim	Não

**APÊNDICE D - ARTIGOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO BRASIL (1990-2015), SEGUNDO DEFINIÇÃO DE EDUCAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE, AUTORES REFERENCIADOS E ELEMENTOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, CONTEXTO, PARTICIPAÇÃO SOCIAL, PROMOÇÃO DA SAÚDE E LIMITES E POSSIBILIDADES PARA ATUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE (continuação)**

	Autores	Ano	Define educação?	Define educação em saúde?	Autores mencionados		Educação em saúde	Contexto	Participação Social	Promoção da Saúde	Limites e possibilidades p/ atuação em educação em saúde
					Educação	Educação em saúde					
28	Flisch, T.M.P. et al .	2014	Sim	Sim	Dewey, j. Freinet C.; Vygotsky Deleuze Arendt, H. Demo P.	Torres HC, Monteiro MRP.; Reis DC.; Schall VT, Struchiner M.; Vasconcelos, E.M. Gomes LB, Merhy EE.; Ministério da Saúde.	Troca de experiências Planejamento com referências da educação Crítica à visão tradicional	Contexto social e ambiental Compreensão da realidade	Incentivar participação em programas de base comunitária	-	Formação profissional
29	Oliveira, L.C. et al	2014	Não	Sim	Freire, P.	Vasconcelos, E.M. Bonetti O.P. et al; Stotz, E.N. Alves, V.S.; Gomes, A.M.A et al.	Diálogo Valorização de saberes Autonomia Crítica à visão tradicional e ao biologicismo	Importância de se considerar relações culturais, políticas e econômicas	Articulação com movimentos sociais Estratégias de luta e enfrentamento Participação no processo educativo	-	Espaço físico Recursos materiais Formação profissional Rotina de trabalho
30	Reis, I. N. C., Silva, I. L R. e Un, J. A. W.	2014	Sim	Sim	Freire P. Arendt H. Souza MGA. Heidemann IBS,	Lopes RC. Rabello LS. Pedrosa JI.	Proximidade entre ES e Promoção da Saúde Diálogo Problematização Troca Crítica ao biologicismo Valorização do saber popular	Fortalecer estratégias de enfrentamento da questão social e dos DSS	Participação no processo educativo	Sim	Espaço físico Formação profissional Recursos materiais

Fonte: A autora, 2016.