

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

HASSYLA MARIA DE CARVALHO BEZERRA

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO REALIZADO PELO NÚCLEO
AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA NA ATENÇÃO A
HIPERTENSÃO E DIABETES EM RECIFE**

**RECIFE
2019**

HASSYLA MARIA DE CARVALHO BEZERRA

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO REALIZADO PELO NÚCLEO
AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA NA ATENÇÃO A
HIPERTENSÃO E DIABETES EM RECIFE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Coorientadora: Dra. Sydia Rosana de Araújo Oliveira

Recife

2019

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

B574a Bezerra, Hassyla Maria de Carvalho.
Avaliação do processo educativo realizado pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica na atenção a hipertensão e diabetes em Recife / Hassyla Maria de Carvalho Bezerra. — Recife: [s. n.], 2019.

89 p.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Eduarda Ângela Pessoa Cesse; Coorientadora: Sydia Rosana de Araújo Oliveira.

1. Avaliação em Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Educação em Saúde. 4. Educação Continuada. I. Cesse, Eduarda Ângela Pessoa. II. Oliveira, Sydia Rosana de Araújo. III. Título.

HASSYLA MARIA DE CARVALHO BEZERRA

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO REALIZADO PELO NÚCLEO
AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA NA ATENÇÃO A
HIPERTENSÃO E DIABETES EM RECIFE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 10/05/2019

BANCA EXAMINADORA

Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse
Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz

Dra. Luciana Santos Dubeux
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira-IMIP

Dra. Maria do Socorro Machado Freire
Universidade Federal do Pernambuco-UFPE

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Eduarda Cesse, pela força e confiança demonstradas nos momentos mais precisos. Agradeço muito por todas as contribuições nessa caminhada acadêmica.

À minha coorientadora Sydia Rosana, pela disponibilidade, paciência e as valiosas contribuições para a elaboração deste trabalho.

Ao Instituto Aggeu Magalhães – IAM, por oportunizar-me uma formação em Saúde Pública.

A equipe LAM-SAÚDE, em especial a Bete, por me ajudar sempre que preciso.

Aos profissionais do NASF, da ESF e usuários de Recife, pela disponibilidade e colaboração no momento da coleta de dados, viabilizando a construção deste trabalho.

Agradeço a Deus pela força nos momentos mais difíceis que precisei enfrentar nesse período.

À minha mãe e ao meu pai, em memória, que foram fundamentais na minha construção educacional para que eu tivesse a oportunidade de chegar até aqui, mesmo não estando mais presentes, sei que me protegem todos os dias.

Aos meus familiares, em especial aos meus irmãos e minha tia Edivânia, pela força e incentivo na construção dos meus objetivos.

Aos meus amigos e a turma de mestrado pelo apoio e por compartilhar os momentos de aflição, em especial a Rebeca, Késia, Jonathan e Juliane que me acompanham desde a residência.

A todos aqueles que colaboraram e tornaram possível a realização deste trabalho.

‘Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas. Pessoas transformam o mundo’.
Paulo Freire

BEZERRA, Hassyla Maria de Carvalho. **Avaliação do processo educativo realizado pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica na atenção a hipertensão e diabetes em Recife**. 2019. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

RESUMO

Um grande desafio para a Estratégia Saúde da Família (ESF) como ordenadora do cuidado é a atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). Para apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que devido a revisão da Política Nacional de Atenção Básica passou a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Considerando as dimensões trabalhadas pelo NASF-AB, concernente ao processo educativo, sua atuação contempla a educação permanente e a educação em saúde. Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo avaliar o processo educativo realizado pelo NASF-AB na atenção a hipertensão e diabetes em Recife. Foi realizada uma pesquisa avaliativa orientada pela teoria, de abordagem qualitativa, com construção de um modelo teórico a partir da teoria educacional das obras de Paulo Freire. O estudo foi realizado na cidade do Recife, no qual participam uma equipe de profissionais do NASF-AB, uma equipe de profissionais da ESF e um grupo de usuários portadores de HA e/ou DM, atendidos pelas equipes participantes. A coleta de dados foi realizada através de grupos focais, que foram submetidos à análise temática. Os resultados do estudo evidenciaram a coexistência da utilização das concepções problematizadora e bancária pelos profissionais, que refletiu diretamente em suas práticas. Destaca-se que os usuários que participavam de grupos educativos, relataram melhorias nas condições de saúde, devido a prática de atividade física e a alimentação saudável que passaram a realizar. Observou-se também a visão curativista e medicalocêntrica nos discursos dos usuários que não participavam dos grupos. Além disso, o incentivo pela busca de direitos durante as ações educativas, levou a conquista pelos usuários da implantação do Programa Academia da Cidade no território da ESF. Esses achados revelam o poder de transformação das ações educativas quando tornam-se participativas e construídas a partir das experiências e necessidades da população.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Estratégia Saúde da Família. Educação em saúde. Educação Permanente.

BEZERRA, Hassyla Maria de Carvalho. **Evaluation of the educational process carried out by the Expanded Nucleus of Family Health and Basic Care in the attention to hypertension and diabetics in Recife.** 2019. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

ABSTRACT

The major challenge for the Family Health Strategy (FHS) as a care organizer is attention to arterial hypertension (AH) and Diabetes Mellitus (DM). The Ministry of Health created the Family Health Support Nuclei (FHSN), which had a review of the National Policy of Basic Attention. Expanded Nucleus of Family Health and Basic Care (FHSN-BC). FHSN-BC, aimed at the educational process, the same in the perspective of lifelong education and health education. In view of the above, the present study aimed to evaluate the educational process performed by FHSN-BC in the attention to hypertension and diabetes in Recife. A theory-oriented evaluative research was carried out with a qualitative approach, with the construction of a theoretical model based on the educational theory of Paulo Freire's works. The study was carried out in the city of Recife, in which a team of FHSN-BC professionals, a team of FSH professionals and a group of users with AH and / or DM attended by the participating teams participated. Data collection was done through focus groups, which were submitted to thematic analysis. The results of the study evidenced the coexistence of the use of problematizing and banking conceptions by professionals, which reflected directly on their practices. It is noteworthy that users who participated in educational groups reported improvements in health conditions, also passing through the curative and medical-centric view observed in the discourses of those who did not participate in the groups. In addition, the incentive for the search for rights held by professionals during educational activities led to the conquest by users of the implementation of the Academia da Cidade Program in the territory of the FHS. These findings reveal the transformative power of educational actions when they become participatory and built on the experiences and needs of the population.

Keywords: Health Assessment. Family health strategy. Health education. Permanent education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Divisão dos Distritos Sanitários de Recife.....	40
Quadro 1- Quantitativo e distribuição por categoria profissional dos profissionais participantes.....	41
Figura 2- Modelo teórico da avaliação do processo educativo realizado pelo NASF-AB.....	43
Quadro 2- Categorias da análise de dados.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DS	Distrito Sanitário
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
eNASF-AB	Equipe Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
LAM-Saúde	Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVO GERAL	16
2.1	Objetivos Específicos	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1	Atenção à saúde dos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus na ESF	17
3.2	A importância do Núcleo Ampliado de Saúde da Família no contexto da atenção básica.....	19
3.3	O processo educativo sob a ótica de Paulo Freire.....	23
3.4	Educação Permanente em Saúde	27
3.5	Educação em Saúde	31
3.6	Avaliação orientada pela teoria	34
4	METODOLOGIA.....	38
4.1	Desenho do estudo.....	38
4.2	Área de Estudo	39
4.3	População de Estudo.....	40
4.4	Coleta de Dados.....	41
4.5	Análise dos Dados	42
4.6	Aspectos Éticos	44
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
5.1	Processo educativo bancário	45
5.1.1	Processo educativo bancário na Educação Permanente em Saúde	45
5.1.2	Processo educativo bancário na Educação em Saúde	50
5.2	Processo educativo problematizador	56
5.2.1	Processo educativo problematizador na Educação Permanente em Saúde	57
5.2.2	Processo educativo problematizador na Educação em Saúde	62
6	CONCLUSÕES.....	71
	APÊNDICE A- MODELO TEÓRICO PRÉ-ELABORADO PARA AVALIAÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO REALIZADO PELO NASF-AB.	82
	APÊNDICE B - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS DO NASF-AB	83
	APÊNDICE C - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS DA ESF	84

APÊNDICE D - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM OS USUÁRIOS PORTADORES DE HA E/OU DM.....	85
APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	86
ANEXO A – PARECER DO CEP.....	88
ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE RECIFE-PE.....	89

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) no Brasil é referida como sinônimo de Atenção Primária à Saúde (APS) e constitui-se a porta de entrada do sistema de saúde. A trajetória da política de atenção básica no país destacou-se em 1991 com formulação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no intuito de promover a diminuição da mortalidade materno-infantil. Em 1994, considerando a necessidade de incorporar novos profissionais e ampliar ações do PACS, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), configurando-se como uma estratégia estruturante do modelo de APS, através da organização do processo de trabalho com base territorial (MARQUI et al., 2010; SANTOS, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) constituiu-se a partir da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo instituída pela Portaria 648 de 28 de março de 2006, que contém as diretrizes e normas organizativas. Esta foi revisada pela Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, que reconheceu a atenção básica como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e incorporou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), as equipes de Saúde da Família ribeirinhas e as unidades de saúde fluviais neste âmbito de atenção.

Nesse contexto, a PNAB promove avanços para mudança no modelo de atenção através da Estratégia Saúde da Família (ESF), reorientando as práticas que estavam focadas na assistência individual e hospitalocêntrica. Além disso, propicia maior conhecimento das condições de vida que determinam o processo saúde-doença, por meio do desenvolvendo de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A ESF planeja e implementa atividades de atenção à saúde centradas no território de acordo com as necessidades das famílias e comunidades, voltando-se para a articulação de uma prática intersetorial, que ultrapassa o setor saúde e lida com a determinação social. Também atua na prevenção do aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis, de forma compartilhada com a equipe multiprofissional que a compõe (BRASIL, 2012; SANTOS et al., 2011; SANTOS; MISHIMA; MERTY, 2018).

A PNAB foi revisada em 21 de setembro de 2017, através da portaria nº 2.436. Essa revisão foi considerada um retrocesso, pois flexibilizou o número de profissionais de saúde por equipe de Saúde da Família (eSF) e incentivou outras alternativas para a configuração e implementação da AB. Essa nova configuração da equipe de AB requer menos profissionais e pode possuir vários arranjos na sua composição. Além de permitir uma carga horária mais

flexível e a relativização da cobertura universal. Dessa forma, pode atingir e retroceder conquistas alcançadas pela ESF (BRASIL, 2007, 2012, 2017).

Um grande desafio para a ESF como ordenadora do cuidado é a atenção à saúde das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Dentre esses agravos, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), que constituem os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e representam uma das principais causas de mortalidade no país. No Brasil, nos últimos anos houve um aumento de 61,8% de pessoas diagnosticadas com diabetes, passando de 5,5% da população, em 2006, para 8,9%, em 2016. Nesse período, foi registrado um aumento de 14,2% de pessoas diagnosticadas com hipertensão, passando de 22,5% em 2006, para 25,7% em 2016. Dados do Vigitel de 2017 apontam Recife, como a capital com maior frequência de mulheres que referiram diagnóstico médico de HAS com 32,6% (BRASIL, 2017).

Observa-se que as pessoas mais atingidas por esses agravos são de baixa renda, pois possuem maior exposição aos fatores de risco e acesso restrito aos serviços de saúde. As desigualdades sociais são determinantes sociais importantes, dentre eles: baixa escolaridade e diferenças no acesso aos bens de serviços, além dos fatores de risco modificáveis, como o excesso de peso, dislipidemia, tabagismo e sedentarismo. Por isso, é necessário o planejamento e implementação de ações que vão além da redução dos fatores de risco e que possibilitem vencer as barreiras da desigualdade social (MENDES et al., 2011).

Diante disso, o Ministério da Saúde (MS) recomenda que na atenção aos portadores destas patologias sejam abordados: o processo de envelhecimento, mudanças de hábitos de vida, como o uso de tabaco, o consumo de bebidas alcoólicas e a inatividade física, as complicações da doença e os medicamentos em uso. Mas para isso, deve-se considerar o contexto de vida dos envolvidos e construir com os mesmos a melhor maneira para o alcance do que é preconizado (BRASIL, 2013).

Para apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, com ampliação da sua abrangência e maior resolubilidade das ações, o MS criou os NASF, através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que devido à revisão da PNAB passou a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), para contemplar outras alternativas de configuração da AB, além da ESF. O NASF-AB deve ser constituído por equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, devendo atuar de forma integrada em parceria com a eSF e a eAB, com corresponsabilização do território e dando suporte clínico, sanitário e pedagógico aos profissionais (BRASIL, 2008a, 2017).

A criação do NASF é de grande relevância, pois apoia a mudança das práticas de saúde voltadas para o modelo biomédico ainda presenciado nas ESF, direcionando-se à integralidade da atenção e ações interdisciplinares, com foco na promoção da saúde, através do trabalho em equipe multiprofissional. Assim, incentiva o aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em aspectos clínicos quanto sanitários (BRASIL, 2014; MÂNGIA; LANCMAM, 2008).

De acordo com o MS, o NASF-AB trabalha de forma compartilhada e colaborativa em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A primeira está voltada a clínica direta com os usuários; e a segunda direciona-se ao apoio educativo com e para as eSF. Na clínico-assistencial destacam-se a produção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), grupos de educação em saúde, atendimentos conjuntos ou individuais, visitas domiciliares, ações intersetoriais, discussões de casos e ações de promoção e prevenção. Na técnico-pedagógica estão às atividades de educação permanente e discussão do processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2014, 2017).

Considerando as dimensões trabalhadas pelo NASF-AB, direcionadas ao processo educativo, o mesmo atua na perspectiva da educação permanente e da educação em saúde. Esse processo envolve dois componentes: a aprendizagem e o ensino. Engloba um conjunto de atividades e procedimentos empregados, constituindo um instrumento de socialização de saberes. Deve ser pautado no diálogo, flexível, dinâmico e complexo, contribuindo para a transformação, construção e reconstrução da realidade, possibilitando aos envolvidos tornarem-se sujeitos ativos na construção do saber (FREIRE, 2011; ZAMPIERI, 2001).

Cervera, Parreira e Goulart (2011) ressaltam que a educação em saúde representa um importante instrumento que contribui para a capacitação da comunidade e colabora para a promoção da saúde e prevenção de agravos. Entretanto, é necessário que os trabalhadores de saúde e usuários estabeleçam uma relação dialógica baseada na escuta terapêutica, no respeito e na valorização das experiências de vida, considerando a importância de conhecer a subjetividade dos envolvidos, interagir e reconstruir coletivamente saberes e práticas cotidianas.

Stroschein e Zocche (2012) destacam que a Educação Permanente em Saúde (EPS) contribui para o desenvolvimento profissional, a gestão setorial e o controle social, estando diretamente relacionada ao ensino, serviço, docência e saúde. Tem por base os pressupostos da aprendizagem significativa que devem ser orientadores das ações de desenvolvimento profissional e das estratégias de mudança das práticas de saúde. Está voltada para a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

Portanto, avaliar o processo educativo realizado pelos profissionais de saúde é necessário para o alcance de maior qualidade da atenção, pois reduz incertezas e melhora a efetividade das ações, tendo em vista que existem diferentes aspectos que influenciam na sua configuração. Possibilitando assim, encontrar respostas para questionamentos existente quanto às produções em saúde e à efetividade das políticas, programas e estratégias atualmente institucionalizadas no SUS (FRANCO, 2003; MYNAIO, 2005).

Diante do exposto, considerando a importância do processo educativo conduzido para prevenção e controle da HAS e DM, envolvendo as práticas de educação em saúde e de EPS alguns questionamentos surgiram: Como ocorre o processo educativo realizado pelo NASF-AB direcionado à atenção aos hipertensos e diabéticos em Recife?

2 OBJETIVO GERAL

Avaliar o processo educativo realizado pelo NASF-AB na atenção a hipertensão e diabetes em Recife.

2.1 Objetivos Específicos

- a) Compreender as abordagens educativas utilizadas pelo NASF-AB para os profissionais da ESF e para os usuários portadores de HAS e/ou DM;
Identificar ações educativas potencializadoras da autonomia dos usuários;
- b) Analisar o processo educativo utilizado pelo NASF-AB junto à equipe de Saúde da Família na atenção a HAS e DM.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico utilizado como base para a execução deste estudo foi dividido nos seguintes tópicos: (1) atenção à saúde dos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus na ESF; (2) a importância do Núcleo Ampliado de Saúde da Família no contexto da atenção básica; (3) o processo educativo sob a ótica de Paulo Freire; (4) educação Permanente em Saúde; (5) educação em Saúde; e (6) avaliação orientada pela teoria.

3.1 Atenção à saúde dos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus na ESF

As transições demográfica e epidemiológica ocorridas nas últimas décadas, caracterizadas pela redução das taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade, com consequente diminuição das doenças infecciosas e parasitárias, aumento da expectativa de vida e do envelhecimento populacional, corroboram para o desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e leva a necessidade de priorização das necessidades de saúde da população (MENDES et al., 2011).

A HAS e o DM estão entre as DCNT de maior importância na atualidade. A HAS é caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, estando associada com alterações metabólicas, funcionais e estruturais dos órgãos-alvo, como coração, encéfalo, rins, influenciando o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. O DM caracteriza um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum à hiperglicemia, podendo desencadear complicações agudas ou crônicas no sistema neurológico, cardiovascular e renal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Houve um aumento de 61,8% de pessoas diagnosticadas com diabetes, passando de 5,5% da população, em 2006, para 8,9%, em 2016. Foi registrado um aumento de 14,2% com hipertensão, passando de 22,5% em 2006 para 25,7% em 2016 (BRASIL, 2017). Estes agravos representam uma das principais causas de óbito no Brasil, elevando os custos tanto do ponto de vista social, quanto econômico, devido às complicações causadas. Além de interferir na qualidade de vida dos acometidos, constituindo um sério problema de saúde pública (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011).

Essas patologias costumam ter diagnóstico tardio por serem inicialmente assintomáticas, portanto, estratégias de detecção precoce, acompanhamento do uso de medicamentos e facilidade de acesso aos serviços de saúde, são importantes para a prevenção, controle e tratamento. Ressalta-se que todas as ações e programas existentes direcionados para

o enfrentamento das mesmas necessitam de monitoramento e avaliação periódica, pois assim serão realizadas intervenções eficazes e capazes de melhorar as condições dos indivíduos (SILVA, 2012).

Nesse sentido, devido à complexidade da HAS e DM, os portadores necessitam de um atendimento prolongado e integral, para a detecção precoce e melhor aplicação de recursos, considerando as suas necessidades em saúde. Assim, destaca-se o papel da AB, principalmente o da ESF, por ser a ordenadora do cuidado a saúde, proporcionar a criação de vínculo entre a equipe multiprofissional e usuários, permitindo um melhor acompanhamento e ampliação das ações necessárias para a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011).

Nesse contexto, a ESF reorienta as práticas que estavam focadas na assistência individual e hospitalocêntrica intrínsecas do modelo biomédico, voltando-se para a implementação de atividades de atenção à saúde centrada no território de acordo com as necessidades das famílias e comunidades. Além de promover a articulação de práticas intersetoriais, que ultrapassa o setor saúde e lida com a determinação social. Assim, promove maior conhecimento das condições de vida que determinam o processo saúde-doença (BRASIL, 2012; HORTA et al., 2009; WENDHAUSEN; SAUPE, 2003).

O MS publicou em 2006, com atualização em 2013, os cadernos de atenção básica sobre cuidado das pessoas com HAS e DM, que abordam: o rastreamento, diagnóstico, acompanhamento, tratamento, prevenção e manejo das complicações agudas e crônicas. Recomendam que na assistência aos portadores destas patologias sejam abordados: o processo de envelhecimento; mudanças de hábitos de vida, como o uso de tabaco, o consumo de bebidas alcoólicas e a inatividade física; as complicações da doença e os medicamentos em uso. Mas para isso, deve-se considerar o contexto de vida dos envolvidos e construir com os mesmos a melhor maneira para o alcance do que é preconizado (BRASIL, 2013).

Além disso, implantou várias políticas e ações, como o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT (2011), incluindo a HAS e o DM, que visa promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle e de seus fatores de risco, como também fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2011; MALTA; MORAES NETO; SILVA JÚNIOR, 2011).

Essas ações têm como foco apoiar políticas públicas de promoção à saúde, que tem priorizado diversas atividades no campo da alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e álcool, além da expansão da atenção básica e distribuição gratuita de

medicamentos para hipertensão arterial e diabetes. O Plano fundamenta-se no delineamento de diretrizes e ações em vigilância, informação, avaliação e monitoramento, promoção à saúde e cuidado integral (BRASIL, 2011; MALTA; MORAES NETO; SILVA JÚNIOR, 2011).

De acordo com Francisco et al. (2018), há uma maior prevalência de HAS e DM nos idosos. Que reflete fortemente no aumento da procura por serviços de saúde e na restrição de atividades pelos acometidos, interferindo na qualidade de vida. Desse modo, é necessário o monitoramento constante da prevalência de hipertensão arterial e diabetes, perpassando os fatores individuais, com a compreensão das relações longitudinais entre os determinantes sociais de saúde envolvidos no processo saúde-doença para o planejamento de ações de saúde com ênfase nessas patologias.

Assim, considerando a importância do acompanhamento e monitoramento constante das pessoas com HAS e DM, evidencia-se o importante papel da atenção básica na continuidade do cuidado dos mesmos. Ademais, devido à complexidade dos fatores que influenciam a prevenção e a redução das complicações causadas por essas doenças, o trabalho multiprofissional realizado pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) nesse nível de atenção é bastante significativo (BEZERRA et al., 2010).

3.2 A importância do Núcleo Ampliado de Saúde da Família no contexto da atenção básica

A criação do NASF-AB contribuiu para a ampliação da abrangência e o escopo das ações da atenção básica e consolidação da ESF, proporcionando um aumento da efetividade e resolutividade, através de um modelo de cuidado que incentiva as práticas centradas nas trocas de saberes entre os profissionais. Está focado no território sob sua responsabilidade, na busca da superação de um modelo hegemônico centrado em práticas curativas e assistenciais (MÂNGIA, 2008; SILVA et al., 2012).

O MS define que o NASF-AB deve ser constituído por uma equipe multiprofissional, podendo fazer parte desta: assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, médico pediatra, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, médico geriatra, médico internista, médico do trabalho, médico veterinário, médico acupunturista, profissional com formação em arte e educação, arte educador e sanitarista. Sua composição é definida pelos gestores municipais, a partir de critérios de prioridade, identificados através dos dados

epidemiológicos, das necessidades em saúde da comunidade e das demandas das equipes que serão apoiadas (BRASIL, 2012, 2017).

O MS criou três modalidades de conformação de equipe, estabelecidos pela Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012: o NASF 1, NASF 2 e NASF 3. O NASF 1 deve ser composto por 5 a 9 equipe de Saúde da Família (eSF) e/ou equipe de atenção básica para populações específicas, com mínimo 200 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal. O NASF 2 deve ser composto de 3 a 4 eSF e/ou equipe de atenção básica para populações específicas com mínimo 120 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal. O NASF 3 deve se composto de 1 a 2 eSF e/ou equipe de atenção básica para populações específicas com mínimo 80 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal.

O trabalho multiprofissional do NASF, através da articulação dos diferentes olhares dos trabalhadores, é de bastante relevância para o rompimento do modelo medicalocêntrico, focado no saber compartimentado que não é suficiente para atender a realidade dos usuários, devido ao contexto sociocultural e econômico extremamente complexo que estão inseridos. Direcionando-se para a busca de um modelo integral e de corresponsabilização dos profissionais e usuários, observando as necessidades locais (MARTINS et al., 2016; RIBEIRO et al, 2014).

A corresponsabilização entre equipe NASF-AB (eNASF-AB) e a eSF acontece através do apoio matricial (BRASIL, 2017). De acordo com Campos (1999), o apoio matricial visa oferecer retaguarda assistencial especializada e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, buscando a superação da relação burocrática e hierarquizada entre profissionais. É uma estratégia de organização do trabalho em saúde de forma integrada, por meio do compartilhamento de problemas, da troca de saberes, da articulação pactuada de intervenções e práticas. Dessa forma, cria possibilidades para ampliar o trabalho clínico e sanitário, visando à integralidade do cuidado.

Campos et al. (2014, p.7), no estudo sobre a aplicação da "metodologia paideia" no apoio institucional, matricial e na clínica ampliada, afirmam que o apoio matricial no NASF deve ter:

Uma dimensão do suporte técnico-pedagógico, ou seja, pressupõe apoio educativo para a equipe de referência e ações realizadas conjuntamente com ela. A partir de discussões clínicas conjuntas ou mesmo intervenções concretas junto com as equipes (consultas, visitas domiciliares, grupos) os apoiadores matriciais podem contribuir para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para a atenção ampliada que contemple a complexidade da vida dos sujeitos. Mas existe também uma

dimensão de suporte assistencial, o que demanda do apoiador a realização de ações clínicas diretamente com os usuários. Contudo o trabalho na lógica matricial permite distinguir os casos e situações que podem ser acompanhadas pela equipe de referência, daquelas demandas que necessitam de uma atenção especializada, a ser oferecida pelos próprios apoiadores matriciais ou, de acordo com o risco, a vulnerabilidade e a gravidade, pelos serviços especializados ou por outras instâncias como assistência social (CAMPOS et al., 2014, p.7).

A partir do exposto, compreende-se que apoio matricial deve ser reconhecido como uma prática horizontal por ser compartilhada, possibilitando a combinação de consultas e atendimentos conjuntos e/ou individuais. Visa, a alteração da lógica fragmentada assistencial para corresponsabilização do território, com vista ao alcance de maior resolutividade dos problemas de saúde dos usuários e comunidade.

Nesse contexto, o NASF-AB também atua na lógica da clínica ampliada que contrapõe a clínica degradada por não reduzir exclusivamente o paciente à doença. Os profissionais, em equipe, analisam e intervêm, deliberando coletivamente sobre o cuidado com o usuário. Esta prática é menos prescritiva e mais negociada e reconhece a dimensão social e subjetiva. Considera o saber e o interesse das pessoas, sem desconsiderar os avanços tecnológicos e as recomendações baseadas em evidências (CAMPOS et al., 2014).

Outro instrumento de suma importância realizado pelo NASF-AB no cuidado aos usuários é o PTS, sendo este um modo de organizar o plano terapêutico dos usuários. Ele envolve um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas na perspectiva da clínica ampliada e compartilhada com diversos saberes interdisciplinares, considerando a autonomia do paciente, através da corresponsabilização singular e de vínculo estável entre a equipe de saúde e usuário e/ou família (HORI; NASCIMENTO, 2014).

As atividades do NASF-AB podem ser realizadas conjuntamente com as equipes vinculadas, somente pelos profissionais do NASF-AB ou apoiando os profissionais da equipe de atenção básica, através de agendas de trabalho compartilhadas. Estas Combinam elementos assistenciais e técnico-pedagógicos, tendo a visão que os espaços de encontro com as equipes têm potencialidade para o exercício da educação permanente das eSF e da eNASF-AB, com processo mútuo de aprendizagem (BRASIL, 2014, 2017).

A eNASF-AB desenvolve ações conjuntas com eSF, dentre estas estão: a reunião de matriciamento, o atendimento individual compartilhado, o atendimento domiciliar compartilhado, a atividade coletiva compartilhada e outras ações de educação permanente desenvolvidas entre essas equipes. É recomendado que a reunião de matriciamento ocorra periodicamente, com pelo menos um encontro mensal, com propósito de problematizar, planejar, programar e executar as ações colaborativas entre NASF-AB e eSF, direcionada para

a relação dialógica, horizontal intersubjetiva e interdisciplinar entre os profissionais (BRASIL, 2014, 2017).

O NASF-AB trabalha de forma compartilhada e colaborativa nas seguintes dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A clínico-assistencial está voltada a clínica direta com os usuários; e a técnico-pedagógica direciona-se ao apoio educativo com e para as eSF. Desta forma, o NASF-AB faz parte da atenção básica, mas não se constitui como um serviço com espaço físico independente, atuando a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes vinculadas, de forma integrada à RAS (BRASIL, 2014, 2017).

Na clínico-assistencial destacam-se a produção do PTS, grupos de educação em saúde, atendimentos conjuntos ou individuais, visitas domiciliares, ações intersetoriais, discussões de casos e ações de promoção e prevenção. Na técnico-pedagógica são as atividades de educação permanente e discussão do processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2011).

O trabalho do NASF-AB se distancia do modelo ambulatorial pautado no agendamento de consultas individuais, como também não é um modelo que se limita a orientar os profissionais da atenção básica. A dimensão assistencial é uma das possibilidades de intervenção desses profissionais, em articulação com as eSF apoiadas. A dimensão técnico-pedagógica busca o aprimoramento de competências e educação permanente com as equipes de referência (BRASIL, 2014, 2017; SILVA et al., 2012).

Além disso, o NASF-AB pode atuar na articulação intersetorial, devido a maior possibilidade dos seus profissionais de se relacionarem com um maior número de casos em campos diversos de atuação, conhecendo melhor a rede nesse campo. Desta forma, podem apoiar de modo decisivo as equipes de referência na construção de pontos de articulação, favorecendo a organização de fluxos de atenção que facilitem a coordenação e continuidade do cuidado. Entretanto, trabalhar na intersetorialidade é um desafio, pois além de incorporar a participação do usuário é necessário a organização e desenvolvimento do processo de trabalho diferenciado, no qual muitas vezes os profissionais não estão habituados (CELA; OLIVEIRA, 2015).

Vários desafios foi elencado por Bezerra et al. (2010) quanto à inserção do NASF-AB na atenção básica, dentre eles: a participação do NASF-AB na rotina previamente estruturada das eSF, a falta de compreensão da real função dos NASF-AB pelos profissionais da eS, a superação da lógica curativista, hospitalocêntrica e individual da visão compartimentada de profissionais por especialidades, a construção do cuidado através da equipe multiprofissional a partir dos diversos saberes e a reorientação da formação das práticas dos profissionais de acordo

com as necessidades da população, que perpassa os serviços de saúde e relaciona-se também a formação biomédica dos profissionais.

Para Nascimento e Oliveira (2010, p. 94), o principal desafio enfrentado pelo NASF-AB relaciona-se “a cultura organizacional no SUS que historicamente vem priorizando a quantidade em detrimento da qualidade, o referenciamento em detrimento da resolubilidade na Atenção Básica e a avaliação de impacto e de indicadores de saúde por meio de ações meramente quantitativas, em detrimento das qualitativas”. Ou seja, os fatores macroestruturais afetam diretamente na implementação do NASF-AB que impactam diretamente nas ações dos profissionais, como a pressão recebida para se trabalhar predominantemente na lógica ambulatorial e assistencial.

Nascimento (2014) apontou em seu estudo, realizado em municípios do estado de Pernambuco, que a organização e o processo de trabalho dos NASF apontam para três tipos de configurações: NASF matricial (atua como equipe multiprofissional integrada às suas equipes de referência) NASF Semi-Matricial (atua como equipe multiprofissional parcialmente integrada às suas equipes de referência) e NASF Assistencial-curativista (atua como equipe de especialistas que atendem na atenção básica).

É fundamental que os profissionais busquem superar a lógica fragmentada de atuar, para que a proposta do NASF-AB seja fortalecida. Assim, é necessário a qualificação dos profissionais através da Educação Permanente em Saúde (EPS) a partir da problematização proposta por Paulo Freire, que está baseada em ações educativas dialógicas através do compartilhamento de saberes para transformação da realidade. Desse modo, ocorrerá o fortalecimento de vínculos e a criação de espaços de debate coletivo sobre o processo de trabalho e na produção do cuidado (ANJOS et al., 2013; ARNEMANN, 2017).

3.3 O processo educativo sob a ótica de Paulo Freire

Paulo Freire foi um educador brasileiro que escreveu mais de quatorze livros, que foram traduzidos em diversos idiomas, além de livros dialogados com diferentes educadores e inúmeros artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais. Dessa forma, suas obras são de grande relevância e influência na pesquisa mundial, principalmente na área da educação (ARNEMANN, 2017). Para trazer os ideais de Paulo Freire e cotejar com a EPS e a educação em saúde, propôs-se a utilização de suas principais obras, a saber: Pedagogia do Oprimido, Pedagogia da Autonomia e Educação como Prática da Liberdade.

O Project Open Syllabus (2016), que coletou dados em mais de um milhão de programas de universidades dos Estados Unidos, Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia para identificar quais os livros mais solicitados em suas ementas. Considerou Pedagogia do Oprimido, como o único livro brasileiro a aparecer na lista dos 100 títulos mais pedidos pelas universidades de língua inglesa. A obra ficou em 2º lugar na área de educação e em 99º lugar no ranking geral.

Paulo Freire aborda as relações de educador-educando através da concepção bancária e da concepção problematizadora. Na concepção bancária da educação, a relação do educador com os educandos apresenta caráter fundamentado na narração ou dissertação, que implica em um sujeito narrador e os demais ouvintes. “Cuja tarefa indeclinável é “encher” os educandos de conteúdo de sua narração” (FREIRE, 2005, p.65). Nela, a realidade é tratada como algo estático, na qual muitas vezes não se relaciona às experiências vivenciadas pelos educandos:

Em lugar de comunicar-se, o educador faz “comunicados” e depósitos que os educandos, meras incidências, recebem pacientemente, memorizam e repetem. Eis aí a concepção “bancária” da educação, em que a única margem de ação que se oferece aos educandos é a de receberem os depósitos, guardá-los e arquivá-los (FREIRE, 2005, p.66).

Nessa concepção, o educador é visto como detentor do conhecimento, ou seja, o sujeito do processo e prescreve os conteúdos programáticos sem considerar a opinião dos educandos, que são enxergados como meros objetos, sendo esta vista como prática de dominação. A rigidez dessas posições impostas culmina na negação da educação e do conhecimento como processos de busca. Desse modo, não há o desenvolvimento de uma consciência crítica transformadora da realidade (FREIRE, 2005).

Assim, a concepção bancária reprime a formação da consciência crítica, servindo justamente às conveniências antidemocratas, atendendo aos interesses das classes dominantes. Esta promove a democracia cínica, em prol dos interesses capitalistas, inviabilizando a verdadeira democracia ao maximizar as desigualdades sociais. O conhecimento é tido como instrumento seletivo, reservado as classes dominantes, enquanto ao povo resta a ignorância em massa:

Na visão ‘bancária’ da educação, o ‘saber’ é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber. Doação que se funda numa das manifestações instrumentais da ideologia da opressão – a absolutização da ignorância, que constitui o que chamamos de alienação da ignorância, segundo a qual esta se encontra sempre no outro. O educador, que aliena a ignorância, se mantém em posições fixas, invariáveis. Será sempre o que sabe, enquanto os educandos serão sempre os que não sabem. A rigidez destas posições nega a educação e o conhecimento como processos de busca (FREIRE, 2005, p. 81).

A concepção problematizadora rompe com a relação verticalizada e de poder entre educador e educando da concepção bancária. Realiza-se como prática de liberdade, pautada no

diálogo, na qual ambos são sujeitos do processo, já que o educador enquanto educa, também é educado. Esta busca através da problematização a libertação dos homens, exercendo uma análise crítica dos problemas enfrentados, implicando a ação e reflexão sobre o mundo para transformá-lo (FREIRE, 2005).

Desta forma, o ser humano é visto como inacabado e utiliza as suas potencialidades físicas e intelectuais para se relacionar com a realidade, a sua curiosidade faz-se lançar na busca por respostas que vislumbrem o seu acabamento. Assim, há o acúmulo de conhecimento, no qual se aprende a aprender e a ensinar. O “[...] conhecimento novo supera outro antes que foi novo e se fez velho e se ‘dispõe’ a ser ultrapassado por outro amanhã” (FREIRE, 1996, p. 28).

Essa concepção busca a emersão das consciências e que ocorra a inserção crítica da realidade, desenvolvendo uma compreensão do mundo como uma realidade em transformação, através do diálogo e superando o autoritarismo do educador. Nesta perspectiva, o diálogo “é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado [...]”. Sendo este, um ato de criação que provoca confiança entre os sujeitos (FREIRE, 2005, p.67).

Nesse sentido, o diálogo ocorre de maneira horizontal, no qual não existem detentores de saber e nem ignorantes absolutos, mas há homens que buscam saber mais. Favorecendo assim, a ação libertadora. Dessa forma, quando não há diálogo, não ocorre à comunicação e conseqüentemente não se alcança uma verdadeira educação. É preciso que o educador trabalhe na produção da compreensão do objeto estudado ao invés de recebê-la pronta. Nenhuma relação com diálogo se concretiza sem colaboração, união e organização (FREIRE, 2005, 2011).

Freire (2005) conceitua a teoria da ação dialógica e a teoria da ação antidialógica. A teoria dialógica como transformadora da realidade, sendo revolucionário-libertadora apresenta as seguintes características: colaboração, união, organização e síntese cultural. Já a teoria antidialógica como característica das elites dominadoras, se faz de modo opressor, mantenedora da população na condição de meros expectadores da sua existência, com as seguintes expressões: conquista, dividir para manter a opressão, manipulação e a invasão cultural. A divisão da massa popular é necessária para a classe opressora, pois sem ela ocasiona o risco de despertar na classe oprimida o sentido de união, que é elemento indispensável à ação libertadora (FREIRE, 2005).

Para Freire (2011), ensinar é um processo de construção do conhecimento, assim na aprendizagem deflagra-se uma curiosidade crescente no educando tornando-o criador. Desta forma, “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção”. (FREIRE, 2011, p.24). O educador democrático insere o educando como

sujeito do processo de construção e reconstrução do saber, reforçando a sua capacidade crítica e curiosidade para desvendar a realidade. Deve-se assim, se distanciar dos procedimentos autoritários que impedem ou dificultam este processo.

Além disso, ensinar exige segurança e competência profissional, compreendendo que a educação é uma forma de intervenção no mundo na aspiração de mudanças. É preciso saber escutar, necessitando estabelecer uma comunicação e não apenas fazer comunicados. Deste modo, o educador não pode falar como detentor do saber e da verdade, é necessário entender o outro e respeitar as diferenças quando houver discordância na escuta sem utilizar-se da arrogância (FREIRE, 2011).

De acordo com Freire (2011), ensinar a pensar certo exige a habilidade de produzir conhecimentos ainda não existentes, implicando também o respeito ao senso comum, a autonomia e aos saberes construídos socialmente na prática comunitária. Além disso, deve estimular a criação e a consciência crítica e discussão da realidade concreta, na busca de melhorias. Quanto mais há reflexão da prática, maior será a capacidade de mudança. Educar é substancialmente formar, por isso ensinar exige ética, rejeição de qualquer forma de discriminação e respeito à identidade cultural.

Nessa direção, é essencial que a educação seja descentralizada, realizada sob medida para a cultura local, regional e diversificada nos seus meios e recurso. A realidade social dos sujeitos deve ser sempre o ponto de partida no processo de ensino-aprendizagem. Deste modo, compreender o contexto social, econômico, cultura e ambiental do educando é imprescindível, pois este condiciona o entendimento do próprio mundo, a capacidade de aprender e de responder aos desafios (FREIRE, 2011).

Assim sendo, o conteúdo programático da ação educativa deve partir das aspirações e necessidades do educando. Sendo necessário realizar uma codificação do tema a ser abordado, de acordo com as experiências de vida dos sujeitos, para obter maior interesse na discussão (FREIRE, 2005, 2014). Com isso, não se pode trazer conteúdos que não representem seus anseios ou dúvidas, pois a aprendizagem necessária não ocorrerá:

Por isto é que não podemos, a não ser ingenuamente, esperar resultados positivos de um programa, seja educativo num sentido mais técnico ou de ação política, se desrespeitando a particular visão de mundo que tenha ou esteja tendo o povo, se constitui numa espécie de invasão cultural, ainda que feita com a melhor das intenções. Mas invasão cultural sempre [...]. “Será a partir da situação presente, existencial, concreta, refletindo o conjunto de aspirações do povo, que podemos organizar o conteúdo programático da educação ou da ação política.” (FREIRE, 2005, p.99).

Freire (2005, 2014) aborda o círculo de investigação de temáticas, denominado círculo de cultura, para organização dos conteúdos programáticos. Nesse processo, cabe ao

investigador conhecer a realidade que os indivíduos, através da observação, ouvi-los e desafiá-los na problematização. A partir da realização da escolha do tema a ser decifrado, realiza-se a sua codificação, na qual ocorre a escolha do melhor meio de comunicação para o tema e confecciona-se o material didático. Entretanto, caso não se tenha recursos para realizar essa prévia investigação temática:

Com o mínimo de conhecimento da realidade, podemos educadores escolher alguns temas básicos que funcionariam como “codificações de investigação”. Começariam assim o plano com temas introdutórios ao mesmo tempo em que se iniciariam a investigação temática para o desdobramento do programa, a partir destes temas (FREIRE, 2005, p. 137).

Portanto, para que ocorra o processo de transformação da realidade a partir das ações educativas realizadas, o educador precisa incentivar a luta por direitos contra as injustiças sociais, para que possa ocorrer a mudança nas condições de vida dos educandos. Assim, é necessário “desafiar os grupos populares para que percebam, em termos críticos, a violência e a profunda injustiça que caracterizam a sua situação concreta.” (FREIRE, 2011, p.77). É importante também defender e buscar os direitos dos educadores e de sua dignidade, a fim de que se tenha condições estruturais favoráveis para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade.

Diante do exposto, considerando a perspectiva educacional de Paulo Freire, as ações educativas em saúde realizada pelo NASF-AB, através da Educação Permanente em Saúde (EPS) e da educação em saúde, precisam ser abordadas a partir da concepção problematizadora, para o alcance das melhorias necessárias nas condições de saúde da população.

3.4 Educação Permanente em Saúde

A constituição de 1988 traz como atribuições do SUS a ordenação da formação de recursos humanos para a área de saúde. Como estratégia para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), em 2004, pela Portaria GM/MS nº 198. Em 2007, através da portaria GM/MS nº 1.996, o Ministério da Saúde (MS) definiu novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS, adequando-as às diretrizes regionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. Esta reconhece as especificidades regionais e a superação das desigualdades regionais e promove a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) (BRASIL, 2004, 2007).

O MS e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde são responsáveis por “planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu

âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço” (BRASIL, 2007, p.14). Devendo também “Estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde no seu âmbito de gestão para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na saúde; e articular, junto às Instituições” (BRASIL, 2007, p.15).

De acordo com a PNEPS “os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho”, (BRASIL, 2007, p. 20), acontecendo no cotidiano das pessoas e das organizações. “Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm”. Recomenda que os processos educativos dos trabalhadores se realizem a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que a formação dos mesmos seja baseada nas necessidades de saúde das pessoas e populações. (BRASIL, 2009).

A Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014, que institui as diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde define a EPS como a “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde”. (BRASIL, 2014, p. 41). Nessa perspectiva, a aprendizagem significativa é o “processo de aprendizagem que propicia a construção de conhecimentos a partir dos saberes prévios dos sujeitos articulados aos problemas vivenciados no trabalho” (BRASIL, 2014, p. 41).

Nesse contexto, a teoria libertadora do educador Paulo Freire subsidia reflexões a respeito da formação dos profissionais de saúde da atenção básica, segundo o entendimento de uma EPS que compreenda os processos educativos como intervenções que procuram transformar o conhecimento, a partir da consciência crítica. Esse processo permite a reconstrução da realidade por meio de ações contextualizadas (FERRAZ 2011; FERNANDES et al., 2017; SANES, 2010):

Sendo assim, a aposta é fortalecer a Educação Permanente (EP) como norteadora de novas práticas que orientam a reflexão sobre o trabalho e a construção de processos de aprendizagem colaborativa e significativa, ofertando ações coletivas de desenvolvimento aos trabalhadores, a partir dos principais desafios identificados pelas equipes no cotidiano do trabalho. Afinal, como nos ensina Paulo Freire (1989), o ser humano não pode ser compreendido fora de seu contexto. Ele é o sujeito de sua própria formação e se desenvolve por meio da reflexão sobre seu lugar no mundo, sua realidade e suas vivências (BRASIL, 2014, p.6).

Dessa forma, a EPS busca contribuir para a transformação dos processos de formação, organização da atenção e articulação entre os serviços, gestão e instituições. Deve ser realizada em equipe multiprofissional, identificando as soluções-problema das práticas cotidianas, através de reflexões críticas e articulação de estratégias para que ocorra a corresponsabilidade entre os atores em todas as etapas do processo de ensino-aprendizagem (FREIRE, 2005; STROSCHEIN; ZOCHE, 2012).

Merhy, Feuerwerker e Ceccim (2006) afirmam que EPS se diferencia da chamada educação continuada em saúde, que tem como finalidade a atualização de conhecimentos específicos dos trabalhadores, com foco no conhecimento a ser transmitido, baseando-se em uma visão geral dos problemas, com aplicação de cursos padronizados de forma centralizadora. Deste modo, Moreira, Damiani e Scussel (2017) referem que a educação continuada é realizada conforme a concepção bancária da educação, e a EPS segundo a problematização da educação libertadora.

Diante do exposto, superar um histórico de atendimento focado nos processos de educação continuada, baseados nas demandas individuais de capacitação, é um grande desafio, já que a mesma possui uma capacidade reduzida de mudança dos processos de trabalho e pouca integração com o sistema de saúde nas suas esferas estaduais e municipais (BOMFIM et al., 2017). Nessa lógica, é necessário fortalecer a EPS “como norteadora de novas práticas que orientam a reflexão sobre o trabalho e a construção de processos de aprendizagem colaborativa e significativa”, através da oferta de ações coletivas que promovam o desenvolvimento dos trabalhadores, partindo dos principais desafios identificados pelas equipes no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2014).

Então, considerando as responsabilidades descritas, é importante compreender como a EPS tem sido conduzida nos serviços de saúde, já que todo o seu processo necessita de elaboração, desenho e execução a partir de uma análise estratégica. Além disso, deve-se realizar uma análise da característica institucional dos serviços que está inserida, não podendo ser reduzida a aplicação de métodos e técnicas pedagógicas. Esta deve priorizar processos de longo prazo ao invés de ações isoladas realizadas através de cursos (BRASIL, 2009; MELLO et al., 2018).

Um fator relevante na EPS é o diagnóstico dos problemas e a busca de soluções compartilhadas ligados às mudanças na ação e no contexto real das práticas e determinação das prioridades coletivas. Como também, a busca pela promoção da autonomia, com aceitação da subjetividade dos atores e responsabilização das equipes de trabalho. Para isso, é fundamental

interligar teoria e prática, criando meios para modificá-las, através da ação e reflexão das práticas cotidianas (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

De acordo com Stroschein e Zocche (2012), o processo educativo necessita partir da revisão crítica das atividades atuais, de novos acordos entre os grupos de trabalho e das regras da organização, com protagonismo dos atores envolvidos, para transformação da realidade desejada. Ademais, a aprendizagem não surge espontaneamente e requer uma construção do conhecimento, a partir de dúvidas e questionamentos, necessitando da intervenção educativa deliberada cujo eixo seja a discussão das práticas existentes.

Nesse sentido, para que ocorra uma mudança institucional é necessário o envolvimento de muitos atores, que vai além dos profissionais que atuam diretamente no serviço, devendo englobar também os grupos comunitários e os tomadores de decisão político-técnicos do sistema. Sendo essencial refletir criticamente o processo de trabalho analisando as dificuldades existentes, necessidades em saúde, demandas do serviço, estratégias e atitudes necessárias a serem desenvolvidas (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

Entretanto, frequentemente, a EPS é confundida com a capacitação de trabalhadores, que na maioria limita-se à adoção de determinadas rotinas de trabalho ou desenvolvimento de novas habilidades, com ações de reformulação dos comportamentos e raramente na revisão e mudança das práticas. É necessário assim, compreender que nem toda ação de capacitação é um processo de EPS, pois nem todas representam estratégia de mudança institucional (BOMFIM et al., 2017). E que “Todo processo de educação permanente requer elaboração, desenho e execução a partir de uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere” (BRASIL, 2007, p.40).

Ceccim (2005) definiu os componentes do quadrilátero da formação como elementos analisadores para a EPS, que são: 1) Análise da educação dos profissionais de saúde: modificar a concepção hegemônica tradicional (voltada para cura de doenças centrada no professor através da transmissão de conteúdo) para uma concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes). 2) Análise das práticas de atenção à saúde: construir novas práticas de saúde, com base na integralidade, humanização e participação dos usuários. 3) Análise da gestão setorial: configurar as redes de serviços de modo criativo de acordo com as necessidades em saúde, considerando na avaliação a satisfação dos usuários. 4) Análise da organização social: incentivar presença dos movimentos sociais, visando a do atendimento às necessidades sociais por saúde.

Ceccim e Feuerwerker (2004) evidenciam que é fundamental que a formação dos profissionais perpassa habilidades técnicas, com a obtenção da compreensão ampliada da saúde

pública e promova a autonomia da população. Desta forma, a EPS deve ser estruturada a partir da problematização dos profissionais de saúde de seu processo de trabalho. “Seu objetivo deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 49).

Assim, a EPS não pode ser limitada a aulas ou a um programa educativo de aplicação rápida, cuja lógica é de começo e fim, nem a programas de capacitação desenvolvidas por instituições intermediárias que desconhecem as necessidades reais do serviço. É necessário fortalecer a sustentabilidade e a permanência das estratégias educativas de longo prazo, considerando-a como uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores, incorporando o ensino e o aprendizado ao cotidiano das organizações (LEMOS, 2016).

Ademais, as transformações e conhecimentos compartilhados na EPS impactam diretamente na educação em saúde realizada com os usuários. Já que, através dela, pode-se refletir criticamente na construção de práticas educativas problematizadoras (FIGUEIREDO, 2012).

3.5 Educação em Saúde

A educação em saúde foi inserida no século XX, no ano de 1924, nas políticas públicas do país, através do modelo sanitaria, por meio de campanhas e programas especiais para erradicação de epidemias, estando direcionada para grupos específicos da população. Este modelo era autoritário e tradicionalista, baseado na prática de distribuição de material impresso em folhetos e livros, no qual os problemas de saúde eram expostos como responsabilidade individual. Nesse período, a população era vista como passiva e incapaz de realizar iniciativas próprias para obter uma melhora nas condições de saúde (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2013).

Com a constituição de 1988 e a implantação Sistema Único de Saúde e seus princípios norteadores, a educação em saúde passou a ser utilizada como meio para melhoria das condições de saúde da população, tendo como objetivo a promoção da saúde e prevenção de agravos. O indivíduo passou a ser sujeito do processo, capaz de realizar ações para melhorar a sua qualidade de vida e da comunidade, com intuito de realizar uma inclusão social e promover a autonomia das populações na participação em saúde (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011; WENDHAUSEN; SAUPE, 2003).

De acordo com o MS (2006), a educação em saúde é o “processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não a profissionalização ou carreira na saúde”. Outra definição referida é o “Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades” (BRASIL, 2006, p.1).

O MS define a educação em saúde, considerando a importância da participação da população na construção dos processos educativos:

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

Segundo o MS compete a todos os profissionais que compõem a atenção básica “Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público” (BRASIL, 2017, p.20). Assim, a educação em saúde é uma ferramenta importante para os profissionais a realize considerando a resolução dos problemas de saúde da população, visando à promoção da saúde e a prevenção de agravos.

Contudo, enquanto as políticas públicas focam na educação em saúde como um modo de promoção da saúde, a formação profissional ainda apresenta dificuldades no acompanhamento da evolução dessas práticas, em preparar os futuros trabalhadores em saúde como educadores. Muitas vezes está centrada em aspectos biomédicos e na educação tradicionalista, na qual o processo educativo tem como foco a mudança de comportamento individual, necessitando assim que sejam incorporadas nas suas teorias e práticas estratégias para promoção da saúde (COLOMÉ, 2007).

Silva e Rodrigues (2009) afirmam que a educação em saúde deve ser percebida como instrumento promotor de saúde, sendo o processo de saúde e doença visto como modo de produção social. Ela busca fortalecer a consciência crítica dos indivíduos, para que sejam capazes de realizar o autocuidado de maneira efetiva, na procura pela qualidade de vida. Deste modo, melhora e transforma as relações existentes entre as condições de vida e de saúde. No processo educativo devem ser considerados os aspectos sociais e culturais condicionantes na saúde individual e coletiva, através do pensamento crítico e reflexivo.

Por isso, quando a educação em saúde é aplicada de forma participativa, pode contribuir para compor uma nova visão do processo saúde-doença, tendo como objetivo a

promoção do desenvolvimento do conhecimento, favorecendo a melhoria das condições de saúde dos envolvidos. A partir de que usuários possam fazer suas próprias decisões e utilizem os serviços de saúde e os dispositivos disponíveis na comunidade para melhoria da qualidade de vida (MARTINS et al., 2007).

O processo educativo pode ser realizado através da aplicação de metodologias diversas e produzir diferentes resultados. Como a prática tradicionalista da concepção bancária, que tende a gerar discursos da biomedicina, autodisciplina e mudanças de comportamento, constituindo espaços com o propósito de desafogar a demanda; ou como a prática dialógica problematizadora que busca promover o autoconhecimento, autocuidado, criatividade e o pensamento crítico transformador da realidade dos sujeitos envolvidos (FIGUEIREDO, 2010; FREIRE, 2005; FETTERMAN, 2017).

Nesse contexto, a educação em saúde quando praticada de maneira dialógica com valorização das experiências e das histórias de vida, representa um importante instrumento facilitador para a capacitação da comunidade, contribuindo para a promoção da saúde. Assim, é relevante o conhecimento das práticas educativas por parte destes trabalhadores, considerando a importância de conhecer o olhar do outro, interagir com ele e reconstruir coletivamente saberes (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011).

Entretanto, a educação em saúde que objetiva produzir corresponsabilidades e compartilhamento dos diferentes saberes ainda é incipiente nos serviços de saúde. Observa-se que suas práticas ainda estão sendo realizadas baseadas no modelo tradicionalista do século XX, estando direcionadas a campanhas educativas com responsabilização dos indivíduos pelos problemas de saúde encontrados. Muitos profissionais de saúde ainda enxergam como prática de transmissão de informações, conteúdos e orientações, realizadas principalmente por meio de palestras (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

O movimento da Educação Popular na perspectiva de Paulo Freire vem influenciando o campo de práticas da educação em saúde, incorporando a participação e o saber popular na área. Sendo este um movimento histórico de mudanças que privilegia a participação e o fortalecimento dos movimentos sociais, partindo da aproximação dos sujeitos no espaço comunitário, valorizando o conhecimento prévio da população e não apenas o conhecimento científico (BORNSTEIN et al., 2014). Esta Compreende a saúde como “prática social e global e tendo como balizador ético-político os interesses das classes populares” (FALKENBERG et al., 2014, p.849).

Assim, os princípios da educação popular devem orientar o planejamento e a execução das atividades de educação em saúde. Tornando-se necessário avaliar como as ações educativas estão sendo realizadas pelos profissionais (FALKENBERG et al., 2014).

3.6 Avaliação orientada pela teoria

A avaliação é aplicada em diferentes práticas na saúde e seu conceito permite uma ampla variedade de sentidos. Há um consenso na literatura científica que avaliar consiste na realização de um julgamento e atribuição de valor sobre uma intervenção (BROUSSELLE et al., 2011). A intervenção é um modo de ação complexo produzido em um espaço social, podendo ser qualquer política, programa ou projeto. Ou seja, tem o propósito de intervir na realidade apresentada, desenvolvendo ações para o alcance da transformação para melhorias das condições de saúde da população (POTVIN; GOLBERG, 2006; OLIVEIRA, 2014).

A maioria das práticas avaliativas segue o modelo tradicional, baseado no positivismo, tendo caráter quantitativo, validável e generalizável. Este considera a realidade como um conjunto de fatores objetivos, observáveis e quantificáveis. Por outro lado, novos modelos e enfoques avaliativos têm surgido confrontando o modelo positivista, tendo foco interpretativo, crítico e participativo. Desta forma, a avaliação pode assumir um vasto espectro de desenhos e configurações, podendo ter uma variação teórica e/ou metodológica (BOSI; MERCADO, 2013).

Dentre estes, a avaliação orientada pela teoria objetiva avaliar como acontece uma intervenção e o seu funcionamento, produzindo subsídios necessários, ou seja, um quadro de referência que ajuda os humanos a compreender o mundo. Sendo esta, “qualquer estratégia ou abordagem de avaliação que utiliza alguma teoria na conceituação, concepção, condução, interpretação e aplicação de uma avaliação (CORYN et al., 2009, p. 201).

Diferencia-se da avaliação tradicional ou de caixa preta, que avalia o impacto de uma intervenção a partir dos resultados esperados, sem se preocupar com o processo de transformação entre a intervenção e os resultados. Fornece uma avaliação superficial, que geralmente não explora as razões pelas quais uma intervenção funcionou ou não, como também não é sensível aos contextos político e organizacional (CHEN, 1990).

Neste sentido, uma abordagem orientada pela teoria pode ajudar a resolver essas deficiências da avaliação tradicional. Assim, abre a caixa preta, examinando qual papel a intervenção desempenhou na produção dos resultados observados. Esta pode ser utilizada em combinação com a maioria de técnicas de coleta de dados dos métodos de avaliação. O

equilíbrio entre métodos e a teoria podem ajudar os avaliadores a examinar os pressupostos e dilemas básicos de uma avaliação, facilitando o desenvolvimento de estratégia na resolução dos problemas encontrados (CHEN, 1990; WEISS, 1997).

As abordagens teóricas da avaliação usam uma teoria para avaliar como uma intervenção contribuiu para os resultados observados e normalmente começa com uma sequência de eventos e resultados que se espera que ocorram devido à intervenção. A teoria é um conjunto de pressupostos, princípios e proposições que explicam ou guiam a ação social. Esta deve ser utilizada para os avaliadores produzirem informações precisas sobre a dinâmica que leva ao sucesso ou falha da intervenção (CHEN, 1990; WEISS, 1997).

Têm-se discutido a importância das abordagens baseadas em teorias na literatura de avaliação há muitos anos, mesmo havendo algumas discordâncias na terminologia ou nos conceitos estabelecidos. Estas abordagens consideram o contexto da intervenção no alcance dos seus objetivos, procurando identificar e avaliar quaisquer fatores significativos que possam influenciá-la. Além disso, oferece oportunidades para uma avaliação prévia a fim de que possa realizar correções durante o seu desenvolvimento (BOSI; MERCADO, 2013; CHEN, 1990; WEISS, 1997).

A avaliação orientada pela teoria busca reflexões sobre as relações entre modelos causais, atividades, contexto e resultados das intervenções, como também a compreensão de como os efeitos foram alcançados. As intervenções são construídas através de atores que se mobilizam, nas quais são empregados recursos direcionados ao alcance de objetivos específicos para solução de problemas que afetam a população. É uma das principais dimensões da atividade de saúde pública e a pesquisa avaliativa constitui uma forma de produção de conhecimento ligada à intervenção (AUBRY; POTVIN, 2012; BOSI; MERCADO, 2013; CHEN 1990).

Chen e Rossi (1989) afirmam que a principal tarefa do avaliador é testar se a teoria que orienta a intervenção funciona e como ocorre o seu funcionamento, pois ações semelhantes podem gerar resultados diferentes em contextos diversos. Ao utilizar a base teórica das intervenções e o que ocorre em cada contexto local, é possível apontar as falhas na abordagem do problema e os efeitos não previstos.

Nesse contexto, a incorporação da teoria para a avaliação pode aumentar a sensibilidade dos avaliadores ao planejamento, esclarecimento de metas e necessidades. Esta tem sido cada vez mais utilizada para compreender como as intervenções são concebidas, descritas e medidas. Assim, as abordagens orientadas pela teoria são importantes para os avaliadores enfrentarem uma variedade de desafios, como estabelecer um acordo com a

complexidade de certos tipos de intervenções e superar as limitações dos projetos de avaliação experimental (CHEN, 1990).

A ênfase na teoria como estratégia metodológica, direcionada para avaliação da intervenção, remete a elaboração de modelos teóricos como componente essencial desse processo, que devem ser dotado de propriedades passíveis de serem tratadas pela teoria, que seja suscetível de ser confrontada com os fatos. O modelo teórico deverá servir como referencial para as demais etapas da avaliação (CHEN, 1990; FURTADO, 2001; MEDINA et al., 2005).

Desta forma, os métodos apropriados permitem apreciar a qualidade de um modelo teórico, isto é, sua veracidade e sua generalidade. Assim, a validade interna de um estudo de uma intervenção depende dois fatores: a qualidade e a complexidade da articulação teórica subjacente ao estudo; e a adequação entre o modo da análise escolhido e o modelo teórico. Além disso, a avaliação rigorosa de um modelo teórico pelo estudo em profundidade de um só caso pode apresentar um potencial importante de generalização lógica (CONTRANDIOPOULOS, 1997; CHEN, 1990).

Chen (1990) define a teoria da intervenção como uma especificação do que deve ser realizado para o alcance das metas estabelecidas e os impactos gerados. Esta consiste em duas partes: a primeira foi denominada de teoria normativa e está relacionada a como deve ser a estrutura, processos e resultados. Fornece orientação sobre quais objetivos ou resultados devem ser almejados ou examinados e é caracterizada como uma teoria prescritiva. Desta forma, orienta o planejamento, formulação e implementação de intervenções, porém é insuficiente para compreender como as suas metas foram atingidas e para conhecer as consequências não estabelecidas.

Já a segunda, denominada de teoria causativa, é caracterizada como uma teoria descritiva, está relacionada com as causas subjacentes, entre as relações do desenvolvimento das intervenções, processos de implementação e resultados. Especifica como a intervenção funciona, identificando as condições sob as quais certos processos surgirão e quais serão suas prováveis consequências. Relata sobre e como os impactos são gerados, julgando a qualidade da intervenção, estabelecendo informações sobre os fatores contextuais que interferem no processo (CHEN, 1990).

A teoria causativa possui uma relação causal entre a intervenção e o resultado, sendo especialmente útil para promover melhorias futuras:

Uma teoria causativa especifica os mecanismos causais subjacentes que se ligam a mediação ou estabelecem a relação causal entre a variável de tratamento e a variável de resultado. Mais especificamente, a teoria causativa abrange questões como as seguintes: Que tipos de relacionamentos existem entre o tratamento e os resultados? Que tipos de fatores intervenientes poderiam estar mediando o efeito do tratamento

nas variáveis de resultado? Em que tipos de condições contextuais o relacionamento causal será facilitado ou inibido. A avaliação de cada uma dessas teorias serve funções importantes para a avaliação da intervenção (CHEN, 1990, p.29, tradução nossa).

A teoria que orienta a intervenção contém vários padrões básicos, denominados domínios. Cada domínio tem sua própria teoria, que pode ou não estar combinada com outras teorias. Desta forma, um tipo de avaliação normativa pode ser combinado a outras avaliações normativas. Ou, um tipo de avaliação causativa pode ser integrado a outras avaliações causativas ou normativas. Esta deve ser incorporada nos processos de avaliação, independentemente do tipo de avaliação orientada pela teoria (CHEN, 1990).

Assim, é necessário compreender as várias abordagens para a construção da teoria e ter um conjunto de diretrizes e princípios para direcionar a sua construção:

A tarefa mais importante na aplicação de avaliações orientadas pela teoria é a construção da teoria que orienta as intervenções. No entanto, a construção da teoria é uma atividade carregada de valor. "Valores" são definidos [...] como ideias ou significados do que deveria ser. Eles são atribuídos ou compartilhados por um grupo ou comunidade. Os valores estão envolvidos na construção da teoria da intervenção de várias maneiras. Os valores podem afetar quais objetivos ou resultados devem ser usados para julgar o valor de uma intervenção, que processos causais devem ser investigados e como conceituar e medir as variáveis envolvidas. Dependendo dos valores subjacentes da intervenção, diferentes teorias serão geradas (CHEN, 1990, p. 57, tradução nossa).

Portanto, as teorias que sustentam as intervenções devem ser vistas como proposições sobre como diferentes mecanismos são disparados em determinados contextos a fim de produzir resultados. Embora ainda exista uma ausência de teorias completamente adequadas em algumas áreas, os avaliadores estão percebendo que os estudos possuem maior probabilidade de produzir achados úteis quando são fundamentados em um quadro teórico, e que resultados de avaliações podem contribuir para a teoria, avaliação e desenvolvimento da intervenção (CHEN, 1990; CHEN; ROSSI 1989).

Diante disso, a utilização da teoria de Paulo Freire, através de conceitos contidos nas suas principais obras referidas anteriormente, pode ser uma estratégia para avaliar o processo educativo realizado pelo NASF-AB. Devido à importância na compreensão dos fatores que influenciam as intervenções, com as válidas contribuições educativas dessa teoria que vem sendo utilizada como um componente essencial na construção de uma sociedade global justa e democrática. O pensamento de Freire provou ser indispensável não apenas à formação crítica do professor, mas também à formação de profissionais de outros campos (GADOTTI, 2017).

4 METODOLOGIA

Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma análise dos componentes alimentação, nutrição e atividade física na rede de atenção aos hipertensos e diabéticos em Pernambuco (REDENUT-NASF), que foi realizado pela equipe do Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde (LAM-SAÚDE), do Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz-Pernambuco. Esse projeto foi aprovado no edital 19/2015 da Fundação de Amparo a Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE) - apoio ao programa de excelência em pesquisa- PROEP - Convenio FIOCRUZ-FACEPE.

4.1 Desenho do estudo

Foi realizada uma pesquisa avaliativa orientada pela teoria, de abordagem qualitativa, acerca do processo educativo realizado pelo NASF-AB direcionado à atenção aos portadores de HAS e DM. A avaliação orientada pela teoria produz subsídios para melhorias de intervenções existentes e futuras. Uma teoria se expressa através dos enunciados das relações que existem entre os conceitos, sendo utilizada para produzir informações precisas sobre a dinâmica que leva ao sucesso ou falha de uma intervenção (CHEN, 2012).

A utilização da teoria como estratégia para avaliação de intervenções, conforme abordado anteriormente, remete à elaboração de modelos teóricos como componente necessário desse processo. Estes buscam representar os traços-chave de um objeto complexo, o qual necessita ser dotado de propriedades passíveis de serem tratadas pela teoria, devendo ser construído com uma teoria suscetível de ser confrontada com os fatos (MEDINA et al., 2005).

A abordagem qualitativa direcionada para avaliação de intervenções considera as percepções do sujeito envolvido na criação e na sua implementação. Além disso, este tipo de abordagem permitir identificar “os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes resultantes da ação humana objetiva, apreendidos através do cotidiano, da vivência e da explicação das pessoas que vivem em determinada situação” (MINAYO, 2004, p.24).

Desta forma, foram considerados para a construção do modelo teórico do processo educativo do NASF-AB a teoria educacional das obras de Paulo Freire que pode servir de base para as avaliações educativas em diferentes contextos (FIRME; PEDRA, 2017). Para trazer os ideais de Paulo Freire em uma perspectiva avaliava, houve a utilização de suas principais obras:

Pedagogia da Autonomia; Pedagogia da Esperança; Pedagogia do Oprimido e Educação como Prática da Liberdade.

Utilizou-se o método Delfos simplificado, proposto por Pimenta Júnior (2006) que consiste em submeter o modelo a experts do tema, em um processo estruturado em rodadas de consultas, para obter uma opinião coletiva e qualificada sobre determinadas questões do tema até que um consenso seja alcançado.

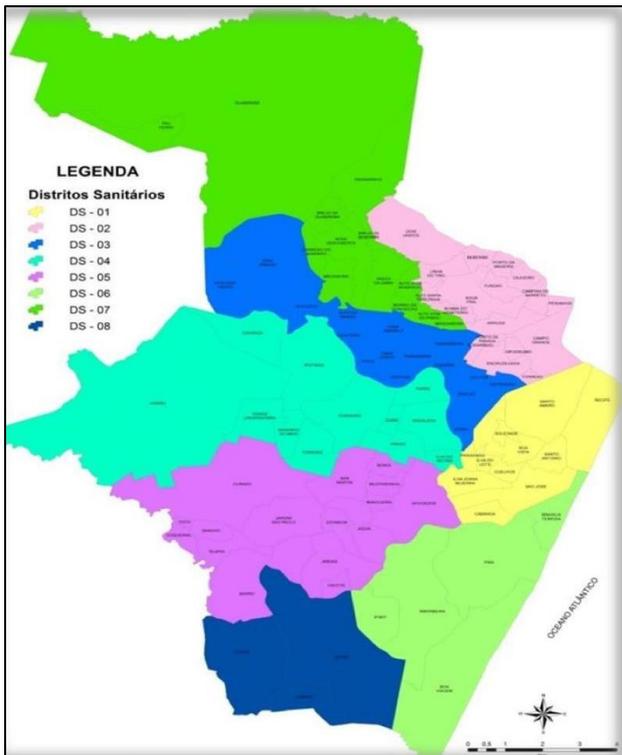
O consenso foi realizado em novembro de 2018, em dois encontros e teve como participantes dois pesquisadores em avaliação em saúde do NASF-AB, com formação em nutrição e educação física, 1 profissional do NASF, com formação em nutrição e um pesquisador com formação em pedagogia. Os participantes analisaram a importância dos componentes presentes no modelo teórico para avaliação do processo educativo realizado pelo NASF-AB orientado pela teoria de Paulo Freire. No primeiro encontro os participantes sugeriram o que poderia ser retirado ou acrescentado no modelo pré-elaborado (Apêndice 1) e no segundo encontro foi realizado um consenso da permanência ou retirada dos componentes.

4.2 Área de Estudo

O Estudo foi realizado na cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco, que se localiza na região Nordeste do Brasil. Possui área territorial de 218,435 km², com 103 bairros e um total de 1.537.704 habitantes (IBGE, 2010; PERNAMBUCO, 2011).

Os bairros do Recife estão agrupados em oito Regiões Político-Administrativas (RPA). Para a organização e administração do setor saúde, está dividido atualmente em oito Distritos Sanitários (Figura 1) (PERNAMBUCO 2011; IBGE, 2010). De acordo com o Ministério da Saúde (2017), Recife possui 264 equipes de Saúde da Família (eSF) implantadas, com uma cobertura de 54,36% da população e 20 equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (eNASF-AB) da modalidade tipo I vinculada a essas eSF.

Figura 2 - Divisão dos Distritos Sanitários do Recife.



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife

4.3 População de Estudo

Participaram do estudo uma equipe de profissionais do NASF-AB, uma equipe de profissionais da ESF e um grupo de usuários portadores de HAS e/ou DM, atendidos pelas equipes participantes.

A eNASF-AB foi selecionada através dos resultados do estudo de Gomes (2018), também pertencente ao projeto REDNUT-NASF, realizado com profissionais de 19 eNASF de Recife, que avaliou o grau de implantação das ações de alimentação e atividade física desenvolvidas na atenção a hipertensão e diabetes. Do qual, foi selecionada a eNASF-AB que obteve maior percentual de implantação no componente suporte em processos educativos (práticas de educação em saúde para a população e de educação permanente para os profissionais da ESF).

A eSF foi selecionada a partir dos dados coletados com os profissionais do NASF-AB selecionado, através do maior número de grupos e ações educativas em saúde realizadas das eSF vinculadas. Os usuários foram selecionados utilizando o critério de inclusão de ser portador de HAS e/ou DM e participar de pelo menos um grupo educativo realizado pela equipe. Assim, optou-se por realizar a coleta no grupo Hiperdia, pois atinge os critérios estabelecidos.

A eNASF-AB que obteve maior pontuação pertence ao DS VII e era composta por uma nutricionista, uma fonoaudióloga, uma terapeuta ocupacional, uma farmacêutica, uma assistente social e uma psicóloga, estando vinculada a nove eSF. A eSF selecionada é composta por uma enfermeira, uma médica, uma técnica de enfermagem, uma dentista e seis ACS.

O estudo contou com 21 participantes (Quadro 1), sendo 11 profissionais (4 do NASF-AB e 7 da ESF), e 10 usuários portadores de HAS e/ou DM. Todos os profissionais eram do sexo feminino e trabalhavam há mais de oito anos na equipe. Dos usuários, sete eram do sexo feminino e três do sexo masculino, com idade entre 51 e 73 anos. Desses, oito eram portadores de HAS e dois portadores de HAS e DM. Ressalta-se que não foi possível contar com a participação de duas profissionais do NASF-AB e duas profissionais da ESF devido indisponibilidade de agendas e licença maternidade.

Quadro 1 - Quantitativo e distribuição por categoria profissional dos profissionais participantes.

Categoria Profissional	Quantidade
Nutricionista	1
Fonoaudiólogo	1
Farmacêutico	1
Assistente social	1
Enfermeiro	1
Técnico de Enfermagem	1
ACS	5
Total	11

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2018 a fevereiro de 2019 através de grupos focais, que é uma técnica de coleta feita a partir de encontros e discussões coletivas entre indivíduos que possuem características comuns de vida, pensamentos ou trabalho. Estes proporcionam a identificação de conhecimentos, opiniões, representações, atitudes, valores (WESTPHAL; BOGUS; FARIA, 1996). Assim, possibilita uma análise em profundidade da percepção do grupo.

O estudo foi realizado através de três grupos focais. O primeiro grupo foi composto pelos profissionais da eNASF-AB, o segundo pelos profissionais da eSF e o terceiro pelos usuários portadores de HAS e/ou DM.

Realizou-se uma sessão em cada grupo, através das seguintes etapas:

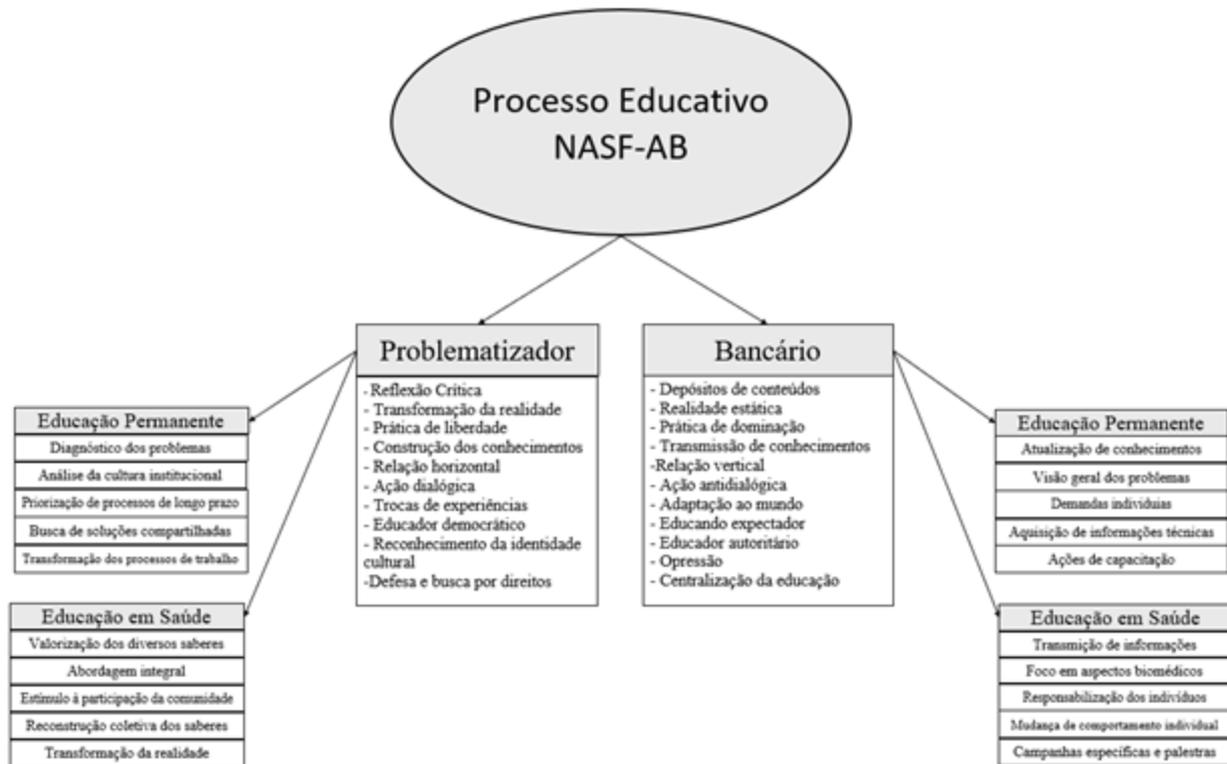
- 1) Elaboração da lista de temas e questões do roteiro para o moderador a partir do modelo teórico e categorias construídas (Apêndice A, B e C);
- 2) Avaliação acerca das discussões, sentimentos e sensações promovidas no encontro, sendo elaborado um quadro geral das ideias preponderantes.
- 3) Traçar estratégias para as próximas reuniões do grupo focal.

4.5 Análise dos Dados

Com a aplicabilidade da Teoria de Paulo Freire, foi possível estabelecer o modelo teórico do NASF-AB (Figura 3) que serviu de base para a elaboração das categorias (Quadro 2) e para a análise dos resultados. Destaca-se que por apresentar um potencial importante de generalização, o modelo teórico elaborado poderá ser utilizado em outros estudos avaliativos de ações educativas. Este modelo considerou as dimensões trabalhadas pelo NASF-AB, através das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) e de educação em saúde.

Os grupos focais foram submetidos à análise de conteúdo, através da análise temática, que segundo Minayo (2007, p. 316) “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”. Desta forma, o conteúdo foi organizado e estruturado na seguinte sequência: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (MINAYO, 2007).

Figura 2- Modelo teórico da avaliação do processo educativo realizado pelo NASF-AB.



Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 2- Categorias e subcategorias utilizadas na análise dos dados

(Continua)

Categoria	Conceito	Subcategoria	Significado
Processo educativo problematizador	Busca através da problematização a libertação dos homens, exercendo uma análise crítica dos problemas enfrentados, implicando a ação e reflexão sobre o mundo para transformá-lo.	Processo educativo problematizador na EPS	Ações educativas direcionadas para transformações das práticas dos profissionais, com a incorporação do ensino e aprendizagem no cotidiano da ESF.
		Processo educativo problematizador na Educação em Saúde	Ações educativas voltadas para transformação da realidade da população, considerando a experiência dos sujeitos, através do compartilhamento de saberes.

Quadro 2- Categorias utilizadas na análise dos dados

			(Conclusão)
Categoria	Conceito	Subcategoria	Significado
Processo educativo bancário	Direcionado a transmissão de informações e aquisição acumulativa de conteúdos, reprimindo a formação da consciência crítica.	Processo educativo bancário na EPS	Ações educativas voltadas para capacitação de profissionais e aquisição de conhecimentos técnicos.
		Processo educativo problematizador na Educação em Saúde	Ações educativas focadas na cura de doenças e na prescrição de ações para mudança de comportamentos individuais.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.6 Aspectos Éticos

O estudo foi realizado de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde/CNS número 196/96, bem como do Termo de Resolução 466/2012, as quais estabelecem diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conforme referido, o estudo faz parte de uma pesquisa maior (REDENUT-NASF), a qual já foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas do IAM/Fiocruz-Pernambuco (CAAE 50942315.1.0000.5190) – Anexo A.

Para todos os participantes da pesquisa proposta, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), esclarecendo-se na oportunidade a justificativa, os objetivos e os procedimentos que foram utilizados na pesquisa. Foi informado que seus relatos seriam gravados em áudio para posterior transcrição e análise, com o sigilo de identidade e, portanto, sem qualquer prejuízo para os envolvidos. (Apêndice D).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos discursos dos profissionais e usuários nos grupos focais, percebeu-se que existe a utilização da concepção bancária e da concepção problematizadora nas ações educativas. Dessa forma, os resultados serão apresentados nas seguintes categorias e subcategorias: processo educativo bancário: processo educativo bancário na EPS; processo educativo bancário na educação em saúde. Processo educativo problematizador: processo educativo problematizador na EPS; processo educativo problematizador na educação em saúde. Sendo essas subdivisões utilizadas para compreender as ações e abordagens educativas utilizadas pela eNASF-AB para a eSF e para os portadores de HAS e DM e para analisar o processo educativo utilizado pelo NASF-AB junto à eSF na atenção a HAS e o DM.

5.1 Processo educativo bancário

As subcategorias a seguir compreendem as ações e abordagens realizadas pelos profissionais de acordo com a concepção bancária da educação.

5.1.1 Processo educativo bancário na Educação Permanente em Saúde

As falas dos grupos focais demonstraram que existe uma confusão ou desconhecimento da definição de EPS, sendo muitas vezes utilizada como sinônimo de educação continuada. Como se observa nas afirmações a seguir, quando os profissionais da eNASF-AB foram indagados de como é realizada a EPS com a eSF:

A gente já tentou fazer algumas vezes, de marcar horário, e não teve muito sucesso. Teve, acho, que dois encontros, aí começou a esvaziar. Aí mudamos a estratégia, vamos fazer o seguinte: durante a reunião com a equipe [...], vamos reservar um horarizinho de meia hora para fazer educação permanente. (Profissional NASF 2)
A gente estruturou para ser um momento anterior da reunião, que tinha a apresentação da temática pelo profissional que tem o domínio daquela temática. (Profissional NASF 3)

Evidencia-se nas falas, que há um dilema na utilização da EPS, influenciando a organização e a operacionalização de processos educativos pelos profissionais da eNASF-AB. Além disso, a EPS está sendo realizada como evento cujo espaço é utilizado para atualização de saberes de cada núcleo profissional.

De acordo com Freire (2005, p. 33) “transformar a experiência educativa em puro treinamento técnico é amesquinhar o que há fundamentalmente humano no exercício educativo: o seu caráter formador.” Ademais, as atualizações periódicas voltadas para técnicas e

procedimentos podem não garantir a compreensão das situações complexas presenciadas (D’VILA et al., 2014).

Segundo Mishima (2015), a educação continuada direciona-se a atividades de ensino, com finalidades de atualização, aquisição de novas informações, com ações pontuais e conteúdos pré-estabelecidos, sendo realizada predominantemente por metodologias tradicionais.

Vários estudos apontam que a educação continuada é realizada conforme a concepção bancária da educação, pois está direcionada a aquisição acumulativa de informações técnicas pelo trabalhador. Ou seja, é dada ênfase ao que está sendo transmitido e explicitado. Sendo verticalizada nos métodos e práticas educativas. Enquanto a EPS é realizada conforme a concepção problematizadora, pois visa à transformação da realidade e direciona-se à resolução de problemas, tendo caráter contínuo, com apropriação ativa do saber, reflexão do cotidiano e do processo de trabalho (COSTA et al., 2018; FALKENBERG et al., 2014; SARRETA, 2009; STROSCHEIN; ZOCHE; 2012; MOREIRA; DAMIANI; SCUSSEL, 2017).

Esses achados corroboram com os estudos realizados por Sanes (2010), Peixoto et al. (2013) e D’Vila et al. (2014). Nos quais a EPS também foi relatada como um ato de ocorrência pontual, possuindo um viés marcado pela atualização profissional, numa perspectiva de fragmentação das ações de saúde, característicos da educação continuada.

A educação continuada não consegue estabelecer a transformação das práticas dos profissionais, não sendo suficiente para solucionar os problemas evidenciados e demandas pessoais dos trabalhadores, pois foca na aprendizagem de cunho individual. Seu processo formativo está voltado para capacitações e acúmulo de conhecimento técnico-científico. Remetendo assim, a concepção bancária, que está baseada no depósito de conteúdos e na verticalização do saber (COSTA et al., 2018; FREIRE 2005; MOREIRA; DAMIANI; SCUSSEL, 2017).

Diante do exposto, a educação deve ser concebida como instrumento de mudança da realidade numa dimensão de ação cultural libertadora, com formação crítica dos sujeitos, capazes de serem reconhecidos em sua essência. Por isso, a ação educativa precisa proporcionar a formação de indivíduos em processo permanente de busca, impulsionando a transformação social. (FREIRE, 2005, 2014). Então, os trabalhadores necessitam assumir parceria no processo de aprendizagem, pois a mudança é alcançada através estratégias que incluam ações conjuntas e avaliação contínua.

Mas para isso, é importante que os gestores estejam cientes da importância da qualificação dos trabalhadores de saúde, intervindo através de ações que promovam o desenvolvimento de habilidades para inserção da EPS como prática de transformação da realidade. Também é preciso que na formação dos profissionais seja abordado no currículo teórico e prático a EPS de acordo com a perspectiva problematizadora (ARNEMANN, 2017; MICAS; BATISTA, 2014; STROSCHEIN; ZOCHE; 2012).

Considerando que a ocorrência de reuniões periódicas pode promover espaços para a EPS, foi questionado nos grupos focais, a periodicidade de reuniões realizadas de forma conjunta, com participação de profissionais de ambas equipes (NASF-AB e SF). Os profissionais da eNASF-AB afirmaram que realizam uma reunião mensal com cada eSF. Porém, relataram alguns empecilhos para a realização da EPS durante as reuniões:

O principal foi tempo mesmo e até de organização da gente pensar nisso, a gente acaba esquecendo por conta do dia a dia. (Profissional NASF 3)

Entretanto, se essas reuniões fossem quinzenais, a EPS poderia ser melhor estruturada e realizada conforme preconizado. Todavia, deve-se considerar a sobrecarga de trabalho da eNASF-AB, como o número de eSF vinculadas. Sendo que, a eNASF-AB possui nove eSF vinculadas, o que pode dificultar a realização de reuniões menos espaçadas.

Os profissionais do NASF-AB também relataram outras dificuldades para a realização da EPS, como a falta de interesse dos profissionais da eSF, a ausência de locais e de equipamentos:

É falta de interesse deles. A falta de interesse mesmo dos profissionais. (Profissional NASF 2)

Falta de equipamentos mesmo, porque a gente às vezes não tem local. (Profissional NASF 4)

A falta de espaço físico nas unidades foi mencionada pelos profissionais do estudo, como barreira enfrentada para a realização da EPS, pois muitas unidades possuem pouco espaço, como a da eSF participante. Assim, é necessário incrementar o investimento em uma estrutura física adequada, que facilite a realização dessas práticas na ESF. Entretanto, quando as unidades não possuem um local adequado para realização de ações de EPS que demandem espaço, é preciso buscar locais no território que viabilize os encontros. Porém, nem sempre o território consegue suprir a necessidade de um espaço específico para o desenvolvimento das ações contínuas.

Ademais, a formação biomédica e fragmentada dos profissionais interfere na compreensão da importância da EPS, por não entender as necessidades e vulnerabilidades

presenciadas nos diversos territórios de atuação do SUS. Dessa maneira, não visualizam a necessidade de transformação da realidade (LEITE, 2014).

Assim, o descompasso entre a formação e o demandado no cotidiano de trabalho gera insegurança e conflitos, promovendo barreiras para que a eNASF-AB consiga realizar a EPS com a eSF de forma significativa. Além da dificuldade de entendimento do papel do NASF pelos profissionais da eSF, conforme os relato:

A gente ainda escuta gente dizer que não sabe o que é o NASF, por mais que a gente diga, porque a agente não falou apenas de qual função, qual papel de cada profissional, mas também, a relação entre os profissionais e qual o papel do NASF na atenção básica [...]. Mas hoje em dia, 8 anos depois [...] essa equipe ainda escuta alguns profissionais dizerem: o que é mesmo que o NASF faz? (Profissional NASF 3)

Freire (2005) afirma que a educação é aquela que seja capaz de provocar transformações, em uma relação de práxis com a realidade. Percebe-se ainda que a formação profissional, focada na perspectiva biomédica, interfere na realidade dos profissionais de saúde, no desenvolvimento da autonomia frente à realidade que enfrentam nos serviços e no empenho para mudar o modelo assistencial. Sendo necessário provocar mudanças nos processos de formação (LEITE, 2014).

Firme e Pedra (2017) relataram em seu estudo a utilização da pedagogia Freiriana na avaliação de programas que atendiam crianças de rua no Brasil. Evidenciando-se que os educadores, além da formação acadêmica, precisavam aprender uma maneira de abordar, entender, respeitar e ajudar a criança como um sujeito participante e ativo. Como também, proporcionar um olhar sensível das severas condições de vida das crianças de rua, com um processo educativo adequado considerando a identidade cultural dessas crianças.

Por isso, torna-se fundamental a discussão da perspectiva dialógica de Paulo Freire como um caminho possível na reorganização das práticas em saúde e formação dos profissionais, tendo como enfoque o ensino e aprendizagem de uma abordagem problematizadora, que considere integralidade dos sujeitos, frente à importância política que esse profissional exerce na equipe de saúde (ARNEMANN, 2017). Já que, educar é um ato político que pode vir ser emancipatório ou doutrinador, a partir da perspectiva e abordagem utilizada durante a ação educativa (FREIRE, 2005). Dessa forma, a EPS também é um ato político, devendo conduzir os profissionais a uma análise crítica do que é vivenciado em sua prática na ESF.

Além dos desafios já mencionados pelos profissionais para realização da EPS, está o fato da rede de serviços de referência do território ser insuficiente para atender à demanda existente, gerando sobrecarga constante para a equipe:

A fragilidade da rede, a gente sofre muito com a quantidade de gente na fila de espera. São casos que demoram anos [...] E o que a gente vai fazer o que com esse caso? Porque o objetivo do NASF não é fazer ambulatório, a gente não tem como fazer ambulatório, aí a gente acaba sofrendo junto. (Profissional NASF 4)

[...]No meu caso, uma criança que está desenvolvendo gagueira, eu não posso deixar essa criança solta [...]. Então, a gente fica como um suporte de 15 em 15 dias [...], até conseguir uma vaga pelo SUS. (Profissional NASF 3)

As falas dos grupos focais demonstraram que a falta de resolutividade na rede de atenção, como a demora dos encaminhamentos para os demais níveis de atenção, faz com que os profissionais precisem realizar ações clínicas por especialidades, os sobrecarregando em funções assistencialistas. O que torna o tempo ainda menor para realização da EPS. Além disso, a integralidade da atenção à saúde dos usuários encontra-se fragilizada. Fator esse primordial para assegurar a longitudinalidade do cuidado. Pois, o acesso entre a atenção básica a outros níveis é dificultoso e demorado.

Vários estudos descrevem a fragilidade na articulação entre as instâncias gestoras do sistema, as gerências dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços, o que gera uma insatisfação dos profissionais e usuários (ALBUQUERQUE; VIANA; D'ÁVILA, 2015; BORGHI, et al., 2013).

A dificuldade de acesso aos serviços de outros níveis de atenção, também ocorre devido ao subfinanciamento do SUS, que deve ser compreendido a partir do contexto do capitalismo. Como a destinação insuficiente de recursos e baixos investimentos na saúde pública para favorecer o setor privado, que visa a saúde como mercadoria (MENDES; CARNUT, 2018). Nesse sentido, Freire (2005) afirma que o sistema capitalista, converte o homem em coisa/objeto, cabendo à educação problematizadora esclarecer e auxiliar na libertação da consciência humana.

Assim, a educação deve elucidar as relações opressivas vivenciadas no cotidiano, desvelando as contradições sociais, para que ocorram inquietações em prol da transformação. Nessa perspectiva, todo aprendizado deve estar associado à tomada de consciência a partir do que é vivenciado pelos sujeitos (FREIRE, 2005, 2011). No momento em que o NASF-AB apoia a eSF para que tome suas decisões de forma reflexiva está promovendo uma consciência crítica e elevando a capacidade desses trabalhadores de intervir na realidade da ESF com vista à transformação.

Dessa forma, a eNASF-AB através da EPS também pode proporcionar a construção de ações promotoras da educação em saúde a serem realizadas para os usuários na perspectiva problematizadora. Pois durante a EPS os profissionais podem refletir criticamente as práticas

educativas realizadas, com vista a transformação da visão bancária que ainda se perpetua em suas ações (FIGUEIREDO, 2012).

5.1.2 Processo educativo bancário na Educação em Saúde

Considerando a importância da educação em saúde para a promoção da saúde e prevenção de doenças, como a HAS e o DM, questionou-se nos grupos focais sobre a realização de ações educativas para os usuários. Os profissionais afirmaram que realizam predominantemente em grupos de educação em saúde. Dos quais, existem grupos conduzidos pela eSF e/ou pela eNASF-AB, mas também fazem ações de acordo com o calendário do MS:

Tem grupo de mulheres, de homens, de gestante, de puerpério, de hiperdia, de desenvolvimento. Tem um grupo de emagrecimento saudável e o mais saúde. (Profissional NASF 3)

Tem ações maiores, que vem um calendário diretamente do ministério da saúde. Porque vem outubro rosa [...]. Tem as ações menores que a gente constrói junto com as equipes de saúde de acordo com a demanda do grupo. (Profissional NASF 4)

Os profissionais relataram que dentre esses grupos, o de desenvolvimento e o mais saúde são conduzidos pela eNASF-AB. E os demais são realizados pela eSF, com o apoio da eNASF-AB, exceto o grupo que é realizado com os portadores de HAS e DM (hiperdia).

As práticas educativas em grupo podem ser realizadas com metodologias diversas e produzir diferentes resultados. Como a prática tradicionalista da concepção bancária que tende a gerar discursos da biomedicina, autodisciplina e mudanças de comportamento, constituindo espaços com o propósito de desafogar a demanda. Ou, como a prática dialógica da concepção problematizadora que busca promover o autoconhecimento, autocuidado, criatividade e o pensamento crítico transformador da realidade dos sujeitos envolvidos (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010; FREIRE, 2005, 2011; SILVA et al., 2014).

Durante o grupo focal realizado com os profissionais da eSF, foi relatado que dos grupos de educação em saúde citados, o de hiperdia não estava estruturado como os demais:

Infelizmente a gente não tá fazendo grupo de hiperdia como é pra ser feito. [...] A gente sabe como é pra ser estruturado. Ainda se faz uma fala, se reuni em um local apropriado, se faz um círculo, o formato. Porém, a gente faz atendimento coletivo (Profissional SF 1).

Uma vez ou outra a gente ainda tenta no momento de espera, dar uma fala de alguma coisa, mas ainda tá muito prematuro. Antes a gente já fez grupo de verdade, mas agora tá um atendimento coletivo (Profissional SF 2).

Os profissionais também afirmaram que o hiperdia é realizado semanalmente em uma microárea da eSF. E que a eSF possui 6 microáreas cobertas por ACS e uma descoberta. Os

usuários relataram que participam do hiperdia uma vez, a cada três ou quatro meses e que essa participação ocorre da seguinte maneira:

Pegar uma recita, pedir um exame, marcar. (Usuário 4)
Mede a pressão, mede o braço, tira a glicose. (Usuário 10)

Conforme os relatos, percebe-se que o grupo de hiperdia está direcionado para transcrição de receitas e avaliação antropométricas, ou seja, não está sendo realizado um grupo educativo, mas um atendimento de cunho medicamentoso. Desse modo, está ocorrendo de acordo com os pressupostos da concepção bancária. Desenvolvido de maneira verticalizada, onde os profissionais transmitem as informações para os usuários.

Nesse sentido, quando o foco das ações são consultas prescritivas, contribui-se na reprodução da concepção hegemônica e na fragmentação dos saberes. Pois se estabelece uma relação verticalizada. Na qual, o profissional de saúde detém o conhecimento e prescreve comportamentos e o paciente recebe as informações (DIAS; RODRIGUES, 2009).

Portanto, é importante a realização de atividades educativas no grupo de hiperdia, considerando a importância da participação dos usuários na construção de práticas a serem desenvolvidas na melhoria da saúde. Porém, quando os usuários foram indagados se no hiperdia existia alguma atividade educativa, afirmaram que na maioria das vezes não:

Era bom se tivesse, mas não tem. (Usuário 8)
Teve uma vez que teve umas aulas aqui de uma nutricionista, de um curso de reutilizar casca de banana [...], outras cascas, mas não teve mais nada. (Usuário 2)

Destaca-se, conforme relatos dos grupos focais, que o usuário não está protagonizando as ações sobre a sua saúde, sendo considerado um ser estático, que recebe e aplica instruções.

De acordo com Flesch (2014) é necessário que os profissionais compreendam que os usuários são dotados de capacidades cognitivas plenas e a sua realidade e seus anseios precisam ser considerados na construção do plano de cuidados, para o alcance de melhores resultados no controle dos fatores de risco das patologias. Já que, as dimensões da liberdade individual frente ao tratamento proposto sofrem consequências da aceitação ou recusa dos indivíduos.

Segundo Mendes (2012), o sucesso do tratamento da HA e DM e de suas complicações está condicionado à redução dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, sendo as atividades educativas importantes para ajudar na prevenção e controle desses fatores. Logo, os profissionais precisam considerar a importância de realizá-las, de acordo com o contexto social dos usuários, pois além de ajudar a manter o equilíbrio dos níveis pressóricos e de glicemia, melhora a qualidade de vida e o autocuidado.

Mendonça (2015) afirma que o grupo de hiperdia além de promover oportunidades, compartilhamento de experiências relacionadas a HAS e o DM, pode abordar assuntos que abrangem integralmente o ser humano, para o alcance da autonomia e autocuidado.

Nesse sentido, a educação em saúde é uma atividade efetiva na promoção da saúde quando as suas ações promovem a troca de conhecimentos e experiências entre equipe e a comunidade. Porém, quando essa troca é ausente e está focada em transmitir informações e ditar comportamentos, ou seja, seu processo educativo está baseado na concepção bancária, gera equívocos de interpretação da realidade dos indivíduos, tornando a ação educativa abstrata (FLISCH, 2014).

Freire (2005) afirma que a educação é uma forma de intervenção no mundo, que pode tanto servir os interesses capitalistas hegemônico, quanto para a construção de uma visão crítica. Desse modo, no cotidiano, os profissionais podem reproduzir a verticalização de saber com práticas prescritivas. Ou, assumir uma posição crítica contra o modelo bancário da educação, voltando-se suas práticas para a transformação da realidade e à problematização do saber (FREIRE, 2005).

Entretanto, quando perguntado aos usuários se participam ou participaram de ações educativas ou de grupos promovidos pela eSF, além do hiperdia, a minoria (quatro usuários) afirmou participar:

Vou para o grupo da quadra, que é a academia. (Usuário 1)
 Eu participo do grupo de desenvolvimento lá na associação. (Usuário 7)
 Nas quartas, eu participo do que vai a nutricionista, que é importante pra mim. (Usuário 3)

Porém, os usuários que não participam de grupos educativos demonstraram interesse, mas a distância entre a residência e onde acontecem os grupos, dificulta a participação:

Eu queria participar, mas é muito longe da minha casa. Eles deviam vir mais pra cá, organizar pra o lado de cá. Eu mesmo tô com uma dor na perna, de subir e descer ladeira. (Usuário 2)
 Tem que ter uma pessoa nutricionista e a outra que ensine a gente fazer exercício, porque as vezes a gente tá sem ter o que fazer [...]. (Usuário 4)

Conforme relatado, o grupo de hiperdia é realizado na microárea de residência dos usuários, geralmente em igrejas. Entretanto, os demais grupos acontecem em espaços próximo a Unidade Saúde da Família (USF). E os usuários afirmaram ter dificuldade de locomoção, devido à distância e a presença de ladeiras no bairro. Havendo assim, a necessidade da realização de ações e grupos educativos em locais dentro das microáreas onde são realizados o hiperdia, para que a participação seja mais efetiva.

Além dos grupos de educação em saúde, os profissionais referiram outras estratégias educativas utilizadas para a promoção da saúde, prevenção e controle da HAS e do DM:

Na visita de cada ACS, no seu cotidiano, porque para cada família tem assuntos específicos. Aí a gente trabalha a prevenção da hipertensão e diabetes. (Profissional SF 6)

A técnica de enfermagem também quando pega um pra fazer uma fala, pelo amor de Deus, é um puxão de orelha maravilhoso. (Profissional SF 4)

Diante das falas dos profissionais, referidas acima, indagou-se no grupo focal realizado com os usuários, se os profissionais da eSF e da eNASF-AB abordam a alimentação saudável e/ou prática de atividade física durante a consulta e/ou na visita domiciliar, visto que são imprescindíveis para o controle e redução da incidência da HAS e DM:

Fala que não pode comer gordura e nem sal, que é pra fazer caminhada. (Usuário 6)

Meu médico mesmo diz, não coma pão, mas se eu não comer pão é mesmo de não ter tomado café. (Usuário 8)

Pra gente ficar bem na saúde tem que ir nas normas dos médicos. (Usuário 2)

Percebe-se através dos relatos, a figura do educador autoritário, característico da educação bancária, cujo usuário não explana suas experiências, com prescrição de condutas consideradas como adequadas para a melhoria da saúde.

Freire (2005) afirma que a concepção bancária considera que o professor é detentor de conhecimentos legítimos e que o aluno é um mero receptáculo. Existindo uma desigualdade importante quanto ao poder e a autonomia. Portanto, os profissionais precisam construir junto com os usuários as ações para as melhorias necessária à saúde. Já que, o profissional enquanto educador não pode ser sujeito da autonomia do educando, pois esta é um resultado de um esforço individual que gera o próprio amadurecimento e se constrói nas suas relações e somente nestas interações ela se consolida.

Cabe destacar que a utilização da educação em saúde direcionada para promoção da saúde e prevenção de agravos não pode ser impositiva, mas consultiva das preferências e condições financeiras dos usuários para adequá-las de acordo com sua realidade (BORGES 2014). A pedagogia Freiriana ajuda as pessoas a pensar criticamente sobre o mundo ao seu redor, confrontando pressupostos prescritivos e verdades absoluta, ou seja, é emancipatória e se aplicada corretamente ajuda na libertação das restrições impositivas (FETTERMAN, 2017).

Dessa forma, os processos educativos coletivos devem ser definidos como prioritários, pois promovem maior troca de experiências para que os profissionais conheçam melhor a realidade dos usuários e gerem menos atitudes impositivas. Necessitando também, da compreensão sobre a importância de estabelecer uma relação dialógica, que possibilite questionar e aprender mutuamente, para superar a simples função de difundir conceitos e comportamentos considerados corretos (BRIGHENTE; MESQUIDA, 2016; FREIRE, 2005; 2011).

Diante disso, indagou-se nos grupos focais, sobre a existência de dificuldades para a realização de ações educativas coletivas. Os profissionais elencaram algumas, como a falta de estrutura física e de materiais:

Estrutura física é o mais gritante pra gente fazer grupo. Aqui na unidade não tem espaço [...], a gente faz do lado de fora. Que quando chove molha, quando faz sol ninguém aguenta. A gente faz grupo de teimoso. (Profissional SF 2)
A gente não tem mobiliário, a gente não tem cadeira. É difícil, é complicado, porque não tem conforto. (Profissional SF 6)

A estrutura física das unidades deve facilitar a realização de ações educativas em saúde. O padrão adotado para a sala de reuniões, destinada as atividades educativas em grupo é de uma área de 14,04 m², contendo os seguintes equipamentos e mobiliários: quadro negro ou branco, mural, cadeiras com o número compatível com a quantidade de participantes de atividades educativas, mesa, televisão, tela de projeção e outros equipamentos de mídia (BRASIL, 2008b). Entretanto, mesmo não tendo essa estrutura e na falta de espaço para realizá-las na USF, estas podem ocorrer em locais da comunidade.

A estrutura física inadequada e a falta de materiais, também foi constatada nos estudos de Bezerra (2017), Pimentel, Albuquerque e Sousa (2015) em Pernambuco e por Moura (2014) na Bahia. Já o estudo de Mattos, Silva e Kölln (2016) realizado no Mato Grosso, relatou que a estrutura física das unidades favoreceu a realização de ações de promoção da saúde, pois tinham salas com estrutura e espaço adequados.

Durante as discussões nos grupos focais, os profissionais também relataram dificuldades para promover a participação contínua dos usuários nos grupos educativos:

É um aspecto cultural, eles ainda não entendem a importância de ter um momento de educação, de aprendizagem. As vezes tem grupo que é defasado. (Profissional SF 3)
Se vem pra unidade e não sai com o remédio, você não fez nada! [...]. Isso é um aspecto cultural, que vem de nós mesmo, da mídia, da comunidade, do mundo. Então, é muito difícil trabalhar com isso. (Profissional SF 2)

Percebe-se a influência do modelo curativista, hospitalocêntrico e assistencialista, focado na doença sobre o modelo integral, que prioriza a promoção da saúde e a prevenção de agravos. Isso pode ser resultado da intensa medicalização que todos foram submetidos durante décadas. Sendo assim, as experiências do usuário ainda são baseada em prescrições desse modelo assistencial (TESSER, 2006).

Destaca-se que a percepção dos profissionais corrobora com as afirmações dos usuários, quando foram indagados sobre os problemas existentes na USF:

Eu mesmo fui para o posto, que tô com uma dor na perna. Não tinha um médico pra me consultar. A gente precisa de médico! Esse posto aqui só tem o nome: posto, mas as pessoas não resolvem nada! (Usuário 4)

Precisa melhorar, o prefeito dá atenção aos médicos para tomar de conta dessa comunidade. Essa comunidade é muito grande. E os médicos não podem atender tanta gente. (Usuário 2)

Ressalta-se que esses discursos pertencem aos usuários que relataram não participar de grupos educativos. Constatando assim, a importância de promover a participação dos mesmos nas ações educativas direcionadas à promoção da saúde.

É evidente que as falas remetem ao modelo tradicional e biomédico de saúde. No qual, o indivíduo está focado em obter a cura das doenças, colocando o médico como único capaz de resolver seus problemas. Já que, a compreensão de saúde está relacionada a cura de enfermidades com a prescrição de exames e medicamentos (MATTOS; SILVA; KÖLLN, 2016).

Portanto, é um grande desafio para os profissionais desenvolver a educação em saúde direcionada para a promoção da saúde. Já que, a população inicialmente pode apresentar certa resistência, pois a sua maneira de enxergar a saúde foi construída a partir de aspectos curativistas e de forma verticalizada. Dessa forma, realizar a educação transformadora demanda uma maior dedicação, devido a necessidade de quebrar essa visão, que vem sendo incentivada ao longo do tempo pelo sistema capitalista (MARTINS et al., 2016).

Freire (2005) afirma que os educandos são considerados oprimidos quando fazem parte de um processo de dominação e cujos métodos utilizados são impostos para manutenção da opressão. Nesse sentido, é necessário que o processo de formação faça com que os futuros profissionais da saúde possam refletir sobre suas práticas para ajudar na mudança do paradigma hegemônico. Visto que a valorização do biológico e do compartimento dos indivíduos, ainda predominam sobre a integralidade e da atuação multiprofissional (MARTINS et al., 2016).

Diante do exposto, torna-se relevante que os profissionais busquem parcerias na comunidade junto à associação dos moradores e movimentos sociais, para que consigam transformar essa visão curativa no intuito de conhecer necessidades apresentadas e a melhor forma para solucionar os problemas de saúde. Em relação a existência dessas parcerias, quando indagados, os profissionais afirmaram que:

A gente procura é se distanciar da associação [...] tem uma associação aqui, que não trabalha junto com a unidade de saúde. Ela parece que compete com a gente. Porque quando a gente conseguiu uma academia da cidade [...] a associação contratou dois professores por fora pra fazer também a academia dentro da associação. Então assim, Infelizmente também porque tem questões políticas, porque eles se aproveitam das ações que são realizada pra fins políticos. É uma questão política-partidária, que não envolve o nosso trabalho. (Profissional SF 4)

Os usuários também relataram pouca participação na associação de moradores. Dos quais, a minoria (três usuários) referiu participar ou ter participado. Percebe-se também que houve um distanciamento desses usuários quanto a atuação na associação:

Eu participo, sou sócia. Mas esse ano eu não tô sabendo dos movimentos, por enquanto eu não sei de nada. Eu não sei mais os dias de reunião. Antigamente todo movimento que tinha eu sabia, porque todo mês tinha uma reunião pra comunidade. (Usuário 3)

Eu até já fui secretária, mas faz tempo que não vou mais. (Usuário 10)

A associação de moradores é a união dos esforços da população para promover estratégias a fim de solucionar problemas e melhorar as condições de vida na comunidade. Essa deve promover a participação e a democracia na luta por direitos com fortalecimento de vínculos e solidariedade social (COSTA; VIEIRA, 2013).

Carlos et al. (2006) afirma que as associações de moradores estão recebendo instrumentos de interferência política direta, deixando de ser apenas um movimento de luta local e acrescentando uma relação de proximidade com a instituição pública com direitos e deveres. Essa situação tem duplo sentido, pois pode convergir ou divergir dos anseios do poder público. Com isso, é preciso que a população compreenda função da associação, para que possa ocorrer uma participação efetiva com o propósito de se estabelecer a função democrática e de busca por melhorias para a comunidade.

Desse modo, o profissional de saúde enquanto educador precisa incentivar a luta por direitos, para que a população possa buscar o alcance das melhorias das condições de saúde. Assim, é importante “desafiar os grupos populares para que percebam, em termos críticos, a violência e a profunda injustiça que caracterizam a sua situação concreta” (FREIRE, 2011, p.77). Já que as condições de vida e trabalho irão interferir diretamente na saúde dos mesmos.

Portanto, é relevante a utilização da concepção problematizadora freireana na formação dos profissionais e nos processos de Educação Permanente em Saúde (EPS). Pois, quando a ação educativa é realizada de maneira antidilógica, na qual não se busca compreender o contexto de vida dos usuários, ocorrerá desvinculada da realidade e muitas vezes não irá refletir nas práticas necessárias para o alcance de melhorias na saúde dos mesmos (LEONELLO; OLIVEIRA, 2009).

5.2 Processo educativo problematizador

As subcategorias a seguir compreendem as ações e abordagens realizadas pelos profissionais de acordo com a concepção problematizadora da educação.

5.2.1 Processo educativo problematizador na Educação Permanente em Saúde

Como referido anteriormente, na categoria que aborda o processo educativo bancário da EPS, os profissionais afirmaram realizar uma reunião por mês com cada eSF. Essas reuniões possuem duração de 3 à 4 horas e acontecem, na maioria das vezes, com a presença de todos os profissionais da eNASF-AB:

A priori estamos todas na reunião [...]. A gente não faz uma reunião com apenas um profissional NASF presente, a ideia é estejamos sempre todos. (Profissional NASF 2)

Essas reuniões podem constituir espaços de EPS de forma problematizadora, a partir do que está sendo construído e abordado:

A gente discute o planejamento das atividades da própria unidade, a dinâmica das atividades proporcionadas pela equipe. A gente fala sobre grupos, [...] sobre as relações de trabalho [...] (Profissional NASF 3)

A gente tem a identificação dos casos a serem repassados para o NASF e o retorno dos casos que o NASF já atendeu [...]. Então, cada profissional que dá uma orientação para aquele caso acaba matriciando, instrumentalizando e fortalecendo essa equipe para ter esse olhar. (Profissional NASF 2)

De acordo com os relatos dos grupos focais, embora a EPS necessite de planejamento para ser melhor estruturada, os profissionais da eNASF-AB em muitos momentos durante as reuniões com a eSF à realizava. Porém, não tinham essa percepção, pois compreendiam a EPS como ações da educação continuada.

A EPS direciona-se à transformação do trabalho, considera a cultura institucional, partindo dos problemas identificados por meio do olhar multiprofissional e interdisciplinar (SARRETA, 2009). Dessa forma, é uma estratégia para a promoção de mudanças nos processos de trabalho, a partir do posicionamento participativo dos profissionais. Proporciona uma gestão compartilhada, através de formas diferenciadas de educar e aprender. Estimulando assim, o desenvolvimento da capacidade crítica dos sujeitos para criar soluções viáveis à prática (FERRAZ 2011; STROSCHEIN; ZOCHE; 2012).

Nesse modo, a EPS carece de processos educativos estimuladores, que desencadeie a participação de todos os envolvidos na transformação da realidade almejada:

A gente aprende muito nas discussões, mas também a gente já teve os momentos de parar pra escutar aquela coisa. Como eu disse, a gente fala muito em nutrição. Acho que a nutricionista é a que mais fala. Então assim, a postura da gente, de dar mais importância à questão da alimentação, melhorou nesse sentido. Porque a gente tem um apoio, de escuta, de conversa [...]. Como também na visita, em relação a falar de alimentação, a gente se sente mais seguro. (Profissional SF 2)

Destaca-se, através das falas dos profissionais da eSF, a EPS transformadora das práticas dos profissionais, a partir da abordagem permanente da alimentação saudável realizada

pela eNASF-AB, o que influenciou o desenvolvimento do tema, tanto nos grupos educativos, nas visitas domiciliares e nos atendimentos individuais.

O estudo de Gomes (2018), realizado com as eNASF de Recife, avaliou o grau de implantação das ações de alimentação e atividade física desenvolvidas na atenção a hipertensão e diabetes. No componente suporte em processos educativos (práticas de educação em saúde para a população e de educação permanente para os profissionais da ESF) considerou a implantação incipiente, com o percentual de 45,6%. Demonstrando assim, a necessidade da realização de ações educativas com os temas.

Diante disso, a abordagem da alimentação pelos profissionais na EPS é fundamental. Pois, a adoção da alimentação saudável é importante para a promoção da saúde e redução significativa das DCNT, como a HAS e DM. Ademais, a prática de atividade física e dieta balanceada são ações primordiais no controle dessas patologias, proporcionando o bem-estar físico e mental nos indivíduos e o envelhecimento com qualidade. (JANKOVIC et al., 2014; SZWARCOWALD et al., 2015). Considerando a complexidade dessas patologias, a EPS precisa ser realizada a partir dos problemas enfrentados e o conhecimento prévio dos sujeitos. Sendo que, o método utilizado é um diferencial para a construção de um processo educativo democrático (MOREIRA; DAMIANI; SCUSSEL, 2017).

Na concepção problematizadora da EPS, a relação entre o educador e o educando é pautada no diálogo, na qual o educando é sujeito do processo na construção do saber. (FREIRE, 2005). Dessa forma, não se pode subestimar os saberes e experiências construídos pelos profissionais, para que se consiga conquistar melhorias na prática.

Assim, o conhecimento precisa ser desenvolvido a partir das experiências e necessidades. Conforme relatado pelos profissionais da eNASF-AB, quando perguntado como acontece a escolha da pauta a ser discutida nas reuniões:

Eles trazem as demandas e a gente apresenta a proposta a partir das necessidades também apresentadas. (Profissional NASF 4)

Então, a gente pensou assim, vamos primeiro apresentar, fazer uma dinâmica, pra cada mês saber o que eles querem, ouvir deles o que vão sugerir. (Profissional NASF 2)

Stroschein e Zocche (2012) afirmam que o processo educativo deve ser pautado no diálogo, distanciando-se do depósito de conteúdos da educação bancária. Compreendendo que a EPS tem como proposta a educação problematizadora, cujo objetivo é a transformação da prática. E não pode ser construída de forma isolada e hierarquizadas. Suas ações precisam fazer parte de uma grande estratégia e estarem articuladas entre si.

Essa visão corrobora com os relatos dos profissionais do presente estudo:

A gente trabalha sobre as dificuldades dos encaminhamentos, da rede como um todo. Tudo isso vem à partir da própria demanda do caso [...]. As vezes a gente trabalha só um caso, porque eles trazem tantas outras relações com outros serviços. Até porque, a saúde não consegue fazer saúde sozinha. (Profissional NASF 1)

[...] Aí surgiu uma demanda, alguém falou que queria saber sobre a questão social, mas não foi algo que a gente planejou. Mas quis ouvir deles, o que eles iam sugerir, acho que isso é o ideal. Saber o que eles querem, sabe? (Profissional NASF 2)

Além de considerar as necessidades e realidade da equipe, para que EPS seja realizada de fato através da problematização e da relação dialógica, é necessário a escolha de estratégias pedagógicas promotoras da participação dos sujeitos (SARRETA, 2009).

Diante disso, perguntou-se qual abordagem utilizada nas reuniões da eNASF junto com a eSF. Os profissionais afirmaram que eram realizadas em rodas de conversa:

Ela é dialogada mesmo, em roda de conversa. Aí tinha slide, quadro e outros elementos. (Profissional NASF 3)

Sampaio et al. (2014) relata que as rodas de conversa são momentos em que os trabalhadores ponderam e problematizam determinada situação no trabalho de forma coletiva e estabelecem estratégias para a transformação da prática de saúde. E a partir dos problemas e necessidades identificadas, apontam coletivamente os temas e conteúdo a serem trabalhados.

Os conceitos de Freire (2005, 2014) a seguir: ruptura do educador detentor do saber; horizontalidade na produção de conhecimento; ação-reflexão; participação ativa dos sujeitos nos processos de mudanças sociais. E o pressuposto de que o conhecimento só é alcançado, quando se considera a experiência prévia dos sujeitos, destacam-se na perspectiva problematizadora.

Nessa perspectiva, só com uma consciência crítica, os sujeitos são capazes de enxergar a realidade, visualizando as mudanças necessárias. Ou seja, é preciso que perceba a essência a partir do que é vivenciado (FREIRE, 2005, 2011). Desse modo, essa consciência crítica desejada para EPS pode ser ativada através da teoria presente nas obras de Paulo Freire:

Para muitos educadores a EPS configura um desdobramento da Educação Popular ou da Educação de Jovens e Adultos, articulada aos princípios desencadeados por Paulo Freire desde Educação e Conscientização e Educação como Prática de Liberdade Educação e Mudança incidindo pela Pedagogia do Oprimido, Pedagogia da Esperança, Pedagogia da Cidade, Pedagogia da Autonomia e Pedagogia da Indignação (ARNEMAN, 2017, p.51).

Desse modo, para obter melhorias através da EPS, deve-se inicialmente ter uma compreensão da prática vivenciada pelos profissionais e as dúvidas em relação a essa prática. Após, é que os elementos teóricos devem ser introduzidos, para a melhor compreensão dos fenômenos. E, por último, identificam-se os elementos que serão mantidos e os que precisam ser aprimorados ou superados, através de diálogos e aplicação de novos conhecimentos (FREIRE 2011; LIMA; RIBEIRO, 2016; SARRETA 2009).

Nesse sentido, a prática de ensino-aprendizagem refere-se à produção de conhecimento a partir do cotidiano dos profissionais, por meio da reflexão e compreensão da ação e conscientização dos sujeitos, a partir de uma ação transformadora. A práxis, segundo Freire (2014) consiste na ação-reflexão-ação dos sujeitos, para a transformação da realidade dentro de sua dimensão histórica no contexto social. Assim, fazem sua presença no mundo uma forma de agir sobre ele para solucionar os problemas visualizados como necessários.

Na EPS, podemos observar essa práxis como uma “ação estratégica que prevê que a transformação das práticas esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais” (BRASIL, 2004, p.10). Por isso, a EPS precisa ser compreendida como espaços de problematização, reflexão e diálogo entre os profissionais, para promover estratégias de mudanças nos serviços de saúde.

Mas para isso, é essencial que os profissionais da eSF compreendam o papel do NASF-AB como promotor e/ou apoiador de práticas pedagógicas. Conforme o relato a seguir:

A gente, logo inicialmente, quando surgiu o NASF, não entendia pra que servia, [...] tinha muito conflito [...], como se eles tivessem interferindo nos grupos que a gente queria fazer. Mas com o tempo, [...], a gente foi se aproximando mais e se apropriando mais do trabalho delas. Tá tão assim ligado ao trabalho da gente, que a gente tem o NASF como parte mesmo da equipe [...]. E nesse sentido assim, a gente tem mais entendimento do que é realmente o trabalho em equipe, elas ajudaram muito nisso. (Profissional SF 2)

Nota-se que o empenho realizado pela eNASF-AB, a fim de que a eSF compreendesse o seu real papel, foi fundamental para transformação da visão dos profissionais e em paralelo houve a percepção da importância do trabalho em equipe e do desenvolvimento de ações conjuntas. Sendo esse, um exemplo de como a EPS pode melhorar o processo de trabalho na ESF. Além disso, obteve-se a união de saberes de profissões diversas e a construção de novas relações de trabalho.

Sanes (2010, p.33) afirma que “a educação permanente em saúde pode ser uma pedagogia de transformação dentro do espaço relacional dos profissionais de saúde, que problematize a realidade, dinamize as relações de trabalho e, substancialmente, (re)crie o fazer em saúde”. Entretanto, para que os trabalhadores direcionem-se para a transformação das práticas, é preciso que se sintam incomodados, inquietados com a situação presenciada, para que o que o incomoda seja discutido, dialogado e pensado em todas as suas dimensões (CECCIM, 2005).

Quando a EPS se estabelece como uma estratégia de experimentação pedagógica, marcada pela dialogicidade, e pela construção do conhecimento através do compartilhamento de saberes, promove uma educação libertária, permitindo encontros capazes de transformar as

práticas dos profissionais. Desse modo, quando os processos formativos dos sujeitos passam a se constituir em movimentos da práxis e não como eventos isolados da teoria ou da prática, “o encontro das potências e possibilidades do SUS e da educação emancipatória Freireana tem nome: educação permanente em saúde” (SANES, 2010, p.97).

Diante disso, uma estratégia significativa que vem sendo utilizada para disseminação da EPS entre os profissionais é a Residência multiprofissional em Saúde (RMS). Conforme relatou a profissional da eNASF-AB:

A gente teve durante três meses um residente médico veterinário. Então assim, foi muito rico o que ele traz para a gente enquanto equipe NASF, que amplia a nossa forma de olhar o ambiente [...]. Porque antes a gente não tinha conhecimento, da minúcia, da importância de determinadas situações que o médico veterinário aborda em uma casa tendo ou não um animal, né? Foi muito enriquecedor pra o nosso olhar enquanto profissional. (Profissional NASF 3)

Arnemann (2017) destacou em seu estudo, que a RMS tornou-se um dispositivo potencial para promover as mudanças pretendidas, tanto para os que estão cursando, quanto para os trabalhadores do serviço, através da realização de práticas multiprofissionais. Houve uma maior aproximação da academia, através da RMS, com as reais demandas locais e o envolvimento de docentes e discentes em atividades na atenção básica, produzindo benefícios evidentes. Porém, desenvolver um trabalho multiprofissional é complexo, pois cada profissão possui sua especificidade. Mas a EPS pode aprofundar o trabalho em conjunto, de forma cooperativa, levando a uma maior compreensão do contexto em que a população está inserida e promovendo melhorias na qualidade da assistência (SCHERER, 2013).

A EPS, baseada na problematização, deve considerar às necessidades advindas da prática e nela refletidas, confrontando a forma de aquisição de saberes da educação continuada e transformando e inovando a realidade de maneira conjunta. Precisa ser desenvolvida em processos de longo prazo, tendo em vista os diversos conhecimentos na construção do saber. Dessa forma, realiza-la é um desafio constante, de sair da zona de conforto de capacitação de conteúdos isolados de forma bancária e direcionar-se a uma educação transformadora, que requer maior planejamento, escuta e diálogo, porém os resultados alcançados são compensadores (LIMA; RIBEIRO, 2016).

Diante do exposto, para alcançar um pensamento crítico e reflexivo através do processo educativo na EPS, se faz necessário que a ação favoreça a sua construção. Para isso, a educação precisa ser considerada como um ato político e social, essencial ao ser humano. Já que, só a educação pode libertar as pessoas em situação de opressão, pois problematiza a realidade, modificando a visão de mundo (FREIRE, 2005). E por mais que a negação da realidade possa

ocorrer como um mecanismo de defesa, deve-se ultrapassar essa barreira para que ocorra a sua inserção crítica (SARRETA, 2009).

Nesse sentido, considera-se que as relações profissionais no ambiente de trabalho possuiu um potencial para aproximação da educação em seu cotidiano, ou seja, no trabalho também se educa e aprende. E essa aprendizagem deve englobar toda a equipe e os usuários (DAVINI, 2009).

Destaca-se que essas aprendizagens deveriam iniciar na atenção básica, para possibilitar a reorientação do modelo de atenção e integração da rede assistencial. Dessa forma, a EPS seria a estratégia para provocar essas transformações, necessitando receber à atenção dos gestores e os investimentos necessários visando a compreensão e à intervenção dos problemas e necessidades vivenciadas (MOREIRA; DAMIANI; SCUSSEL, 2017).

Freire (2005) aponta que a educação pode servir para reproduzir o conhecimento hegemônico ou como potencial de transformação social, com crítica aos modelos bancários. Sendo assim, a EPS precisa estar pautada na concepção pedagógica problematizadora, por meio de processos educativos que busquem promover a transformação das práticas de saúde, nas quais ainda se vivencia o modelo hegemônico focado em doenças que tende a compartimentar o ser humano (COSTA, 2018).

5.2.2 Processo educativo problematizador na Educação em Saúde

Como relatado anteriormente, na categoria do processo educativo bancário na Educação em Saúde, a maioria das ações educativas são realizadas pelos profissionais da eSF com apoio da eNASF-AB e ocorrem através de grupos de educação em saúde. Esses grupos possuem uma abordagem similar, exceto o de hipertensão, que vem acontecendo sem uma atividade educativa contínua. Entretanto, os profissionais afirmaram que todos os grupos possuem usuários hipertensos e/ou diabéticos e que são discutidos temas de promoção da saúde, prevenção e controle da HAS e DM:

A promoção e a prevenção da hipertensão e diabetes já é trabalhada em todos os grupos e atividades, independentemente de ser hipertensão. (Profissional NASF 3)
Nesses grupos participam mulheres, homens, independente das patologias. Têm hipertensos, diabéticos, obesos, tem transtorno mental, magreza, idoso, tem quem não é idoso. (Profissional NASF 1)

Destaca-se a importância da abordagem de temas direcionados à promoção da saúde e prevenção da HAS e DM, considerando a relevância de debater esses agravos com usuários portadores dessas patologias, para auxiliar na diminuição das suas complicações, como também

para prevenção e redução da incidência das mesmas. Sendo importante considerar a integralidade dos indivíduos, não se restringindo apenas às doenças acometidas:

A gente trabalhou memória, labirintite, medicamentos, uso das plantas medicinais, dos chás. Toda vez uma pessoa pedia para falar uma coisa, mesmo que não fosse da minha área, mas eu ia em casa estudar esse assunto e ia trabalhar com elas. (Profissional NASF 1)

Questão da previdência social, direitos dos idosos, teve vários assuntos. (Profissional SF 5)

A gente bate muito na tecla da importância de se alimentar bem, a forma de se alimentar, a importância de tomar a medicação, de fazer a atividade física, da ingestão de água. (Profissional NASF 2)

A gente tenta abraçar as várias partes da pessoa, não só focar naquele estado, pressão alta, diabetes, gestação. A gente tenta incluir muita coisa. [...]. Assim, essas coisas que vão envolver toda dimensão daquele indivíduo. (Profissional SF 4)

Percebe-se, a partir dos relatos, que os profissionais buscaram inovar nas temáticas e ações educativas, realizando atividades que possibilitam a troca de experiências, de forma dinâmica, incentivando o desenvolvimento de habilidades de interação social, através da dança, do teatro, de oficinas de culinária, realização de desenhos e confraternizações:

Já fizemos com figuras, onde eles vão identificar nas revistas, nos panfletos de supermercados, encontrar os alimentos e eles montarem o que é saudável, o que não é saudável, o que tem mais gordura, o que não tem. (Profissional NASF 3)

A gente fez a prática da culinária [...]. A gente construiu a receita e distribuiu a receita com eles [...]. Assim, pratos que eles vêm, comem provam e sabem que estão dentro da nossa realidade. (Profissional NASF 2)

Teve um que foi lindo, que a gente foi fazer os personagens. Lembra as células? Que a gente tentou fazer porque entupia as veias. Onde eles eram os personagens, eles eram o açúcar [...]. (Profissional NASF 4)

Além disso essas ações precisam ser promotoras da autonomia, para que os indivíduos possam refletir e tomar suas decisões, quanto as necessidades de melhorias na saúde:

Ensina a fazer caminhada, quem não pudesse, como no meu caso [...], já tive dois infartos, [...], aí elas ensinavam a fazer caminhada sentada. (Usuário 3)

Sobre a mente da gente, fazer desenho. Cada uma fazia o desenho e explicava o significado. (Usuário 9)

A gente fez a valsa sentada e a valsa em pé. A dança sentada. (Usuário 1)

Considerando os aspectos sociais, econômicos e ambientais da HAS e DM, o modelo de assistência à saúde precisa estar preparado para promover cuidado integral ao portador de doença crônica. Necessitando assim, da implementação de ações mais efetivas. Dessa forma, é importante que sejam trabalhadas em todos os grupos temas que reflitam a promoção da saúde e a prevenção e a redução dos fatores de risco das doenças a partir da realidade dos usuários como demonstrado nos relatos acima.

Nesse sentido, também é importante que os grupos de educação em saúde ocorram de maneira a proporcionar a participação permanente dos usuários, em locais de fácil acesso e horários compatíveis. Os profissionais afirmaram que a realização desses grupos e atividades

educativas ocorrem predominantemente em espaços na comunidade, já que a unidade não possui espaço suficiente:

A maioria dos grupos são realizados fora da unidade [...]Igreja, conselho de moradores, creches, escolas, praça, nos parques, também nos sítios. (Profissional NASF 4)

O grupo de homens é realizado na unidade porque é no dia de sábado, a unidade é aberta para esse grupo, e é pela manhã que é menos quente. (Profissional NASF1)

Os grupos de educação em saúde representam um dos principais meios para construção do conhecimento, já que permitem o compartilhamento dos saberes científico e popular, através da experiência de vida dos sujeitos no seu contexto sociocultural. Desse modo, privilegiar ações educativas contínuas em locais na comunidade, promove um maior vínculo com os usuários. Visto que, esses grupos se traduzem em práticas que não se limitam a ações pontuais, pois são realizados periodicamente com os mesmos participantes. Dessa forma, criaram-se espaços mais permanentes para o alcance de melhorias na saúde dos usuários (FLISCH et al., 2014).

Nessa direção, o desenvolvimento desses grupos através da educação popular apresenta-se como alternativa para uma atuação política transformadora. Já que, reconhece o saber dos usuários e a influência dos determinantes sociais na saúde dos mesmos. Desse modo, a abordagem educativa utilizada poderá gerar diferentes resultados (FERNANDES; BACKES, 2010).

Nos grupos focais, os profissionais afirmaram que os grupos educativos ocorrem predominantemente através de rodas de conversa:

Geralmente é roda de conversa, data show. Às vezes, a gente produz material pra distribuir. (Profissional NASF 2)

Eu acho interessante é fazer uma dinâmica mesmo, um joguinho, uma brincadeira. (Profissional NASF 4)

Mas também tem passagem de vídeo, filmes. Têm convidados que a gente chama também, pra nos ajudar. (Profissional SF 6)

Resultados diferentes foram obtidos no estudo realizado por Bezerra (2017) que utilizou dados da pesquisa de Avaliação de Serviços de atenção à saúde para diabéticos e hipertensos no âmbito da Estratégia Saúde da Família (SERVIDIA) realizada em 207 eSF de Pernambuco em 2010, cuja a maioria dos profissionais referiram realizar as ações educativas em formato de palestras. Necessitando ainda da ampla divulgação e qualificação dos trabalhadores para realização de abordagens mais participativas, como as rodas de conversa.

Sampaio et al. (2015) destaca que a roda de conversa vai além da disposições circulares de cadeiras sendo um modo crítico de pensar os papéis socialmente construídos transversalizados pelas históricas e desiguais relações sociais. Além de reafirmar o compromisso com espaços que possibilitem o inesperado das vozes divergentes, obtendo maior

possibilidade de discussão. Sendo assim, uma estratégia metodológica engajada na ação pedagógica transformadora.

Freire (2005) refere a educação como forma de intervenção no mundo, com potencial poder de transformação. Mas para isso, é preciso criticar e romper com a visão bancária de verticalização do ensino e supremacia do educador, implicando os educandos na construção do saber. Essa visão corrobora com as falas dos profissionais do presente estudo:

E quando a gente vai levar, a gente procura saber o que é que eles conhecem daquilo [...], para que eles se insiram. Porque nunca ninguém sabe tão pouco que não tenha algo a dizer e nunca alguém sabe tanto que não tenha nada a aprender. Então, a gente trabalha muito nessa lógica, [...]e a gente tem realmente a participação deles efetiva. (Profissional NASF 3)

Porque ficar só conversando, falando, eu acho dificulta, eles não apreendem bem. Precisam interagir mais, porque em formato de palestra dá um pouco de sono. (Profissional NASF 1)

Nessa perspectiva, a educação em saúde, ao considerar os princípios da educação popular, promove uma troca de conhecimentos, com problematização das relações sociais, dos modos de existência e das diferentes formas de adoecimento. Compreendendo que toda educação é um ato político, pois possui uma natureza ideológica (BORNSTEIN et al, 2014; FREIRE, 2005).

A prática educativa como parte da educação em saúde, baseada na construção da educação popular considera as perspectivas e cotidiano dos educandos, e conseguinte promove maior participação dos indivíduos, no processo de ação–reflexão–ação (FREIRE, 2014). Essas práticas se constroem e se consolidam no convívio diário e no fortalecimento do vínculo com os usuário. (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003). Portanto, precisam estar em processos permanente de planejamento e avaliação e buscas de melhorias elencadas a partir das ações desenvolvidas.

Quando perguntado aos profissionais sobre a existência de planejamento na realização das ações educativas, relataram que:

No planejamento que acontece sempre nas avaliações semestrais, a gente pede que eles tragam questões que eles querem falar, que eles querem conhecer e ai eles trazem coisas. (Profissional NASF 3)

Aí aquilo que não se complementar, o que faltar, a gente complementa com a equipe e com o NASF. Mas a gente pede a fala deles também. (Profissional SF 1)

Freire (2011) afirma que para o desenvolvimento de uma ação dialógica na construção do conhecimento, inicialmente busca-se as palavras geradoras e os temas mais significativos dentro da realidade dos educandos. Através da investigação, o educador observa os vocábulos mais usados, selecionando palavras que servirão de base na ação educativa. Em seguida as palavras geradoras são apresentadas em cartazes com imagens. Após é iniciada a discussão com

a formação de uma roda, denominada círculo de cultura, para que todos possam se ver e interagir e discutir o tema inerente da cultura.

No círculo de cultura, o moderador irá estimular o diálogo para que haja a tomada de consciência do mundo e a análise dos significados sociais dos temas e palavras geradoras. Após, ocorre a problematização, na qual o educador e educandos buscam a formação de uma visão crítica para transformação da realidade. Desse modo, o ponto de partida da prática educativa deve ser a experiência, contexto e necessidades dos educandos. Sendo importante estimular à colaboração, a participação e a responsabilidade social e política (FREIRE 2011, 2015).

Com isso, é imprescindível trabalhar os temas geradores, iniciando com o que os educandos conhecem e vivenciam. Quando indagados de como os temas são selecionados para serem abordados na ação educativa, os participantes do estudo disseram que:

O tema é demandado em duas situações. A gente demanda quando vê que o grupo tá trazendo aquilo sem explicitar. Pela própria dinâmica do grupo acontecem coisas que a gente observa que é interessante estar falando sobre aquilo e vendo a fala deles. (Profissional NASF 2)

Pergunta: “Vocês querem o que na próxima atividade? Vocês querem que eu faça tal coisa?” Quero que mecha com a mentalidade da gente! Que a gente se lembre das coisas! Cada vez mais, a gente se esquece das coisas. (Usuário 7)

Freire (2011, p.23), afirma que “[...] quem ensina aprende ao ensinar, e quem aprende ensina ao aprender”, ou seja, tanto o educador quanto os educandos, são transformados no processo na ação educativa. Dessa forma, a elaboração conjunta dos temas a serem abordados é importante para romper com o modelo bancário, de educador detentor do saber. Como também, gera maior interesse do usuário com o que está sendo discutido, pois está dentro do seu contexto de vida (FREIRE, 2011).

Em razão disso, a valorização da experiência existencial dos educandos é imprescindível para uma educação em saúde transformadora. Essa valorização foi observada quando a profissional do NASF-AB relatou o seguinte acontecimento:

Lembrei agora do grupo de homens, que ele praticamente trouxe toda a temática do grupo, emocionou todo mundo [...] ele se colocou de uma forma assim, que ele mobilizou o grupo [...] que a gente não precisou falar mais nada (Profissional NASF 3).

Evidencia-se as experiências positivas dos profissionais comprometidas em ações que consideram a realidade dos usuários na busca dos enfrentamentos dos problemas de saúde e da integração dos saberes teóricos e popular.

De acordo com Freire (2005) o processo educativo como ação cultural para a libertação, é uma ação de conhecimento em que os educandos assumem o papel de sujeitos conscientes através do diálogo. Dessa forma, quando há uma participação efetiva e construção conjunta das

ações educativas, há uma maior possibilidade de alcançar as melhorias na saúde pretendidas. Já que, o ser humano está em constante construção, evolução e transformação (FREIRE, 2005). Essa transformação foi relatada nos grupos focais pelos profissionais e usuários:

Hoje mesmo eu tive um retorno, ele dizendo que foi com um peso para o grupo dos homens e depois chegou no grupo tomou consciência do problema dele e hoje ele já perdeu 4 quilos e meio. (Profissional NASF 2)
 Eu pesava 80 kg, agora eu peso 64 kg. (Usuário 3)
 Eu agora como tapioca, só tomo suco natural, aí ela diz: “Tá certo! A senhora se cuida muito”. Dor no corpo em não sinto mais não, eu sou uma pessoa muito conservada. Eu não como mais gordura, não tomo mais refrigerante. (Usuário 7)
 Sim, tô melhor caminhando na minha comunidade. Na minha saúde melhorou tudo, eu só vivia morrendo asmática[...]. Melhorou tudo. (Usuário 1)

Observa-se as melhorias referidas através da participação nos grupos educativos como promotoras da redução dos fatores de risco da HAS e DM, como a realização de uma dieta adequada e a prática de atividade física. Assim como descrito no estudo de Favaro et al. (2017) que mostrou a importância dos grupos educativos no controle da HAS e DM e no fortalecimento do vínculo dos usuário e na longitudinalidade da assistência.

Os estudos de Glaguilardino (2013), Gillett (2010) evidenciaram melhorias nos parâmetros clínicos, metabólicos, conhecimento adquirido, mudanças de hábitos, resolução de problemas e autocuidado em usuários com DM que passaram a participar de grupos ou ações educativas.

Nesse sentido, as ações educativas baseadas nas necessidades da comunidade, podem possibilitar a mudança das práticas de saúde, facilitando o protagonismo dos sujeitos, até então colocados às margens na construção da sua saúde. Desse modo, promover a corresponsabilização da população na construção das melhorias das suas condições de saúde é fundamental para a potencialização da autonomia como um elemento integrado para a promoção da saúde (SARRETA, 2009). Evidencia-se que “a autonomia merece ser resgatada como uma condição de saúde e de cidadania, da própria vida, um valor fundamental, mas que não é nem pode ser absoluto. (SOARES, 2007, p.94).

A educação em saúde é considerada ferramenta essencial na construção da integralidade, contribuindo para a efetiva consolidação do modelo de assistência voltado para a promoção da saúde. Sendo utilizada como um instrumento de empoderamento para a comunidade, quando realizada a partir dos preceitos da educação popular. Diante da sua responsabilidade social, necessita ser de prática multiprofissional e intersetorial, direcionada para a promoção da autonomia, da participação e da postura ética. (FIGUEIREDO, 2012; FREIRE 2005).

Considerando a importância das ações multiprofissionais, indagou-se sobre quais profissionais participam das atividades educativas e foi referido que:

Todos participam. Agente de saúde, médica, enfermeira, todos participam. A dentista também. (Profissional SF 6)

E a gente realiza com o apoio do NASF. (Profissional SF 4)

Segundo Borges e Nunes (2014), as atividades educativas desenvolvidas pela equipe multiprofissional exigem um entendimento pedagógico para serem realizadas de maneira aplicada a prática dos usuários. Desse modo, a perspectiva de Paulo Freire destaca-se para o estabelecimento de estratégias e atitudes a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde quando se tornam também educadores.

Além do desenvolvimento de ações em equipe multiprofissional, considerado a complexidade das doenças crônicas, a realização de parcerias com outros setores é essencial, visto que ações promovidas apenas pelo setor de saúde são insuficiente para resolução dos complexos problemas dos usuários. De acordo com os profissionais, existe essa parceria, porém ocorrem de forma pontual:

Permanente não, mas numa necessidade pra uma ação a gente recorre e temesse apoio. Tem essa presença de instância de fora. A gente já teve ELURB, CRAS, as secretarias distrital da prefeitura [...] (Profissional SF 1)

Já, com a assistência, a previdência, a justiça e também com escolas. Tanto de trazer para os grupo, os dessas outras áreas, como de elevar o profissional pra dentro da creche, na escola. (Profissional NASF 3)

O NASF-AB pode atuar na articulação intersetorial, devido a maior possibilidade dos profissionais de se relacionarem com um maior número de equipes e casos em campos diversos de atuação, conhecendo melhor a rede nesse campo. Dessa forma, podem apoiar de modo decisivo as equipes de referência na construção de pontos de articulação, favorecendo a organização de fluxos de atenção que facilitem a coordenação e continuidade do cuidado. Porém, trabalhar na intersetorialidade é um desafio, pois além de incorporar a participação do usuário é necessário a organização e desenvolvimento do processo de trabalho diferenciado, no qual muitas vezes os profissionais não estão habituados (CELA; OLIVEIRA, 2015).

Considerando os problemas de aspecto social e econômico impactados nas condições de saúde dos indivíduos, é preciso também incentivar a busca por direitos, para promover as melhorias necessárias. Conforme relatos dos profissionais participantes do estudo:

A gente fazia reuniões com a comunidade, porque era desorientada [...]. A gente queria empoderar. Então, fazia grupos em cada microárea para mostrar assim: Você tem direitos e pode pedir seus direitos. Aí falava assim: Hoje tem isso, então vamos brigar por isso. (Profissional SF 2)

E a ouvidoria da própria saúde, a gente tem um número ali da ouvidoria, e a gente sempre tá orientando aos comunitários. Tá insatisfeito? Teve algum problema? Liga! E na minha opinião eu acho que é pouco utilizado. (Profissional SF 1)

Freire (2005) afirma que o educador é responsável por revelar as contradições sociais no combate às formas de opressão. Pois, [...] “o sujeito, por sua vez, também se transforma na ação de problematizar e passa a detectar novos problemas na sua realidade e assim sucessivamente” (FREIRE, 2011, p. 16). Quando a educação é participativa e construída no coletivo, é capaz de provocar mudanças e proporciona às pessoas a atenção de que precisam para o desenvolvimento da autonomia e percepção das suas ações para melhoria das condições de saúde:

Tem uma coisa que foi bem marcante, que eu tiro meu chapéu para a comunidade [...] não tinha academia da cidade, porque não existia um polo, então começou a chegar muita gente, a gente ouvia nas reuniões: “o pessoal quer atividades da academia da cidade”. E hoje tem essa atividade na quadra, por conta da mobilização da comunidade, a partir da orientação da gente. (Profissional NASF 3)

Cabe destacar, a partir da fala acima, o importante papel educador desempenhado pelos profissionais que conseguiram despertar nos usuários a capacidade e a vontade de mudar as suas práticas e a percepção positiva dessa transformação. Essa experiência da conquista da implantação do programa academia da cidade na comunidade, através da busca por direitos pelos usuários, mostra o poder de transformação da educação.

Quando as atividades educativas ocorrem através da educação problematizadora, os educandos vão percebendo criticamente sua posição e compreensão no mundo. Vão enxergando os problemas e o modo de superação, através da libertação de si mesmo da opressão. Assim, desenvolvem o papel a ser desempenhado na conquista de direitos, desvinculando-se da realidade estática imposta pela educação bancária (FREIRE, 2005).

Dessa maneira, a valorização dos sujeitos no processo de construção e manutenção sua saúde, favorece o diálogo e a problematização da sua situação de saúde. Que leva o educando a deixar uma consciência ingênua, em busca de uma consciência crítica, enxergando sua realidade e buscando caminhos e possibilidades de enfrentamento (FREIRE, 2005). Pois, “ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão” (FREIRE, 2005, p.58).

Diante disso, refletindo as ações educativas realizadas pelos profissionais, percebe-se que, apesar das dificuldades e desafios relatados, existe a preocupação de construir uma prática Problematizadora. Porém, ainda precisam enxergar a importância de serem sujeitos de luta contra a opressão imposta. Nesse sentido, problematizar os educandos como seres no mundo e com modificadores da realidade é desafiador:

A gente tenta mostrar pra ela, que ela tem o poder nas mãos e com esse poder ela poderia ganhar mais recursos para própria comunidade. É um trabalho de formiguinha que a gente faz, mas a gente faz dentro das casas [...]. As vezes as pessoas entendem que tem direitos, mas não utilizam os recursos necessários. (Profissional SF 5)

Mas assim, isso acaba a gente sendo muito perseguido, porque você acaba colocando a população contra a gestão que você também faz parte. (Profissional SF 3)

De acordo com Freire (2005) é necessário a revolução dos oprimidos. Que ocorre de maneira intrínseca, frente à percepção da realidade de opressão, para que então essa realidade possa ser mudada. Sendo essencial que compreendam sua posição transformadora e lutem por mudanças, mesmo com a pressão para que se mantenham inertes se levante contra a sua libertação.

6 CONCLUSÕES

A busca pela realização da EPS e da Educação em saúde através da problematização, deve ser constante e implica despertar interesse dos profissionais por novas experiências de aprendizagem. Então, é um desafio dos gestores e da formação profissional proporcionar modos de pensar favoráveis ao desenvolvimento da capacidade crítica e reflexiva dos trabalhadores a fim de que ocorra as transformações necessárias para a melhoria da saúde da população.

Os resultados do estudo evidenciaram a coexistência da utilização das concepções problematizadora e bancária nos discursos dos profissionais, que refletiu diretamente em suas práticas. Nas quais, os usuários que participavam dos grupos educativos, além da atividade do hiperdia, relataram melhora nas condições de saúde. Perpassando também, a visão tradicionalista curativista e medicalocêntrica, observadas nos discursos dos usuários que só participavam do hiperdia.

Diante disso, torna-se necessário que os profissionais do NASF-AB passem a dar apoio na construção e desenvolvimento do grupo de hiperdia, assim como já é feito nos demais grupos. Como também, promovam a EPS de maneira problematizadora, através de processos de longo prazo para que os profissionais da ESF compreendam a importância das ações educativas com vista na transformação da realidade. E assim, o grupo de hiperdia passe a ser realizado não apenas para transcrições de receitas e avaliações antropométricas. Além disso, é preciso que incentivem o desenvolvimento de grupos educativos em locais próximos da população que mora distante da unidade, a fim de obter maior participação.

Outro achado importante foi o empenho dos profissionais para realização de ações educativas incentivadoras da participação dos usuários, como a dança, o teatro e a oficina de culinária, que tornam as ações mais dinâmicas e atrativas, alcançando melhorias na saúde relatadas pelos usuários. Ademais, consideraram as experiências e conhecimento prévios dos indivíduos na elaboração conjunta e na abordagem dos temas. Características essas, da concepção problematizadora proposta por Paulo Freire.

Além disso, a realização da EPS proporcionou a compreensão do papel do NASF, da importância do trabalho em equipe e do desenvolvimento de ações conjuntas pelos profissionais da ESF. Como também, o incentivo pela busca por direitos, durante a realização das ações educativas, levou a conquista da implantação do Programa Academia da Cidade na comunidade. Revelando assim, o poder de transformação da educação quando torna-se participativa e construída pelo coletivo.

Diante do exposto, demonstra-se a relevância da realização de estudos avaliativos do processo educativo orientados pela teoria, pois possibilitam maior embasamento para transformações das práticas e melhorias a serem alcançadas, principalmente quando se utiliza teoria de Paulo Freire para avaliar as ações educativas, considerando a importância do mesmo como referência mundial da educação, sendo suas teorias amplamente discutidas em pesquisas acadêmicas.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M.V.; VIANA, A. D. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 28-38, 2015.
- ANJOS, K. F. et al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n.1, p. 672-680, 2013.
- ARNEMANN, C. T. **Educação permanente em saúde no contexto da residência multiprofissional: estudo apreciativo crítico**. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.
- BEZERRA, H. M. C. et al. **Estrutura e processo de trabalho relacionados às práticas educativas voltadas para hipertensos e diabéticos na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco**. 2018. Monografia (Residência em Saúde Coletiva) -Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.
- BEZERRA, R. C. S. et al. Arranjo matricial e o desafio da interdisciplinaridade na atenção básica: a experiência do NASF em Camaragibe/PE. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 46, p. 51-59, 2010.
- BOMFIM, E. S. et al. Educação permanente no cotidiano das equipes de saúde da família: utopia, intenção ou realidade? **Revista de pesquisa cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 526-535, 2017.
- BORGES, S.A.C.; PORTO, P. N. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 338-346, 2014.
- BORGHI, G. N. et al. A avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção secundária em Odontologia. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v. 18, n. 2, p. 154–159, 2013.
- BORNSTEIN, V. J. et al. Desafios e perspectivas da Educação Popular em Saúde na constituição da práxis do Agente Comunitário de Saúde. **Interface: comunicação, saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, p. 1327-1339, 2014.
- BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. M. **Avaliação qualitativa de Programas de Saúde**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2004. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em 20 dez. 2017.
- BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A Educação Permanente Entra na Roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008a. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em 20 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília, 2008b.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2017. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em 20 dez. 2017.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil**. Brasília: Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, 2018.

BRIGHENTE, M. F. Paulo Freire: da denúncia da educação bancária ao anúncio de uma pedagogia libertadora. **Pro-Posições**, Campinas (SP), v. 27, n. 1, p. 155-177, 2016.

BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CAMPOS G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.393-403, 1999.

CAMPOS, G.W.S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, p. 983-995, 2014.

CARLOS, E. et al. Associativismo, participação e políticas públicas. **Política & Sociedade**, Florianópolis, v. 5, n. 9, p. 163-194, 2006.

- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.
- CELA, M.; OLIVEIRA, I. F. O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 20, n. 1, p. 31-39, 2015.
- CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULAR, T. B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 1547-1554, 2011.
- CHEN, H. T. **Theory-driven evaluation**. Park, CA: Sage, 1990.
- CHEN, H. T. **Theory-driven evaluation**: Conceptual framework, application and advancement. Sstrobl et al. In: *Evaluation von Programmen und Projekten für eine demokratische Kultur*. Springer VS, Wiesbaden, p. 17-40, 2012.
- CHEN, H. T.; ROSSI, P. Issues in the theory-driven perspective. **Evaluation and program planning**, v. 12, n.4, p.299-306, 1989.
- COLOMÉ, J. S. **A formação de educadores em saúde na graduação em enfermagem**: concepções dos graduandos. 2007. Dissertação- (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
- COSTA, M. A. R. et al. Educação permanente em saúde: a concepção freireana como subsídio à gestão do cuidado. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 558-564, 2018.
- D'ÁVILA, L.S. et al. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 401-416, 2014.
- DAVINI, M. C. **Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 39-63.
- DOWBOR, T. P.; WESTPHAL, M. F. Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.4, n.1, p. 781-790, 2013.
- FALKENBERG, M. B. et al. **Ciência & Saúde Coletiva**. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 847-852, 2014.
- FAVARO, D. T. L. et al. Grupos educativos para o controle de hipertensão e diabetes mellitus: revisão integrativa de literatura. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 24, n. 1, p. 7-14, 2017.
- FERNANDES, A. C. M. et al. Educação permanente na escola sob o olhar de Paulo Freire: contribuições da educação física. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 10, p. 3958-3964, 2017.

FERRAZ, F. **Contexto e processo de desenvolvimento das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço**: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Freire. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

FETTERMAN, D. Transformative empowerment evaluation and Freirean pedagogy: Alignment with an emancipatory tradition. **New Directions for Evaluation**, Washington, v. 2017, n. 155, p. 111-126, 2017.

FIGUEIREDO M. F. S.; RODRIGUES-NETO J. F.; LEITE M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n.1, 2010.

FIRME, T. P.; STONE, V. I. Freirean Pedagogy in street education: Unveiling the impact on street children in Brazil. **New Directions for Evaluation**, Washington, v. 2017, n. 155, p. 31-47, 2017.

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

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 3829-3840, 2018.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 161-198.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 42 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

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

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 34 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2014.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 165-181, 2001.

GADOTTI, M. The global impact of Freire's pedagogy. **New Directions for Evaluation**, Washington, v. 2017, n. 155, p.17-30, 2017.

GAGLIARDINO, J. J. et al. Type 2 diabetes patients educated by other patients perform at least as well as patients trained by professionals. **Diabetes/metabolism research and reviews**, Washington, v. 29, n. 2, p. 152-160, 2013.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 747-763, 2016.

GILLETT, M. et al. Delivering the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cost effectiveness analysis. **Thebmj**, v. 341, p. c4093, 2010.

GOMES, M. F. **Avaliação do grau de implantação das ações de alimentação e atividade física desenvolvidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família na atenção a hipertensão e diabetes em Recife**. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) -Instituto Aggeu Magalhães, undação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

HILL-BRIGGS, F. et al. Effect of problem-solving-based diabetes self-management training on diabetes control in a low income patient sample. **Journal of General Internal Medicine**, Alexandria, v. 26, n. 9, p. 972, 2011.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 3561-3571, 2014.

HORTA, N. C. et al. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. **Revista de Atenção Primária em Saúde**, Juiz de Fora, v.9; n.3, p.293-301, 2009.

JANKOVIC, N. et al. Adherence to a healthy diet according to the World Health Organization guidelines and all-cause mortality in elderly adults from Europe and the United States. **American journal of epidemiology**, Oxford, v. 180, n. 10, p. 978-988, 2014.

LEITE, D. F.; NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 507-525, 2014.

LEMOS, C. L. C. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016.

LEMOS, M.; FONTOURA, M. A integração da educação e trabalho na saúde e a Política de Educação Permanente em Saúde do SUS-BA. **Revista Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 33, n.1. p:113-120, 2009.

LEONELLO, V. M; OLIVEIRA M. A. C. Construindo o diálogo entre saberes para ressignificar a ação educativa em saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. spe1, p. 916-920, 2009.

LIMA, L. P. S.; RIBEIRO, M. R. R. A competência para Educação Permanente em Saúde: percepções de coordenadores de graduações da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 483-501, 2016.

MALFATTI C. R. M.; ASSUNÇÃO A. N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, 2011.

MALTA, D. M.; MORAES NETO, O. L; SILVA JÚNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 4, n. 20, 2011.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação Permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 605-610, 2004.

MÂNGIA, E. F.; LANCMAM, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Revista de terapia ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 2, 2008.

MARQUI, A. B. T. et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-961, dez. 2010.

MARTINS J. J. et al. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos de terceira idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v.9, n.2, 2007.

MATTOS, M.; SILVA, K.L.; KÖLLN, W.M. Fatores que influenciam ações educativas sobre câncer de mama na estratégia de saúde da família. **Espaço para Saúde**, Londrina, v. 17, n. 1, p. 40-48, 2016.

MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. Hartz, Z. M. A; SILVA, L. M. V. In: **Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz p. 41-63, 2005.

MELLO, A. L. et al. Estratégia organizacional para o desenvolvimento de competências de enfermeiros: possibilidades de Educação Permanente em Saúde. **Escola Anna Nery** [online]. Rio de Janeiro, v.22, n.1, 2018.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, p. 1105-1119, 2018.

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

MENDES, T. A. B. et al. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 1233-1243, 2011.

MENDONÇA, F. F. et al. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 397-409, 2015.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S.H.S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, p. 170-185, 2014.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, p.406, 2007.

MISHIMA, S. M. et al. Perspectiva dos gestores de uma região do estado de São Paulo sobre educação permanente em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 665-673, 2015.

MOREIRA, J.; DAMIANI, A. P.; SCUSSEL, C. Educação permanente em saúde na estratégia saúde da família: reflexões a partir do existencialismo e da educação libertadora. **Revista da FAEBA: Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 26, n. 50, p. 255-272, 2017.

MOURA, B. L. A. et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife, v.10, p.69-81, 2010.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

NASCIMENTO, C. M. B. **A organização e desenvolvimento da atenção à saúde pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

OLIVEIRA, S. R. A. **Sustentabilidade da estratégia saúde da família**: o caso de um município baiano. 2014. Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

PEIXOTO. et al. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando os seus conceitos. **Enfermería Global**, Murcia, v.29, p:324-40. 2013.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado. Plano Diretor de **Regionalização**. Regionalização da Saúde em Pernambuco, 2011.

PIMENTA JUNIOR, F. G. **Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar o programa Nacional de Controle da Dengue no âmbito municipal**. Dissertação- (Mestrado em saúde pública) -Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006.

PIMENTEL, F. C.; ALBUQUERQUE, P. C.; SOUZA, W. V. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 88-101, 2015.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1903-1914, 2018.

POTVIN, L.; GOLDBERG, C. Deux rôles joués par l'évaluation dans la transformation de la pratique en promotion de la santé. In: O'NEILL, M.; DUPERE, S.; PEDERSON, A.; ROOTMAN, I. (Org.) **Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques**. Canada: Les presses de l'Université Laval, 2006.

PROJECT EXPLORER OPENSYLLABU. **Mapping the college curriculum across syllabi**. 2016. Disponível:<<http://explorer.opensyllabusproject.org/>>. Acesso: 22 dez. 2018.

RIBEIRO, M. D. A. et al. Avaliação da atuação do núcleo de apoio à família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 2, p. 224–231, 2014

ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA, F. **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SAMPAIO, J. et al. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, p. 1299-1311, 2014.

SANES, M. S. **Discursos possíveis da educação permanente na estratégia saúde da família**. 2010. Dissertação- (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2010.

SANTOS, K. T. et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1.023-1.028, 2011.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 861-870, 2018

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Ed. UNESP: Cultura Acadêmica, 2009.

SCHERER, M. D. A. et al. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 18, p. 3203-3212, 2013.

SILVA, A.T. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, 2012.

SILVA, C. P.; DIAS, M. A.; RODRIGUES, A. B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.1453-1462, 2009.

SILVA, F. M Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 3, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95(1 Supl), n. 1, p.1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes** 2009. 3. ed. Itapevi: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2008.

STROSCHEIN, K. A.; ZOCHE, D. A. A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 505-519, 2012.

TESSER, C. D. Medicalização social: o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, p. 61-76, 2006.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S.A; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.2, 2007.

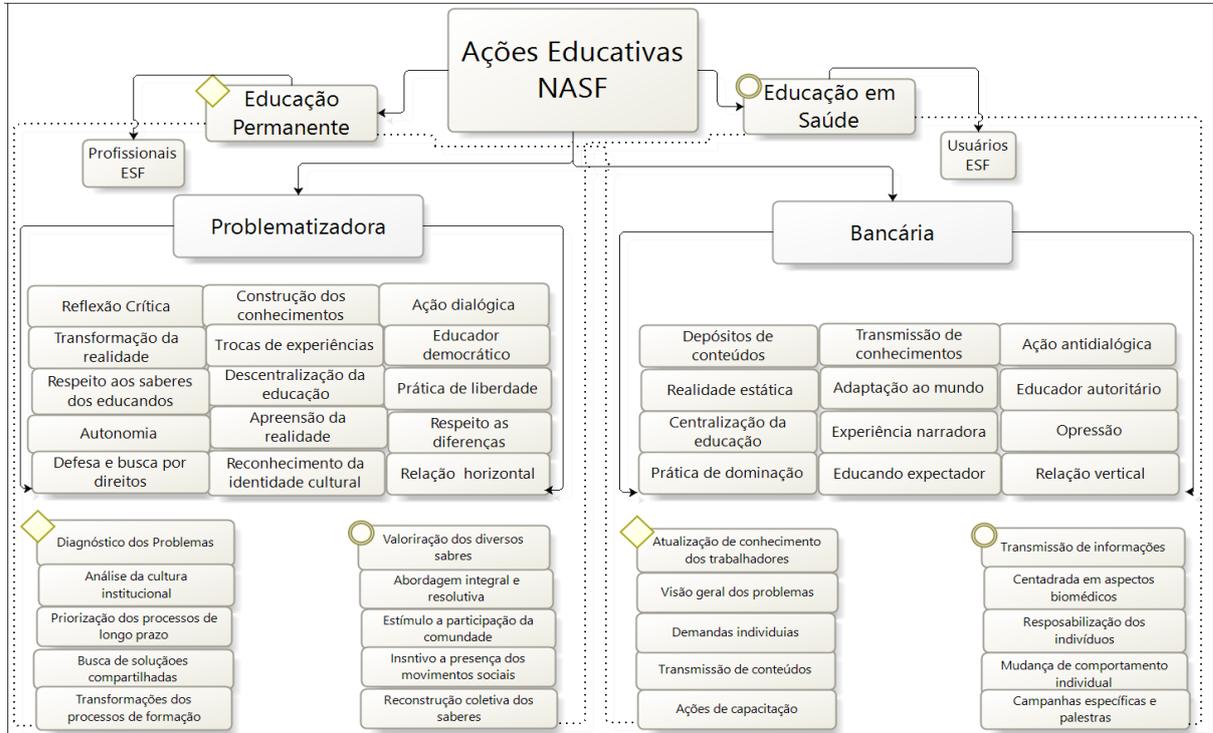
WEISS, C. H. Theory-based evaluation: Past, present, and future. **New directions for evaluation**, Washington, v. 1997, n. 76, p. 41-55, 1997.

WENDHAUSEN, I; SAUPE, R. Concepção de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianopolis, v.12, n, p.17-25, 2003.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 120, n. 6, p. 472-482, 1996.

ZAMPIERI, M. F. M. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.22, n.1, p.140-166, 2001.

APÊNDICE A- MODELO TEÓRICO PRÉ-ELABORADO PARA AVALIAÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO REALIZADO PELO NASF-AB.



**APÊNDICE B - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS DO
NASF-AB**

1. Como a equipe contempla ações de EPS?
2. A equipe realiza reuniões com a eSF? Com que frequência?
3. Como ocorre a escolha da pauta a ser discutida nas reuniões? Qual abordagem utilizada? Quais assuntos são discutidos?
4. Quais problemas de difícil resolução enfrentados pela eSF?
5. Vocês participam ou realizam ações educativas para a comunidade? Como ocorrem? Quais profissionais participam?
6. Vocês participam ou realizam grupos de educação em saúde com os portadores de HA e DM? Como ocorrem? Quais temas são abordados?
7. Como são escolhidos os temas e a abordagem a serem utilizadas nas ações educativas realizadas para os portadores de HA e DM?
8. Vocês realizam parcerias em ações/atividades educativas com os líderes comunitários ou movimentos sociais? Quais? Como ocorre?
9. A equipe incentiva ou promove ações de promoção a saúde e/ou prevenção da HA e do DM? Como ocorrem? Há articulação com outros setores?
10. A equipe realiza ou contribui com ações para trazer melhorias para a ESF e/ou comunidade? Como ocorrem?

APÊNDICE C - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS DA ESF

1. Quais e como são realizadas as ações/atividades educativas pela equipe?
2. O NASF participa ou promove essas ações? Como?
3. Existe um planejamento prévio para realização dessas atividades? Como ocorre?
4. Quais os principais problemas e necessidades em saúde encontrados na comunidade da ESF?
5. Qual a frequência e como ocorrem as ações educativas direcionadas à atenção aos hipertensos e diabéticos? Existe grupo específico? Quais profissionais participam?
6. Quais os temas e abordagem utilizados?
7. Como são escolhidos esses temas?
8. Já realizaram ações/atividades educativas de promoção a saúde e prevenção da HA e DM na comunidade? Como ocorreram? Quais os profissionais participaram?
9. Existe alguma parceria com associações de moradores ou movimentos sociais para realização dessas ações educativas? Como ocorre?
10. Vocês já realizaram ou participaram de alguma ação educativa para incentivar a busca por direitos sociais? Como ocorreu?

**APÊNDICE D - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM OS USUÁRIOS
PORTADORES DE HA E/OU DM**

1. Vocês já participaram de ações/atividades educativas realizada pelos profissionais da ESF? Quais? Sobre o que é discutido? Onde são realizadas?
2. Vocês participam ou participaram de grupos de hipertensos e diabéticos? Como ocorrem?
3. Os profissionais da ESF já lhes pediram para sugerir temas a serem discutidos nesses grupos? Quais foram sugeridos?
4. Se vocês escolhessem assuntos a serem discutidos nesses grupos, quais seriam?
5. Na comunidade existe associação de moradores ou movimentos sociais? Vocês participam?
6. Quais os principais problemas que vocês identificam na sua comunidade?
7. Vocês já participaram de alguma atividade promovida pelos profissionais da ESF para levar melhorias para sua comunidade? Como ocorreu?
8. Vocês costumam se reunir com as pessoas da sua comunidade em locais específicos? Quais? Já aconteceram atividades educativas realizadas pelos profissionais da ESF nesses locais?
9. Algum profissional da ESF já conversou com vocês sobre lugares na comunidade para a realização de atividades física e como você prefere realizá-las? Você conhece algum espaço para isso?
10. Algum profissional da ESF já conversou com vocês sobre alimentos saudáveis e de baixo custo? Quais foram sugeridos?

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS.

Prezado (a) Senhor (a) Estamos convidando-o (a) para participar como voluntário de uma pesquisa sobre o “Processo Educativo Realizado pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família para Hipertensos e Diabéticos na cidade do Recife” e está sendo desenvolvida por Hassyla Maria de Carvalho Bezerra, do Curso de Mestrado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães – Fiocruz/PE, sob a orientação da professora Eduarda Ângela Pessoa Cesse.

Os objetivos do estudo são identificar as ações/atividades e abordagens educativas utilizadas pelo NASF para a Equipe de Saúde da Família e para os portadores de Hipertensão Arterial (HÁ) e Diabetes Mellitus(DM) e compreender o processo educativo utilizado pelo NASF junto a Equipe de Saúde da Família e aos portadores de HA e DM. A finalidade deste trabalho é fornecer subsídios para o reconhecimento das ações que não estão sendo implementadas ou somente parcialmente implementadas pelos NASF, e o porquê (razões, circunstâncias), auxiliando a tomada de decisão de gestores.

Solicitamos a sua colaboração para a realização de um grupo focal, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa apresenta riscos mínimos para os participantes, sendo que todos os dados pessoais dos participantes serão mantidos em sigilo. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a).

Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro

o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações)

.

Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Recife , ____ de _____ de _____

Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Hassyla Maria de Carvalho Bezerra Telefone: 81 998510495.

ANEXO A – PARECER DO CEP



Comitê de Ética
em Pesquisa

Título do Projeto: "Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma análise dos componentes alimentação, nutrição e atividade física na rede de atenção aos hipertensos e diabéticos em Pernambuco".

Pesquisador responsável: Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 13/11/2016

Registro no CAAE: 50942315.1.0000.5190 *

Número do Parecer PlatBr: 1.644.126

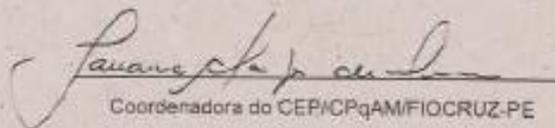
PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 466/12, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 27 de julho de 2016.


Coordenadora do CEP/CPqAM/FIOCRUZ-PE

Janaina Campos de Miranda
Pesquisadora em Saúde Pública
Coordenadora
Méd. SAPI 04177
CEP/CPqAM/FIOCRUZ

CEP/FIOCRUZ-PE, Av. Moraes Regis, s/n
CEP 50.870-420 Fone: (81) 3302.3630
Fax: (81) 3428.1911 | 3308.2629
Recife - PE - Brasil
www.fiocruz.br/cep



ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE RECIFE-PE



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Eduarda Ângela Pessoa Cesse**, pesquisadora do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, a desenvolver no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Gerência de Atenção Básica e nos Distritos Sanitários I, II, III, IV, V, VI, VII e VIII, da Secretaria de Saúde do Recife, pesquisa coordenada pela mesma, sob o título: **“Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma análise dos componentes alimentação, nutrição e atividade física na rede de atenção aos hipertensos e diabéticos em Pernambuco”**

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 04 de maio de 2017.

Atenciosamente,

Valdevez Ribeiro

Gestora da Gerência de Formação e Educação na Saúde

valdevez Ribeiro de Andrade
gestor de unidade de Gestão de
Educação na Saúde/DEGESESAU
Matrícula 103.755.2

Rua Alfredo de Medeiros, 71, Espinheiro – CEP 52.021-030 – Recife – Pernambuco
fone: (81) 3355-1707 – CNPJ: 10.565.000/0001-92