

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**HÉRITON COSTA TAVARES**

**PRÁTICAS EDUCACIONAIS DESENVOLVIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM  
SAÚDE A PARTIR DA TRANSFORMAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO  
ENQUANTO SUJEITO DO PROCESSO.**

**LAGOA SANTA**

**2014**

**HÉRITON COSTA TAVARES**

**PRÁTICAS EDUCACIONAIS DESENVOLVIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM  
SAÚDE A PARTIR DA TRANSFORMAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO  
ENQUANTO SUJEITO DO PROCESSO.**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde, para a obtenção do título de Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde.

Orientador  
Prof. Dra. Selme Silqueira de Matos

**LAGOA SANTA**

**2014**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

TAVARES, HÉRITON COSTA  
PRÁTICAS EDUCACIONAIS DESENVOLVIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE A PARTIR DA TRANSFORMAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO ENQUANTO SUJEITO DO PROCESSO [manuscrito] / HÉRITON COSTA TAVARES. - 2014.

45 p.

Orientador: SELME SILQUEIRA DE MATOS.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação Pedagógica Para Profissionais da Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em FORMAÇÃO PEDAGÓGICA PARA PROFISSIONAIS DE SAUDE.

1.ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAUDE. 2.EDUCAÇÃO EM SAÚDE. 3.PROMOÇÃO EM SAÚDE. 4.SUJEITO. I.MATOS, SELME SILQUEIRA DE. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

Heriton Costa Tavares

**AS PRÁTICAS EDUCACIONAIS DESENVOLVIDAS NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE A PARTIR DA  
TRANSFORMAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO  
ENQUANTO SUJEITO DO PROCESSO**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Selme Silqueira de Matos (Orientadora)

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Isabela Silva Cancio Velloso

Data de aprovação: 21/02/2014

Á meus pais, Hélio e Bárbara,

Pelo imenso amor, carinho e respeito a mim dedicado.

## AGRADECIMENTOS

Este espaço é dedicado àqueles que deram a sua contribuição para que este trabalho fosse realizado.

Agradeço a Prof<sup>ª</sup>. Dra. Selme Silqueira de Matos, primeiramente por crer em meu projeto, em seguida a forma como incentivou e orientou este trabalho. Suas ponderações, considerações, sugestões e questionamentos foram determinantes para o término deste trabalho. Ressalto que a liberdade a mim oferecida foi impar para a minha transformação em sujeito Enfermeiro e docente.

Agradeço aos meus pais, pelo presente da vida e por terem me ensinado a me manter no caminho do bem.

Agradeço Poliana Neuls, tutora presencial, pelo carinho e serenidade em todas as orientações feitas.

Agradeço a Emerson Daniel de Sousa, meu irmão de jornada terrestre, pela incansável luta em me fazer uma pessoa melhor.

Agradeço aos colegas do curso do CEFPEPS, pelas experiências vividas e pelas trocas ocorridas no decorrer de mais esta etapa de construir e (re)construir nosso saber. Foi muito bom tê-los neste percurso.

Agradeço especialmente a Nkosi, aquele que abre meus caminhos, aquele que caminha comigo mantendo-me firme nos caminhos da justiça e da fé; *Guerreiro*, menino incansável que me auxilia nos percalços da vida, fazendo-me forte e justo na superação das dificuldades vividas... e superadas.

Mojúbà Bàbá mi Ògún Onílé ààrò!!! Mojúbà Bàbá mi Lógùn Edé!!!

Ungui unketo abaté Mukumbi abetu.

Enfim, agradeço a todos os sujeitos que direta ou indiretamente que participaram deste momento único e especial.

A todos o meu mais puro e sincero obrigado.

*“Que as palavras que eu digo não sejam ouvidas como prece  
e nem repetidas com fervor,  
apenas respeitadas”*

*Oswaldo Montenegro*

## RESUMO

Atualmente não temos mais como afastar a educação da saúde. Neste sentido, a educação em saúde passa a ser considerada como uma forma de direcionar ações educativas que estimulem a tomada de decisão responsável. Assim, esta transformação é o ponto chave das atividades educacionais que acontecem no cotidiano da atenção primária em saúde, locus primordial da promoção em saúde, onde o enfermeiro é apontado como o grande responsável pelas maneiras como se conduzem estas transformações. Trata-se então de uma revisão integrativa de literatura cujo objetivo é o de identificar as atividades educacionais que acontecem na atenção primária em saúde onde o enfermeiro é o sujeito do processo. Assim foi possível observar que as práticas educativas coletivas, o grupo, são o grande escopo destas atividades em detrimento às atividades que acontecem de maneira individual, ou seja, a consulta de enfermagem. Apesar que vários pontos negativos que levam ao desgaste e ao fracasso da prática grupal, o enfermeiro ainda vem sendo considerado como o profissional detentor de maior capacidade de manter-se a frente desta ação, pois, apesar de possuir uma formação biologicista, curativa e prescritiva possui imensa capacidade de contextualização. Portanto, por meio de relações dialógicas, individuais ou coletivas, despertar no outro a liberdade e a vontade de escolher, direcionar a vida para o que quer que seja. Transformando assim o outro em sujeito.

**Descritores:** Atenção primária em saúde, Educação em Saúde, Enfermeiro, Sujeito, Promoção em saúde e Programa de Saúde da Família.



## ABSTRACT

Currently we no longer get away as education and health, in this sense, health education shall be considered as a way to direct educational initiatives that encourage responsible decision-making. Thus, this transformation is the key point of the educational activities that happen in everyday primary health care, primary locus of health promotion, where the nurse is seen as the main responsible for the ways how to lead these transformations. This then is an integrative literature review is aimed to identify the educational activities that take place in primary health care where the nurse is the subject of the process. Thus it was possible to observe that the collective educational practices, the group are the large scope of these activities in detriment to activities that take place on an individual basis, i.e., nursing consultation. Despite several drawbacks that lead to wear and failure of group work, the nurse also has been considered as the largest holder of professional ability to keep ahead of this action because, despite having a biologicist, curative and prescriptive training has immense capacity for contextualization. Therefore, through dialogic, individual or collective relationships, awaken in others the freedom and the will to choose, direct life for whatever. Thus transforming each other in person.

**Descriptors:** Primary health care, health education, nurse, subject, health promotion and family health program.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	10
<b>2 OBJETIVO</b>	13
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b>	14
<b>3.1 Um pouco de história de educação em saúde</b>	15
<b>3.2 Educação em Saúde como eixo da promoção em saúde</b>	16
<b>3.3 O Papel educador do enfermeiro da APS</b>	18
<b>3.4 O sujeito que aprende na APS</b>	19
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO</b>	23
<b>4.1 Revisão Integrativa de Literatura</b>	23
<b>4.2 Métodos e Etapas</b>	24
<b>5 DISCUSSÃO</b>	35
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	38
<b>REFERÊNCIAS</b>	40
<b>APÊNDICE</b>	45

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente, temos a saúde como um direito, entretanto, até chegarmos a este patamar, muitas lutas, obstáculos, debates e embates políticos e ideológicos foram travados de modo que o modelo de atenção à saúde deixasse de ser centrado na figura médica, extremamente curativista, hospitalocêntrico e consumista (GARBOIS, 2008).

Desta forma em 1988 desponta o Sistema Único de Saúde (SUS), cujo texto prima pela atenção à saúde, com base nas necessidades da população, de forma igualitária, equânime e universal consolidando-se desta forma a saúde como direito, assim sendo um dever do Estado (POLIGNANO, 2001).

Apesar de sua criação ter sido na década de 80, a sua consolidação somente se deu em 19 de setembro de 1990 com a promulgação da lei 8.080, que define o modelo organizacional e operacional de ações, apontando a Atenção Primária em Saúde (APS) como o eixo responsável pela consolidação dos princípios doutrinários e organizacionais do SUS por se tratar de um conjunto de práticas sanitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas através do trabalho em equipe e práticas gerenciais participativas, cujo objetivo primordial é o de promoção, prevenir agravos, diagnosticar precocemente, tratar, reabilitar e manter a saúde de uma população de um determinado território, utilizando-se de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, de modo que se resolva *in loco*, grande parte dos problemas de saúde, sempre orientados pelos princípios da universalidade, equidade, acessibilidade, integralidade, responsabilização, coordenação do cuidado, participação social e humanização. (BRASIL, 2006)

Diante da complexidade dos conceitos de saúde e com os olhos voltados para a prevenção e promoção, Mendes (1996) aponta que a saúde deixa de ser simples e unicamente a ausência de doenças e passa a ser vista como um somatório de forças e determinantes que atuam no indivíduo levando-o a saúde ou à doença o que é complementado por Campos (2005 p.24) citando Gadamer (2002) “a saúde deve ser entendida com equilíbrio a partir do ritmo da vida de cada indivíduo, fato que lhe confere a autonomia, propicia a sua construção e ao mesmo tempo sustenta seus sonhos de felicidade”; e ampliando ainda mais o entendimento a mesma autora (2005, p.25) cita Canguilhem (2002) onde saúde é vista “como uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário de criador de valor, de instaurador de normas vitais”.

Assim os serviços de saúde podem ser vistos com um dos eixos desta promoção/construção mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas de saúde com ênfase em práticas de promoção da saúde, por meio de um trabalho crítico e contextualizado, a fim de fortalecer a capacidade de escolha dos indivíduos, motivando-os ao exercício da cidadania com auxílio na elaboração de políticas públicas, melhorias na qualidade de vida individual ou coletiva, enfim favorecendo sua categoria de sujeito (CARNEIRO et al, 2012).

Neste contexto, Carneiro et al (2012, p.119), enfatizam que “a atenção primária em saúde deve ser orientada pela criação de vínculos, considerando o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção social” o que nos possibilita dizer que estes processos fazem parte do arcabouço de ações da educação em saúde.

Inicialmente a educação em saúde era regida por um modelo biologicista importado da Europa, onde o foco eram os núcleos comunitários locais que necessitavam de ordem e higienização o que fortalecia sobremaneira o saber técnico do profissional, cedendo-lhe então o poder de cura e controle das patologias da época, pois as mudanças comportamentais eram ditadas e prescritas com objetivo de garantir a resolução dos problemas de saúde. O que ainda é marcante nas práticas educativas em saúde atuais (ALVES, 2004).

A partir da década 70, este modelo tradicional e prescritivo passa a receber duras críticas, o que faz com que o mesmo seja repensado através de seus determinantes em conjunto com ações e práticas que devem incluir atitudes preventivas e de promoção com objetivo de mudanças nas condições de vida da população, ou seja, a educação em saúde passa a ser regida pelo diálogo e mediação de vários e distintos saberes, o que é salientado por Dantas (2010, p.51), “A educação em saúde passa a ser não apenas mediadora de saberes entre populações e serviços mas também um instrumento de construção de processos participativos voltados à transformação das práticas de saúde”.

Neste sentido, e percorrendo os caminhos já trilhados por Dantas (2010), quando afirma que a educação em saúde assume um compromisso com estes processos de aprendizagem, individual ou coletivo, visto que faz parte de seu escopo de objetivos melhorar e qualificar o acesso às informações de saúde, que por sua vez servem de alicerce para as transformações pessoais e coletivas, através das relações, dos encontros e dos diálogos que devem ultrapassar os muros de todas as unidades onde se faz saúde, pois “ela é desenvolvida através de aconselhamento interpessoal, em locais como consultórios, escolas, etc, assim como impessoalmente, através da comunicação de massas, utilizando-se de diversas mídias” (BUSS, 1999, p.180).

É através desta transformação, impulsionada pelas práticas pedagógicas da educação em saúde que emerge a função libertadora de toda educação, que deve resgatar a condição de sujeito do ser educado, e escudado nos pensamentos de Alves (2004, p.25) citando Freire (2002)

Esta condição confere ao homem a capacidade de problematizar sua realidade e transitar de uma consciência ingênua para uma consciência crítica, sendo a primeira sendo caracterizada por interpretações simplistas dos problemas, enquanto a consciência crítica caracteriza-se pelo pensamento reflexivo que permite aprofundar a interpretação dos problemas e atingir sua causalidade autêntica. (ALVES, 2004, p.25)

À luz dos pensamentos sanitaristas, o sujeito é aquele em que se deposita toda esperança dos discursos inovadores, carregados de normas pré-formuladas por um saber que domina, que dita comportamentos, controla o natural, portanto, domina, limita, desvaloriza, cala colocando-o em suma situação de total inferioridade. O que por sua vez é completamente rebatido nos pensamentos de Ayres (2001, p.65) que descreve como sujeito “o ser que produz a história, o responsável pelo seu próprio devir”. Neste contexto, é este o resultado que se espera das ações educativas ou processos de ensino aprendizagem que acontecem paulatinamente em todas as unidades de saúde, ou seja, seres, com toda a sua autenticidade, capazes de transformar as informações recebidas em ações que o levará à tão sonhada e esperada saúde. O que ainda é ressaltado pelo mesmo autor (2001) quando conclui que “a concepção de sujeito predominantemente no pensamento sanitário não está em sintonia com os principais valores e pressupostos que orientam hegemonicamente na atualidade.”.

Diante desta perspectiva de transformação através da educação em saúde, e apontando para novas necessidades dos indivíduos, a pedagogia freireana direciona para práticas educativas de interação, diálogo, respeito, reconhecimento das intersubjetividades individuais, resgatando saberes e práticas individuais ou coletivas, colocando-o no lugar de sujeito, pois “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção [...] é preciso insistir” (FREIRE, 1996 p.23).

A realização deste trabalho é justificada por ser a atenção primária, locus prioritário da educação em saúde, e é vista como instrumento fundamental de trabalho para a efetivação do SUS e da transformação de indivíduos em sujeitos capazes de agirem sobre si mesmos e em seu meio, contribuir para a inserção social, cultural e econômica e assim afastar de si, tudo daquilo que o faz adoecer. Assim sendo tem-se como questão norteadora se as ações educacionais realizadas pelos sujeitos enfermeiros atuantes na atenção primária em saúde estão sendo transformadoras, libertadoras, em outras palavras, estão transformando usuários em sujeitos?

## **2 OBJETIVO**

Identificar as práticas educacionais desenvolvidas pelos Enfermeiros enquanto sujeitos desse processo na Atenção Primária em Saúde.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Após décadas de debates e embates políticos, ideológicos, sociais, filosóficos nasce o SUS, que pode ser considerado a maior política pública já instituída em nosso país, concretizada após a promulgação das leis 8080 e 8142, onde define que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, onde sua implementação se dá através de seus princípios e diretrizes como a universalidade, integralidade, equidade, igualdade, intersetorialidade, direito a informação, autonomia, descentralização, epidemiologia de base, direção única, descentralização e complementariedade (CARVALHO, 2013).

Para Carvalho (2013)

“muita coisa foi feita e, não obstante, a crítica cerrada ao SUS tenho certeza absoluta de que o sistema público de saúde brasileiro mais faz do que deixa de fazer. Saímos da indigência, do marco zero, para oferecer inúmeros cuidados de saúde individuais e coletivos. De baixa, média e alta complexidade. Preventivos e curativos” (CARVALHO, 2013 p.25).

Cotta et al (2013) assevera que este início de melhorias, de concretização e estabilidade no setor saúde é ressaltado quando se volta os olhos para a universalidade e a descentralização, porém ainda há entraves, onde se destaca a regionalização e a hierarquização, equidade e integralidade, além de investimentos que aprimorem e qualifiquem seus profissionais. Os mesmos autores ainda afirmam que esta garantia é uma obrigação do Estado.

Neste sentido, e amparado nos dizeres de Pereira e Oliveira (2013) citando Ministério da Saúde (2002) e Chiesa (2000) pode-se dizer que a promoção em saúde é um eixo estruturante e organizacional de fundamental importância para a concretização e efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, uma vez que este eixo extrapola as ações de saneamento básico, existência de serviços médicos assistenciais tangenciando então o atual conceito de saúde que ressalta que estar ou ser sadio é muito mais que simplesmente não estar doente.

Starfiel (2002, p26) define Atenção Primária em Saúde “como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente pela continuidade e integralidade da atenção” e tem por objetivos a prevenção de agravos e doenças e promover a saúde populacional em qualquer ciclo de vida, o que caminha na contra mão dos valores curativistas e biologicistas que ainda permanecem ativos no sistema de saúde brasileiro.

Esta proposta de reestruturação da assistência tem como base uma abordagem humanizada, centrada na estrutura familiar, através do diálogo, respeito às crenças e nos

modos de vida, por isso é tida como a principal estratégia para a reorganização do modelo de atenção á saúde no país, tendo em vista que seus resultados positivos terão reflexos em todo sistema de saúde (ROECKER, BUDO E MARCON, 2013). O que é devidamente complementado por Carneiro et al (2012, p.116) quando afirma que este trabalho dever ser realizado “por meio de um trabalho crítico e contextualizado, a fim de fortalecer a capacidade de escolha dos indivíduos [...] no exercício da cidadania voltada, para a melhoria das condições de vida”.

### **3.1 Um pouco de história da Educação em Saúde**

Segundo Alves (2004, p.17), “enquanto campo de praticas, a educação saúde, tem sido historicamente marcada por um arraigado e disseminado discurso higienista e normatizações normatizadoras.” o que revela o exercício do poder do Estado diante das atitudes consideradas equivocadas no que se refere á saúde. A mesma autora ainda assegura quando cita Costa (1987) que a educação em saúde tem como finalidade engessar a população, principalmente a de baixa renda, em modos, posturas, comportamentos, hábitos que conduzem á qualidade de vida e conseqüentemente á saúde.

Esta tendência chega ao Brasil no século XIX, importada da Europa que se via assolada de rebeliões populares, pois a industrialização coloca a massa popular em péssimas condições de trabalho e moradia, o que propagava as doenças infecto contagiosas e epidemias, justificando assim os atos de disciplina e ordem, através da imposição de regras de conduta diante da saúde. Em nosso país, é desenvolvida através das instituições como as escolas, os presídios, os hospitais e manicômios, pois eram estes os espaços de educação em saúde (ALVES, 2004).

Conforme Alves (2004, p.18) no Brasil

a partir da década de 40, algumas transformações começaram a ser verificadas no campo da educação em saúde. Aos sujeitos que até então haviam sido culpabilizados individualmente pelos problemas de saúde que os acometiam e dos quais se esperava mais que assimilação passiva das prescritivas normativas dos profissionais de saúde uma importância relativa passa a ser observada no sentido de envolvê-los no processo educativo (ALVES, 2004, p.18).

Ainda em conformidade com os dizeres de Alves (2004) na década de 60, com o surgimento da Medicina Comunitária, inicia-se uma movimentação onde a participação popular na solução dos problemas é altamente estimulada pelas esferas de governo, porém havia uma conotação política onde procurava esconder a culpa do Estado, mantendo-a sobre o sujeito que insistia em se manter em ações que não levam á saúde. Assim as ações



educacionais, voltadas para a saúde da comunidade sempre enfatizava que a população é responsável pelas resoluções possíveis, ou seja, “os determinantes sociais destes problemas, contudo, não eram levados em consideração” (ALVES, 2004, p.182).

Aparado nos dizeres de Dantas (2010) foi na década de 70 que o modelo biomédico, até então vigente no país, fora repensado tendo em vista o conceito ampliado de saúde, a baixa resolutividade e elevados investimentos financeiros, modelo totalmente centrado na doença puramente biológica e curativista, por uma proposta onde se valoriza a qualidade de vida, através da implementação da APS, que é uma das respostas dada a crise, com a extensão da cobertura de serviços prestados por meio de atividades de baixo custo e alta eficácia, pois estão atreladas à educação em saúde, sendo esta última considerada de extrema importância para a promoção da saúde e prevenção de agravos prevista um objetivo de saúde para todos no ano 2000 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE, 1979).

Desta forma, o embasamento desta mudança é a promoção de saúde, a compreensão de responsabilidade das esferas governamentais sobre as suas comunidades, a intersetorialidade existente no campo da saúde, a alta complexidade dos fatores que determinam e condicionam o processo de saúde doença de uma população e na proclamação da participação individual e coletiva no planejamento, ações, organização e controle das políticas públicas voltadas para a atenção básica (SANTOS, 2005).

Para Alves (2004, p.182) citando Costa e López (1996) considera que “educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientado para a prevenção de doenças e promoção da saúde” e Godinho (2011, p.16) acrescenta que “educação em saúde pode ser compreendida no sentido de propiciar encontros entre profissional e usuário, representando uma maneira de fomentar o diálogo e a troca de experiências”.

### **3.2 Educação em Saúde como eixo da Promoção de Saúde**

A saúde tem sido uma esfera de vida que vem sofrendo grandes e rápidas mudanças sociais, culturais, filosóficas neste sentido o cuidar da saúde, da vida vem se tornando alvo da atenção de todos, de modo que se reduza a vulnerabilidade de se adoecer de forma individual ou coletiva, pois, de acordo com Boehs et al (2007, p.308) “a ordem é viver mais, melhor e com mais saúde”.

À essas ideias podemos ainda acrescentar que as análises do processo saúde e doença enfocavam sempre a doença e sua sintomatologia, em detrimento à saúde e seus determinantes. Assim o Brasil se vê forçado a pensar novos modelos de forma a se garantir a

saúde, a inclusão e a democratização da saúde em seu extenso território e imenso quantitativo populacional.

Neste sentido e de acordo com Brasil (2006, p.10) “o SUS, como política de estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito á vida e á saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção á saúde”, pois esta se conecta ás demais políticas e tecnologias do sistema de saúde brasileiro o que colabora para a construção de ações que consigam responder ás necessidades sociais em saúde como, por exemplo, a violência, subempregos, saneamento básico, educação fome, acessibilidade, urbanização desenfreada qualidade do meio ambiente dentre outros.

Este eixo organizacional de promover a saúde vem sofrendo alterações ao longo do tempo, porém vale ressaltar que na atualidade está intimamente entrelaçado á padrões sociais como saúde, vida, solidariedade, equidade, democracia cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, não podendo desconsiderar a ideia de responsabilização múltipla, uma vez que envolve ações governamentais que impulsiona o cidadão a manter hábitos saudáveis “uma vez que a promoção da saúde envolve o desenvolvimento de habilidades individuais, a fim de permitir a tomada de decisões favoráveis à qualidade de vida e à saúde” (ANS – BRASIL, 2007, p.18).

Neste viés, Mascarenhas, Melo e Fagundes (2013, p.992) defendem que “promover a saúde constitui um desafio, pois sua abrangência é maior que o campo específico de saúde” uma vez que as estratégias de ação se inter-relacionam e todos os sujeitos do processo saúde-doença-cuidado devem se responsabilizar para a identificação de problemas e apontar soluções. Os mesmos autores (2013) apontam intervenções educacionais, desenvolvidas na APS cujo objetivo é a mudança de comportamentos, ditos impróprios á saúde, que ultrapassam os limites do conhecimento científico, pois devem corroborar para a construção “da capacidade de escolha, da mediação entre pessoas e ambiente, combinando escolhas individuais com responsabilidade social pela saúde” (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2013, p.993).

Assim sendo, é verdadeiramente possível acreditar no potencial transformador das praticas educativas em saúde desenvolvidas no âmbito da APS, pois este objetivo poderá ser alcançado dependendo de como estas atividades estão estruturadas, planejadas e realizadas por seus profissionais (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2011), o que é complementado por Dantas (2010) ao citar Oliveira (2007) que somente colocando o outro como sujeito, se dará a construção do conhecimento, tendo por base o diálogo que tem como função compartilhar e não hierarquizar.

### 3.3 O papel educador do Enfermeiro da APS

Balduino e Lessa (1986) apontam que na área de saúde prevenir conservar e manter sob controle as formas de adoecer ou não, de uma determinada população não pode ser feita sem o amparo da educação em saúde, estando este fato intimamente interligado ao comportamento humano, que acontece no dia a dia entre os técnicos de saúde e a população assistida, o que não legitima os vários tipos de comportamentos e relações interpessoais, enfatizando a aceitação ou não por parte da população e ressalta que o

educador de saúde pública, que pode ser considerado "um agente de mudança", isto é, aquele elemento cuja atuação assiste ou facilita um determinado sistema social (instituição, grupo ou comunidade, e outros), a promover as mudanças que são sentidas como necessárias para que o sistema se desenvolva (BALDUINO; LESSA, 1986 p.38).

No intuito de responder essas mudanças, o Ministério da Saúde, concede á APS maior destaque, pois esta é considerada o conjunto de ações de saúde, de forma individual ou coletiva e que envolvem a proteção e promoção, o diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e ainda a manutenção da saúde do povo brasileiro. É vista não como única, mas a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde, utilizando planos de gestão e de trabalho em equipe que se responsabiliza por um quantitativo de pessoas que habitam um território devidamente delimitado (BRASIL, 2006).

De acordo com Brasil (2007) as atribuições das equipes de APS é desenvolver ações intersetoriais que integram os projetos sociais e setores afins, com vistas na promoção á saúde além do apoio á gestão local e controle social por meio praticas educativas que valorizem os diversos saberes e praticas de uma forma integral estimulando a criação de vínculos éticos e de confiança mútua entre os atores envolvidos neste processo. Para tanto Godinho (2011, p.15) defende que “a educação em saúde como um processo de construção ou de desconstrução do conhecimento que aumenta a autonomia das pessoas no seu cuidado”.

Segundo Pinafo (2011, p.222) “a educação em saúde se faz fortemente presente no cotidiano do setor saúde, sendo uma pratica fundamental no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil”. A mesma autora (2011, p.207) ainda ressalta, quando cita Alves (2005) “que toda a ação de saúde é considerada uma ação educativa” o que é devidamente reconhecido por todo profissional da APS, sendo devidamente assegurado nos dizeres “deve ser desenvolvida por todos os profissionais de saúde conforme definição de suas atribuições básicas” (BRASIL, 1997, p15).

Para Colomé e Oliveira (2012, p.178) “embora não exista legislação que indique como um imperativo o desenvolvimento de ações educativas em saúde por enfermeiros estes tem sido um de seus principais agentes” isso é possível pela possível parceria que este profissional consegue com seus usuários, ultrapassando assim, os paradigmas biologicistas existentes, pois, gradualmente ampliam em sua práxis educacional as reflexões e abordagens problematizadora, incitam a abertura de novos caminhos e probabilidades de levar a saúde durante o seu processo de trabalho (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2012).

No bojo desta discussão, a Lei 7498/86, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem e das outras providências, em seu artigo 11, concede o direito do enfermeiro, como integrante da equipe de saúde realizar a educação em saúde com o objetivo de melhorar a saúde do indivíduo, da família e da população em geral (BRASIL, 1996).

Portanto é atividade do Enfermeiro da APS a promoção da saúde através de atividades educativas com objetivo de construir o conhecimento individual e coletivo, através do reconhecimento de características epidemiológicas, sociais, culturais, filosóficas por meio de consultas, procedimentos específicos, reuniões formais ou informais, sala de espera, uso de cartazes, flôres, flip chart, cartazes e sempre através da relação dialógica, que resgate os princípios da comunicação efetiva e eficaz e da escuta qualificada (SALCI et al, 2013).

### **3.4 O sujeito que aprende na APS**

Na trilha histórica de tentativas de se concretizar os princípios e doutrinas do SUS as esferas governamentais voltam seus esforços na APS com ênfase na Estratégia da Saúde da Família (ESF) que se faz através de uma equipe constituída por um profissional médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de cinco a seis agentes comunitários de saúde. Esta equipe se responsabiliza por um determinado número de indivíduos que habitam uma determinada área geográfica e onde serão desenvolvidas ações de promoção e prevenção em todo o percurso da vida, de maneira individual ou coletiva, através de intervenções humanizadas, com qualidade e de maneira resolutiva (GUEDES, SANTOS; DI LORENZO, 2011).

Neste sentido, os indivíduos que buscam soluções para seus problemas de saúde nas várias ESF são denominados de usuários. Termo este que se encontra no cotidiano das atividades da Saúde Pública do Brasil. Nessa perspectiva Delfino et al (2012, p.320) assegura que usuário “significa aquele cidadão atendido no serviço de saúde”. A mesma autora (2012) ainda salienta, ao citar Esperidião e Trad (2006) que este vocábulo, apesar de estar sempre na

literatura científica brasileira, necessita ser melhor explicado e definido, pois, “extrapola a terminologia de paciente (que denota passividade) e de cliente (aquele que paga o serviço), incorporando neste conceito a noção de cidadania” (DELFINO ET AL, 2012, p.320).

Ainda nos caminhos de promover a saúde, a ESF deve ultrapassar os limites dos muros das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e promover em seus encontros formais ou não, o diálogo, a valorização dos diversos saberes, apoiar e fomentar a criatividade e a singularidade dos indivíduos presentes neste espaço de fazer saúde, onde muitos destes atores não reconhecem ou sabem de seus direitos e deveres. O que nos remete á voltar os olhares para não somente ausência de doença, mas perceber e incorporar as particularidades individuais ou coletivas destes usuários (DELFINO ET AL, 2012), aqui redefinidos como sujeitos.

Para Teixeira (2001) sujeito pode ser considerado um ser, um homem formado de carne e osso, único e individual e ao mesmo tempo, coletivo e universal, isto é, por mais que os homens vivam e convivam em comunidades, através das relações sociais e ideias culturais religiosas e filosóficas se faz necessário que este sujeito não corresponda á este ou aquele outro sujeito em particular, “mas àquilo que no homem é idêntico em todos: a razão universal [...] onde só o espírito é universal” (TEIXEIRA 2001, p.51).

Segundo Ayres (2001, p.65) conceituar sujeito é algo amplo e irá depender do sentido que se quer empregar e assegura ao citar Lalande (1993) que é “o ser real, considerado algo que tem qualidades ou exerce ações”, em outras palavras um ser sem limites lógicos, que constrói e reconstrói seu mundo de acordo com as exigências sofridas, mas sempre de modo único, peculiar, autônomo e natural.

Tal ideia de sujeito é o alvo das atenções quando se trata de educação em saúde, pois é nele que são depositadas todas as esperanças de transformação, com a finalidade de disciplinar, corrigir ações que por ventura caminhem na contra mão da saúde. Trata-se de uma ação de poder exercida sobre a conduta do sujeito, onde a submissão e a passividade esperada cede lugar ao sujeito ativo, autônomo com capacidade e liberdade de tomar decisões frente ás prescrições e atos impostos pelos profissionais de saúde, cujo objetivo maior é a manutenção do corpo livre de doenças, portanto são (REVONATO; BAGNATO, 2010).

Revonato e Bagnato (2010) asseguram quanto citam Foucaut (2007) que a fabricação de sujeito ativo traz consigo a lembrança de quatro qualidades: a primeira é quando o sujeito é convidado a ter comportamentos ativos; a segunda é quando se convida ao reconhecimento enquanto sujeito; a terceira diz respeito ás maneiras pelas quais a transformação é alcançada e

na quarta e última qualidade é quando o sujeito já se comporta como sujeito ativo. Assim é passível assegurar que os sujeitos ativos, autônomos são passíveis de serem fabricados.

Nesta perspectiva e em conformidade com Sant'Ana (2009, p.467) “a autonomia refere-se á capacidade do sujeito imprimir orientação ás suas ações, por si mesmo e com independência” desta forma as práticas educacionais, individuais ou coletivas, formais ou informais, realizadas pelos enfermeiros no âmbito da APS, visam levar informações, propiciar o conhecimento e incentivá-los não á unicamente copiar, repetir, imitar o que é devidamente ordenado de maneira explícita durante os estes encontros, sobressaindo assim o retrógrado discurso higienista, curativista sob a forma bancária.

Para elucidar o exposto, pode-se fazer referência ao posicionamento de Gazzinelli et al (2005) que considera que sujeitos são aqueles seres humanos que tem a capacidade de expressar-se, através de desejos ou sentimentos, são naturalmente dotados de aptidão infinita para criar e recriar modos de viver e de se organizar por meio de ações educacionais em APS, ou não, pois “educador e educando tornam-se sujeitos assumindo seus papéis significativos, fazendo com que o processo educativo ocorra de forma expressiva, capaz de provocar mudanças, por mais que sutis.” (GAZZINELLI et al, 2005, p.205).

Logo e em consonância com Renovato e Bagnato (2010) cabe ressaltar que o sujeito apático, dócil, abre espaço a um sujeito ativo, capaz de cuidar de si, portanto passível de ser fabricado, assim com seu inverso.

Sendo a educação em saúde uma prática social, cuja principal função e fomentar e suscitar formas de se desenvolver um processo crítico e reflexivo sobre aquilo que leva ao adoecimento ou falta de saúde tendo por base as relações dialógicas, assim estaremos trabalhando com pessoas e não para pessoas (ALVES; AERTS, 2011) o que cabe efetivar ações que evidenciem o respeito às posturas tomadas pelo outro, independente de qual seja esta escolha, pois geralmente estas escolhas

são guiadas por especialistas [...] e sob esta perspectiva, o sujeito cidadão e consumidor [...] contribuem para a formação de sujeitos ativos [...] entrelaçados por inúmeras dimensões, por práticas de saúde construídas historicamente, não se pode mais imaginar relações de poder binarizadas e sim, múltiplas relações de poder intermeadas de interpelações, que delimitam condutas consideradas saudáveis para esse outro, alicerçada em representações sociais culturais e situadas em espaços e temporalidades particulares” (RENOVATTO E BAGNATO, 2010, p.561).

Ainda neste contexto e escudados nos dizeres de Albuquerque e Stolz (2004) a APS é o local ideal para que ocorra a educação em saúde, proporcionada através de práticas educacionais oriundas do planejamento das suas ações, que deveriam evidenciar o respeito ao

usuário e aos seus conhecimentos e experiências através da melhoria do “diálogo entre os sujeitos, na educação humanizadora e no trabalho com a totalidade das dimensões do sujeito” (ALVES; AERTZ, 2011, p.322).

Portanto, e á luz de Ayres (2001, p.68) “esse ato, criador de sujeitos e seus mundos na e pela linguagem, que nos faz experimentar o que somos no encontro com que não somos, senão diálogo? Podemos então afirmar que sujeitos são diálogos”.

## **4 REFERENCIAL TEORICO E METODOLÓGICO**

Sendo a Prática Baseada em Evidências (PBE) um instrumento cuja intenção é a solução de problemas na assistência à saúde em todos os níveis assistenciais, que evidencia a relevância da pesquisa na prática clínica, onde se toma decisões que levam em consideração a competência clínica do profissional bem como os valores e predileções e preferências do paciente, que por sua vez está inserido em um contexto. Portanto esta abordagem estimula uma assistência alicerçada no conhecimento científico, resultado de boa qualidade e custo condizente com o meio onde a prática é aplicada (MENDES, SILVEIRA; GALVÃO, 2008), o que é devidamente corroborado e ampliado nos dizeres de Botelho, Cunha e Macedo (2011, p.124) “pode ser incorporada como ferramenta de pesquisa nas ciências sociais aplicadas, pois possui recursos que proporcionam a incorporação das evidências na prática organizacional”.

Assim e com o olhar voltado para a educação em saúde e as possíveis transformações individuais em sujeito, o método de escolha para a realização de estudo foi a Revisão Integrativa (RI), pois “os enfermeiros são constantemente desafiados na busca de conhecimentos científicos a fim de promoverem a melhoria do cuidado de seus pacientes [...] prestada nos diversos níveis de atenção reforçando a importância da pesquisa para a prática clínica” (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2013, p.759).

### **4.1 Revisão Integrativa de Literatura**

Souza et all (2010) definem que a RI é uma vasta busca na literatura de estudos empíricos ou não, capazes de levar a uma reflexão e compreensão completa do fenômeno em estudo, além de incorporar novos conceitos, revisões, teorias e evidencias através dos passos definição do problema, identificação da informações, condução da busca de referenciais, avaliação crítica e a aplicabilidade dos dados obtidos através da pesquisa realizada.

Logo esta abordagem estimula uma assistência alicerçada no conhecimento científico, resultados de boa qualidade e custo condizente com o meio onde a prática é aplicada (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008), o que é devidamente corroborado e ampliado nos dizeres de Botelho, Cunha e Macedo (2011, p.124) “pode ser incorporada como ferramenta de pesquisas nas ciências sociais aplicadas, pois possui recursos que proporcionam a incorporação das evidências na prática organizacional”.



Neste contexto Mendes, Silveira e Galvão (2008, p.759) sustentam que

no movimento da PBE há necessidade de produção de métodos de revisão de literatura, os quais permitem a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, dentre estes de destacam a revisão sistemática e a revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p. 759).

Com o olhar voltado para a educação em saúde e as possíveis transformações individuais em sujeito, o método de escolha para a realização deste trabalho foi a Revisão Integrativa (RI), e sendo os enfermeiros constantemente desafiados a desvendar novas formas ou maneiras de se trabalhar educação em saúde, promovendo melhorias no cuidado, assim Mendes, Silveira e Galvão (2008) definem que

a revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p. 759)

O levantamento bibliográfico de publicações indexadas foi realizado nos meses de agosto e setembro do ano de 2013, nas seguintes bases de dados Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), Index Medicus Eletrônico da National Library of Medicine (MEDLINE), SciELO, Também serão utilizadas monografias de especialização, dissertações de mestrado e teses de doutorado contidas nos bancos de dados de teses das universidades brasileiras, que serão devidamente registradas quando incluídas neste estudo.

Também foram utilizados como fonte da pesquisa livros de acervo particular com importância reconhecida e de relevância para o estudo.

## **4.2 Métodos e Etapas**

Para elaborar uma revisão integrativa capaz de subsidiar a implementação de intervenções eficazes no cuidado aos pacientes, é necessário que as etapas a serem seguidas estejam claramente descritas. O processo de elaboração da revisão integrativa encontra-se bem definido na literatura; entretanto, diferentes autores adotam formas distintas de subdivisão de tal processo, com pequenas modificações. No geral, para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas, similares à pesquisa primária (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Assim as etapas seguidas para a elaboração deste trabalho foram, a formulação da pergunta norteadora, a busca e análise interpretativa dos dados, apresentação dos resultados encontrados, que devem obedecer “recomendações sobre objetividade, a didática e a clareza á

serem cumpridas durante o desenvolvimento deste estudo” (PEREIRA; OLIVEIRA, 2013, p.413).

Lima (2010, p.48) salienta que a questão norteadora deve ser definida “de forma tão clara e específica quanto á hipótese de uma pesquisa primária” pois ela será a base dos rumos da pesquisa além de definir seus objetivos. Nesta perspectiva, este trabalho se propõe a responder é: identificar de quais as práticas educacionais são desenvolvidas na atenção primária em saúde a partir da transformação do profissional enfermeiro enquanto sujeito do processo.

No intuito de se iniciar uma busca que respondam a questão norteadora, dá início a busca de dados que se relacionem ao tema do trabalho, formando assim a população do estudo, que foi construída através da busca realizada nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e no portal de periódicos e Scientific Eletronic Librari Online (SCIELO) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no período de julho a setembro de 2013. A amostra foi selecionada levando-se em consideração os seguintes critérios de inclusão: estudos de produção científica, dissertações, teses e artigos originais disponíveis na íntegra, que foram publicados em revistas científicas no período de 2003 a 2013.

Para auxiliar nesta busca foi elaborado um instrumento, (APENDICE I) com objetivo de minimizar a perda de estudos e possibilitasse ultrapassar as bases de dados usuais, mantendo-se fixo na eficiência e através da seleção daqueles que tenham maior chance de apontar resultados para este estudo.

Fixo no objetivo da terceira fazer da RI, encontrar os artigos que formariam a base de dados, optou-se pelos descritores: atenção primária em saúde, educação em saúde, estratégia de saúde da família, promoção em saúde, enfermeiro, sujeito e práticas educacionais que fazem parte dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), assim após pesquisa verificou-se que praticas educacionais não se encontra no DeCS. Portanto fora devidamente excluído desta RI.

Os critérios de inclusão foram: artigos divulgados na íntegra, na língua portuguesa, de origem brasileira, publicados entre os anos de 2003 á 2013, que contenham informações a claras sobre sua metodologia e objetivos.

Como critérios para a exclusão foi considerado: documentos técnicos, resumos de congressos, anais, editoriais, artigos de reflexão ou que não dissessem respeito ao Brasil, bem como aqueles artigos que não pudessem ser encontrados integralmente ou em repetidas bases de dados.

**QUADRO 1 – A busca pelas publicações ideais**

<b>Descritores</b>	<b>Base de dados</b>	<b>Encontrados</b>	<b>Pré-selecionados</b>	<b>Selecionados</b>
- Atenção primária em Saúde	- MEDLINE	583	0	00
	- LILACS	40	01	00
- Educação em Saúde	- SCIELO	602	26	02
- Enfermeiro				
- Educação em Saúde	- SCIELO	26	02	02
- Promoção em Saúde				
- Atenção Primária em Saúde	- MEDLINE	0	0	00
	- LILACS	14	01	01
- Educação em Saúde	- SCIELO	0	0	00
- Sujeito				
- Promoção da Saúde	- MEDLINE	07	05	01
- Sujeito	- LILACS	56	00	00
- Educação em Saúde	- SCIELO	29	02	01
- Programa de Saúde da Família	- MEDLINE	0	0	00
	- LILACS	20	1	01
- Educação em Saúde	- SCIELO	03	0	00
- Promoção de Saúde				
- Educação em saúde	- MEDLINE	134	0	00
- Promoção em Saúde	- LILACS	46	25	00
- Programa de Saúde da Família	- SCIELO	0	0	00
<b>TOTAL</b>		<b>1560</b>	<b>63</b>	<b>08</b>

O quadro 1 demonstra que por meio dos arranjos entre os descritores, foram encontrados 1560 artigos, que ao serem devidamente analisados à luz dos critérios de inclusão e exclusão desta RI. Chega-se então à 63 artigos pré-selecionados. Em seguida, dando prosseguimento nos passos de uma revisão integrativa, foi realizada a leitura crítica e integral dos resumos o que finaliza num total de 08 trabalhos que formam então o banco de dados deste estudo.

De acordo com Lima (2010, p.50) citando Campos (2005) “a ação de definir as características da pesquisa primária é a mais importante neste procedimento metodológico”, pois é nesta etapa define que será devidamente coletado no banco de dados até então formado. A mesma autora (2010, p.50) ainda ressalta, ao citar Ganong (1987) “a etapa da categorização do estudo representa a essência da revisão integrativa”.

Assim, e na tentativa de melhor analisar o banco de dados obtido, optou-se por categorizar quanto as publicações, quanto aos autores e quanto aos estudos.

Iniciando a categorização do banco de dados, será evidenciado o ano e a localidade da publicação bem como em qual base de dados o estudo está devidamente indexado, o que está representado no quadro 2.

**QUADRO 2 – Categorizando as publicações**

<b>Estudo</b>	<b>Ano</b>	<b>Base de dados</b>	<b>Estado de Publicação</b>	<b>Periódico</b>
E1	2012	SCIELO	SP	Revista Brasileira da Enfermagem – REBEn.
E2	2012	SCIELO	MG	Revista Panamericana de Salud Pública.
E3	2011	SCIELO	MG	Revista Ciência & Saúde Coletiva.
E4	2011	BDEF	MG	Revista Mineira de Enfermagem – REME.
E5	2011	SCIELO	SP	Revista Escola de Enfermagem da USP
E6	2011	SCIELO	PR	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem
E7	2011	LILACS	RJ	Revista Trabalho Educação e Saúde.
E8	2008	LILACS	MG	Revista de APS

Analisando o quadro observamos que no ano de 2011 publicou 62,5% dos estudos, num total absoluto de 05 estudos, seguidos do ano de 2012 que publicou um total de 02, que nos mostra 25% e logo em seguida os anos 2008 que obteve a publicação de um estudo, o que representa 12,5% do total de estudos desta RI.

Observa-se que somente as regiões sudeste e sul fazem parte deste banco de dados, devidamente representados pelos estados de Minas Gerais com 04 trabalhos, São Paulo com 2 e Rio de Janeiro com 01, o que pode ser traduzido em 50% de estudo mineiros, 25% paulistas e 12.5% de trabalhos fluminenses. O estado do Paraná, único representante da região sul, com 01 estudo, ou 12.5%.

Verifica-se que a base de dados SCIELO, BDEF e LILACS formam o escopo de estudos deste trabalho, representado respectivamente por 62,5%, 25% e 12,5% de artigos incluídos nesta RI.

Para categorização dos autores, foi evidenciado o seu quantitativo, a formação, a titulação e o local de atuação dos mesmos, o que é ilustrado pelo quadro 3.

**QUADRO 3 – Categorização dos Autores**

<b>Estudo</b>	<b>Quantidade de autores</b>	<b>Profissão</b>	<b>Titulação</b>	<b>Local de atuação</b>
E1	04	- enfermeiros	- mestre - pós-doutor - pós-doutor - mestre	- Colégio 24 de Março/SP - USP/ Ribeirão Preto/SP - USP/ Ribeirão Preto/SP - USP/ Ribeirão Preto/SP
E2	06	- enfermeira - enfermeira - enfermeira - enfermeira - enfermeira - bióloga	- mestre - doutor - mestre - mestre - doutor - doutor	- Centro Universitário Newton Paiva/BH/MG - UFMG - UFMG - UFMG - UFMG

				- UFMG
E3	03	- enfermeiras	- doutor - mestre - doutor	- UFTM/Uberaba/MG - UFTM/Uberaba/MG - UFTM/Uberaba/MG
E4	04	- enfermeiras	- especialista - bacharel - doutor - doutor	- residente Saúde Coletiva CPqAM/Recife - egresso FENSG/UPE - FENSG/UPE - FENSG/UPE
E5	03	- enfermeiras	- mestre - doutora - doutora	- EU de Maringá/PR - EU de Maringá/PR - EU de Maringá/PR
E6	02	- enfermeiras	- mestre - doutora	- UF Oeste do Paraná, Cascavél/PR - UF de Maringá/PR
E7	04	- enfermeira - enfermeira - farmacêutico - enfermeira	- mestre - doutor - mestre - doutor	- UENP/Curitiba/PR - UENP/Curitiba/PR - UEL/Londrina/PR - UEL/Londrina/PR
E8	05	- enfermeiras	- doutora - doutora - doutora - doutora - bacharel	- UFJF/Juiz de Fora/MG - UFJF/Juiz de Fora/MG - UFJF/Juiz de Fora/MG - UFJF/Juiz de Fora/MG - UFJF/Juiz de Fora/MG

O número total de autores desta RI é de 31 autores. Percebe-se que há uma grande variação na formação de conjuntos para a realização dos estudos. Desta forma aquela com maior quantidade autoral fora com 06 autores, ou seja, 19,3% do quantitativo de autores. Em seguida é encontrado um estudo com 05 autores, 16,1% do total. Obteve-se 04 estudos elaborados por 04 autores, ou seja, 12,9% cada. Já aqueles que obtiveram a união de 03 responsáveis são representados por 02 estudos, o que garante 9,6% para cada um. Finalizando ainda temos um estudo com 02 autores, assim 6,4% da totalidade.

Ao observar a formação acadêmica dos autores, encontramos apenas dois autores cuja formação não é a enfermagem, e sim, uma bióloga e um farmacêutico. Assim 93,6% dos responsáveis pelas obras científicas desta RI são enfermeiras ao passo que somente 3,2% é bióloga seguida de também 3,2% de formação em farmácia.

Apreciado a titulação dos referidos autores encontra-se 3% possui o título de especialista, ou seja, apenas um autor. O bacharelado possui um valor absoluto de 02 autores, o que perfaz 6% do total, o que iguala aos portadores do título de pós-doutorado que também é identificado 02 autores. Já aqueles que são mestres temos um total de 10, assim um valor de 32% total de autores. 16 autores possuem o título de doutor, o que nos mostra um valor de 52%.

Quanto ao local de atuação, vê-se que a maioria absoluta dos autores, 93%, estão exercendo suas atividades voltadas para a formação acadêmica, ou seja, atuam em universidades, ao passo que somente há uma autora que declara atuar na formação técnica de profissionais de enfermagem. Há ainda uma que se declara como residente residente em Saúde Coletiva CpqAM/Recife seguida de uma autora de afirma ser egresso do curso de Enfermagem da Universidade Nossa Senhora das Graças/PE, o que resulta em 3% de representatividade para cada uma.

Ainda relacionado a categorização referente à publicação, o quadro 4 demonstra as características que dizem respeito o título, ao objetivo e a metodologia empregada pelos autores.

**QUADRO 4 – Categorização dos Estudos**

<b>Estudo</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodologia</b>
E1	Ações Educativas em um Programa de Agentes Comunitários de Saúde.	- identificar e analisar as ações educacionais realizadas em um PACS.	- pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso.
E2	Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária.	- questiona-se o novo paradigma da promoção em saúde da autonomia ao sujeito.	- estudo descritivo através de observação estruturada.
E3	Educação em Saúde: percepção dos enfermeiros da atenção primária em Uberaba (MG).	- conhecer a percepção dos enfermeiros vinculados ao PSF sobre a educação em saúde.	- qualitativa descritiva.
E4	A atenção do homem: ações e perspectivas dos enfermeiros.	- analisar as ações e percepção dos	- estudo qualitativo
E5	Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças.	- conhecer as dificuldades e perspectivas de mudanças que os enfermeiros identificam no desenvolvimento das ações educativas.	- pesquisa qualitativa descritiva exploratória.
E6	Educação em saúde da Estratégia de Saúde da Família: o significado e a práxis dos enfermeiros.	- identificar o significado da educação em saúde para os enfermeiros que atuam no PSF.	- estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa.
E7	Relações entre concepções e práticas em saúde na visão de uma equipe de saúde da família.	- analisar as concepções de educação em saúde de profissionais da equipe de saúde da família e	- abordagem qualitativa.

		pensar criticamente sobre a relação estabelecida entre as práticas de educação em saúde e o discurso desses trabalhadores	
E8	O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no programa saúde da família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil	-caracterizar o discurso do enfermeiro do PSF em Juiz de Fora sobre a educação em saúde, discutindo os fatores que interferem no desenvolvimento desta prática.	- qualitativo, exploratória descritivo.

Ao verificar minuciosamente os títulos do corpo de artigos que integram esta RI, denota-se que todos enfatizam a educação em saúde, as atividades educacionais ou práticas educativas desenvolvidas pelos enfermeiros na APS, ou seja, a menina dos olhos e o objeto de estudo deste estudo, onde se percebe posturas semelhantes nos dizeres de Carvalho, Clementino e Pinho (2008, p.243) quando afirma que “educação em saúde é uma prática constante no cotidiano de um enfermeiro, principalmente para o que atua em saúde pública. Sabe-se que as práticas educativas são inúmeras, porém, sua eficácia continua questionada”.

Quanto aos objetivos, pode-se assistir que os autores estão voltados para esmiuçar, examinar detalhadamente, pois em 02 estudos os autores lançam mão do verbo identificar, outros 02 desejam conhecer e ainda outros 02 almejam analisar. Somente um estudo quer caracterizar ao passo que em E2 os autores pretendem questionar.

A metodologia que se sobressai no banco de dados desta RI é a qualitativa, que segundo Minayo (1993) é fundamentada no campo da subjetividade e do simbolismo por meio da análise das relações humanas que acontecem no cotidiano que toda ordem social, uma vez que, diminui o distanciamento entre o sujeito e o objeto e considera a empatia, o intuito, o desejo o que concede o significado a estas relações. A mesma autora (1993, p.246) ainda afirma, citando Granger (1982) “que o verdadeiro modelo qualitativo descreve, compreende e explica trabalhando exatamente nesta ordem”.

Há somente um trabalho, E2, que em sua descrição metodológica conta que é uma estudo descritivo com estrutura observacional que por sua vez se enquadra nos métodos qualitativos.

Ainda categorizando as obras desta RI, o quadro 05, ainda mostra pontos de relevância para este trabalho como a identificação das práticas educacionais mais utilizadas pelos enfermeiros da APS bem como a conclusão que os autores obtiveram.

**Quadro 5 – Categorização do estudo**

<b>Estudo</b>	<b>Práticas educacionais evidenciadas</b>	<b>Conclusão</b>
E1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- atividades de caminhadas, grupo de fuxico, reunião de quarteirão, ida a biblioteca com crianças;</li> <li>- atividades a partir da necessidade comunitária;</li> <li>- visitas domiciliares</li> <li>- palestras sobre diabetes, hipertensão;</li> <li>- grupos</li> <li>- tudo o que a gente faz é educativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- predomínio da atividade educacional tipo tradicional ou bancária;</li> <li>- concepções educativas que culpam os indivíduos por sua condição de saúde doença;</li> <li>- relevância a importância do apoio às atividades de educação por parte dos gestores;</li> <li>- educação em saúde não é mera transmissão de informação;</li> <li>- relevância às atividades dialógicas.</li> </ul>
E2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- atividades de pratica corporal, convivência e relaxamento vinculados a pratica artística</li> <li>- programas de gestantes, adolescentes, hipertensão, diabetes, asma ou relacionados ao meio ambiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- atividades educativas que promovam a autonomia do sujeito considerando sua singularidade, integralidade e complexidade;</li> <li>- atividades que favoreçam o diálogo;</li> <li>- atividades comprometidas com o exercício da escolha;</li> <li>-fomentar relações dialógicas;</li> <li>- ações de promoção da saúde ainda de forma incompleta;</li> <li>- suscitar e efetivar a intersectorialidade.</li> </ul>
E3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- visitas domiciliares e consultas de enfermagem;</li> <li>- trabalhos com grupos de gestantes, hipertensos diabéticos ou de acordo com a epidemia do momento;</li> <li>- atividades com propostas de instrução, divulgação explicação de informações pautados nas necessidades da comunidade;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- profissionais tem proximidade com a educação em saúde como pratica norteadora da promoção de saúde;</li> <li>- discurso teórico possui conceitos atuais;</li> <li>- atividades educacionais ainda apontam quem tem o poder de ensinar e de aprender;</li> <li>- grupos sob forma prescritiva, intervencionista com ênfase na mudança de hábitos;</li> <li>- apontam a problematização como instrumento de melhorias do processo;</li> <li>- atividades pautadas no diálogo e respeito ao saber popular;</li> <li>- entendimento a respeito da singularidade.</li> </ul>
E4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- atividades comuns a UBS com programas de saúde da mulher, do adolescente, do adulto e do idoso, imunizações, pré natal de baixo risco, planejamento familiar, tuberculose e hanseníase;</li> <li>- pratica tradicional por meio de palestras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- profissionais da APS necessitam superar velhos paradigmas da educação em saúde;</li> <li>- maior investimento em promoção e prevenção a saúde;</li> <li>- reconhecimento dos fatores biopsicossocial econômica e cultural que envolvem os seres humanos;</li> <li>- estabelecimento de parcerias entre os atores da saúde.</li> </ul>
E5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- atividades em saúde no contexto individual e coletivo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- insuficiência de apoio por parte da gestão;</li> <li>- falta de adesão às atividades educativas;</li> <li>- cultura curativa;</li> <li>- baixa escolaridade da população;</li> <li>- grande volume de demanda espontânea;</li> <li>- perfil inadequado de profissionais da equipe;</li> <li>- sobrecarga de trabalho;</li> <li>- inadequação na formação;</li> <li>- educação permanente insuficiente;</li> <li>- falta de recursos materiais;</li> <li>- carência de conhecimentos sobre a política do</li> </ul>



		PSF.
E6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- atividades em todos os ciclos de vida e forma individual preventivo, puericultura, atendimento baseado na queixa, consulta de enfermagem, visita domiciliar, na busca de medicação, assistência ao pre natal, realização de procedimentos, vacinação e verificação de dados vitais;</li> <li>- no âmbito coletivo: grupo hiperdia, gestantes, sala de espera, grupos anti tabagismo, planejamento familiar, bolsa família, pesagem e entrega do leite, melhor idade, saúde mental;</li> <li>- projetos: de cultivo e uso de plantas medicinais, pro jovem de reciclagem de lixo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- processo educativo ainda está aquém do preconizado pelo ministério;</li> <li>- atividades individuais atreladas aos procedimentos e atendimentos com foco na queixa;</li> <li>- atividades coletivas voltadas á cumprir protocolos ministeriais;</li> <li>- atividades educacionais ainda desenvolvidas em proporção inferior ao esperado na estratégia.</li> <li>- despertar maior interesse dos profissionais da ESF quanto a educação em saúde;</li> <li>- reconhecimento dos problemas relativos á educação em saúde;</li> <li>- inversão do modelo assistencial;</li> </ul>
E7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- toda atividade com usuário tem potencial educacional;</li> <li>- atividades de grupo como o de prevenção de câncer;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- atividades educacionais fortemente embasadas no modelo da transmissão do conhecimento;</li> <li>- saber profissionais sobressaindo ao saber da população;</li> <li>- processo educativo voltado para o aprendizado mútuo e o respeito aos conhecimentos da população;</li> <li>- necessidade de valorizar o profissional como sujeito;</li> <li>- formação profissional inadequada para a educação em saúde;</li> <li>- valorização do saber e da participação popular;</li> </ul>
E8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- atividades individuais comum na assistência na APS;</li> <li>- atividades de grupos como sala de espera, orientação e dinâmicas;</li> <li>- todas as atividades desde a entrada no usuário na UBS demandam educação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- há lacunas nos processos educativos entre o tradicional, prescritivo, autoritário que persistem até hoje;</li> <li>- falta de recursos materiais e humanos;</li> <li>- grande demanda de serviço de ordem espontânea e atividades burocráticas;</li> <li>- atividades educativas prescritivas e curativas;</li> <li>- deficiência de investimentos;</li> <li>- parceria das instituições formadoras de modo a compreender como ocorrem as contradições entre o discurso e a pratica.</li> </ul>

Todos os trabalhos desta RI revelam que o enfermeiro de APS realiza atividades educativas em seu cotidiano, neste sentido, Colomé e Oliveira (2012) asseguram que o enfermeiro tem ocupado cada vez mais esta posição, pela especificidade e tradicionalidade de sua formação e pelo seu vasto conhecimento e grande habilidade de contextualização.

Assim, os atendimentos individuais, como as consultas de enfermagem evidenciados em E3 e E6, nas visitas domiciliares como exposto em E1, E3 e E6 e ainda E6 mostra que em todos os procedimentos de enfermagem e atendimentos baseados na queixa do usuário,

quando realizados pelos próprios, se tornam espaços para que seja fornecida as devidas orientações de saúde bem como o momento ímpar de se fomentar a reflexão de possíveis ações ou atitudes que por ventura estejam na contra mão da saúde.

Há também as atividades educacionais em saúde através da realização de grupos que segundo Abrahão e Freitas (2009, p.437), citando Pichon-Rivière (2005) “o autor cunha o conceito de grupo operativo, que significa aquele conjunto que se centra em uma tarefa” o que é devidamente evidenciado quando E1, E2, E3, E6 que afirmam a existência de grupos de hipertensos e diabéticos, grupos com gestantes ou saúde da mulher é apontado em E2, E3, E4 e E6, grupos com asmático somente E2 indica a sua realização, em E4 temos a formação grupal para hansenianos e tuberculosos. O planejamento familiar e o anti tabaco aparece em E4 e E6. Em E7 temos a preocupação em se prevenir os canceres. A saúde mental, saúde do idoso e ações contra o baixo peso em crianças é ressaltado em E6.

O cunho social do trabalho em grupo é visualizado em E6 e E2 quando citam a realização de projetos com adolescente e a instituição do uso de plantas medicinais e atividades corporais com objetivo de relaxamento, socialização e artístico.

A preocupação com o ciclo de vida da adolescência é ressaltado em E2 e E6.

Em E1 se vê que as necessidades comunitárias são de relevância, pois há a formação de grupos partindo da necessidade da comunidade.

Já em E3 é ressaltado que o trabalho em grupo segue padrões epidemiológicos tendo em vista a realização desta ação também por causa das epidemias do momento.

Teixeira e Veloso (2006) apontam que a sala de espera é um meio onde pessoas aguardam o momento de sua consulta médica, sendo este espaço dinâmico, vivo onde existe a mobilização de diferentes sujeitos, que conversam, trocam ideias, experiências e observações, portanto emocionam-se e se comunicam através da linguagem. Os mesmos autores (2006, p.321) ainda apontam que “a sala de espera não constituem um grupo propriamente dito, mas um agrupamento [...] entretanto, quando essa atividade se instala pela iniciativa dos profissionais de saúde, forma-se um trabalho em grupo singular e específico”, neste contexto, a sala de espera é ressaltado como atividade educacional em grupo em sala de espera apenas em E8.

Passando para os resultados obtidos no banco de dados desta RI, 100% asseguram que ainda as atividades educacionais, sejam em grupo ou individuais, são de cunho curativista, prescritivo, autoritário ainda com fortes bases no modelo tradicional e bancário, que tendem sempre a culpabilizar o outro, apesar dos profissionais possuírem conhecimento atuais acerca do assunto como é assegurado em E3, ainda há uma grande lacuna entre o saber e o fazer

como é evidenciado em E8. Se mantem atividades atreladas às queixas ou demandas pontuais ou meramente para cumprir com demandas ministeriais, como apontado em E6 e devidamente corroborado em E2 que demonstra que o sujeito não é fomentado a escolher e promover a sua autonomia.

Em E1, E2, E3 são apontados a inexistência do diálogo nas atividades, já em E3 e E8 descreve o desrespeito ao saber popular que podem estar correlacionados a baixa adesão por parte da comunidade como é assegurado em E5. O que pode ser devidamente levado em consideração quando E5 e E7 asseguram que a formação profissional é deficitária, não capacitando para estas atividades. Entretanto em E8 ressalta que a busca de parcerias para a solução dos obstáculos é uma possível solução para a efetivação da promoção por meio da educação sem saúde por meio do entendimento da singularidade e complexidade do sujeito, e de somente pode ser valorizado quando o profissional assume a sua postura enquanto sujeito da ação como é revelado em E7.

A pouca injeção de recursos materiais ou recursos didáticos é levantado em E5 e E8, desta forma o profissional não consegue despertar sua vontade em efetivar ações educacionais como é assegurado em E6 e devidamente fortificado em E5 quando observa que existe uma carência de conhecimento a respeito da política do PSF. Ponto este que poderia ser devidamente sanado se a política de educação permanente não fosse deficitária e insuficiente como é mostrado em E5 ou ainda se fomentasse discussões sobre a intersectorialidade como indicado em E2.

E5 aponta ainda alguns obstáculos na qualidade e efetivação das práticas educativa como a baixa escolaridade populacional além de um perfil inadequado de profissionais que ingressam na rede básica e uma sobrecarga de tarefas, o que também é visto em E8.

## 5 DISCUSSÃO

Mantendo-se no bojo das discussões das práticas educativas no Brasil, onde inúmeros discursos já foram feitos de forma a qualificar a consciência sanitária e em busca de uma identidade nacional, cujo objetivo é romper definitivamente com o elo de que ainda permanece vivo no cotidiano da saúde, “tem em seu elemento nuclear a doença” (REVONATO; BAGNATO, 2010, p.558).

Neste sentido, a educação em saúde é considerada indispensável como prática social e deve ser realizada por profissionais que possuam um saber científico, entretanto, que este saber não se torne verdade absoluta e definidora perante os demais saberes ou modos de se viver, para se tornarem saudáveis (GAZZINELLI ET AL, 2013).

Não se pode deixar de mencionar que educação e saúde são campos que se tangenciam ao longo da história e possuem inúmeros ângulos observacionais, os quais se sobressaem a o modelo tradicional, bancário, prescritivo e dominador que envolve o conhecimento sobre doenças e formas de se adoecer bem como saber evita-las. Do outro lado se vê uma grande aproximação da saúde com a educação somado a tendência de se promover a saúde, através ações de suscitem a reflexão e análise crítica dos vários aspectos da realidade social ou coletiva e que em conjunto por meio de relações dialógicas obtenha-se a solução de problemas, pois, toda e qualquer ação de saúde envolve ações de educação no desenvolvimento de suas atividades (PINAFO, 2011).

Em conformidade com o enunciado, percebe-se que os profissionais da APS possuem conhecimentos científicos e metodológicos para a planejar, desenvolver e realizar atividades onde o processo de ensino aprendizagem seja eficiente e eficaz, o que é devidamente demonstrado no banco de dados, que ressalta que as atividades educacionais acontecem sob dois pontos básicos da APS, atendimentos individuais como nas consultas de enfermagem em todo o ciclo vital, na execução de procedimentos de cuidado, nas visitas domiciliares, na dispensação e administração de medicação e na imunização. Momento este que pode ser considerado impar e altamente eficaz na educação em saúde pela sua interação face a face com o usuário e por meio das emissão e recepção das mensagens emitas pelos sujeitos envolvidos. O que é devidamente enfatizado quando Silva (1998, p.27) enfatiza que “consulta de enfermagem requer mudanças na prática assistencial do enfermeiro, levando-o a

compreender sua complexidade enquanto atividade que necessita de metodologia própria e objetivos definidos”.

As atividades em grupo, também apontada em todos os artigos estudados, são outro grande ponto de atenção, e por que não dizer o maior enfrentamento, dos enfermeiros da APS, tendo em vista o dimensionamento populacional adscrito sob a responsabilidade dos profissionais que compõem as ESF. Assim torna-se mis fácil unir pessoas que por ventura tenham a mesma patologia, sintomatologia, enfrentam os mesmos problemas ou que tenham as mesmas necessidades e que se disponham a receber informações, aconselhamentos tenho como meta a mudança de comportamento e a diminuição de indivíduos no serviço de saúde. O que caminha no viés inverso do que dizem os artigos estudados, uma vez que todos estudos apontam que os profissionais tem conhecimento da efetividade das relações dialógicas, do respeito ao saber popular e do empoderamento do outro enquanto sujeito, o que nos leva assistir ao fracasso das ações grupais.

Este mau resultado não é bem visto pelos atores da APS. Dede modo a gestão não se sente instigada a investir nestas ações, os usuários não se sentem motivados a participar de encontros onde somente há a transmissão de informações e os profissionais se mantém presos ás queixas e fixos nos processos de educação meramente para cumprir determinações ministeriais.

O elemento da intersetorialidade aparece em um dos estudos como ponto de poderia fomentar e facilitar o trabalho educacional na APS, seja em forma individual ou coletiva, este tópico fomenta a discussão acerca da busca e soluções através do apoio e parcerias dos múltiplos setores que também fazem saúde, como é o exemplo a educação, da ação social e da participação popular que atualmente configura apenas como mero numerário nos colegiados locais.

No estudo de Balduino e Lessa (1996) ressalta que o educador em saúde pública é uma agente com capacidade de transfigurar e mudar o sistema, assim o enfermeiro configura um elemento com esta capacidade. Portanto sua formação, por mais que ainda sobre o pilar biologicista e curativista coloca este profissional em situação privilegiada, por sua aptidão de contextualizar, por mais que as instituições formadoras ainda insistam no tradicionalismo (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2012). Logo o elemento que aponta a inadequada formação pode ser analisado pela ótica de se fomentar os campos de discussão e troca entre os próprios profissionais ou até mesmo com as academias formadoras.

Apesar da formação fornecer subsídios para a realização das atividades educativas na APS e estarem acontecendo, em dois trabalhos aparecem a falta da educação permanente em

serviços. Neste sentido, e escudado nos dizeres de Silva e Peduzzi (2011) a educação permanente é feita no espaço onde acontece o trabalho e cujo objetivo é o de refletir sobre estes processos levando em conta as necessidades do coletivo ou individual, assim se conecta com a atenção a saúde, a formação, a gestão e o controle social e na organização do trabalho, que é vivo em seu cotidiano. Assim, os profissionais se sentem insuficientes para o enfrentamento dos possíveis questionamentos, muito sem solução aparente, carecendo de momentos onde se possa se expressar seus medos, angústias e inquietações. Partilhando experiências, mesmo que equivocadas com colegas que muitas vezes se sentem desamparados na complexidade do fazer saúde na APS.

Em um artigo é observado a necessidade de se valorizar o profissional como sujeito, o que nos remete pensar que sujeito é aquele indivíduo capaz de (re)contruir o curso de sua vida realizando suas escolhas bem como se responsabilizar pelas cargas positivas ou negativas oriundas desta (REVONATO; BAGNATO, 2010) e tendo o enfermeiro toda a competência técnica, ética e legal para se tornar o pivô de da mudança da lógica assistencial, que ainda insiste em despontar em muitas UBS, não o faz em sua plenitude, deixando de lado sua ação educadora e transformadora de cidadãos em sujeitos, em detrimento de ações burocráticas e administrativas que podem e devem ser delegadas a outrem.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente não temos como distanciar a promoção da saúde tendo como eixo organizacional e estruturante a educação em saúde, que é vista como uma incessante prática no dia a dia nas atividades da APS, seja através de encontros formais devidamente agendados ou aqueles que acontecem em seus corredores, de maneira causal, assim, é fato de que a educação e a saúde, historicamente, se tangenciam, e ora se mesclam, por ser a educação um eixo estrutural das ações e maneiras de se fazer saúde em um país colossal quantitativa e qualitativamente.

Os profissionais da APS, evidenciando o enfermeiro, apesar de sua formação tradicional e sob o prisma da cura prescritiva, tem imensa capacidade de contextualizar, conduzir o outro a analisar e pensar criticamente seus modos de governar a vida. Assim, após atingir o objetivo desta RI, ao identificar as atividades educacionais realizadas no âmbito da APS onde os enfermeiros atuam enquanto sujeitos destas ações, são as atividades educacionais individuais ou coletivas.

As realizadas de maneira individual sobressai as consultas de enfermagem, ao passo que, as atividades grupais ficou evidente que são ações ainda voltadas para determinadas etapas da vida ou de cunho epidemiológico, sendo ainda reduzida a quantidade de ações voltadas para o fortalecimento do social ou pessoal, portanto, do sujeito.

Os grupos por sua vez, formam o escopo máximo das atividades educacionais da APS, entretanto existe uma grande lacuna entre o saber e o fazer do profissional enfermeiro que resultam no afastamento dos usuários, das atividades propostas, quando estes deixam os consultórios e enfrentam a complexidade e a intersubjetividade das atividades em grupo.

Apesar dos vários entraves apontados, percebe-se que há um forte empenho para que a metodologia assistencial seja deveras modificada, por meio ações pautadas nas ações que fortaleçam o diálogo, a capacidade da escolha responsável, a intersetorialidade, a participação popular e a melhoria dos investimentos por parte da gestão, que por sua vez somente serão sentidas, a partir de posturas profissionais, capazes de demonstrar que as atividades educacionais tem o poder de transformação, qualquer que seja ela.

Ayres (2001) afirma que somente através do diálogo se constrói o sujeito, assim é esperado que este trabalho seja capaz de abrir caminhos e estimular a curiosidade, não somente dos enfermeiros na realização de atividades educacionais, individuais ou coletivas, com capacidade de fomentar a liberdade necessária ao se tomar decisões, fazer escolhas e certamente arcar com seu ônus. Mas também que possa direcionar novas discussões, aos

profissionais docentes, acerca da sujeição, tendo como alicerce as práticas educacionais transformadoras e autônomas, que acontecem quando há uma conscientização profissional de sua capacidade de formar e transformar o outro em sujeito, a partir de sua própria transformação.



## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia. FREITAS, Carla Sueli Fernandes de. Modos de Cuidar em Saúde Pública: O trabalho grupal na rede de Saúde Pública. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17(3), jul/set: p.436-41, 2009. Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a24.pdf>>. Acesso em 28 jan.2014.

**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (BRASIL)**. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico / Agência Nacional de Saúde Suplementar. – 2. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2007. 168 p.

ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; STOTZ, Eduardo Navarro. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 8, n. 15, Aug. 2004 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832004000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 jan 2013.

ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, Jan. 2011 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000100034&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100034&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 set 2013.

ALVES, Vânia Sampaio. **Educação em saúde de sujeitos: desafios ao cuidado no Programa de Saúde da Família**. Dissertação de Mestrado – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador: 2004

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 6, n. 1, 2001 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000100005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 17 set. 2013.

BALDUINO, Maria Aparecida; LESSA, Zenaide Lázara. A Técnica Q - como instrumento de medida na área da educação em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 1, fev. 1986. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101986000100005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101986000100005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 29 out. 2013.

BOEHS, Astrid Eggert et al . A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto contexto - enferm.** , Florianópolis , v. 16, n. 2, June 2007 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 set. 2013.

BOTELHO, Loise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O Método da Revisão Integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**. Belo Horizonte, v. 5, n.11 - maio/agosto 2011. Disponível em <<http://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/1220>>. Acesso em 26 jan.2014

**BRASIL.** Lei 7498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da Enfermagem e da outras providencias. Diário Oficial da União 1986; 25 de jun.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção á Saúde. – Brasília, 2006.

**BRASIL.** Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://drt2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM648.htm>. Acesso em 25.05.13.

BUSS, P.M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, sup, 2 p.177-185, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner; BARROS, Regina Benevides de; CASTRO, Adriana Miranda de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, Sept. 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000300025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300025&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 27.out 2013.

CAMPOS, Kátia Ferreira Costa. **Representações do processo saúde doença: o usuário-sujeito no Programa de Saúde da Família**. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Belo Horizonte. 2005

Carneiro ACLL, Souza V, Godinho LK, Faria ICM, Silva KL, Gazzinelli MF. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev Panam Salud Publica**. v.31, n.2, p.15-20, 2012. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n2/a04v31n2.pdf>>. Acesso em 28.jun.2013.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 19 set. 2013.

CARVALHO, Viviane Lemes da Silva; CLEMENTINO, Viviane de Queiroz; PINHO, Lícia Maria de Oliveira. Educação em saúde nas páginas da REBEn no período de 1995 a 2005. **Rev. bras. enferm., Brasília**, v. 61, n. 2, Apr. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000200016&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 28 de out 2013.

COLOME, Juliana Silveira; OLIVEIRA, Dora Lúcia de Leiden Corrêa de. Educação em saúde: por quem e para quem? A visão dos acadêmicos de enfermagem estudantes. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v.21, n. 1, março 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000100020&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100020&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso 28 de nov. 2013.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Jan. 2013 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000100018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 Set. 2013.

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

DELFINO, Maria Regina Rufino et al. Repercussões do processo de ensinar-aprender em serviços de saúde na qualidade de vida dos usuários. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, Out. 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462012000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462012000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 27 out. 2013.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários á prática educativa**. Editora Paz e Terra. 25 ed. São Paulo. 1996.

GARBOIS, Julia Arêas, et al.O direito a saúde na Estratégia da Saúde da Família: uma reflexão necessária. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 18, n. 1, p. 27-44, 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312008000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000100003)>. Acesso em 01 out. 2013

GAZZINELLI, Maria Flávia et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, fev. 2005 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000100022&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100022&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 28 out. 2013

GODINHO, Luana Kelen. **Práticas educativas na atenção primária: um estudo de caso sobre métodos de ensino**. Dissertação (Mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, 2011.

GUEDES, Jose da Silva; SANTOS, Rosa Maria Barros dos; DI LORENZO, Rosicler A. Viegas. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002). **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 27 out. 2013.

LIMA, Èdja Anália Rodrigues de. **Qualidade de Vida, Envelhecimento e AIDS: uma revisão integrativa**. João Pessoa: UFPB. Dissertação (Mestrado) 121p.

MASCARENHAS, Nildo Batista; MELO, Cristina Maria Meira de; FAGUNDES, Norma Carapiá. Produção do Conhecimento sobre Promoção da Saúde e Prática da Enfermeira na Atenção Primária. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v 65, n. 6, dezembro de 2012. Disponível a partir do <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000600016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600016&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 19 de outubro de 2013.

MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco. 1998.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, Dec. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 04 out. 2013.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, set. 1993. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 26 jan. 2014.

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.** Declaração de Alma Ata. Genebra, 1978.

PEREIRA, Iara Cristina; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 3, Jun 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000300017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 set. 2013.

PINAFO, Elisângela et al. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, Out. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462011000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 29 nov. 2013.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das Políticas de Saúde No Brasil. Uma Pequena Reflexão. **Cadernos de Internado Rural** – Faculdade de Medicina/UFMG, 2001. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg/internatorural/biblioteca.php>. Acesso em 13.12.2012>. Acesso em 29.set.2013.

RENOVATO, Rogério Dias; BAGNATO, Maria Helena Salgado. Práticas educativas em saúde e a constituição de sujeitos ativos. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 19, n. 3, Set. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072010000300018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 out. 2013.

ROECKER, Simone; BUDO, Maria de Lourdes Denardin; MARCON, Sonia Silva. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 46, n. 3, jun. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342012000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000300016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 out. 2013

SALCI, Maria Aparecida et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, mar. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000100027&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100027&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 18 out. 2013.

SANT'ANA, Ruth Bernardes de. Autonomia do sujeito: as contribuições teóricas de G. H. Mead. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 25, n. 4, dez. 2009. Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722009000400002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000400002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 28 out. 2013

SANTOS, N.T.V. **Programa de Saúde da Família: uma contribuição á análise de seus princípios e prática**. 2005. Dissertação (Mestrado). Doutorado em Saúde Pública. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2005.

SILVA, Cheila Portela; DIAS, Maria Socorro de Araújo; RODRIGUES, Angelo Brito. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, out. 2009 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800018&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 18 out. 2013.

SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da; PEDUZZI, Marina. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2011 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400018&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 29 jan. 2014.

SILVA, Maria da Graça da. A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal: a percepção do cliente. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, jan. 1998 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691998000100005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000100005&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em 29 jan. 2014.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 726p – 2002

TEIXEIRA, Enéas Rangel; VELOSO, Raquel Coutinho. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 15, n. 2, Jun. 2006 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000200017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200017&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 28 Jan. 2014.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 6, n. 1, 2001 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000100004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 28 out. 2013.

