

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Enfermagem

**PRÁTICAS EDUCATIVAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE E SUA RELAÇÃO COM A
PROMOÇÃO DA SAÚDE**

ANGÉLICA COTTA LOBO LEITE CARNEIRO

BELO HORIZONTE
2010

Angélica Cotta Lobo Leite Carneiro

**PRÁTICAS EDUCATIVAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO
HORIZONTE E SUA RELAÇÃO COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Educação em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Flávia Gazzinelli

Belo Horizonte
2010

C289p Carneiro, Angélica Cotta Lobo Leite.
Práticas educativas nas unidades básicas de saúde de Belo Horizonte e sua relação com a promoção da saúde [manuscrito]. / Angélica Cotta Lobo Leite Carneiro. -- Belo Horizonte: 2010.
125f.: il.
Orientadora: Maria Flávia Gazzinelli.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Promoção da Saúde. 2. Educação em Saúde. 3. Centros de Saúde. 4. Aprendizagem. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Gazzinelli, Maria Flávia. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 590

Aos meus pais, Péricles e Maria Lúcia, exemplo de força e coragem
que estimularam a importância de lutar por um mundo melhor,
principalmente através do caminho do conhecimento.

Ao Leo, meu companheiro de escuta, de diálogo,
que, através de seu respeito e amor, possibilitou
concretizar este trabalho.

À Carol e Ítallo, anjos que iluminam a minha vida,
a alegria e presença de vocês me acalmam
e dão força para continuar sempre aprendendo.

AGRADECIMENTOS

A Deus e à Nossa Senhora Aparecida, por conceder-me serenidade nos momentos mais difíceis.

À Prof^a Dr^a Maria Flávia Carvalho Gazzinelli, por sua admirável competência profissional e a clareza em demonstrá-la insistentemente no exercício cotidiano de ser professora/orientadora. Pela amizade e confiança, e por ter me proporcionado esta conquista.

À Secretaria de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte e à Escola de Enfermagem da UFMG, por possibilitarem a realização da pesquisa.

Aos gerentes, profissionais de saúde das UBS e aos participantes das práticas educativas, que, indubitavelmente, proporcionaram a realização deste estudo.

Aos bolsistas, que foram fundamentais no processo de coleta de dados, e em especial, à Thais, Ana Paula, Lucas e ao inesquecível Renatinho.

À Larissa Loures, pelas preciosas orientações quantitativas.

À Carla Cristiane, pela paciência e sabedoria com as quais sempre me acolheu.

Aos meus familiares, em especial ao meu pai, pela realização de seu sonho, e à minha mãe, pelo apoio e paciência incondicionais; às minhas irmãs, mesmo de longe torcendo por mim, e ao meu irmão, pela admiração silenciosa.

Ao meu esposo, Leonardo, pelas abdições, compreensão e apoio durante a trajetória de nossa vida e deste árduo caminho, além de, com seu imenso amor, tornar minha vida mais feliz.

Aos meus filhos, Carol e Ítallo, que com carinho souberam compreender a minha ausência.

À Prof^a Dr^a Rita de Cássia Marques, pelo incentivo e alegria contagiante, que chegava sempre na hora certa.

À Prof^a Dr^a Margath Corrêa, por ter sido a grande incentivadora de minha investida acadêmica, e por despertar em mim o gosto pela pesquisa.

Aos docentes e trabalhadores da Escola de Enfermagem, que colaboraram para esta conquista.

Aos colegas de Mestrado, com os quais tive a oportunidade de aprender, debater e conhecer um pouco mais de cada um.

Aos amigos e colegas de trabalho do Centro Universitário Newton Paiva e da Faculdade Pitágoras, pelo incentivo durante a realização deste trabalho.

Aos queridos alunos, que sempre me motivam a estudar.

Aos professores colegas da Universidade Federal de Ouro Preto – onde tudo começou.

“É que ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, sem aprender a refazer, a retocar o sonho por causa do qual a gente se pôs a caminhar”.

Paulo Freire, 1992.

RESUMO

Introdução: Com a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde, em 2006, estabeleceu-se que vários municípios brasileiros deveriam desenvolver ações de promoção da saúde (PS) e foi definida, como um dos principais dispositivos, para tal, a Educação em Saúde. Observa-se, hoje, uma profusão de novas ou renovadas propostas de produção de conhecimento que sinalizam para uma mudança de paradigma. Todas elas são evidências da inquietação e necessidade de revisão dos discursos e práticas até então dominantes no campo da educação e saúde. A grande indagação está relacionada ao potencial das práticas educativas cotidianas de promoção da saúde, que estão sendo desenvolvidas, para o rompimento com o modelo tecno-assistencial hegemônico. **Objetivo:** Compreender como ocorrem as práticas educativas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Belo Horizonte (BH) e analisar em qual medida elas atendem aos princípios da promoção da saúde. **Metodologia:** Estudo descritivo, estruturado em duas fases: (1) mapeamento de todas as ações educativas em grupo, ocorridas nas UBS pesquisadas. Adotou abordagem quantitativa e teve, como ferramenta de coleta de dados, entrevista semi-estruturada. Fizeram parte desta pesquisa 20 UBS sorteadas aleatoriamente e distribuídas de forma proporcional entre as nove regionais de BH. As gerentes das UBS foram entrevistadas e responderam às seguintes questões com relação às práticas educativas: (a) tema; (b) frequência na qual ocorre; (c) duração; (d) objetivo; (e) os profissionais que as coordenavam. Os resultados foram discutidos, quantitativamente, pela distribuição de frequência. (2) análise das práticas educativas de PS desenvolvidas nas UBS pesquisadas, referente às seguintes categorias: multicausalidade do processo saúde-doença, intersetorialidade, participação social, sustentabilidade e utilização de métodos dialógicos. A técnica utilizada foi a observação estruturada, a partir de um roteiro de observação das práticas, que foi analisado com base nos referenciais dos campos da saúde, educação e filosofia. **Resultados:** Das 113 práticas levantadas, 33% foram classificadas como sendo de promoção da saúde. Em 60% das UBS, nunca houve treinamento, destinado aos profissionais de saúde, sobre o desenvolvimento de atividades em grupo. Os profissionais que mais desenvolveram práticas educativas foram enfermeiros (32,7%) e médicos (18,4%). Os temas mais abordados nas

práticas de PS se referiram à área da saúde da mulher, seguidos dos de promoção da saúde, hipertensão, diabetes e saúde bucal. A maior parte das práticas de PS ocorre semanal ou mensalmente, contando com 11 a 30 participantes por encontro. A multicausalidade do processo saúde-doença e a participação social foram os princípios norteadores das ações de PS mais desenvolvidos nas práticas, enquanto a intersetorialidade e a sustentabilidade foram os menos desenvolvidos. Uma parcela significativa (88%) das práticas incentivou, nos sujeitos, o desenvolvimento do autocuidado; em compensação, apenas 21% das práticas abordaram a autonomia. Um número pouco expressivo (32%) das práticas de PS foi fundamentado nos modelos dialógicos de ensino. As práticas de atividades corporais (caminhada, Lian Gong e Unibiótica), assim como as que utilizaram diferentes estratégias de ensino (teatro, trabalhos manuais, música) compuseram uma parte representativa das práticas pesquisadas. **Conclusão:** Houve um grande número de práticas de PS assistencialistas e/ou preventivistas em detrimento das promocionistas. A maior parte das práticas educativas não está verdadeiramente comprometida com a nova promoção da saúde, tanto no que se refere à amplitude de seu conceito, quanto à frequência com que ocorre. Parece-nos haver movimentos de ruptura e continuidade em relação aos modelos de educação hegemônicos na atenção básica. Há práticas pautadas no modelo biomédico e outras que anunciam mudanças do ponto de vista da promoção da autonomia e da utilização de diferentes estratégias de ensino. Entendemos que uma educação voltada para a PS não pode prescindir dos métodos dialógicos, assim como da concepção formativa e emancipatória da educação em saúde, a fim de conduzir à realização dos projetos de felicidade dos sujeitos.

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Educação em Saúde, Centros de Saúde, Aprendizagem.

ABSTRACT

Introduction: In 2006, the publication of the National Policy of Health Promotion established that the majority of Brazilian counties should promote healthier lifestyles (HL), and it was touted as one of the most important changes in Health Education. It is now evident that there is a profusion of new information that calls for a new and improved paradigm. The volume of new information is evidence of the need for a review and change in the health field predominantly current studies and practices. This study used the "technical assistance hegemonic model" to prove the importance of promoting healthy educational practices on a daily basis. **Objective:** To understand how efficient the HL educational practices are at the Basic Health Units (BHU) of Belo Horizonte (BH) and to analyze how effective they are in promoting the principles of a healthy lifestyle. **Methods:** Descriptive study. It was structured into two phases: (1) Mapping of all group educational actions within the BHU that were studied. The study was performed through a quantitative approach and used semi-structured interviews as a way of collecting data. Twenty BHUs were randomly selected, and then proportionally distributed among the nine regions responsible for attending to BH. The BHU managers have been interviewed, and they answered questions concerning the educational practices: (a) topic; (b) frequency; (c) duration; (d) objective; (e) professionals in charge of coordination. The results have been discussed quantitatively as to the frequency of distribution. (2) Analysis of the HL practices that were developed by the BHU researchers, referring to the following categories: multiple causes of the disease-health process, intersectorability, social sustainability, participation and utilization of teaching methods. The technique used in the study was structural observation of the practices, which was analysed based on the referencing of health, education and philosophy fields. **Results:** During the study 113 practices were studied, 33% have been recognized as health promoting. 60% of the health professionals at the BHUs had never received any training on how to develop group activities. Out of the professionals who developed educational practices, 32.7% were male nurses, and 18.4% were doctors. The most studied subjects within the HL practices were those that dealt with women's health, followed by health promotion, hypertension, diabetes and oral health. The majority of the HL practices have occurred weekly or monthly, and have had between 11 to 30 participants per meeting. The multiple causes of the health-disease process as well

as the social participation were the principles guiding the actions developed during the practices of HL. In contrast, intersectorability and sustainability were the least developed principles. A significant portion (88%) of the practices encouraged the participants to take care of themselves while in contrast only 21% of the practices approached autonomy. A low number (32%) of the practices of HL were based on models of dialogic education. The practice of physical activities (walking, Lian Gong and Unibiotic) as well as those that used different teaching strategies (theater, handicrafts, music) comprised a representation of the practices surveyed.

Conclusion: A large number of HL practices were assistive and/or preventative to the detriment of being promotive. A major part of the educational practices are not truly committed to new health promotion, both in regards to the scope of its concept and the frequency in which it occurs. There seems to be no movement of rupture and continuity in relation to the hegemonic models of education in primary care. There are practices based on the biomedical model and others that announce changes in terms of promoting autonomy and the use of different teaching strategies. We believe that an education focused on HL cannot ignore the dialogic methods as well as formative and emancipating concepts of health education in order to drive the implementation of projects promoting the participants' happiness.

Key Words: Health promotion. Educational practices. Basic health unit.

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|-------------|---|----|
| Figura 1 - | Prática educativa de Lian Gong..... | 59 |
| Figura 2 - | Prática educativa de Unibiótica..... | 59 |
| Figura 3 - | Adolescentes encenam peça de teatro sobre gravidez na adolescência..... | 68 |
| Figura 4 - | Confecção de bordado – Prática realizada no Grupo de Bordado... | 76 |
| Figura 5 - | Bordados confeccionados, a serem comercializados..... | 77 |
| Figura 6 - | Confecção de artesanato em biscuit, prática educativa realizada no Grupo de Artesanato..... | 81 |
| Figura 7 - | Confecção de artesanato em biscuit, prática educativa realizada no Grupo de Artesanato..... | 81 |
| Figura 8 - | Cartazes confeccionados, por adolescentes, representando os diversos tipos de fome..... | 83 |
| Figura 9 - | Pintura em tecido – Prática do Grupo de Bordados..... | 89 |
| Figura 10 - | Crochê – Prática do Grupo de Bordados..... | 89 |
| Figura 11 - | Prática educativa realizada no Grupo Bem Viver – Cantigas de Roda..... | 95 |
| Gráfico 1 - | Descrição dos profissionais que realizam práticas educativas nas Unidades Básicas de Saúde..... | 48 |
| Gráfico 2 - | Distribuição do público-alvo mais contemplado pelas práticas educativas..... | 52 |
| Gráfico 3 - | Classificação dos grupos segundo os gerentes das UBS..... | 52 |
| Gráfico 4 - | Porcentagem do número médio de participantes das práticas educativas..... | 54 |
| Gráfico 5 - | Tipos de atividades que ocorrem as ações educativas em grupo, segundo as gerentes das UBS-BH..... | 55 |
| Quadro 1 - | Características das duas fases do estudo..... | 35 |
| Quadro 2 - | Distribuição das questões abordadas no roteiro de investigação de prática educativa em categorias..... | 42 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|------------|---|----|
| Tabela 1 - | Distribuição por Distrito Sanitário do número de UBS que fizeram parte da pesquisa..... | 37 |
| Tabela 2 - | Frequência e área estratégica de atuação dos temas das práticas educativas grupais realizadas nas UBS em Belo Horizonte/MG nos meses de agosto e setembro / 2008..... | 51 |
| Tabela 3 - | Apresentação dos resultados das questões analisadas no roteiro de observação das práticas educativas de promoção de saúde..... | 57 |

SUMÁRIO

| | | |
|-------|---|-----|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 14 |
| 1.1 | O conceito de saúde..... | 18 |
| 1.2 | Promoção da saúde..... | 23 |
| 1.2.1 | Um breve histórico..... | 23 |
| 1.2.2 | A Nova Promoção da Saúde..... | 28 |
| 2 | METODOLOGIA..... | 34 |
| 2.1 | Sujeitos e local da pesquisa..... | 36 |
| 2.2 | Coleta e análise dos dados..... | 38 |
| 2.2.1 | Fase I - Mapeamento das ações educativas em grupos ocorridas nas UBS..... | 38 |
| 2.2.2 | Fase II - Análise das práticas educativas de promoção de saúde ocorridas nas UBS..... | 39 |
| 2.3 | Divulgação dos resultados da pesquisa..... | 43 |
| 3 | ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... | 45 |
| 3.1 | Mapeamento das ações de grupo..... | 45 |
| 3.2 | Análise das práticas educativas..... | 56 |
| 3.2.1 | Multicausalidade do processo saúde-doença..... | 58 |
| 3.2.2 | Intersetorialidade..... | 60 |
| 3.2.3 | Participação social..... | 63 |
| 3.2.4 | Sustentabilidade..... | 75 |
| 3.2.5 | Métodos Dialógicos..... | 79 |
| 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 100 |
| | REFERÊNCIAS..... | 109 |
| | APÊNDICES..... | 119 |
| | ANEXOS..... | 125 |

1 INTRODUÇÃO

A conformação do Sistema de Saúde brasileiro, dinâmica em sua essência, está consubstanciada no modelo de desenvolvimento político e econômico determinado para o país. Em vários momentos da história da saúde pública brasileira, verificamos a ocorrência de proposições de execução de “projetos de reforma” para o setor saúde, que ocorreram em função de pressões e interesses de classes sociais ou categorias profissionais.

Segundo Ruffino-Netto e Souza (1999), até o final da década de 60, o sistema de saúde brasileiro pouco evoluiu. Tinha, como sua principal característica, a dicotomia entre a Saúde Pública, responsável pelos “problemas sanitários”, sob responsabilidade estatal, e a prática médica assistencialista, curativa e ofertada de forma oficial somente ao conjunto da população inserida no mercado de trabalho formal.

Entretanto, a partir da década de 70, houve uma evidente expansão da cobertura assistencial. Em 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) caracterizou uma das maiores reformas do modelo de assistência pública à saúde ocorrida no Brasil.

De acordo com estudos sobre os processos de reforma dos sistemas de saúde, France (1997) *apud* Viana; Poz, (2005), coloca que podemos distinguir dois tipos de reforma: a *big bang* e a incremental. As reformas do tipo *big bang* são as que introduzem modificações expressivas e significativas no funcionamento do sistema de saúde, de forma rápida e pontual. As reformas incrementais, ao contrário, baseiam-se em pequenos ajustamentos sucessivos (VIANA; POZ, 2005).

Segundo Viana e Poz (2005), a criação do SUS constituiu-se em uma reforma do tipo *big bang*, pois introduziu mudanças substantivas no modelo de operação do sistema de saúde brasileiro. Esse novo modelo definiu o princípio do universalismo

para as ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização, além do foco na participação social e no desenvolvimento da cidadania.

A partir do ano 1994, frente à necessidade de se efetivar a construção de um novo paradigma sanitário, o Ministério da Saúde, por meio do SUS, implantou o Programa Saúde da Família (PSF), tendo como objetivo contribuir para a reorientação do modelo assistencial com vistas à promoção da saúde. Desta forma, o PSF, segundo Viana e Poz (2005), constituiu uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde brasileiro, uma vez que apontava para mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde, nas formas de organização dos serviços, nas práticas assistenciais no plano local e, portanto, no processo de descentralização.

O PSF é apresentado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia centrada na atenção primária, à saúde e na qualidade de vida das famílias e comunidades. Ele favorece, ao mesmo tempo, a participação social, a equidade e a integralidade. Argumenta-se a favor de uma prática transformadora, onde a saúde seja o foco do trabalho e não somente a doença seja o mais importante. Não há dúvida de que a implantação do PSF impôs uma ruptura epistemológica com o velho modelo assistencial, o que contribuiu, de forma bastante efetiva, para a construção de um novo paradigma da produção social da saúde (LEITE; VELOSO, 2008).

No esforço para garantir os princípios do SUS (universalidade, equidade e integralidade) e o objetivo do PSF, o Ministério da Saúde instituiu, em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). A meta dessa política é aprimorar o acesso e a qualidade dos serviços prestados no PSF. Trata-se de uma política transversal, integrada e intersetorial, que busca o diálogo entre diversas áreas do setor privado, governamental, não-governamental e a sociedade. Ele compõe, assim, redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população, de tal forma que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde (BRASIL, 2006).

O objetivo da Política Nacional de Promoção da Saúde é promover a qualidade de vida, reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Para o cumprimento deste objetivo, prevê-se o desenvolvimento de várias ações. No campo da educação, destacam-se a identificação de experiências de educação em saúde, informação e comunicação, referentes às ações de promoção da saúde, bem como a elaboração de materiais de divulgação visando à socialização e divulgação destas experiências (BRASIL, 2006).

Com a publicação da PNPS, reforça-se a educação em saúde como um dos principais dispositivos a serem utilizados no processo de promoção da saúde. Assim, procurou-se, junto à Coordenação da Gerência de Atenção da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte, se havia algum documento oficial da Secretaria que oriente os profissionais com relação à condução de práticas de promoção de saúde na atenção básica. Infelizmente, até o momento, não há um documento específico que conduza a essa temática. O que se encontra são capítulos ou parágrafos isolados em documentos destinados à atenção básica que abordam o assunto. Há um grupo da Secretaria que vem discutindo sobre ações de promoção nas UBS. Há, também, a intenção, segundo a assessoria da gerência de Atenção Básica, de se escrever a Política Municipal de Promoção da Saúde, o que, ainda não se efetivou. Entretanto, entendemos que ter uma Política Municipal de Promoção da Saúde, não garante por si só a implementação de ações de promoção da saúde, mas pode nortear os profissionais e gestores, de forma mais específica, na condução da mesma.

Apesar disso, já é possível observarmos, hoje, no que se refere à utilização da educação em saúde para a promoção da saúde, uma profusão de novas ou renovadas propostas de produção de conhecimento, que sinalizam para uma mudança de paradigma (FEIJÃO; GALVÃO, 2007; HERINGER *et al.*, 2007; PIMENTA; LEANDRO; SCHALL, 2006; TORRES; HORTALE; SCHALL, 2003).

Todas estas iniciativas são evidências práticas da inquietação e necessidade de revisão que surgem nos discursos mais genéricos no campo da saúde.

Entretanto, o que acontece é que as intervenções educativas, de promoção da saúde, tendem a ser divulgadas, na maioria dos casos, em fóruns restritos, sendo escassa e esparsa a sua divulgação em periódicos científicos (MONTEIRO; VARGAS; CRUZ, 2006). Aliado a isto, quando encontradas, não se registra, nessas publicações, uma referência quanto à relação entre a especificidade de cada tecnologia educacional e a razão de seu emprego. Ademais, os referenciais teórico-metodológicos, nos quais se apoiam, não são explicitados ou aprofundados (FEIJÃO; GALVÃO, 2007).

Sendo assim, não se sabe se a utilização de novas tecnologias educacionais traduz e atesta a priorização da interatividade; da relação ativa do sujeito com o objeto de conhecimento; da ideia do conhecimento, como algo que resulta de um processo de construção; da troca de ideias entre os participantes e da reflexão em torno das temáticas abordadas, fomentando debates que conduzam à autonomia e à participação social dos sujeitos.

Desta forma, o presente estudo insere-se, nesse contexto, tendo como objetivo responder às seguintes questões:

- . Quais são as práticas educativas de promoção da saúde que ocorrem nas UBS?
- . Quais são os profissionais que desenvolvem as práticas educativas de promoção da saúde?
- . As práticas de promoção de saúde ocorridas em Belo Horizonte atendem aos princípios de promoção da saúde?
- . As práticas de promoção da saúde são desenvolvidas sob uma concepção dialógica?

A partir da análise de uma realidade dada, entendemos que este estudo pode contribuir sobremaneira para a reorientação de algumas diretrizes das políticas de

promoção da saúde, assim como para a socialização e divulgação de ações de promoção de saúde.

1.1 O conceito de saúde

Promover saúde implica em favorecer o desenvolvimento da saúde. Desta forma, torna-se fundamental que entendamos o que vem a ser saúde.

O conceito de saúde evoluiu enormemente ao longo da história. Ele reflete a conjuntura econômica, social e cultural de uma época e lugar. Reconhecer sua historicidade significa compreender que sua definição e o estabelecimento de práticas dependem do grau de conhecimento disponível em cada sociedade (BACKES *et al.*, 2009; BATISTELLA, 2007; SCLIAR, 2007).

Na antiguidade clássica, Galeno entendia a saúde como equilíbrio entre as partes primárias do corpo (BACKES *et al.*, 2009). A partir do século XVII, a saúde passou a ser orientada pelo paradigma de que ter saúde era o mesmo que não ter ou estar doente, ou seja, como ausência de doença. Essa concepção promoveu por muito tempo a concentração de esforços dos pesquisadores e médicos na investigação da doença.

O conceito de saúde como “não-doença” é caracterizado pela ênfase nos aspectos biológicos, individuais e pela abordagem mecanicista. Esse modelo passa a fragmentar o corpo em sistemas, órgãos, tecidos e células, estruturando um conhecimento cada vez mais especializado sobre cada função e disfunção orgânica (BATISTELLA, 2007).

Essa concepção foi fundamento para o chamado Modelo Biomédico, muito presente nas condutas dos profissionais de saúde, até hoje (HORTA *et al.*, 2009). Caracteriza-se por uma visão reducionista da saúde, tida como uma condição

adversa a ser unicamente enfrentada, pelo consumo individual ou coletivo de produtos e serviços, como uma mercadoria ou um bem a ser comercializado. O corpo é visto como uma máquina e a saúde, como ausência de doença (CARVALHO, 2005; CZERESNIA; FREITAS, 2003; LEFREVE; LEFREVE, 2007; WESTPHAL, 2006).

Diversos autores têm criticado essa definição negativa de saúde (CZERESNIA; FREITAS, 2003; LEFREVE; LEFREVE, 2007; WESTPHAL, 2006). Para Almeida Filho e Andrade (2003, p. 101): “em uma perspectiva rigorosamente clínica [...], a saúde não é o oposto lógico da doença e, por isso, não poderá de modo algum ser definida como ‘ausência de doença’”. Para Ayres (2007), saúde e doença não podem ser vistas como situações polares, opostas ou extremas, uma vez que, para avaliarmos se estamos conseguindo promover saúde, utilizamos como indicador a ausência ou redução de doença. “Há uma dimensão positiva de saúde por trás do conceito supostamente negativo de doença” (AYRES, 2007, p. 46), ou seja, para que o sujeito possa intitular-se doente, é preciso que perceba que seu estado de equilíbrio (saúde) está perturbado. De acordo com Canguilhem (2006):

[...] se não houvesse uma referência positiva, algum tipo de valoração, sempre multidimensional, que nos orientasse sobre o que positivamente desejamos em relação aos nossos modos de andar a vida, não teríamos a concepção fisiopatológica de doença na qual, ainda hoje, estão radicadas as ciências biomédicas modernas (CANGUILHEM, 2006).

Para a compreensão do bem, é preciso se ter a referência do mal, entretanto, para promover o bem não necessariamente precisamos ressaltar o mal. Assim, para se promover saúde não se deve exaltar a doença, como muito ainda se faz e, sim, enaltecer a saúde e seus benefícios para a vida do sujeito.

Na tentativa de superar a visão negativa da saúde, em 1948 a Organização Mundial de Saúde (OMS) atribuiu à saúde um novo conceito, “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1946, p. 1).

Segundo Scliar (2007) e Dowbor (2008), essa definição, a partir de uma visão mais holística de saúde, trouxe consigo uma caracterização positiva de saúde que abrange não somente aspectos físicos, mas também aspectos sociais e psicológicos. Além disso, trata-se de um marco importante, por abrir espaço para o fomento da concepção, mais contemporânea, da saúde como qualidade de vida. Para Ferreira Neto *et al.* (2009) essa compreensão de saúde afasta a ênfase no corpo doente e evidencia determinantes mais plurais, com acento na noção de fatores de risco, diluindo, assim, as fronteiras entre doentes e supostamente saudáveis.

Apesar do avanço, várias críticas incidiram sobre o conceito de saúde proposto pela OMS. Segundo Scliar (2007) esse conceito, coloca a saúde como algo ideal, inatingível, e sua definição não poderia ser utilizada como objetivo pelos serviços de saúde. Para Caponi (1997), mais do que impraticável, por ser utópico e subjetivo, “a maior objeção ao conceito da OMS reside no fato de que sua adoção pode servir para justificar práticas arbitrárias de controle e execução de tudo aquilo que for considerado indesejável ou perigoso” (BATISTELA, 2007, p. 58). Segundo a autora, “o que chamamos de bem-estar se identifica com tudo aquilo que, em uma sociedade e em um momento histórico preciso, é valorizado como ‘normal” (CAPOLI, 1997, p. 300).

Desta forma, mesmo diante do avanço no conceito de saúde, ele ainda prevalece com um enfoque bastante normativo. Para Batistella (2007), esse enfoque merece uma reflexão sobre dois aspectos. O primeiro deles, baseado em Foucault, diz respeito ao controle dos corpos através da normatização dos espaços, dos processos e dos sujeitos. Na saúde, o estabelecimento de normas e padrões de consultas saudáveis a serem observadas para se evitarem as doenças tende a colocar, exclusivamente sobre os indivíduos, a responsabilidade pelo seu adoecimento. Dessa forma, a responsabilização das pessoas por estilos de vida não-saudáveis tende a desviar a discussão de fatores sociais, ambientais, econômicos e sobre as condições de trabalho que influenciam fortemente no processo saúde-doença (BATISTELLA, 2007). Isto, por sua vez, isenta a atuação do

Estado, de qualquer responsabilidade sobre o estado de saúde-doença da população.

O segundo aspecto sob o qual Batistella (2007) critica o conceito de saúde proposto pela OMS diz respeito à noção de *normal*. Diante da complexidade do conceito de normal, como a própria capacidade do indivíduo de, em um cenário de restrições ou adversidades, instaurar uma nova norma (CANGUILHEM, 2006), o autor coloca que a normalização de condutas e processos referentes à saúde é também bastante complexa. Sendo assim, como seria possível definir um padrão de normalidade para todos os sujeitos?

Um marco no conceito ampliado e positivo de saúde tratou-se da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em Ottawa, Canadá, no ano de 1986. Nela, como resposta aos regimes autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde, característicos da época, definiu-se que saúde:

[...] não deve ser vista como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas [...] Saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso à serviços de saúde. É assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

Segundo Batistella (2007) essa definição procura resgatar a importância das dimensões econômica, social e política na produção da saúde e da doença nas coletividades. Contrapõe-se à concepção biomédica, baseada na primazia do conhecimento anatomopatológico e na abordagem mecanicista do corpo, cujo modelo assistencial está centrado no indivíduo, na doença, no hospital e no médico.

No Brasil, a Constituição Brasileira de 1988 acrescenta, à concepção de saúde, a noção de direito: “um direito de todos e dever do estado”. Essa concepção tornou-se uma “alavanca de uma série de avanços posteriores, no campo da saúde” (FERREIRA NETO *et al.*, 2009, p. 463). Em contraponto a essa visão, temos o conceito de saúde como mercadoria, noção que, segundo Dowbor (2008, p.17), está

“presente em todas as sociedades capitalistas com formas e forças diferentes. No Brasil, o conceito de saúde como mercadoria se faz presente em paralelo ao conceito de saúde como direito humano”.

Sobre essa questão, Coelho e Fonseca (2007) afirmam que a saúde atualmente virou objeto de consumo. “Isto porque ao estarmos imersos numa cultura consumista, as maneiras de se ‘ter’ saúde tornam-se produtos de venda. Como se o desejo desejasse, obrigatoriamente, uma mercadoria” (COELHO; FONSECA, 2007, p. 66). Segundo as autoras, a saúde deve ser tratada como um processo singular, em que se reconhece de que o corpo precisa, e não o que deve precisar. Afinal, se concordarmos que viver a saúde é também viver um processo de saúde-adoecimento, é porque sentimos que estados precários e imperfeitos das pessoas também fazem parte da saúde. “Saúde não é a repetição sem graça do viver, mas o poder circular pela amplitude de estados e afetos e, conseqüentemente, de relações que conseguimos fazer, nas nossas andanças pela vida” (COELHO; FONSECA, 2007, p. 68).

O fato do conceito de saúde ser impreciso, dinâmico e abrangente, não impede que seja possível tomá-lo como eixo para a reorientação das práticas de saúde. Pelo contrário, sua importância é fundamental para a superação de um modelo de atenção prescritivo (BATISTELLA, 2007).

Acreditamos ser essa visão ampliada, positiva e complexa de saúde a que mais resgata a cidadania e o respeito ao ser humano. Entretanto, pensar saúde sob essa premissa tão abrangente não é tarefa fácil, uma vez que estamos lidando, segundo Czeresnia (2003, p. 46), “com algo tão amplo como a própria noção de vida”.

1.2 Promoção da saúde

1.2.1 Um breve histórico

Segundo a Carta de Otawa de 1986:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2002).

Assim como o conceito de saúde, o de sua promoção também evoluiu ao longo da história, da mesma forma como ocorreu com seu grau de importância e significância, concebido pelos administradores públicos mundiais.

De modo retrospectivo, o Movimento de Promoção da Saúde pode ser colocado na sequência histórica da tradição sanitária que se inicia no século XIX. Nessa época, já se observava a associação entre doenças e as condições de vida e ambiente das populações. São clássicos os estudos de Snow, Villermé e Virchow, entre outros, que já apontam as condições de vida e a pobreza como fatores diretamente ligados ao processo saúde/doença (CARVALHO, 2002).

Modernamente, a primeira utilização da expressão “Promoção da Saúde” aconteceu em 1946, pelo pesquisador Henri Sigerist. Ele definiu quatro tarefas essenciais à medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Esses conceitos, da maneira como foram abordados por este pesquisador demonstram sua preocupação com o aspecto geral de “determinação da saúde” (BUSS, 2003; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Na década

de 60, o conceito tradicional de promoção da saúde foi definido por Leavell e Clark, no esquema da História Natural da Doença, como um dos elementos do nível primário de atenção em medicina preventiva (HEIDMANN *et al.*, 2006).

Entretanto, a promoção da saúde desponta internacionalmente como nova concepção de saúde, em meados dos anos 70, resultado, segundo Heidmann *et al.* (2006, p. 353), do “debate na década anterior sobre a determinação social e econômica da saúde e a construção de uma concepção não centrada na doença”. Segundo os autores, dois acontecimentos foram marcantes nesse sentido: a abertura da China Nacionalista – em missão à China, observou-se que realizavam cuidados de saúde a população pouco convencionais, e essas observações foram utilizadas e formalizadas posteriormente na Declaração de Alma Ata. Outro acontecimento tratou do movimento canadense desenvolvido a partir do Informe Lalonde, em 1974 (HEIDMANN *et al.*, 2006) - este, por sua vez, coloca a *promoção da saúde*, na perspectiva do pensamento estratégico (BUSS, 2003).

O Informe Lalonde foi fundamentado no campo da saúde, e trouxe como referência os determinantes de saúde, que, por sua vez, contemplavam a biologia humana, o ambiente, o estilo de vida e a organização dos serviços de saúde (HEIDMANN *et al.*, 2006). Apesar da evolução na concepção de promoção da saúde, Heidmann *et al.* (2006) afirmam que o informe tinha um enfoque voltado para a mudança dos estilos de vida, com ênfase na ação individual, adotando-se uma perspectiva comportamental e preventivista. Além disso, negligenciava o contexto político, econômico e social da promoção da saúde, e promoviam a culpabilização de sujeitos e grupos sociais, por problemas de saúde, cujas causas se encontravam fora de suas competências.

Na tentativa de evoluir em relação ao conceito de promoção da saúde, em 1978, foi realizada a Conferência Internacional de Alma Ata, que, de acordo com Carvalho (2002), constituiu um evento de grande influência para a nova concepção de promoção de saúde. Os princípios e estratégias propostos na conferência afirmavam

a importância de ações intersetoriais (sociedade, trabalhadores, Estado) para proteger e promover saúde.

Em 1986, realizou-se a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, na cidade de Ottawa, no Canadá. A Carta de Ottawa, resultado desta conferência, é tida, por diversos autores (BUSS, 2003; FREITAS, 2003; SILVA, 2009), como marco histórico, no conceito da Nova Promoção à Saúde, pois uniu os princípios de Alma-Ata, norteando caminhos para a saúde pública. Os campos norteadores da promoção da saúde constantes na carta eram: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária, através da participação popular contínua; desenvolvimento de habilidades pessoais, através da educação em saúde e reorientação dos serviços de saúde. Este último objetivava a superação do modelo assistencial, com orientação focada na doença, enquanto fenômeno individual (BRASIL, 2002).

A partir de Ottawa, vários eventos internacionais se sucederam, na intenção de construir e formular bases teóricas, conceituais e políticas para a Nova Promoção da Saúde. Em 1988, na cidade de Adelaide (Austrália), a II Conferência sobre Promoção à Saúde é marcada pelo propósito de estabelecer políticas públicas, para uma vida mais saudável, apontando quatro áreas prioritárias: saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool, e criação de ambientes favoráveis (BRASIL, 2002). Segundo Sícoli e Nascimento (2003), nessa conferência é afirmado que o principal papel das políticas públicas saudáveis refere-se à criação de ambientes físicos e sociais favoráveis à saúde.

Após a Conferência de Adelaide, o encontro seguinte aconteceu em Sundvall (Suécia), em 1991. A Declaração de Sundvall enfocou a temática da ecologia e ambiente nas questões de saúde e visava à criação de ambientes promotores de saúde, que deveriam ser guiados pelo princípio da equidade (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

No ano de 1997, ocorreu em Jacarta, na Indonésia, a IV Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, cujo enfoque foi o da participação social e a saúde, enquanto direito essencial humano (BRASIL, 2002).

A pauta da V Conferência sobre Promoção à Saúde, realizada no México, no ano de 2000, centrou-se no “valor da saúde como recurso para a vida com qualidade, apontando-se a necessidade do desenvolvimento socioeconômico e da equidade” (SILVA, 2009, p. 42). Segundo Westphal (2006), naquele momento, é assumida a promoção da saúde como fundamental para a manutenção das atividades de saúde em nível local, nacional e internacional.

Após dezenove anos da Conferência de Ottawa, ocorreu em Bangkok, na Tailândia, a VI Conferência Global de Promoção da Saúde. Nesse momento, a globalização e suas influências, positivas e negativas, nas questões de saúde foram pauta de discussão (WESTPHAL, 2006).

Paralelamente a esse panorama internacional, na América Latina, mais especificamente no Brasil, grupos atentos às características locais e comprometidos com as liberdades democráticas foram protagonistas da Reforma Sanitária Brasileira, que alçou conquistas significativas no campo da saúde (VICENTIN, 2008). Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde tinha como tema “Democracia é Saúde”, e se constituiu em um fórum, a favor da luta pela “descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida” (BRASIL, 2006, p. 9). O relatório dessa conferência serviu de fundamento para a criação, dois anos mais tarde, do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

O SUS tem como fundamentação: o conceito ampliado de saúde e a necessidade de criar políticas para promovê-la; a participação social fundamental na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário, de responder sozinho aos determinantes e condicionantes, que pudessem garantir opções saudáveis a população (BRASIL, 2006). Dessa forma, o SUS, enquanto uma política

pela melhoria da qualidade de vida e afirmação do direito à vida e à saúde, passa a promover reflexões e movimentos no âmbito da promoção da saúde (BRASIL, 2006).

A partir de então, a promoção da saúde, entendida como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo de saúde-adoecimento brasileiro, assim como um modo de pensar e operar articulado às demais políticas e tecnologias do sistema de saúde, passou a contribuir para a construção de ações que possibilitassem responder às necessidades sociais de saúde (BRASIL, 2006). Como produto de toda essa demanda referente à promoção de saúde, em março de 2006, o Ministério da Saúde brasileiro publicou a Política Nacional de Promoção da Saúde, um marco da efetivação da Nova Promoção da Saúde no Brasil.

Entretanto, desde sua publicação, a PNPS vem sendo foco de constantes críticas. Uma delas, expressa por Traverso-Yépez (2007), trata do fato de que as orientações para sua implantação são, quase na totalidade, destinadas aos gestores e, quase nada, aos executores. Além disso, a autora coloca que a política “desconsidera as dificuldades de sua implantação e operacionalização, na atenção primária, caracterizada por baixo poder aquisitivo dos usuários e a hegemonia do modelo biomédico, centrado na cura” (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007, p. 232).

Segundo Ferreira Neto (2009), a Política revela aspectos da dupla dimensão da promoção da saúde: a progressista e a neoliberal. A dimensão progressista se refere a uma promoção da saúde comprometida com os interesses sociais, defensora da equidade, da sustentabilidade e incentivadora da participação social (FERREIRA NETO, 2009).

A dimensão neoliberal se refere ao fato da PNPS tender, em alguns aspectos, a posturas individualistas e voltadas para a regulação e a vigilância (FERREIRA NETO, 2009). Ela direciona os sujeitos para a autorresponsabilização e consequente culpabilização por sua saúde, ou falta dela. Dessa forma, ao considerar os indivíduos como exclusivos responsáveis pela saúde, as determinações sócio-

políticas e econômicas ficam desatreladas, mascaradas, assim, o Estado é desresponsabilizado e a “culpa” pela situação de saúde recai sobre o indivíduo (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Sobre o neoliberalismo, Traverso-Yépez (2007) aponta que sua ascensão parece ir na contra mão das bases ideológicas da promoção da saúde. O alto grau de iniquidade presente em nosso país é pouco considerado nos documentos de promoção da saúde. Assim, temos uma política bem redigida, com propostas que vão ao encontro da promoção do bem-estar e desenvolvimento da cidadania, entretanto, difíceis de serem operacionalizadas.

Apesar de todas as críticas à PNPS, ela é uma realidade e precisa se tornar efetiva. Para tal, Traverso-Yépez (2007) sugere ser necessário haver uma análise, crítico-reflexiva da PNPS, envolvendo diferentes atores sociais. Afinal, de que adiantam políticas bem intencionadas “se são inviabilizadas pela falta de vontade política e pela distribuição desigual de poder, ou por práticas institucionalizadas, dentro das quais, tende-se a atuar com automatismos e de forma não reflexiva?” (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007, p. 235).

1.2.2 A Nova Promoção da Saúde

A nova promoção da saúde, cujo conceito da OMS apresentamos no início desta discussão, pressupõe o reconhecimento da saúde como direito de cidadania, expresso em melhores condições de vida, serviços e ações integrais, com foco na intersetorialidade e no estímulo à organização da comunidade, para efetivo exercício do controle social (BUSS, 1998 *apud* HORTA, 2009). É vista como uma estratégia de articulação transversal para redução da vulnerabilidade, que possibilita criar situações que defendam a equidade e que promovam a participação social (BRASIL, 2006).

Segundo Ayres (2004), a proposta de promoção da saúde atual tem como pretensão intervir sobre todas as situações de risco que podem ameaçar a vida. E para tal, deve atuar como esfera articuladora de saberes técnicos e populares, mobilizando recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, no enfrentamento e resolução dos determinantes da saúde. Deve ser norteada pelos valores da vida, solidariedade, democracia, desenvolvimento e cidadania (BUSS, 2003).

Contudo, a multiplicidade de concepções e a polissemia do termo *promoção da saúde* evidenciam a impossibilidade de definições unívocas ou relações unilineares e apontam para a multideterminação e a complexidade¹ do processo. (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007).

São várias as categorizações de promoção da saúde, encontradas nos estudos científicos e nos discursos dos educadores em saúde. A mais comumente encontrada, se refere aos modelos assistencialista, preventivista e promocionista (BUSS, 2003; CZERESNIA, 2003; ALVES, 2005; LEFEVRE; LEFEVRE, 2007; DOWBOR, 2008).

A concepção assistencialista de promoção de saúde se refere a uma forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender às necessidades de saúde, individuais e coletivas (ALVES, 2005; DOWBOR, 2008). A partir de um problema instalado, busca-se sua resolução.

A concepção de prevenção busca tomar medidas para impedir o surgimento ou agravamento da doença, de forma a afastá-la do doente. Pressupõe-se o monitoramento e controle de fatores de risco de doença envolvidos em sua causalidade (BUSS, 2003; CZERESNIA, 2003; LEFEVRE; LEFEVRE, 2007; DOWBOR, 2008).

¹ Complexidade é entendida como “uma nova visão de mundo que aceita e procura entender mudanças, constante do real” (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007).

A concepção de promoção busca a melhoria dos determinantes da saúde e condições de vida, em prol da qualidade de vida e de saúde (BUSS, 2003; CZERESNIA, 2003; DOWBOR, 2008).

A partir do exposto, podemos inferir que a grande diversidade de conceitos e modelos de promoção da saúde dificulta ainda mais sua efetivação. Diante disso, e na tentativa de nortear as ações educativas e seus executores, a OMS, em 1994, elaborou os sete princípios definidores das práticas educativas, realizadas nesta perspectiva, dos quais cinco são apresentados por Westphal (2006):

- 1) Conceção holística de saúde, voltada para a multicausalidade do processo saúde-doença – nesse caso, o que se orienta é que as ações de saúde fomentem a saúde física, mental, social e espiritual em sua ampla determinação, mediante ações que ultrapassem os limites do setor saúde. Trata-se de discutir a saúde ou não-saúde sob todas as interconexões existentes e não considerá-la de forma fragmentada ou isolada (WESTPHAL, 2006).
- 2) Equidade – se refere a desenvolver promoção de saúde de forma equitativa, implicando em “analisar os territórios onde as pessoas habitam, detectar os grupos humanos em situação de exclusão e dirigir as políticas públicas de modo a discriminá-los positivamente” (MENDES, 2002 *apud* WESTPHAL, 2006).
- 3) Intersetorialidade – uma vez que trabalhar a multicausalidade do processo saúde-doença é inerente, que seja feito de forma intersetorial. A intersetorialidade pressupõe que se analisem, estudem, percebam as questões que envolvem a saúde, com um olhar múltiplo e amplo. É o que Mendes (2002 *apud* Westphal, 2006, p. 655) chama de “reconhecer e cancelar a multiplicidade de olhares sobre a realidade complexa”.
- 4) Participação social - nas ações de promoção da saúde, deve-se incentivar a participação direta dos cidadãos no planejamento, execução e avaliação dos seus projetos (MENDES, 2002 *apud* WESTPHAL, 2006).

- 5) Sustentabilidade - criar iniciativas que estejam de acordo com os princípios do desenvolvimento sustentável e que garantam um processo duradouro e forte (WESTPHAL; ZIGLIO, 1999 *apud* WESTPHAL, 2006).

Esses princípios norteadores das práticas se constituem em uma importante referência para orientar os profissionais em suas ações de promoção de saúde. O desafio que se impõe diz respeito a como operacionalizá-los na rotina de trabalho nas UBS, de forma a conduzir para a construção de conhecimento e à mudança do paradigma referente a ter saúde.

Tomando esses princípios como referência e desenvolvendo práticas bem conduzidas de educação em saúde, entendemos ser possível estabelecer vínculos sociais com a comunidade e suas formas culturais, visando à troca de saberes, populares e científicos, o fortalecimento técnico, e o amadurecimento político (BATISTELLA, 2007).

Não há dúvida, que a educação em saúde pensada sob a perspectiva da participação social, considerando a construção compartilhada dos saberes que fundamentam as visões de mundo das pessoas e respeitando esses saberes (PEDROSA, 2003), evidencia-se como importante estratégia de efetivação da promoção da saúde.

A utilização de ações educativas, a fim de promover a saúde, a qualidade de vida, os hábitos e ambientes saudáveis, passa, necessariamente, pela aprendizagem de novas práticas, comportamentos e atitudes. Estas práticas educativas devem ter como objetivos desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertençam, além da capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva.

Em outras palavras, a educação em saúde deve contribuir para que as pessoas exerçam o controle social no planejamento, na execução e na fiscalização da qualidade das ações de Saúde Pública, visando um sistema de saúde público comprometido com as necessidades da população (VASCONCELOS, 1998, 196?; BRASIL, 2003; VALLA 2001).

A partir deste enfoque, as estratégias pedagógicas devem conduzir à ampliação da capacidade dos sujeitos de compreender a complexidade dos determinantes de ser saudável incidindo sobre eles (BATISTELLA, 2007). Isto faz emergir ações educativas em saúde permeadas por uma concepção ampla dos determinantes de saúde, que vão desde o cuidado com o corpo e com a gestão individual e coletiva dos processos de saúde e doença, até a visão de saúde associada à terra, à moradia, às políticas agrícolas e sociais, ao meio ambiente, à qualidade de vida, educação, solidariedade, cooperação, arte, participação e cidadania. Dessa forma, haverá uma oposição, ao modelo de educação em saúde até então vigente e muito presente na atualidade, que tem como finalidade transmitir informações sobre prevenção e controle de doenças (REIS, 2006).

A educação em saúde, utilizada como estratégia para a promoção, deve ser entendida como um espaço de reflexão-ação, fundamentada em saberes técnico-científicos e populares, significativos para o exercício democrático e para a provocação de mudanças individuais e na comunidade. Além disso, pode interferir no controle e implementação de políticas públicas, contribuindo para a transformação social (ALVES, 2004; MEYER *et al.*, 2006).

Nesta perspectiva, é prudente que a construção de conhecimento se dê de forma transversalizada por um possível diálogo entre o saber instituído, elaborado pela produção científica, sujeito a uma revisão permanente, e o senso comum, resultante da vivência cotidiana, baseado em relações perceptivas e afetivas, de significados próprios. Neste processo, os sujeitos acabam produzindo, numa interface entre o individual e o coletivo, conhecimentos que são específicos e compartilhados, onde agir, tem papel preponderante.

É importante salientar que as práticas educativas em saúde podem ser exercidas em qualquer espaço social, uma vez que os horizontes da saúde são muito mais amplos que os da doença (VILLA, 2006). A atividade educativa toma, assim, a saúde integral como princípio norteador, não se restringindo às ações no âmbito da

atenção primária, como geralmente é entendida, mas abrangendo os três campos de atenção (VILLA, 2006). Entretanto, Vasconcelos (1996) destaca o campo da atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde. A consideração do autor justifica-se pela particularidade desses serviços, caracterizados pela maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais (ALVES, 2005).

Neste contexto, cabe indagar como o novo paradigma da promoção da saúde vem sendo apropriado pelos profissionais que realizam práticas de educação em saúde no seu cotidiano de trabalho. Desta forma, o objetivo deste trabalho é compreender como ocorrem as práticas educativas nas Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte e analisar em qual medida elas atendem aos princípios da promoção da saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, caracterizado, por Oliveira (1997) como uma observação, registro e correlação de fatos ou fenômenos, com a maior precisão possível, porém, sem manipulá-los. Assim, procurou-se conhecer as práticas educativas nas UBS, no que diz respeito ao público alvo, número médio de participantes, frequência em que ocorrem, a natureza e o objetivo da ação educativa realizada. Também foi foco de nosso estudo analisar as práticas educativas e sua relação com os princípios definidores das práticas de promoção da saúde.

Para tal, foi necessário dividirmos a pesquisa em duas fases. A primeira delas consistiu no mapeamento das ações educativas em grupos², ocorridas nas UBS de Belo Horizonte. Essa fase foi necessária para que conhecêssemos a realidade das práticas educativas que ocorrem nas UBS de Belo Horizonte, e, a partir de então, compararmos com as práticas designadas pelos gerentes como de promoção da saúde. Além disso, alguns dados coletados na primeira fase serviram de parâmetro para a definição dos dados que seriam coletados na fase seguinte.

A segunda fase envolveu a análise das práticas educativas de promoção de saúde ocorridas nas UBS. Nesta fase, procuramos observar e avaliar se as práticas educativas atendiam aos princípios definidores das práticas de promoção da saúde. A seguir, apresentamos o Quadro 1, baseado na proposta de Dowbor (2008), que descreve o conjunto de características técnicas de coleta de dados, a natureza dos dados coletados, os instrumentos utilizados para a coleta, as fontes de informação das quais os dados foram obtidos e o método de análise dos dados, em cada uma das fases do estudo.

No estudo foram utilizados métodos mistos de pesquisa, contemplando dados quantitativos e qualitativos. Segundo Dowbor (2008), a utilização conjunta de

² O trabalho em grupo foi escolhido para estudo, por entendermos que grande parte das ações educativas realizadas na atenção básica, ocorre em grupo. Entretanto, não temos dúvida que individualmente também é possível educar para a promoção da saúde

métodos qualitativos e quantitativos já foi bastante criticada por diferentes autores, pelo fato de acreditarem que os paradigmas, positivista e fenomenológico, compõem formas diferentes de entender o mundo. Porém, estudos com métodos mistos ganharam legitimidade nos últimos anos, uma vez que diversos autores defendem que esta estrutura aumenta o poder interpretativo do estudo.

QUADRO 1 – Características das duas fases do estudo

| | Fase I | Fase II |
|---------------------------------------|---|--|
| Técnica de coleta de dados | Entrevista semi-estruturada | Observação estruturada |
| Natureza dos dados coletados | Majoritariamente quantitativa | Majoritariamente qualitativa |
| Instrumento de coleta de dados | Questionário semi-estruturado | Roteiro de observação |
| Fontes de informação | Vinte unidades básicas de saúde, sorteadas aleatoriamente e distribuídas de forma proporcional entre os distritos sanitários da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte | Trinta e três atividades educativas realizadas em grupo, que ocorriam nas UBS pesquisadas |
| Métodos de análise dos dados | Quantitativo: distribuição de frequência | Quantitativo: distribuição de frequência Qualitativo: análise dos resultados com base nos referenciais dos campos da saúde, educação e filosofia. |

Segundo Creswell (2003 *apud* Dowbor, 2008), a conjugação de métodos qualitativos e quantitativos é útil para pesquisas que objetivem ao mesmo tempo generalizar resultados e aprofundar conhecimento sobre fenômenos.

2.1 Sujeitos e local da pesquisa

Na primeira fase da pesquisa, os sujeitos investigados foram os gerentes das Unidades Básicas de Saúde. Na segunda fase, o sujeito não foi o foco da investigação. O que se pesquisou foi o objeto, a prática educativa em si.

Para selecionarmos os locais que fariam parte da pesquisa, optamos por um cálculo estatístico, por meio do qual, seria definida uma amostra significativa de UBS a serem estudadas, de tal forma que os resultados encontrados pudessem ser generalizados.

Para tal, tomou-se como base:

- a) a recomendação da gerência de atenção básica da Prefeitura de Belo Horizonte, que determina que as UBS realizem pelo menos uma atividade em grupo por semana, perfazendo um total de quatro atividades por mês;
- b) o relatório extraído do Sistema de Informação da Atenção Básica de Belo Horizonte, tomando-se como referência os meses de janeiro a maio de 2008, utilizado para a determinação das unidades que atenderam ou não a essa recomendação da gerência de atenção básica.

O *software Stata 9.0* foi utilizado para determinar o tamanho da amostra (n), ou seja, o número de UBS que fariam parte da pesquisa. Utilizou-se um poder amostral de 99%, com nível de significância de $p = 0,01$ além do maior e do menor valor esperado de unidades que realizam no mínimo quatro atividades educativas no mês, sendo que, das 144 unidades de UBS (em junho-2008), 101 (70%) as realizaram e 43 (30%) não as fizeram. A partir dessas informações, determinou-se que a amostra deveria ser constituída por 20 UBS.

Para definirmos quais seriam as 20 UBS que fariam parte da pesquisa, fizemos um sorteio randomizado e de forma proporcional, ao total de UBS constante em cada distrito sanitário de Belo Horizonte (TAB. 1). Para resguardarmos as unidades e

profissionais de saúde que nelas trabalham, não revelaremos os nomes das UBS que compuseram a pesquisa.

TABELA 1

Distribuição por Distrito Sanitário do número de UBS que fizeram parte da pesquisa

| Distrito Sanitário | Nº de UBS pertencentes ao Distrito Sanitário em junho/2008 | Nº de UBS que fizeram parte da pesquisa |
|---------------------------|---|--|
| Nordeste | 21 | 3 |
| Barreiro | 20 | 3 |
| Noroeste | 19 | 3 |
| Norte | 18 | 2 |
| Venda Nova | 16 | 2 |
| Oeste | 15 | 2 |
| Leste | 14 | 2 |
| Centro-Sul | 12 | 2 |
| Pampulha | 9 | 1 |
| Total | 144 | 20 |

A Rede Básica de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte conta, atualmente, com 147 centros de saúde ou unidades básicas de saúde. Estes centros de saúde estão distribuídos em nove Distritos Sanitários: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. As unidades básicas de saúde são responsáveis pelas ações voltadas para a população da área de abrangência (PBH, 2010).

Os centros de saúde são a porta de entrada do sistema base das Equipes de Saúde da Família (BH Vida), que foi uma proposta implantada em Belo Horizonte no início de 2002, para a organização da atenção básica, através da estratégia do PSF. Esse programa propõe um processo gradativo de implantação das equipes, seguindo o grau de risco da população, tendo início nas áreas de elevado risco até médio risco, segundo o índice de vulnerabilidade à saúde (PBH, 2003). São 523 equipes, formadas por um médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (PBH, 2010).

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, em 18/12/2007 – protocolo nº ETIC 466/07 (Anexo A), e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Belo Horizonte (CEP – SMSA/PBH), em 26/12/2007 – protocolo nº 078/ 2007 (Anexo B).

2.2 Coleta e análise dos dados

2.2.1 Fase I - Mapeamento das ações educativas em grupos ocorridas nas UBS

Essa etapa objetivou identificar as ações de grupo realizadas nas unidades, e para tal, foi realizada uma entrevista semi-estruturada, agendada por telefone, com os gerentes das unidades básicas de saúde, durante os meses de agosto e setembro de 2008. O roteiro da entrevista está descrito no Apêndice A.

Atualmente, a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de pesquisa de campo. Segundo Cruz Neto (1999), ela é uma “conversa a dois com propósitos bem definidos”. Para o autor, em um primeiro momento, a entrevista permite o desenvolvimento da comunicação verbal. E, em um segundo momento, serve como meio de coleta de informações sobre determinado tema a ser pesquisado. A entrevista semi-estruturada é definida por Mazzotti e Gewandsznajder (2001) como um combinado de questões estruturadas, ou seja, já definidas, e questões abertas onde o entrevistado responde em seus próprios termos.

Optamos pela entrevista semi-estruturada como técnica de coleta de dados, na primeira fase, por entendermos que, por meio dela, conheceríamos um pouco mais da realidade da atenção básica em Belo Horizonte e conseguiríamos mapear as práticas educativas ocorridas na UBS.

Após o levantamento de todas as práticas educativas realizadas na UBS, o gerente foi indagado sobre qual ou quais das práticas relatadas mais se aproximava(m) da

proposta de promoção de saúde, na opinião dele. Nesse momento, não foi investigada a concepção de promoção da saúde, do gerente. Os resultados foram analisados através de uma análise descritiva dos dados com base na distribuição de frequência.

2.2.2 Fase II - Análise das práticas educativas de promoção de saúde ocorridas nas UBS

Essa etapa teve como objetivo analisar se as práticas educativas de promoção de saúde, desenvolvidas em grupo nas UBS pesquisadas, atendiam aos seguintes princípios definidores das práticas de promoção da saúde: multicausalidade do processo saúde-doença, intersectorialidade, participação social e sustentabilidade. Cabe destacar que o princípio referente à equidade não foi analisado nesta pesquisa, por se considerar que ele é de difícil mensuração a partir da metodologia proposta para o estudo. Além da análise das práticas de promoção da saúde com base nos princípios, em razão de acreditarmos que é preciso haver uma coerência entre os elementos internos em uma prática educativa, investigamos as metodologias e estratégias de ensino utilizadas pelos profissionais de saúde na condução das práticas. Essa etapa foi desenvolvida no período de dezembro de 2008 a agosto de 2009.

As 33 práticas educativas que fizeram parte dessa etapa do estudo foram as descritas pelos gerentes como as que mais se aproximam da proposta de promoção da saúde. Desta forma, só foi possível definir quais as práticas educativas seriam pesquisadas a partir das respostas dos gerentes à entrevista da primeira fase da pesquisa.

A técnica utilizada nessa fase da pesquisa foi a observação estruturada. Para a observação da prática educativa, o pesquisador agendou, com o profissional responsável por ela, a data, o local e o horário em que a prática aconteceria. No momento da observação, o pesquisador deixava claro, para o grupo, sua relação

restrita ao momento da pesquisa, explicava seu objetivo e coletava o consentimento dos sujeitos participantes e coordenadores do grupo, através do esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B e C). A partir daí, observava todo o desenrolar da prática educativa, e a registrava através de fotos e do preenchimento das informações solicitadas no roteiro de observação da prática educativa de promoção da saúde (Apêndice D), instrumento que foi elaborado para coleta de dados.

O roteiro foi elaborado e analisado pelo grupo de pesquisa, utilizando-se como referência o paradigma da promoção da saúde proposta pelo Sistema Único de Saúde, através da Política Nacional de Promoção da Saúde e a concepção de promoção da saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde e por Westphal (2006). O roteiro elaborado foi testado previamente em uma UBS não participante da pesquisa, a fim de se proceder aos ajustes necessários para sua aplicação. O roteiro de observação da prática educativa de promoção da saúde foi composto por três partes. Na primeira delas, o pesquisador registrava informações técnicas de identificação e caracterização da prática educativa, como tema, objetivo, número de participantes, tempo de duração, recursos materiais utilizados, nome dos profissionais envolvidos, assim como alguma observação necessária. Na realidade, vários desses dados não foram utilizados na nossa análise, entretanto, foram coletados, por serem úteis na elaboração do catálogo de práticas educativas, meio utilizado pelo pesquisador para expor os resultados à comunidade estudada.

Na segunda parte do roteiro, o investigador deveria registrar de forma detalhada todo o desenrolar da prática educativa. Esse registro foi utilizado como consulta e referência no momento do preenchimento da terceira parte do roteiro. Essa, por sua vez, constou de uma lista de 10 comportamentos e/ou condutas educativas, elaborados pelos pesquisadores, na qual o observador, ao final da prática educativa, deveria marcar um X no local correspondente à presença ou ausência do item pesquisado. Em função da complexidade do conteúdo a ser preenchido nessa página, os seis pesquisadores que fizeram parte da coleta de dados, foram

treinados, através de grupos de discussão e leituras de artigos, sobre os princípios da promoção da saúde e sobre as concepções de educação.

Segundo Mazzotti e Gewandszajder (2001), a observação é caracterizada como estruturada, quando os comportamentos a serem observados, bem como a forma de registro, são preestabelecidos. Normalmente, são usadas quando o pesquisador trabalha com um quadro teórico *a priori* que lhe permite propor questões mais precisas, bem como identificar categorias de observação relevantes para respondê-las. Segundo os autores, este tipo de observação “é muito usada para identificar práticas que a teoria indica que são eficazes e, eventualmente, pode-se usar alguma forma de quantificação” (MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2001, p. 165).

Uma das formas de quantificação da observação estruturada é o sistema de sinal. Nesse caso, o pesquisador registra a presença ou a ausência do comportamento durante o período observado. Tipicamente, o instrumento consiste numa lista de comportamentos ou itens onde o observador “checa” aqueles que ocorrem. No Apêndice 3 – Roteiro de observação da prática educativa de promoção da saúde - fica clara a utilização do sistema de sinal, uma vez que o pesquisador tem opções para marcar, de acordo com a conduta observada na prática educativa (MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2001).

Enfatizamos que nós entendemos, assim como Dowbor (2008):

[...] que apesar da pretensa objetividade na coleta e análise dos dados quantitativos, a análise esteve sujeita, entre outros aspectos, à subjetividade do pesquisador, uma vez que o julgamento de valor emitido dependeu mais do conhecimento prévio, da expectativa e dos valores do pesquisador do que propriamente do dado objetivo (DOWBOR, 2008, p. 75).

Desta forma, na intenção de minimizar as diferenças de julgamentos entre pesquisadores, 94% das práticas foram observadas por um mesmo observador, que quase sempre esteve acompanhado de outros, a fim de facilitar a análise da prática e o preenchimento adequado do roteiro de observação.

Para análise dos dados, as 10 questões abordadas no roteiro foram distribuídas em cinco categorias distintas, sendo quatro delas fundamentadas nos princípios da promoção da saúde (AYRES, 2004a; WESTPHAL, 2006; WHO, 1994) e uma delas definida pelo grupo de pesquisa como categoria referente à metodologia e estratégia de ensino, fundamentada no método dialógico (Quadro 2).

QUADRO 2

Distribuição das questões abordadas no roteiro de investigação de prática educativa em categorias

| Categoria | Questões analisadas no roteiro de investigação de práticas educativas |
|---|--|
| 1 – Multicausalidade do processo saúde-doença | 1.1 Durante a prática educativa observa-se preocupação em trabalhar as causas básicas/múltiplas (física, mental, social, espiritual, política) do processo saúde/doença? Ou pelo menos parte delas? |
| 2 - Intersetorialidade | 2.1 A prática educativa é desenvolvida de forma intersetorial? |
| 3 - Participação social | 3.1 A prática educativa procura desenvolver no sujeito o autocuidado? 3.2 Durante a prática educativa busca-se oferecer informações ao sujeito de tal forma a propiciar sua autonomia? (Sujeito escolhe de forma livre e esclarecida entre as alternativas que lhe são apresentadas?) 3.3 Durante a prática educativa há a promoção da participação social (desenvolvimento comunitário baseado na participação de todos interessados) de forma a promover o empoderamento coletivo? |
| 4- Sustentabilidade | 4.1 A prática educativa busca promover a sustentabilidade do grupo? |
| 5- Método dialógico | Subcategoria A - Participação ativa do sujeito na prática 5.A1 A prática educativa explora as noções, experiências e/ou expectativas do sujeito sobre o tema? Subcategoria B- Condução da prática de forma a proporcionar a construção de conceitos e de conhecimento 5.B1 A prática educativa é conduzida de forma dialogada? 5.B2 Há a preocupação com a construção do conhecimento, em vez de simples transmissão de informação? Subcategoria C – Utilização de diferentes estratégias de ensino 5.C1 Utilizam-se estratégias de ensino que operam com diferentes linguagens culturais (como o uso da arte - jogral, música, teatro, literatura, trabalhos manuais, cinema, etc.)? |

O método dialógico foi utilizado, em função de que toda atividade educativa precisa estar alicerçada, desde sua origem, em uma metodologia coerente com o objetivo traçado. Esse desafio implica que, para os princípios relacionados às ações de promoção, deve-se adotar uma abordagem dialógica. Um método, que favoreça a promoção da saúde, não pode contradizer a dialogicidade presente nesta proposta.

O diálogo é a força que impulsiona o pensar crítico-problematizador, em relação à condição humana no mundo e à práxis social (FREIRE, 1992). Freire ressalta que todo projeto de educação que pretende ser libertador e levar à autonomia deve começar por sua própria coerência metodológica, que implica a postura dialógica (FREIRE, 2009).

Conforme observado no Quadro 2, a categoria método dialógico, por envolver um maior número de questões pesquisadas, foi subdividida em três subcategorias, a saber: participação ativa do sujeito na prática; condução da prática de forma a proporcionar a construção de conceitos e de conhecimento e utilização de diferentes estratégias de ensino.

Os resultados foram discutidos quantitativamente, com base na distribuição de frequência, com a intenção de mensurar as categorias investigadas no roteiro de observação (Apêndice 4). E qualitativamente, com base nos referenciais dos campos da saúde, educação e filosofia.

2.3 Divulgação dos resultados da pesquisa

Para a comunidade científica, os resultados serão apresentados sob a forma de dissertação de Mestrado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG e da publicação em revista científica.

Para a comunidade pesquisada, o resultado da pesquisa será divulgado por meio de um catálogo de práticas educativas de promoção da saúde realizadas em UBS de

Belo Horizonte. Esse catálogo tem como objetivo socializar as práticas, levantadas durante a pesquisa, que mais se aproximaram da perspectiva da promoção da saúde, auxiliando o profissional no desenvolvimento de ações educativas, voltadas à promoção da saúde. Em fase de editoração, o catálogo conterà aproximadamente 16 práticas descritas e ilustradas. Seu lançamento está previsto para o primeiro semestre de 2010 e os exemplares serão distribuídos para todas as UBS de Belo Horizonte, gerências de Atenção Primária, faculdades e instituições interessadas.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.1 Mapeamento das ações de grupo

A partir da entrevista estruturada realizada com os 20 gerentes das UBS pesquisadas, obteve-se um total de 113 práticas educativas realizadas em grupo, e dessas, 37 (33%) foram destacadas, por eles, como práticas de promoção da saúde. Entendemos que o número encontrado não atende ao preconizado, pois equivale, em média, a uma prática mensal, de promoção da saúde, por UBS. Ao que tange à frequência das práticas educativas, foi possível detectar que 23% delas ocorriam semanalmente, 21% mensalmente, 8% quinzenalmente, 6% bimensalmente e 41% não tinham uma frequência definida ou não se encaixavam nos períodos acima. O PSF propõe que as equipes realizem regularmente atividades educativas, visto que o programa constitui-se num modelo pautado no desenvolvimento de ações preventivas e de promoção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidade. A promoção da saúde é definida como o processo de capacidade da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma participação no controle deste processo (BRASIL, 2001). Neste sentido, a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006) deixa bastante clara a urgência e necessidade da instituição de práticas educativas nessa direção, a fim de contribuir para a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais de saúde.

As razões do baixo número de práticas educativas de promoção de saúde podem ser várias, tais como o fato de pesquisarmos só as práticas realizadas em grupo; a falta de (in)formação ou interesse dos profissionais de saúde; a dificuldade da *práxis* de uma promoção de saúde ainda um pouco utópica; a prática curativista hegemônica; a escassez de recursos humanos e materiais; a falta de incentivo por parte da gerência e da administração pública; a grande demanda dos serviços de saúde, dentre outros (CARVALHO; CLEMENTINO; PINHO, 2008; HORTA *et al.*, 2009; SCHOWINGEL; CAVEDON, 2004; PEREIRA; WESTPHAL; STEWIEN, 1991; ROSSO; COLLET, 1999; MELO; SANTOS; TREZZA, 2005).

Em estudo realizado no Rio de Janeiro, Heringer *et al.* (2007) observaram a dissociação entre o discurso e a prática dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, no que se refere à realização de práticas educativas de promoção da saúde. De forma empírica, pudemos perceber que há profissionais e gerentes mobilizados e dispostos, entretanto há uma grande dificuldade de como fazer, de como colocar a teoria em prática.

Ao analisarmos os objetivos das 113 práticas educativas investigadas, encontramos que 9% possuíam caráter assistencialista, ou seja, estavam voltadas para o tratamento e cura da doença. Nesse caso, os gerentes utilizaram para definir os objetivos, das práticas, verbos como: curar e controlar. Uma parcela de 58% das práticas possuía características preventivistas, estando focadas na prevenção das doenças, nesse caso, os verbos mais usados para definir os objetivos foram: informar, divulgar, ensinar, esclarecer, instruir e orientar. Outra parcela (33%) das práticas apresentava características promocionistas, na qual a promoção da qualidade de vida situava-se no centro da atividade educativa, nesse caso, os verbos utilizados como objetivos foram: promover, confraternizar, construir e educar.

Diante disso, parece-nos haver uma transição entre os modelos de educação. Percebe-se pouca representatividade do modelo assistencialista, seguida de um grande número de práticas desenvolvidas sob a perspectiva do modelo preventivista e um número ainda modesto, porém representativo, de práticas ancoradas no modelo promocionista. Esse resultado, associado ao baixo número de práticas de promoção de saúde, parece indicar que, o modelo biomédico hegemônico é o que mais prevalece nas ações educativas das UBS de Belo Horizonte, apesar de já encontrarmos práticas que indicam para a ruptura desse modelo.

Em nosso estudo, encontramos que grande parte das UBS pesquisadas (75%), possuía de duas a quatro equipes de saúde da família. E, na maioria dos casos (60%), nunca houve a promoção de treinamento para desenvolvimento de atividades em grupo, destinadas aos profissionais que compunham essas equipes. Além disso, dos 40% de gerentes, que relataram promover algum trabalho desse tipo,

normalmente o faziam incentivando a participação dos profissionais, em eventos promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Em estudo realizado por Horta *et al.* (2009), os profissionais de saúde do PSF de Belo Horizonte e Contagem/MG relatam que as iniciativas de treinamento ocorrem de forma pontual, desarticulada e fragmentada.

Tal resultado vem ao encontro de nossa crença, da necessidade real e imediata da capacitação, dos profissionais de saúde. Acreditamos que, se há o interesse em promover a saúde “como uma das estratégias de produção de saúde” (BRASIL, 2006, p. 10), é fundamental a capacitação dos profissionais que atuam na área. Para tal, Villas Bôas, Araújo e Timóteo (2008) ressaltam não ser suficiente apenas levar os profissionais a reconhecer a necessidade de adotar ações educativas, sob a ótica pedagógica. É preciso, também, levá-los a perceber que a visão fragmentada, nas ações educativas, assim como a prática profissional pouco cooperativa e o distanciamento entre as diversas disciplinas contribuem com a mesma intensidade para tornar a fragmentação um componente bastante presente no cotidiano dos serviços.

Desta forma, além da capacitação técnico-científica, é preciso também prepará-los para atuarem como profissionais promotores de transformações e mudanças nos sujeitos, de tal forma a proporcionar o desenvolvimento da autonomia, da cidadania e da participação social. Entendemos, em consonância com Heringer *et al.* (2007), que a proposta do Programa Saúde da Família de reorganizar a assistência à saúde deve ser aproveitada como espaço de reorientação das práticas educativas, já que ambas devem acontecer de modo integral e articulado.

É importante destacar, que a capacitação da qual nos referimos, é aquela pautada em modelos dialógicos, na qual a interação de saberes é premissa fundamental, na relação entre os sujeitos envolvidos no processo educativo. A sugestão é capacitar profissionais de saúde sob essa perspectiva, a fim de que possam utilizar a mesma metodologia com os educandos.

Com relação aos profissionais que realizam as práticas educativas, podemos perceber, no GRAF.1, que os enfermeiros (32,7%) são os que mais as realizam, seguidos dos médicos (18,4%), e em ordem decrescente e em menor intensidade, dos agentes comunitários de saúde, odontólogos, toda a equipe, assistentes sociais e auxiliares de enfermagem. Este resultado corrobora com o estudo realizado por Carvalho, Clementino e Pinho (2008), no qual constataram que, na maior parte dos trabalhos de educação em saúde publicados na revista REBEn entre 1995 e 2005, as práticas educativas foram desenvolvidas, em sua maioria, por enfermeiros, seguidos de médicos, além de outros profissionais, em menor intensidade.

O presente resultado pode traduzir uma atuação maior dos enfermeiros, com relação à temática em questão. A esse respeito, Villa (2006) pondera que a prática educativa grupal deve ser desenvolvida e potencializada por todos os integrantes da equipe, propiciando condições para a construção de novas condutas e papéis que facilitem a integração e aprendizagem dos envolvidos. Tal questão se traduz no desenvolvimento de uma prática educativa grupal, interdisciplinar.

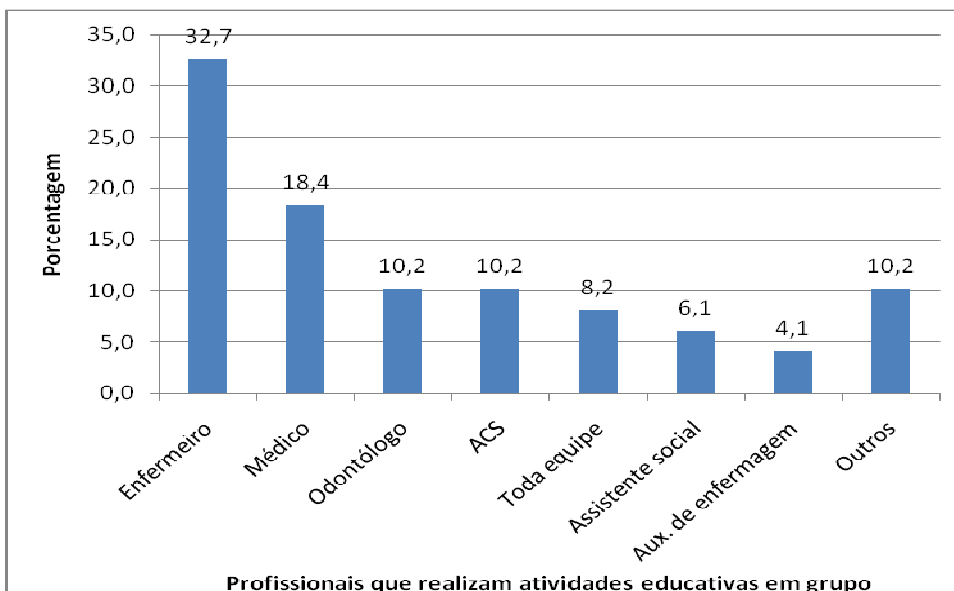


GRÁFICO 1 – Descrição dos profissionais que realizam práticas educativas nas Unidades Básicas de Saúde

Parece-nos bastante evidente a pouca atuação interdisciplinar, no que tange ao desenvolvimento das práticas educativas em grupo, nas UBS pesquisadas. É

evidente que, com a criação do PSF, a relação de profissionais de saúde com a comunidade se estreitou e fez emergir a manifestação da globalidade dos problemas de saúde, desafiando as limitações e competências individuais dos vários profissionais e especialistas. Desta forma, entendemos, assim como Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007), que a interdisciplinaridade e o intercâmbio entre os vários profissionais fazem-se necessários, na medida em que possibilitam a estruturação de uma prática de saúde ampliada, em que várias dimensões da doença passam a ser enfrentadas, e na qual o cuidado esteja passível da agregação de outros saberes e práticas disponíveis em outros serviços, de saúde ou não.

Sobre tal questão, Villa (2006) completa a necessidade de se pensar o trabalho no mundo da saúde junto a seus pares, que, por sua vez, devem estar envolvidos pelos mesmos objetivos. “A organização do trabalho em conjunto possibilita uma relação de cooperação, de valorização e crescimento mútuo num processo contínuo do cuidar/educar, dividindo as responsabilidades” (VILLA, 2006, p. 45).

Ao analisarmos os temas do total de práticas educativas pesquisadas (TAB.2), e ao correlacionarmos com a área de atuação proposta pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), encontramos que, dos seis primeiros itens de maior representatividade, dois se referem à saúde da mulher (planejamento familiar e gestação/pré-natal); dois se referem à promoção de saúde (Lian Gong e atividade física); um, ao controle do diabetes e da hipertensão, e um deles, à saúde bucal.

Em estudo realizado por Rosso e Collet (1999) no Paraná, também foi encontrado um grande número de práticas educativas com temas que enfatizavam a saúde da mulher. Entretanto, como bem colocam os autores, não podemos deixar de ressaltar que grande parte desses temas é conduzida por orientação dos programas e projetos de saúde do governo.

Um bom exemplo refere-se ao grande número de atividades educativas de planejamento familiar. Tal fato ocorre, segundo relato dos gerentes das unidades, por se constituir orientação de um protocolo exigido pela Secretaria Municipal de

Saúde, para que, antes de passar a receber preservativos, o usuário seja orientado sobre planejamento familiar, fato que justifica a maior incidência desse tema. Entretanto, apesar de mais frequente, esse tema não foi apontado, em nenhuma UBS, como pertencente a uma atividade educativa de promoção da saúde.

Um resultado que nos chamou a atenção, se refere ao elevado número (10,8%)³ de ações educativas relacionadas à práticas corporais. Segundo Carvalho (2006), essas práticas tratam-se de componentes da cultura corporal dos povos e dizem respeito ao homem em movimento, à sua gestualidade e aos seus modos de se expressar corporalmente. Nesse sentido, agregam as mais diversas formas do ser humano se manifestar, por meio do corpo, além de contemplarem as duas racionalidades: a ocidental (como, ginásticas e caminhadas) e a oriental (yoga⁴, Lian Gong⁵, dentre outras).

Em se tratando do tema a ser desenvolvido nas práticas educativas, por mais evidente ou recomendado que seja, parece-nos ser fundamental que o profissional escute o sujeito, a fim de descobrir se realmente esse tema vai de encontro às suas necessidades ou se atende às suas expectativas (FREIRE, 2009). Entendemos, assim como Zernike e Henderson (1998 *apud* Chaves *et al.*, 2006), que os temas que constituem as práticas educativas precisam ser centrados nas necessidades dos usuários, a fim de tornar a ação educativa mais efetiva. Caso contrário, poderemos insistir na imposição de conteúdos, algo que limita o desenvolvimento da autonomia do sujeito e nos remete à postura educativa centrada no modelo biomédico hegemônico, do qual propomos uma quebra de paradigma.

³ Valor referente ao somatório dos temas Lian Gong e atividade física - TAB. 2.

⁴ Prática meditativa de origem indiana. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Ioga>>. Acesso em: 18 jan. 2010.

⁵ Ginástica chinesa, criada na década de 70 por um médico ortopedista chinês, que tem como objetivo prevenir e tratar as dores no corpo e restaurar a sua movimentação natural. Disponível em: <http://www.liangongbrasil.com.br/oque_e.htm>. Acesso em: 8 jun. 2009.

TABELA 2

Frequência e área estratégica de atuação dos temas das práticas educativas grupais realizadas nas UBS em Belo Horizonte/MG nos meses de agosto e setembro/2008

| Nº | Tema | Número de práticas | Porcentagem | Área de atuação segundo PNAB ⁶ |
|----|---------------------------|--------------------|-------------|---|
| 01 | Planejamento familiar | 14 | 12,4 | Saúde da Mulher |
| 02 | Diabetes e Hipertensão | 11 | 9,7 | Controle do diabetes e hipertensão |
| 03 | Gestação / pré-natal | 10 | 8,8 | Saúde da Mulher |
| 04 | Saúde Bucal | 9 | 8,0 | Saúde Bucal |
| 05 | Lian Gong | 7 | 6,2 | Promoção de saúde |
| 06 | Atividade física | 5 | 4,4 | Promoção de saúde |
| 07 | Hipertensão | 4 | 3,5 | Controle da hipertensão |
| 08 | Asma | 4 | 3,5 | Saúde da Criança |
| 09 | Diversos (sala de espera) | 4 | 3,5 | ----- |
| 10 | Nutrição | 3 | 2,7 | Promoção de saúde |
| 11 | Baixo peso/desnutridos | 3 | 2,7 | Eliminação da desnutrição infantil |
| 12 | Saúde do adolescente | 3 | 2,7 | Saúde da Criança |
| 13 | Artesanato / convivência | 3 | 2,7 | Promoção de saúde |
| 14 | Zoonoses | 2 | 1,8 | ----- |
| 15 | Diabetes | 2 | 1,8 | Controle do diabetes |
| 16 | Saúde da criança | 2 | 1,8 | Saúde da Criança |
| 17 | Qualidade de vida | 2 | 1,8 | Promoção de saúde |
| 18 | Saúde do idoso | 2 | 1,8 | Saúde do Idoso |
| 19 | Bolsa família | 1 | 0,9 | ----- |
| 20 | Outros | 22 | 19,5 | ----- |
| | TOTAL | 113 | 100,0 | ----- |

Ao analisarmos o público para o qual se destinam as práticas educativas (GRAF. 2), não pudemos deixar de notar o quão diversificado este se constitui nas UBS de Belo Horizonte. A maior parte das práticas educativas (36,2%) é destinada à comunidade em geral, ou seja, a qualquer usuário que tenha interesse em dela participar. Em seguida, em ordem decrescente, encontram-se as práticas destinadas a hipertensos, diabéticos, gestantes, mães, adolescentes, escolares, além de outros. Esse resultado nos faz refletir sobre o quão desafiadora se torna a ação educativa, exigindo, do profissional de saúde, diferentes propostas educativas, de acordo com a demanda de cada público e sua respectiva realidade.

⁶A PNAB – Política Nacional de Atenção Básica determina que os municípios desenvolvam ações estratégicas em todas estas áreas de atuação, além da eliminação da hanseníase, do controle da tuberculose. Tais ações não foram encontradas como tema de nenhuma das práticas educativas pesquisadas.

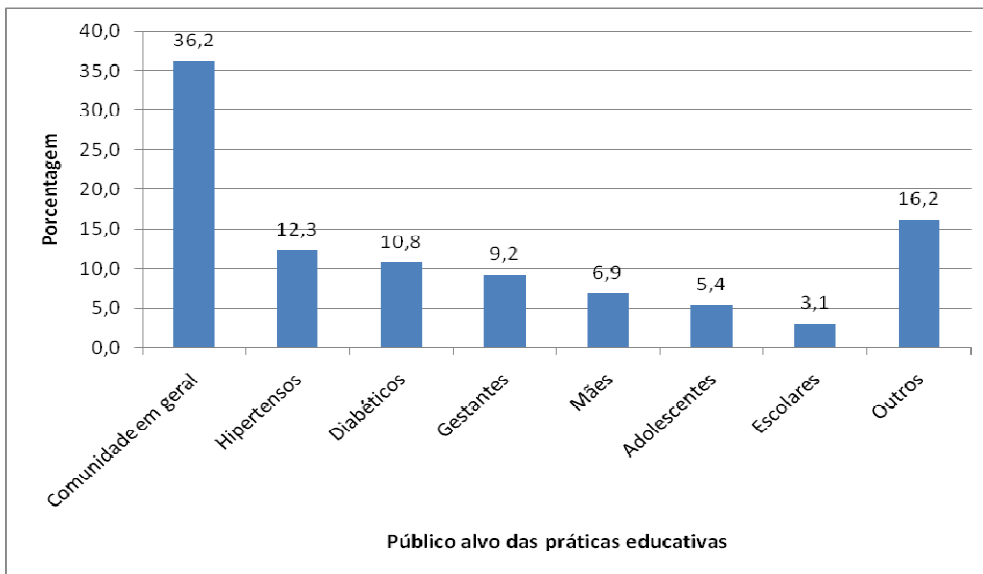


GRÁFICO 2 - Distribuição do público-alvo mais contemplado pelas práticas educativas

Ao se analisar como poderiam ser classificados os grupos educativos desenvolvidos nas UBS (GRAF. 3), encontramos que, para os gerentes, 47,8% dos grupos são classificados como operativos; 35,4%, como grupos informativos; 10,6%, como atividades de sala de espera, além de outros (6,2%).

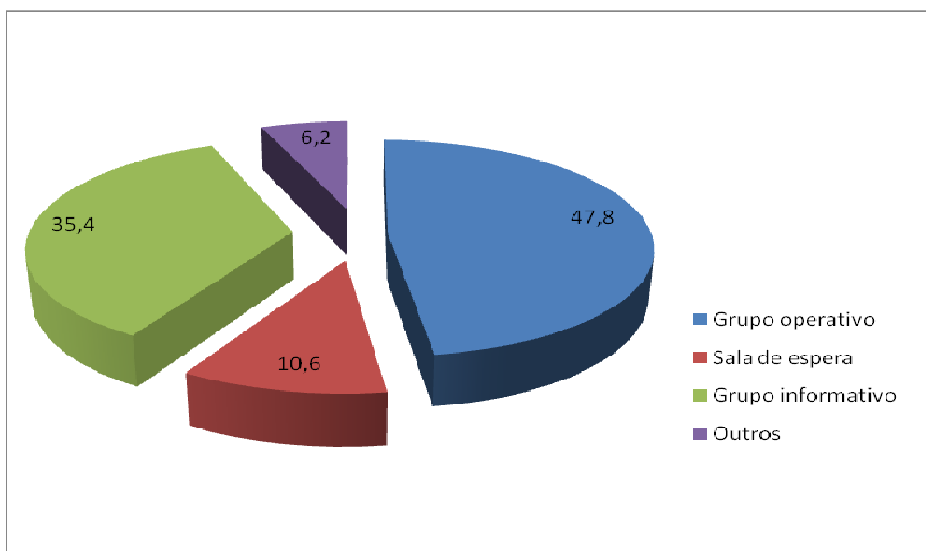


GRÁFICO 3 - Classificação dos grupos segundo os gerentes das UBS

Entendemos como grupo operativo, aquele desenvolvido sob a perspectiva de promoção da saúde, que incentiva a participação social e o vínculo entre os

participantes, que tem um público definido e que possui encontros frequentes. Vários grupos foram enquadrados, pelos gerentes, nessa classificação, tais como os grupos de diabéticos, de hipertensos, de gestantes, além de outros. Nesses grupos, os participantes quase sempre eram os mesmos, encontravam-se com uma frequência definida e possuíam um vínculo, em função do tempo de convivência e de seu objetivo no grupo.

Entretanto, em estudo realizado por Grossmann e Kohlrausch (2006), foi constatado que 66% dos enfermeiros entrevistados desconheciam o significado de grupo operativo, assim sendo, ponderamos se os gerentes que fizeram parte de nossa pesquisa e que classificaram os grupos como operativos, realmente sabiam o conceito desse grupo.

Como grupos informativos, se adequaram aqueles de caráter prevencionista, que tinham como finalidade a transmissão de conteúdos e, não necessariamente, tinham um público definido e encontros frequentes. Um bom exemplo foram os grupos de planejamento familiar, que em muitos casos ocorriam em um ou dois pequenos encontros com um público bastante variado.

Como atividade de sala de espera, os gerentes enquadraram aquelas práticas educativas que não tinham um público definido, que ocorriam esporadicamente, diante de uma demanda específica, que normalmente tinham curta duração e que poderiam utilizar tanto uma abordagem transmissiva, quanto uma participativa.

Entendemos que as ações em sala de espera podem contribuir significativamente para a promoção da saúde, prevenção de agravos e encaminhamentos para outras atividades em saúde. Entretanto, essa prática precisa ser estimulada e adotada como um recurso teórico e prático, problematizador na formação dos profissionais de saúde. Para tal, Teixeira e Veloso (2006) destacam ser necessário o desenvolvimento de habilidades de comunicação, de acolhimento e de intervenções participativas.

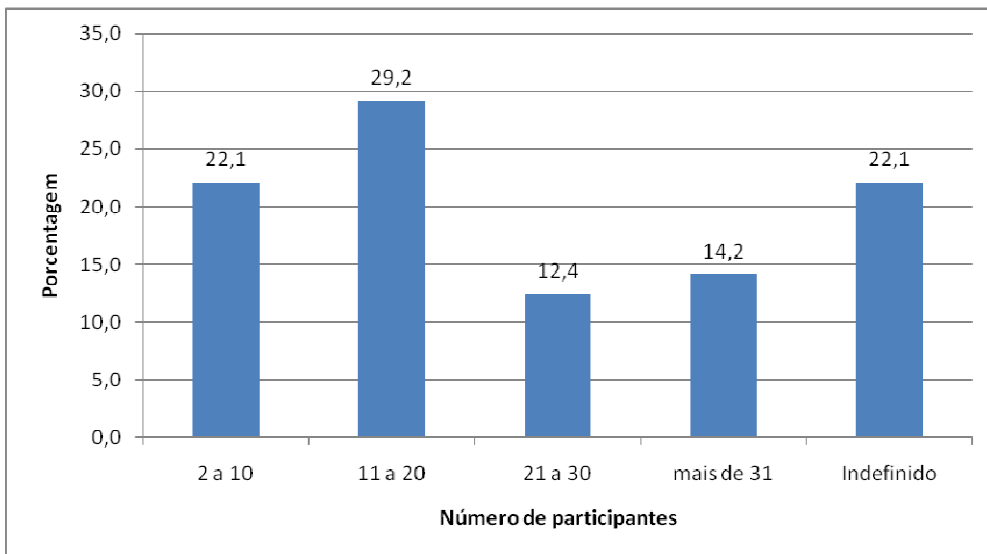


GRÁFICO 4 – Porcentagem do número médio de participantes das práticas educativas

Com relação ao número de participantes das práticas educativas, podemos observar no GRAF. 4 que a maior parte delas acontece em grupos com um número que oscila entre 11 e 20 participantes, seguida de 2 a 10, indefinido, mais de 31 e de 21 a 30 participantes. Lucchese e Barros (2007) afirmam que diversos autores convergem na indicação de 8 a 12 pessoas, como sendo o número ideal de participantes de uma atividade educativa. Entendemos, assim como os autores, que um número inferior poderia não oferecer o dinamismo necessário às interações e trocas uns com os outros; por outro lado, um número superior poderia tornar a comunicação inviável e contribuir para formação de grupos paralelos ou subgrupos. Além disso, um número grande de participantes pode inibir aqueles mais tímidos, na expressão de suas ideias e experiências, o que dificultaria o fortalecimento do vínculo e da cumplicidade entre os participantes.

Entretanto, diante da realidade do serviço público brasileiro, em especial no município de Belo Horizonte, entendemos ser difícil desenvolver grupos educativos com número máximo de 12 participantes. Tal fato se dá em função da grande demanda de usuários e da falta de recursos materiais e pessoais que inviabilizam tal situação.

Ao se levantar quais os tipos de atividades ocorriam na prática educativa, foi possível verificar (GRAF. 5) que a mais frequente (78,5%) foi a ação educativa exclusiva, ou seja, durante prática educativa, o único foco era a educação, não se fazia qualquer outra atividade normativa ou assistencialista. Em seguida, encontrou-se, como atividade desenvolvida na prática, além da ação educativa, também a renovação de receitas (10,4%) e/ou a consulta individual (6,9%), dentre outros (4,2%).

Em pesquisa realizada por Granada (2004), o autor relata a experiência de abolir, das práticas educativas, a tomada de pressão, medição de glicemia e de peso, a fim de mostrar aos pacientes que a atividade educativa em grupo não tinha a pretensão de substituir o atendimento médico individualizado. Entendemos ser essa uma postura bastante acertada, pois, ao vincularmos a participação do sujeito no grupo, à tomada de pressão ou a renovação de receita médica, podemos induzi-lo a participar da atividade educativa, por outro lado, sabemos que diante da realidade do serviço público brasileiro, esta é uma alternativa, ainda bastante frequente, no que se refere a garantir a participação nas atividades educativas.

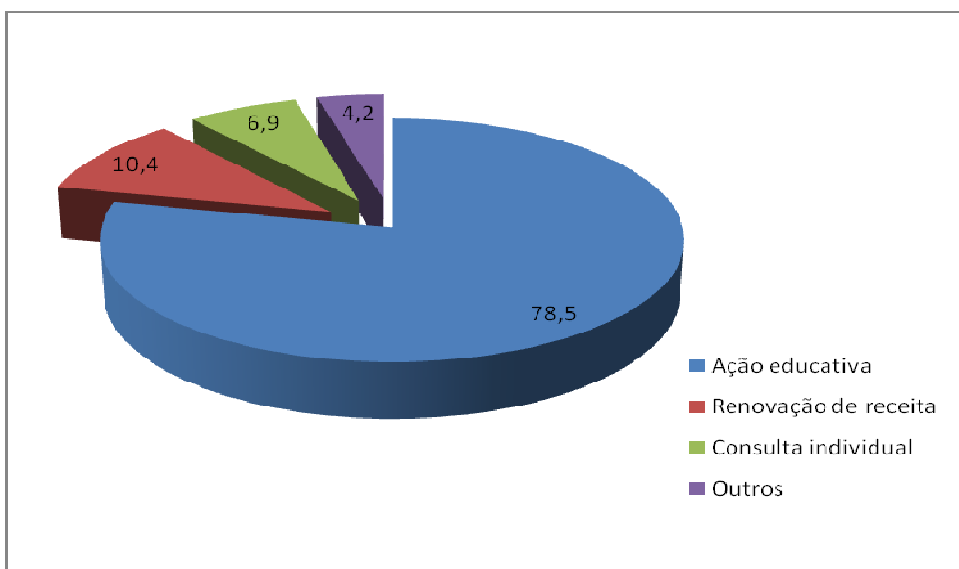


GRÁFICO 5 - Tipos de atividades que ocorrem as ações educativas em grupo, segundo as gerentes das UBS-BH

Acreditamos que a participação do sujeito nas atividades educativas em grupo deveria ser desvinculada de qualquer obrigação ou benefício que ele possa ter. A

adesão do usuário à prática deve ocorrer por livre escolha, que, por sua vez, é motivada a partir de práticas bem planejadas e avaliadas, participativas e que promovam a saúde do sujeito.

3.2 Análise das práticas educativas

Inicialmente, foram destacadas, pelos gerentes das UBS, 37 práticas educativas de promoção de saúde, entretanto foram pesquisadas 33 (89%) delas. Isso porque duas não ocorreram durante o período de coleta de dados, e outras duas deixaram de acontecer em função da saída, da UBS, do médico e/ou enfermeiro responsável pelo grupo onde a prática ocorria.

Conforme descrito anteriormente, as 11 questões do roteiro de observação da prática educativa de promoção da saúde foram alocadas em cinco categorias, quatro delas baseadas nos princípios definidores das práticas educativas de promoção da saúde (WESTPHAL, 2006) e uma, no método dialógico.

Passaremos a seguir a discutir cada uma dessas categorias, de acordo com os resultados encontrados. No Apêndice E encontra-se a apresentação dos resultados das questões analisadas no roteiro de observação das práticas educativas de promoção de saúde (TAB. 3).

TABELA 3 – Apresentação dos resultados das questões analisadas no roteiro de observação das práticas educativas de promoção de saúde

| Categoria | Questões analisadas | Sim % | Não % |
|---|--|--------------|--------------|
| 1 – Multicausalidade do processo saúde-doença | 1.1- Durante a prática educativa observa-se preocupação em trabalhar as causas básicas/múltiplas (física, mental, social, espiritual, política...) do processo saúde/doença? Ou pelo menos parte delas? | 73 | 27 |
| | SUBTOTAL 1 – média das questões | 73 | 27 |
| 2- Intersectorialidade | 2.1- A prática educativa é desenvolvida de forma intersectorial? | 9 | 91 |
| | SUBTOTAL 2 – média das questões | 9 | 91 |
| 3- Participação social | 3.1- A prática educativa procura desenvolver no sujeito o autocuidado? | 88 | 12 |
| | 3.3- Durante a prática educativa busca-se oferecer informações ao sujeito de tal forma a propiciar sua autonomia? (sujeito escolhe de forma livre e esclarecida entre as alternativas que lhe são apresentadas?) | 21 | 79 |
| | 3.4- Durante a prática educativa há a promoção da participação social (desenvolvimento comunitário baseado na participação de todos interessados) de forma a promover o empoderamento coletivo? | 3 | 97 |
| | SUBTOTAL 3 – média das questões | 37 | 63 |
| 4- Sustentabilidade | 4.1- A prática educativa busca promover a sustentabilidade do grupo? | 12 | 82 |
| | SUBTOTAL 4 – média das questões | 12 | 88 |
| 5- Método dialógico | Subcategoria A - Participação ativa do sujeito na prática | | |
| | 5.A1- A prática educativa explora as noções, experiências e/ou expectativas do sujeito sobre o tema? | 38 | 62 |
| | Subcategoria B- Condução da prática de forma a proporcionar a construção de conceitos e de conhecimento | | |
| | 5.B1- A prática educativa é conduzida de forma dialogada? | 6 | 94 |
| | 5.B2- Há a preocupação com a construção do conhecimento, em vez de simples transmissão de informação? | 6 | 94 |
| | Subcategoria C – Utilização de diferentes estratégias de ensino | | |
| | 5.C1- Utiliza-se estratégias de ensino que operam com diferentes linguagens culturais (como o uso da arte - jogral, música, teatro, literatura, trabalhos manuais, cinema, etc.)? | 40 | 60 |
| | SUBTOTAL 5 – média das questões | 23 | 77 |
| | TOTAL GERAL – média dos subtotais | 31 | 69 |

3.2.1 Multicausalidade do processo saúde-doença

Os resultados encontrados a partir da observação das práticas educativas demonstraram que 73% delas foram conduzidas de forma a trabalhar a **multicausalidade do processo saúde-doença**, enquanto 27% não o fizeram.

Foram consideradas como práticas educativas que abordaram a multicausalidade aquelas que buscaram tratar além das questões biológicas, questões sociais, mentais, físicas, culturais e/ou espirituais que fazem parte da vida do indivíduo e que influenciam, direta ou indiretamente, no seu estado de saúde ou doença.

Apesar de não corresponder à maioria, houve uma quantidade considerável (27%) de práticas que ressaltaram uma “única causa” do processo saúde-doença e, portanto, desconsideraram a complexidade do fenômeno em foco, produzido pela inter-relação entre os aspectos econômicos, culturais, sociais, psicológicos e subjetivos (MORIN, 1997).

Ressaltamos que as causas do estado de saúde-doença não devem ser tratadas de forma isolada ou fragmentada: é necessário levar em conta as interconexões estabelecidas com outros fatores, áreas e setores. Considerar a complexidade do processo saúde-doença, a nosso ver, é tratar o sujeito “doente ou saudável” de forma completa, investigando suas crenças, hábitos, situação sócio-econômica e as condições objetivas em que vive. Isso é o que Gadamer (1993, p. 48) elucida como “ver a totalidade da natureza” ou ainda “ver para além do “caso” a tratar, a fim de captar o homem na totalidade da sua situação vital”.

Em relação ao total das práticas que trabalharam a multicausalidade, 6,5% o fizeram de forma explícita, discutindo claramente algumas das múltiplas causas do processo saúde-doença. Na única ação educativa que tratou o tema explicitamente, a coordenadora abordou, durante sua explanação, questões sociais, econômicas e familiares relacionadas à hipertensão e destacou a atividade física regular, como forma de atenuar essas causas.

O restante (93,5%) das práticas educativas que abordaram a multicausalidade do processo saúde-doença o fez de forma implícita, ou seja, durante a prática não trataram diretamente de questões relacionadas ao tema, contudo, desenvolveram práticas que conduziam à melhora da saúde do indivíduo, como, por exemplo, caminhadas realizadas em grupos e orientadas por profissionais de saúde.

As práticas nas quais a multicausalidade foi trabalhada de forma implícita foram distribuídas em dois grupos distintos: o primeiro deles abordou o tema por meio da inserção de atividade física, lazer ou nutrição. Um bom exemplo se constituiu na prática desenvolvida no Projeto Vida Saudável, que tem como objetivo proporcionar a melhoria da convivência, da qualidade alimentar e do desempenho físico dos idosos da comunidade. Para tal, realizam jogos de bingo, caminhadas semanais acompanhadas por profissionais de saúde, discussões relativas à alimentação saudável, além de troca e preparo de receitas de aproveitamento integral dos alimentos. O segundo grupo trabalhou a multicausalidade, promovendo práticas que aliavam as práticas corporais à meditação e/ou relaxamento, como é o caso das práticas ocorridas nos vários grupos de Lian Gong e no grupo de Unibiótica⁷.



FIGURA 1 – Prática educativa de Lian Gong



FIGURA 2 – Prática educativa de Unibiótica

⁷ Método sintético, científico e inédito, que trata o corpo humano de forma que ele, por si mesmo, evite doenças. Criado por um médico coreano, é considerado uma postura científico-filosófica da Medicina e se baseia em quatro princípios de saúde: alimentação, pele, membros e mente. Fonte: Jornal do Comércio - Recife, 21 de junho de 1998 – Disponível em: <<http://www2.uol.com.br/JC/1998/2106/br2106g.htm>>. Acesso em: 8 jun. 2009.

O resultado encontrado nessa categoria, demonstra que a multicausalidade é um princípio da promoção, presente no discurso e na prática dos profissionais de saúde. Entretanto, ponderamos que em grande parte das práticas percebemos a abordagem da causalidade, muito centrada nas causas biológicas (como as que ocorriam nos grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes), ou físicas (nas práticas de caminhada, Lian Gong, unibiótica) ou psicológicas (relaxamento, qualidade de vida). No entanto, é importante no processo educativo, que o educador, além de exercitar seu olhar sobre o sujeito completo e complexo, leve o educando a participar ativamente das práticas, conduzindo-o assim, a assumir sua autonomia, na busca pela promoção de sua saúde.

Antes de prosseguirmos, há a necessidade de ponderarmos uma questão, que consideramos poder ter influenciado nesse resultado encontrado: em todas as práticas observadas, os coordenadores sabiam da nossa visita e, portanto, podem ter preparado a prática de forma mais cuidadosa. Entretanto, mesmo que tal fato tenha ocorrido, não deixa de ser positivo, pois demonstra uma preocupação e informação do coordenador sobre as características de uma ação educativa de promoção de saúde.

3.2.2 Intersetorialidade

Foi possível verificar que 91% das práticas educativas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte não aconteceram de forma a promover a **intersectorialidade**; em contrapartida, em 9% delas tal processo ocorreu.

Entende-se por intersectorialidade “a articulação de saberes e experiências no planejamento, na realização e na avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social” (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1997 *apud* JUNQUEIRA, 1997, p. 37). Em outras palavras, refere-se à articulação dos diferentes setores que com seus

saberes específicos discutem, na intenção de encontrar um denominador comum para questões complexas, ligadas à saúde.

Dentre as práticas observadas, apenas três delas desenvolveram atividades intersetoriais. Em uma UBS, foi desenvolvido um trabalho de parceria entre a equipe de Zoonose da unidade e uma escola municipal da comunidade. O projeto intitulado Agente Mirim no Combate à Dengue teve como objetivo favorecer a aproximação entre a UBS e a escola, a fim de reduzir os casos de dengue na comunidade. Nesse trabalho, os professores, orientados pelos agentes de zoonoses, desenvolveram atividades em sala de aula relacionadas ao combate à dengue.

Outra prática intersetorial observada foi um projeto com adolescentes da comunidade, que objetivava levá-los, por meio da cultura, a desenvolver um olhar crítico em relação a sua saúde e sua vida. Esse trabalho acontece em parceria entre a UBS e o Centro Cultural da comunidade. Segundo o médico coordenador do projeto, a ideia da parceria com o centro cultural surgiu diante da dificuldade dos profissionais de saúde em promover a saúde de uma forma que atraísse e conquistasse os adolescentes. Por meio dessa parceria, foi possível abordar temas gerais relacionados à saúde ou não, de forma a despertar o interesse dos adolescentes e conseqüentemente conduzi-los à promoção de sua saúde. No projeto, os temas técnicos a serem trabalhados serão desenvolvidos pelos profissionais de saúde e pedagogicamente pelos profissionais do Centro Comunitário, periodicamente esses grupos se reunirão para discutirem as estratégias de trabalho, o que sem dúvida enriquecerá e aproximará os dois setores.

Na terceira prática intersetorial observada, por iniciativa da UBS, foi criado, na comunidade, um Núcleo de Educação Ambiental. Esse núcleo se constitui em um grupo de pessoas, representantes de diversas instâncias - profissionais de saúde, comunidade, organizações não governamentais mobilizadas na comunidade, dentre outros. Que se encontram para tratar de diversas questões, tais como problemas ambientais, melhorias ambientais para a comunidade e monitoração de ações ambientais acordadas com a administração pública.

Sabe-se que trabalhar a intersetorialidade, na perspectiva apresentada, é uma tarefa que envolve grandes desafios, e no Brasil, mais ainda, uma vez que envolve questões bastante complexas que perpassam por entraves políticos, interesses pessoais, hierarquia e desarticulação da administração pública, que vão além da simples vontade de fazê-lo (GOUMANS, 2007 *apud* WESTPHAL 2006; MENDES, 2000; WESTPHAL, 2006). De acordo com Westphal (2006), para que tal proeza ocorra, “é preciso uma mudança de atitude dos políticos, acadêmicos e técnicos para a interação e integração de saberes entre si e com a população”. Além disso, a intersetorialidade como diretriz para promoção da saúde precisa deixar de ser responsabilidade do setor saúde, pois tal compreensão vem contribuindo substancialmente para dificultar suas ações nos serviços de saúde. Lefevre e Lefevre (2007) afirmam que “o setor saúde não consegue sozinho, dar conta dos problemas de saúde, ou seja, das doenças, uma vez que estas são resultantes ou determinadas por questões largamente extra-sanitárias”.

Acredita-se, assim como Carvalho (2004), que, à medida que o setor saúde deixar de ser o campo exclusivo do pensar e do fazer em saúde e que passar a mobilizar outros campos de saber e de prática profissional, a intersetorialidade poderá deixar de ser utópica e passar a fazer parte do discurso e da prática dos profissionais e gestores de saúde.

Entendemos que a intersetorialidade é um dos grandes desafios da efetivação da promoção da saúde. Todos os outros princípios ficam mais difíceis de serem efetivados, se não houver uma abordagem múltipla de processos e ações, além da divisão de responsabilidades, em prol da saúde de todos.

3.2.3 Participação Social

A categoria **participação social**, ao ser analisada, envolveu três aspectos: autocuidado, autonomia e a participação social propriamente dita, sobre as quais discutiremos a seguir.

Esclarecemos que as questões referentes ao autocuidado e à autonomia foram alocadas nessa categoria por entendermos que se referem ao bem-estar psicossocial do sujeito, que, por sua vez, constitui-se condição fundamental para o desenvolvimento da participação social.

Com relação ao **autocuidado**, observamos que 88% das práticas preocuparam-se em estimular o autocuidado nos usuários. Entretanto, em 12% delas, esse estímulo não foi evidenciado.

Entendemos como autocuidado a atenção e a ação que se exerce sobre si mesmo, para preservar uma boa qualidade de vida, de maneira responsável e autônoma. É uma possibilidade de observar e perceber como está o corpo físico, mental e emocional, e poder agir sobre ele de maneira benéfica e saudável. Autocuidado é um compromisso com a “defesa da vida”, voltado para prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde (BRASIL, 2003; BERNARDES; GUARESCHI, 2007; MENDES; ROSA, 2004;). Ao observamos o autocuidado, buscamos percebê-lo tanto no desenvolvimento da prática educativa (se o promovia ou não), quanto no relato espontâneo do sujeito, durante a prática. Em algumas situações, os sujeitos relataram o quanto passaram a se cuidar melhor, em função de sua participação no grupo educativo.

Como práticas que não buscaram desenvolver ou estimular o autocuidado no sujeito, estão aquelas voltadas para ações educativas cujo foco recaiu sobre a comunidade ou a coletividade, e não houve a abordagem ao indivíduo isoladamente. Um bom exemplo tratou-se da prática educativa que ocorreu no Núcleo de

Educação Ambiental, na qual se discutiram questões ambientais da comunidade e não questões relacionadas ao indivíduo. Outro exemplo diz respeito a uma atividade de sala de espera, em que as funções fitoterápicas de algumas plantas medicinais foram apresentadas através de placas explicativas afixadas em um canteiro plantado no jardim de inverno da unidade. Neste caso, não houve nenhum tipo de abordagem do usuário.

Do total de práticas que procuraram desenvolver o autocuidado no sujeito, uma grande parte o fez de forma a incentivar as práticas corporais, como forma de cuidar de si mesmo e do corpo, tais como os grupos de Lian Gong, Unibiótica e caminhada. Segundo Carvalho (2006), essas práticas nos remetem à descoberta e à consciência do corpo, por meio do movimento e da gestualidade, que possibilitam um diálogo diferenciado entre os sujeitos. Entretanto, a autora pondera a necessidade, ainda pouco explorada pelos profissionais de saúde, de se privilegiar, além do fazer atividade física, a natureza didático-pedagógica inerente a essas práticas, principalmente no que se refere ao autocuidado, à construção de vínculos, ao desenvolvimento da autonomia e à capacitação para promoção de mudanças do pensar e agir em saúde.

Em 2001, foi implantado, nas unidades de saúde, do Município de São Paulo, um projeto de desenvolvimento de práticas corporais, junto aos usuários, tanto da medicina Chinesa (Lian Gong, Tai Chi Pai Lin, meditação, dentre outras), quanto de atividade física e de lazer, como caminhada, alongamento e dança. Os resultados mostram que, a educação permanente do público envolvido, possibilitada pela grande adesão e participação ativa dos sujeitos, motivou-os a ampliar a percepção sobre si mesmo e sobre o universo que os cercava, modificando suas posturas perante a vida (MORETTI, 2009).

Outra parcela das práticas procurou trabalhar o autocuidado por meio de abordagem direta, com relação a cuidados específicos relacionados a algum estado físico ou patológico. Como exemplo, podemos mencionar a prática ocorrida no grupo de gestantes, na qual se aprendeu a preparar as mamas para o aleitamento materno.

No grupo de hipertensos, no qual foram ensinadas técnicas de automassagem, a fim de aliviar as tensões. E no grupo de mães, as quais foram orientadas sobre os cuidados com a higiene bucal dos seus bebês, a fim de preservar a saúde dos dentes.

Nas práticas que tinham como finalidade ensinar um trabalho manual (bordado, pintura em tecido, etc.), foi possível perceber que, mesmo não havendo o incentivo ao autocuidado por parte dos coordenadores, o simples fato do sujeito buscar, voluntariamente, uma atividade que lhe ajudasse a relaxar e esquecer, de sua vida, muitas vezes dura, trata-se, por si só, de uma expressão do autocuidado.

No papel de autocuidar-se, o sujeito é o ator principal. O sujeito que se cuida torna-se ativo, vivo, produtivo e transformador (BRASIL, 2003). O autocuidado, segundo Bernardes & Guareschi (2007), transforma cada personagem em cidadão, em sujeito, que tem o direito e o dever de produzir saúde e defender a vida.

O cuidar-se é fundamental na vida humana. Segundo Ayres (2004b), ele é “o elemento hermenêutico que permite a autocompreensão e a (re)construção contínua e simultânea dos projetos humanos”. Para desenvolvê-lo, o autor destaca a necessidade de um processo educativo formativo, por meio de um diálogo compreensivo e construtivo entre o profissional de saúde e o sujeito. Entretanto, em relação ao autocuidado, o grande desafio que se coloca na atualidade diz respeito à influência que ele vem sofrendo de diversos domínios do conhecimento humano.

Observa-se que a essência do autocuidado vem se perdendo, dando lugar a uma prática cada vez mais comum, que prega o amar demais a si mesmo como regra número um, levando ao egoísmo, ao fechar-se em si mesmo e ao temer o outro. Coelho e Fonseca (2007) afirmam que “muito do que hoje é chamado de amor exclusivo pelo próprio corpo, ao invés de fortalecer as relações de cuidado e afeto por si, tornou-se uma satisfação própria de uma variação sem sentido e sem responsabilidade para com os outros.”

Lasch (1983) e Costa (2004) corroboram com tal questão quando afirmam que a cultura ocidental contemporânea é narcisista. Segundo Lasch (1983), vivemos numa sociedade voltada para a vida privada, para as relações pessoais, tanto sob a forma da competição entre os indivíduos, quanto sob a forma da valorização da intimidade, dos interesses e das demandas íntimas. Como consequência, temos os investimentos do indivíduo voltados para ele mesmo, para seus interesses, que se sobressaem em relação aos interesses comuns da sociedade.

Ayres (2001, 2002), quando reflete sobre as práticas de saúde, relata que predominantemente o sujeito é tratado como um ente individual. Esta abordagem é um tanto equivocada, pois, segundo o autor, não estamos sozinhos no mundo e por isso somos “o outro de cada um”. O sujeito precisa ser tratado por sua identidade-si e sua subjetividade, ou seja, como ser em sua essência, sob o olhar existencial, porém, nunca como ser só e ao mesmo tempo similar aos outros. Acreditamos que essa forma individualista de tratar o sujeito, segundo Ayres (2002) muito comum nas práticas de saúde, pode de certa forma, favorecer o desenvolvimento do autocuidado narcisista.

Conforme discutido, apesar do autocuidado narcisista ser tão comum na sociedade moderna, não foi possível observar, em nenhuma das práticas estudadas, esse foco na valorização excessiva do eu. Em todas elas, o autocuidado foi abordado no sentido do cuidar-se como sendo primordial para o desenvolvimento do sujeito, como ser atuante e defensor de sua cidadania. Este, sim, diz respeito ao real benefício do incentivo ao autocuidado. Entendemos que o expressivo número de práticas que promoveram o autocuidado no sujeito colaborou, de certa forma, para a formação de uma sociedade mais atuante, composta por sujeitos que se cuidam e, por conseguinte, *empoderam-se*.

Por fim, recomenda-se a ampliação dos esforços de todos os coordenadores de práticas educativas, a fim de promover o autocuidado na concepção humanista e de prática social, visto como desenvolvimento da alma e dos sentimentos (COSTA, 2004; AYRES, 2001, 2002). Isto porque cuidar de si proporciona ao ser humano

experimentar-se como sujeito “cognoscente” e psicológico, capaz de narrar e modificar a si mesmo.

Ao analisarmos os dados com relação à **autonomia**, encontramos que 21% das práticas observadas buscaram promovê-la. Por outro lado, em 79% das práticas, tal fato não ocorreu.

A autonomia é entendida como a capacidade do sujeito em escolher de forma livre e esclarecida entre as alternativas que lhe são apresentadas. O sujeito, além de tomar decisões, também age, define o que fazer e faz, de forma a autogovernar sua própria vida (FREIRE, 1983; OLIVEIRA, 2005).

Dentre as práticas que não buscaram desenvolver a autonomia do sujeito, encontraram-se aquelas que eram direcionadas a um público específico, geralmente relacionado a uma enfermidade em comum (grupo de gestante, de bebês, de mães, de diabéticos, de hipertensos e de asmáticos).

Outra parcela que compôs o grupo que não incentivou a autonomia envolveu os grupos de atividade física e de convivência (projeto vida saudável, grupo de saúde mental e terapia em grupo, canto, bordado, relaxamento, artesanato). Em nenhum desses grupos houve qualquer tipo de abordagem de conteúdo específico. Em todos eles os participantes conversaram amenidades, contaram casos e trocaram informações técnicas sobre o que faziam, quando era o caso. Nos grupos de saúde mental, terapia em grupo e vida saudável, foram trabalhados temas que poderiam ter, mesmo que de forma modesta, incentivado a autonomia, entretanto, isso não ocorreu.

Dentre as práticas que promoveram a autonomia do sujeito, duas se destacaram por trabalhar com adolescentes. Em uma delas, os adolescentes da comunidade realizaram duas peças de teatro: uma sobre relação pais e filhos, e outra sobre gravidez na adolescência. Nas duas peças houve a preocupação de mostrar ao público, em sua maioria de adolescentes, que as decisões e as escolhas de suas

vidas quase sempre estão em suas mãos, e que, de forma consciente, é possível fazer boas escolhas.



FIGURA 4 – Adolescentes encenam peça de teatro sobre gravidez na adolescência

Na segunda prática, os adolescentes foram levados a refletir, a partir da apresentação de um filme, sobre as diferentes realidades de um jovem de classe média e outro da favela. Discutiram que, apesar de mundos tão diferentes, as aspirações eram as mesmas entre os dois personagens e que muitas decisões dependiam de cada um (como, por exemplo, roubar, usar droga, fazer sexo sem prevenção, etc.). Nessa prática, foi possível suscitar, nos adolescentes participantes, a necessidade de escolhas responsáveis em suas vidas. Entendemos que essa ação pode ter contribuído para o fortalecimento da autonomia, pois, uma vez que o sujeito passa a realizar suas escolhas de forma consciente, pode, também, vir a compreender seu poder de decidir e agir sobre sua própria vida.

Autonomia é, segundo Lalande (1999, p. 115), “a condição de uma pessoa ou de uma coletividade cultural, que determina ela mesma a lei à qual se submete”. A partir deste conceito, Zatti (2007) propõe que a construção da autonomia, tida como uma “condição”, envolve dois aspectos: o poder de determinar a própria lei e também o poder ou capacidade de realizar. Segundo o autor, inspirado em Paulo

Freire, o primeiro aspecto está ligado à liberdade e ao poder de conceber, fantasiar, imaginar, decidir, e o segundo, ao poder ou capacidade de fazer. Desta forma, embora a autonomia seja um atributo humano essencial, na medida em que está vinculada à ideia de dignidade, Zatti (2007) defende que ninguém é espontaneamente autônomo, ou seja, ela é uma conquista que deve ser realizada.

Sendo assim, segundo Zatti (2007), a autonomia vista como uma conquista implica em questões como:

a) *a busca da democratização das relações e dos saberes entre profissionais e pacientes* – sobre esse assunto, Ayres (2009) ressalta a necessidade de que o enfoque instrumental da relação médico-paciente seja incorporado ao enfoque hermenêutico, de tal forma que haja uma fusão de horizontes entre profissionais e usuários. Para o autor, essa fusão se dá por meio da integração entre o *êxito técnico*, que trata do conhecimento técnico científico a ser instrumentalizado na ação, o *sucesso prático*, que se refere ao significado que a ação educativa tem para o sujeito, e a *sabedoria prática*, que diz respeito ao saber que emerge da experiência e dos interesses dos sujeitos;

b) *o reconhecimento, respeito e valorização da multiplicidade e da diversidade* – de tal forma que o sujeito seja percebido em sua singularidade e a partir daí possa participar da construção de identidades e fortalecer seu poder transformador, a fim de buscar seu projeto de felicidade (AYRES, 2002).

Por projeto de felicidade, Ayres (2009) entende ideias éticas e moralmente norteadoras, de aspirações universais, mas construídas a partir da percepção do valor para a vida humana, de ideias ou práticas obstaculizadas ou negadas por alguma experiência concreta (AYRES, 2005). Trata-se da referência que permite ao educador compreender o que as pessoas estão buscando em suas capacidades instrumentais e, no mesmo movimento, permite às pessoas compreenderem o que os educadores têm para oferecer a elas com suas tecnologias. Entendemos, fundamentados em Ayres (2009), que projeto de felicidade são aspirações, que têm

valor para a vida do sujeito e que foram desenvolvidas a partir da experiência de não as ter.

Consideramos que, para que a autonomia proposta por Freire (2009), reafirmada por Zatti (2007) e emoldurada por Ayres (2001, 2002, 2007, 2009), aconteça de fato, o pensar autônomo precisa ser também o fazer autônomo. E como o fazer não acontece fora do mundo, ele está cerceado pelas leis naturais, pelas leis civis e pelas convenções sociais, podemos dizer que a autonomia, por sua vez, é limitada por condicionamentos, não sendo absoluta.

Não há dúvida de que o ambiente impõe limites às nossas escolhas diárias, e conseqüentemente, à nossa autonomia. Independente da ação direta dos educadores em saúde, na tentativa de sua promoção, seria uma ilusão pensar no ato de escolher como resultado de um estado de pura liberdade. Há uma gama de fatores que influenciam as decisões dos sujeitos, que, por sua vez, não têm controle sobre tais influências (OLIVEIRA, 2005).

Além da limitação à nossa autonomia imposta pelo ambiente onde estamos inseridos, alguns autores relacionam outros entraves do desenvolvimento da autonomia no sujeito. Para Zatti (2007), a falta de horizonte que se reflete na crise de identidade do sujeito moderno é fator preponderante para desestimular a autonomia. É comum nos depararmos com sujeitos que não sabem quem são, ou não sabem em que posições se colocam. Isso é preocupante, pois, quando as pessoas não têm um sentido próprio a partir de si e das relações que estabelecem, viverão de acordo com sentidos e sob orientações externas, o que as fará heterônomas, ou seja, sem autonomia.

Oliveira (2005) expõe outro entrave do desenvolvimento da autonomia, principalmente no que se refere à promoção da saúde. Segundo ela, os educadores podem não estar preparados para lidar com o sujeito autônomo, isso porque é preciso aceitar que ele possa escolher a opção menos saudável ou menos “correta”. Entretanto, em uma sociedade regida por um modelo ainda conservador de

educação em saúde, pautada na transmissão e imposição de verdades, será possível lidar de forma madura com as escolhas dos sujeitos, quando estas não corroborarem com aquelas convencionadas como “verdades”?

Soares e Camargo Júnior (2007) fazem outras ponderações. Eles, sem dúvida, nos inquietam quando questionam se em um país como o Brasil, com tantos constrangimentos de ordem econômica e social, tais como a ignorância por falta de acesso à informação e a relação altamente desequilibrada de poder/saber entre médico e paciente, é possível garantir uma minimalidade autonômica dos sujeitos? Quais as condições mínimas que devem ser garantidas em termos de justiça social, de condições de vida, equidade, informação, saber, para podermos pressupor a existência da possibilidade de autonomia?

Não há dúvida que todos esses entraves, e alguns outros ainda não conhecidos, podem ter colaborado para o baixo número (21%) de práticas educativas, que buscaram promover a autonomia do sujeito. Diante disso, percebemos o quão ainda precisamos refletir e caminhar a fim de proporcionar sua conquista. É fundamental para o sucesso de qualquer trabalho educativo que o sujeito seja autônomo, caso contrário, não terá condições de realizar escolhas e ter atitudes, comportamentos e relacionamentos interpessoais produtores de saúde.

Entendemos que a autonomia é fortalecida pelo autocuidado, desta forma, seu desenvolvimento pode ser um passo fundamental para conquistar a autonomia. E a partir desta conquista, o sujeito será capaz de vislumbrar seu projeto de felicidade (AYRES, 2007), que, por sua vez, perpassa por um projeto de vida libertador, em busca de uma felicidade que é única para cada ser que a concebe.

Ao analisarmos os dados com relação à promoção da **participação social** de modo a promover o empoderamento coletivo, observamos que 3% das práticas buscaram promovê-la. Por outro lado, em 97% delas, tal fato não ocorreu.

Entende-se participação social como o envolvimento dos atores diretamente interessados – o governo, os membros da comunidade e organizações afins, formuladores de políticas, profissionais de saúde e de outros setores e agências nacionais e internacionais – no processo de prioridades, tomada de decisões, implementação e avaliação de iniciativas (BRASIL, 2001).

De todas as práticas observadas, a que ocorreu no Núcleo de Educação Ambiental foi a única que buscou desenvolver a participação social. Nela, reuniram-se diferentes representantes da comunidade (gerente e profissionais de saúde da UBS, moradores e representantes de projetos ambientais desenvolvidos na região). Os participantes discutiram e propuseram soluções para questões ambientais de interesse da comunidade (esgoto, resíduos sólidos, enchentes, etc..) além de buscarem meios de educar a população em geral. Recentemente, o Núcleo elaborou um Curso de Educação Ambiental, que será ministrado por profissionais especializados em 12 encontros.

O objetivo desse curso será o de formar e capacitar agentes comunitários e a comunidade em geral nas questões importantes referentes ao debate ambiental da região, tais como saúde e meio ambiente, legislação ambiental, poluição atmosférica e saúde, resíduos sólidos, tecnologias de drenagem urbana, agricultura urbana, esgotamento sanitário, dentre outros. No curso, a cada encontro, serão elaboradas propostas de melhorias para a comunidade referentes ao tema trabalhado e uma comissão será escolhida para monitorar o desenvolvimento das propostas. Acredita-se que, por meio dessas ações, o Núcleo incentivará o empoderamento comunitário, de forma a promover um olhar crítico sobre as questões ambientais da comunidade, assim como a participação social.

Segundo Acioli e Carvalho (1998), a participação social é provocada e motivada pela “problematização” das questões pertinentes à comunidade. Problematizar significa utilizar-se de elementos da realidade vivida para diagnosticar problemas comunitários, construir hipóteses e buscar soluções. No Curso de Educação Ambiental, ao se elaborarem propostas de melhorias, o grupo não se restringe

apenas à etapa do diagnóstico dos problemas, mas, também, à etapa de seu monitoramento e avaliação. Esta é a essência da participação social: promover o empoderamento comunitário para que os sujeitos tenham a capacidade e a vontade de defender os interesses da comunidade e representá-la nas discussões sociais, promovendo o desenvolvimento da sociedade. Segundo Carvalho (2004), o empoderamento comunitário ou social se emoldura perfeitamente à nova proposta de promoção de saúde, comprometida com a defesa da vida, individual e coletiva.

Entretanto, apesar do exposto, chamou nossa atenção a grande quantidade de práticas educativas (97%) que não buscaram promover a participação social. Segundo Almeida (2008), a falta de tradição de participação social da população brasileira é visível. Percebe-se que a maioria da população pouco se mobiliza para explicitar sua disposição de utilizar os instrumentos da democracia participativa visando romper com o autoritarismo social que prevalece.

Essa tendência passiva da participação social brasileira, segundo Freire (2002, 1983) tem origem em nossa colonização. Nossos colonizadores não tinham a intenção de construir uma nação, uma civilização, pois sua empreitada era apenas comercial: enriquecer e voltar para a Europa. O homem brasileiro surgiu nessa condição, e ela é a origem da tradição pouco propensa ao diálogo e à democracia. Em nenhum momento de nossa história houve uma vivência comunitária que pudesse criar um senso de participação.

Além da influência de nossa colonização, na atualidade, diversas podem ser as justificativas a fim de explicarem a inconsistente participação social dos brasileiros. Em um estudo de caso, realizado em Divinópolis/MG, Almeida (2008) levantou, por meio de pesquisa com usuários, profissionais e gestores de saúde, algumas dessas justificativas: a passividade, a desmotivação e o comodismo da comunidade, os poucos resultados positivos e a lentidão na resposta da administração pública, além da desilusão da comunidade com os órgãos públicos.

É sabido que quando os atores sociais são chamados a participar, só entram em cena se avaliarem que são ouvidos e levados em conta. A cidadania é isso, um processo de aprendizado, que se atualiza na medida em que as pessoas vão experimentando esses espaços de participação e percebem que seu saber e sua experiência têm importância e são respeitados. Segundo Almeida (2008), a própria Organização Mundial de Saúde reconhece que garantir o acesso à informação e ampliar o conhecimento em saúde sem aumentar a capacidade de controle e perspectiva de mudança apenas contribui para gerar ansiedade e fomentar a sensação de impotência.

É fato que todas as dificuldades que permeiam a efetiva participação social precisam ser superadas, através de uma articulação entre a capacitação e participação ativa do cidadão, para que, de fato, seja possível impulsionar mudanças nos determinantes sócio-econômicos e ambientais da saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Não há dúvida de que a participação social é uma conquista, é um *empodeirar-se*, que é fortalecido pelo autocuidado e pela autonomia (BRANDEN, 2000). Esses dois, por sua vez, estão diretamente relacionados à intuição, à criatividade, à capacidade de enfrentar os desafios, à disponibilidade para admitir e corrigir erros, e à cooperação. Entendemos que, para um indivíduo fazer, no sentido de participar, de defender seus interesses e os da comunidade, é importante que seu mundo interior esteja estruturado. Desta forma, torna-se fundamental que questões como o autocuidado e a autonomia estejam estruturadas internamente, agindo como propulsoras da conquista da participação social pelo sujeito.

Ao analisarmos a média das três questões que compuseram a categoria participação social, encontramos que 37% das práticas são conduzidas de forma a promovê-la, enquanto a maior parte, 63%, não o fazem. Verificamos que o incentivo ao autocuidado já é uma realidade das práticas educativas. A promoção da autonomia, mesmo que modesta, já se constitui, também, uma realidade em

algumas práticas educativas. Entretanto, a participação social ainda está longe de se efetivar.

Percebemos que ainda há um longo caminho a se percorrer rumo à inserção da “nova” promoção da saúde na rotina da atenção básica. Isto se deve ao fato de que, sem a real participação dos sujeitos, não é possível a efetividade das ações de saúde, que culminarão na melhoria de sua qualidade de vida e do vislumbrar de seu projeto de felicidade.

3.2.4 Sustentabilidade

Ao analisarmos os dados com relação à promoção da **sustentabilidade** do grupo, observamos que 12% das práticas buscaram promovê-la. Por outro lado, em 88% das práticas, tal fato não ocorreu.

O conceito de sustentabilidade, sob o qual trabalhamos, nos remete a um duplo significado: (1) garantir um processo duradouro e forte das práticas, e (2) criar iniciativas que estejam de acordo com os princípios do desenvolvimento sustentável, o qual prevê atividades que promovam a qualidade de vida da população, com geração de renda e equidade na sua distribuição (WESTPHAL; ZIGLIO, 1999 *apud* WESTPHAL, 2006).

Entendemos que, para um efetivo desenvolvimento da sustentabilidade, ela deve ser vislumbrada nesses dois aspectos. Entretanto, as quatro práticas educativas que buscaram desenvolver a sustentabilidade do grupo não a conduziram dessa forma. O que ocorreu é que esses dois significados foram desenvolvidos, porém em separado. No primeiro caso, as práticas buscaram promover a sustentabilidade a fim de incentivar o desenvolvimento do grupo, de forma independente, sem a necessidade de um profissional de saúde para conduzi-lo. Os coordenadores buscaram formar multiplicadores e promover o fortalecimento e a coesão do grupo. Como exemplo, podemos citar o grupo de Unibiótica, no qual a facilitadora procura

formar multiplicadores que divulguem e coordenem outros grupos na comunidade. Assim, mesmo quando não é possível que ela participe dos grupos, eles não deixam de acontecer.

Outro exemplo refere-se ao grupo de artesanato, onde a facilitadora prepara as participantes para serem agentes multiplicadoras dos trabalhos manuais aprendidos. As participantes frequentam o grupo por um período e, quando dominam a técnica do trabalho manual, são convidadas a deixá-lo e formar outro grupo, próximo às suas residências. Com isso, a facilitadora pretende socializar as técnicas apreendidas, assim como incentivar a geração de renda de mulheres da comunidade.



FIGURA 5 – Confeção de bordado – Prática realizada no Grupo de Bordado

Em duas outras práticas observadas, pudemos verificar a iniciativa de incentivar a sustentabilidade de modo a promover o desenvolvimento sustentável. Em uma delas, os participantes de um grupo de bordado preparam seus trabalhos manuais durante um período e frequentemente realizam um bazar, na própria UBS, para venda dos bordados. Com o valor arrecadado, o grupo compra matéria-prima para o

trabalho manual, promove eventos, como festa de natal e festa junina, além de realizar passeios para maior socialização dos participantes.



FIGURA 6 – Bordados confeccionados, a serem comercializados

A outra prática que incentivou o desenvolvimento sustentável foi a ocorrida no Núcleo de Educação Ambiental. O cuidado com o meio ambiente sempre esteve no cerne dos discursos referentes à sustentabilidade, além disso, ao discutir, sugerir e monitorar melhorias ambientais para a comunidade o Núcleo promove qualidade de vida aos cidadãos.

Para Silva e Mendes (2005), os conceitos de sustentabilidade e desenvolvimento sustentável estão intimamente relacionados, uma vez que o primeiro se refere à finalidade, ou o objetivo almejado, e o segundo aponta para o meio utilizado. Para os autores, desenvolvimento sustentável é “um processo de transformação que ocorre de forma harmoniosa nas dimensões espacial, social, ambiental, cultural e econômica, a partir do individual para o global”. Jacobi (1999) corrobora com tal conceito quando coloca que a sustentabilidade perpassa pela interpelação entre justiça social, qualidade de vida, equilíbrio ambiental, desenvolvimento emocional do grupo e pela garantia de sustentação econômico-financeira e institucional.

Sícoli e Nascimento (2003) afirmam que a sustentabilidade está ligada à busca de alteração do modelo predatório de desenvolvimento, à ampliação de práticas educativas e ao fortalecimento do sentimento de co-responsabilização e instituição de valores éticos. A partir desta afirmativa e com base nos resultados da presente pesquisa, podemos inferir que o não incentivo à sustentabilidade pode estar rodeado de diversos motivos. Pode-se citar como exemplo a utilização de técnicas pedagógicas prescritivas, a falta de sensibilidade dos profissionais em atender às expectativas dos sujeitos, a falta de recursos físicos e apoio gerencial, o possível receio dos profissionais de saúde em “perder o controle” do grupo que coordenam ou ainda a dificuldade de controlar, administrar e distribuir os recursos financeiros. Todos esses e vários outros fatores podem ter contribuído substancialmente para o grande número de práticas observadas, que não buscaram promover a sustentabilidade.

Sícoli e Nascimento (2003) realizaram uma pesquisa que procurou descrever como os sete princípios da promoção da saúde eram operacionalizados em três diferentes estados brasileiros. Como resultado, foi possível constatar que a sustentabilidade foi trabalhada em locais onde havia um incentivo administrativo, por parte da gestão local e onde havia uma retroalimentação da população. Ou seja, a comunidade se mobilizava, recebia respostas às suas demandas e reconhecia os impactos por elas causados. A partir daí, assumia o acompanhamento dos projetos e com isso assegurava sua vitalidade e não interrupção.

Diante do exposto, fica claro que a sustentabilidade é fundamental para assegurar a promoção na perspectiva da continuidade das políticas públicas. Entretanto, para tal, é fundamental o desenvolvimento dos outros princípios da promoção da saúde, uma vez que um está fortemente ligado ao outro.

Para se promover a sustentabilidade de um grupo educativo, é necessário que as práticas educativas sejam conduzidas de forma a motivar os participantes a permanecerem no grupo. Ayres (2009) ressalta que, para promover a adesão dos sujeitos, é necessária a “aproximação de nossas tecnologias ao que de fato é

conveniente para o sujeito” (AYRES, 2009, p. 20). Segundo o autor, é necessário que nossa tendência à busca do êxito técnico (instrumental e preventivista) seja recomposta, no sentido de buscar, também, aquilo que melhor realiza o sucesso prático (valorização do sujeito e promoção de sua autonomia).

Para a promoção da sustentabilidade, entendemos também ser necessário o desenvolvimento da participação social no sujeito, a criação de vínculo entre os diferentes sujeitos envolvidos na prática educativa e a busca dos meios necessários para levantar e gerenciar os recursos financeiros.

Entendemos que, a partir dessas questões discutidas, seja possível proporcionar, de forma mais veemente, a sustentabilidade das ações e dos grupos de promoção da saúde. O sujeito conscientizado sobre seu papel fundamental na garantia da sustentabilidade é essencial para um crescimento e desenvolvimento organizado da comunidade, que poderá refletir diretamente na sua qualidade de vida e na concepção de seu projeto de felicidade.

3.2.5 Método dialógico

A categoria *método dialógico* envolve três subcategorias, assim distribuídas didaticamente: (1) participação ativa do sujeito na prática educativa; (2) condução da prática de forma a proporcionar a construção de conceitos e de conhecimento; (3) utilização de diferentes estratégias de ensino.

No que se refere à subcategoria **participação ativa do sujeito na prática educativa**, investigou-se se foram exploradas as noções, experiências e/ou expectativas do sujeito, sobre o tema em questão. Neste aspecto, constatamos que 38% das práticas estudadas promoveram a participação ativa do sujeito, enquanto 62% delas não o fizeram.

Entendemos por práticas que promoveram a participação ativa do sujeito aquelas que o escutaram, que perguntaram a ele, de forma direta, sobre suas experiências e que se interessaram pelas suas expectativas, com relação aos temas a serem desenvolvidos.

Das práticas que exploraram as noções, experiências e expectativas do sujeito, relacionadas ao fenômeno estudado, merecem destaque as desenvolvidas em dois grupos de gestantes, que ocorreram em UBS diferentes. Nelas, os coordenadores tiveram a mesma atitude: a de buscar, entre as participantes, a maneira pela qual representavam seus estados fisiológicos. Até porque havia, nos grupos, gestantes que já possuíam filhos, e por isso, já possuíam alguma experiência e noção sobre o assunto.

Uma atividade de sala de espera também se destacou, por buscar as expectativas e experiências dos sujeitos. Uma enfermeira da UBS teve a iniciativa de montar uma horta medicinal no jardim de inverno da unidade. Para tal, antes de iniciar o plantio das ervas medicinais, buscou saber, junto aos usuários, o que achavam da ideia da horta medicinal, quais as ervas usavam com mais frequência, o que sabiam sobre elas e o que gostariam de saber. A partir daí é que foram definidas as ervas que comporiam a horta medicinal e quais informações seriam divulgadas sobre elas.

Outras práticas que se destacaram por buscar as expectativas dos sujeitos foram as que ocorreram nos grupos de artesanato. Em todos eles, os participantes, frequentemente, relatavam estar no grupo para “arejar” a cabeça e para relaxar, e outros relatavam que, além disso, queriam aprender algo que pudesse lhes gerar uma renda. Essas colocações dos participantes ocorriam de forma natural e espontânea, sem necessariamente serem indagados sobre tal.

Observamos que em todos os exemplos apresentados ocorreu o que Mendes (200?) chama de exploração dos “possíveis”. Para a autora, explorar os possíveis é conduzir a prática de forma a aproveitar as diversas possibilidades levantadas pelos

sujeitos, de tal forma que um tema possa ser desmembrado em diversos outros, de acordo com as necessidades, aspirações, interesses e curiosidades do grupo.



FIGURA 7 – Confecção de artesanato em biscuit, prática educativa realizada no Grupo de Artesanato



FIGURA 8 – Confecção de artesanato em biscuit, prática educativa realizada no Grupo de Artesanato

Outra questão a ser observada foi que as práticas que incentivaram a participação ativa do sujeito o fizeram, em sua maioria, através da escuta, ou seja, o coordenador da prática educativa “escutou” o que o sujeito, participante, tinha a dizer. Foi necessário escutá-lo para ser possível envolvê-lo no processo educativo. Segundo Incerti (2009), a escuta possibilita que, pelas informações interiorizadas, se possa conhecer algo. Sobre o escutar, Freire (2009) coloca que “não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo como se fôssemos os portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a *escutar*, mas é *escutando* que aprendemos a *falar com eles*”. Ele afirma, ainda, que o educador que escuta aprende a difícil lição de transformar o seu discurso, ao educando, em uma fala com ele. Nesta perspectiva, saber escutar requer que se aprenda a escutar o diferente.

Saber escutar é, portanto, uma prática que se imbrica, necessariamente, na construção do conhecimento crítico emancipador.

A segunda subcategoria investigada com relação ao método dialógico diz respeito à **condução da prática de forma a proporcionar a construção de conceitos e de conhecimento**. Essa subcategoria foi investigada por meio das seguintes questões: a) a prática foi conduzida de forma dialogada? b) incentivou a construção do conhecimento? Nos dois aspectos estudados, os resultados foram iguais, 6% das práticas foram conduzidas de forma dialogada e proporcionaram a construção do conhecimento, enquanto, a grande maioria, 94%, não o fizeram.

Entendemos como prática conduzida de forma dialogada aquela em que o conhecimento é considerado tanto como ponto de partida para ascensão do conhecimento elaborado (SNYDERS, 1988), quanto como ponto de ruptura a partir do qual se abre uma lacuna na estrutura de conceitos do sujeito para acomodação de um novo saber (BACHELARD, 2002). Assim, por práticas que proporcionam a construção do conhecimento, consideramos aquelas que se utilizaram de estratégias ou que criaram possibilidades que despertassem no sujeito o pensamento, de tal forma a levá-lo a produzir e construir o conhecimento (FREIRE, 2009).

Nas duas únicas práticas que conduziram à construção do conhecimento, pudemos perceber também a existência de um diálogo aberto de tal forma a respeitar os diversos saberes. Na prática educativa observada no Núcleo de Educação Ambiental, percebemos que a condição *sine qua* para que ocorresse era, justamente, a troca de saberes. A cada encontro, os participantes apresentam e discutem sobre questões referentes ao meio ambiente. A grande maioria colabora com seus saberes práticos e técnicos, a fim de encontrar uma solução para o problema levantado. É a partir dessa troca que as questões relativas ao meio ambiente são levantadas, analisadas, elaboradas e acompanhadas.

Na prática educativa realizada em um grupo de adolescentes, estes foram estimulados, por meio da confecção de cartazes e discussão em grupo, a pensar

sobre “suas fomes” ou seus desejos e a partir daí discutiram sobre o que e como fazer para conquistá-los. Essa discussão ocorreu entre adolescentes/usuários e profissionais de saúde, além de um escritor e um filósofo, convidados.



FIGURA 9 - Cartazes confeccionados, por adolescentes, representando os diversos tipos de fome

Nestes dois casos, observa-se a consideração aos diferentes olhares e expressões dos sujeitos e saberes envolvidos. Além disso, o entrelaçamento desses saberes, do senso comum e do pensamento elaborado é que conduz ao pensamento crítico, que favorece, além da troca de experiências, a construção do conhecimento compartilhado.

Em algumas práticas que não promoveram o conhecimento, foi possível perceber que muitas vezes o educador buscava os conhecimentos do sujeito, mas pouco os explorava. Um bom exemplo consistiu em uma prática que ocorreu em um grupo de hipertensos. Nela, os sujeitos foram questionados sobre as questões que poderiam levar ao aumento da pressão arterial. Vários deles participaram com seus saberes, entretanto, a educadora, em vez de, a partir desses saberes e por meio de

sucessivos movimentos de continuidade e ruptura epistemológicas, levá-los a concluir como poderiam prevenir e tratar sua pressão, deu a resposta, pronta e definitiva: fazer atividade física. Em seguida, começou a explicar por que a atividade física é importante no tratamento da hipertensão e como deve ser praticada. A educadora foi caminhando na linha interacionista e dialógica, mas, quando poderia explorar essa condição, incorporou a perspectiva diretiva e terminou a prática educativa de forma bastante prescritiva.

Observamos que, na maior parte das práticas não dialógicas e não promotoras do conhecimento, os educadores se posicionavam como líderes e ministravam suas “palestras”. Muitas vezes foi possível perceber que não haviam sequer preparado o que fariam, e claramente se observava o improvisado. Tratavam-se de práticas, prescritivas de comportamento e de ideias, desvinculadas da realidade, distantes dos sujeitos sociais, excludentes da sabedoria prática e focada no êxito técnico (AYRES, 2002, 2009).

Acreditamos, assim como diversos autores (ABRANTES; MARTINS, 2007; AYRES, 2007, 2009; FREIRE, 2009; MELLO; LIMA, 2009), que esta forma de educar, pautada no modelo diretivo, de base empirista, seja pouco efetiva e que não promova o desenvolvimento de sujeitos críticos e conscienciosos de sua realidade, capazes de pensar e de promover mudanças. Sobre tal questão, Abrantes e Martins (2007) colocam ser necessário realizar uma mudança no modo como a saúde, a educação e o conhecimento são pensados, de forma que os educadores considerem o educando, não como objeto da ação sobre o qual é exercida uma ação, mas como sujeito desta ação. É, também, fundamental a reconstrução e articulação entre saber prático e sucesso técnico, que, por sua vez, só é possível através de uma relação dialógica entre sujeitos (ACIOLI, 2008; AYRES, 2002, 2009).

Para Freire (2009), é necessário que o educador proporcione, aos educandos, a transformação destes em reais sujeitos da construção e reconstrução do saber ensinado. Desta forma, ao ensinar, o educador proporciona a construção do conhecimento, que, para Demo (1997), é o instrumento mais adequado para intervir

na realidade. Abrantes e Martins (2007) colocam que a relação entre a consciência da realidade e a experiência prática do sujeito é uma excelente mobilizadora do conhecimento. Ayres (2009, p. 21) corrobora com essa afirmativa, quando coloca ser preciso haver, nas práticas educativas em saúde, uma fusão de horizontes, de tal forma que os projetos de felicidade dos sujeitos e seus saberes práticos “possam instruir os êxitos técnicos possíveis, na direção dos sucessos práticos almejados”.

Acreditamos ser a fusão de saberes o caminho a ser trilhado pelo profissional de saúde em suas práticas educativas, pois, dessa forma, além de ensinar conteúdos, também conduzirá o sujeito ao pensar crítico, que por sua vez, implica tanto no respeito ao senso comum e no processo de sua necessária superação, quanto no respeito e no estímulo à capacidade criadora do educando. Tais quesitos são fundamentais, segundo Freire (2009), para a promoção da autonomia do sujeito e de sua consciência enquanto cidadão crítico do mundo.

A terceira subcategoria analisada, dentro da categoria método dialógico, se refere à **utilização de diferentes estratégias de ensino na prática educativa**. Pudemos perceber que 40% delas o fizeram, embora em 60% das práticas não tenham sido empregadas diferentes estratégias de ensino.

Entendemos por práticas nas quais foram utilizadas diferentes estratégias de ensino aquelas nas quais se procurou utilizar linguagens diferentes da linguagem verbal, para condução do tema proposto. Essa subcategoria foi analisada dentro do método dialógico, por dois motivos: o primeiro deles deve-se ao fato de entendermos que a utilização de diferentes estratégias de ensino leva o sujeito a desenvolver um olhar estético, que, por sua vez, desenvolve a visão crítica da realidade e, conseqüentemente, a sua autonomia. O segundo motivo é porque a própria Política Nacional de Promoção da Saúde sugere que haja o “apoio e fortalecimento de ações de promoção da saúde inovadoras utilizando diferentes linguagens culturais” (BRASIL, 2006, p. 21).

Em todas as práticas onde não se utilizaram estratégias de ensino diferentes foi possível perceber que a maior parte do tempo o coordenador do grupo conduziu o encontro, dando orientações e explicações sobre o tema discutido, além de sugestões de atitudes e condutas que os sujeitos deveriam tomar com relação ao tema. Neste caso, a estratégia utilizada foi a aula expositiva. Um bom exemplo foi o grupo de beneficiários do Programa Bolsa Família. O tema abordado no dia da observação foi o uso correto dos medicamentos. Com o auxílio multimídia do Data Show, a coordenadora apresentou slides e explanou sobre o que é medicamento, o cuidado no armazenamento, a importância de utilizá-lo corretamente e os perigos da automedicação. Outro exemplo refere-se ao grupo de asmáticos; neste, a coordenadora fez uma exposição sobre toda a fisiologia do pulmão, quais fatores podem desencadear as crises asmáticas, os cuidados com o ambiente onde o asmático convive e a demonstração da utilização correta do medicamento.

Nestes grupos específicos, o que se observou foi uma tendência aos modelos de promoção da saúde preventivista e assistencialista. O que ocorreu foi a condução do desenvolvimento do conhecimento por meio da transmissão de informações, ancorada na repetição e padronização de modelos e na previsibilidade de comportamentos.

Esta considerável parcela de práticas educativas que foram desenvolvidas sustentadas pelo modelo tradicional de educação, que privilegia a transmissão de conteúdos e a mudança de comportamentos, nos indica a necessidade de repensarmos a formação dos futuros profissionais e a educação permanente dos profissionais atuantes. Segundo Aranha (2006), um dos fatores, dentre muitos, que podem explicar esse comportamento é o nosso pensamento e conseqüente ação educativa bastante positivista. Estamos acostumados a pensar que só as palavras são capazes de descrever, explicar ou montar argumentos, ou seja, que o pensamento discursivo é que nos ajuda a compreender a realidade. Czeresnia (2003), fundamentada na proposta de Morin (s. d., p. 14), reforça que, mesmo a palavra se constituindo numa elaborada forma de expressão e comunicação, não é suficiente para apreender a realidade em sua totalidade. Diante disso, vários autores

indicam que a prática fundamentada no modelo tradicional de educação pode levar à formação de sujeitos sem capacidade decisória, sem visão crítica da realidade e sem motivação para “ser” no mundo.

No presente estudo, encontramos que 40% das práticas educativas buscaram, apesar de nem sempre conseguirem, se desviar desse modelo tradicional de educação. Para tal, utilizaram-se das artes como linguagem de ensino. A fim de facilitar nossa discussão, distribuimos estas práticas em cinco grupos. O primeiro deles utilizou-se dos **trabalhos manuais** como estratégia de ensino; neste caso, foram encontrados trabalhos de bordado, pintura em tecido, biscoito e confecção de cartões de natal. O segundo grupo buscou, através do **teatro**, e um terceiro grupo, através da **música**, o desenvolvimento do processo ensino/aprendizagem. Um quarto grupo lançou mão de **atividades lúdicas**, como jogos e brincadeiras, tomadas como estratégias para facilitar o desenvolvimento do aprendizado. Ainda foi possível perceber, no quinto grupo, a utilização do **filme** como estratégia de ensino.

A utilização da arte como uma linguagem de ensino é, segundo Silva (2006), de enorme significado para o resgate do potencial criativo e da capacidade de expressão dos sujeitos. Ao utilizarmos da arte na prática educativa, possibilitamos ao sujeito que ele possa dizer de si, ou seja, que ele entre em relação com o universo e consigo mesmo (BOSI, 2006; SILVA, 2006). Além disso, ao criar, ele se provém da imaginação, que arrasta consigo as experiências vividas.

Segundo Aranha (2006), é na arte que, ao conhecer pelo sentimento, expressamos nossas experiências vividas que escapam à linearidade da linguagem, abrangendo tudo que não conseguimos dizer em palavras. A arte é uma forma de conhecimento que organiza o mundo por meio do sentimento, da intuição e da imaginação.

A arte não trata apenas de produção e fruição estética, mas também de humanização, ou seja, a educação estética é um instrumento da valorização humana integral, uma vez que o ser humano não é apenas razão, mas também afetividade. Como estética, entendemos a faculdade de sentir, ou seja, a

compreensão pelos sentimentos. Vista desta forma, a estética ultrapassa a dimensão de avaliação do belo e do feio, até porque, segundo Gazzinelli, Marques e Reis (2006), os conceitos de beleza e feiura ganharam a companhia da história e, assim sendo, mudam de aspecto ao longo dos tempos.

Ao refletir sobre a visão estética, Bosi (2006) coloca que esta, na percepção de Kant, é puramente subjetiva, pois se exerce com representações e não com a realidade do objeto. Para Kant, haveria uma verdade estética própria da representação, e que não precisa coincidir com a verdade objetiva. Entretanto, Bosi (2006) expõe que o que faltou ao pensamento kantiano foi “um conceito profundo de fantasia”. Só a fantasia, ou a imaginação criadora, daria conta daquelas “belezas”, formalmente libertas da representação naturalista. Lanier (2008) pondera que devemos ser bastante prudentes ao refletir sobre a experiência estética visual do sujeito, uma vez que esta já é desfrutada por ele, antes mesmo de ter contato com a arte, portanto, não devemos ter a pretensão de introduzi-la ou promovê-la no sujeito e, sim, de incrementá-la, a partir de algo que já está lá, que já existe.

Na opinião de Gadamer (1998), experiência estética é o fundamento para a compreensão de tudo aquilo que é estranho. Tal experiência, “que permanece aberta à consideração do outro” incluindo-o, faz “esse estranho totalmente seu.” É próprio da experiência estética esse estar aberto ao Outro, faz parte de sua mesma forma de ser. É nesse sentido que Gadamer (1998) defende que compreender o diferente, e ao mesmo tempo compreender a si próprio, é o argumento de uma formação fundamentada no reconhecimento do Outro.

Ainda sobre a arte, Bosi (2006) explica que sua raiz está no verbo articular, que denota a ação de fazer junturas entre as partes de um todo. Desta forma, poderiam receber o nome de arte, tanto as atividades que visam comover a alma (música, poesia, teatro), quanto os ofícios de artesanato, a cerâmica ou a tecelagem, que aliam o útil ao belo. Entretanto, o que se percebe atualmente é uma oposição entre trabalho intelectual e trabalho manual, apesar de ser bastante clara, a atração fecunda entre a capacidade de formar e a perícia artesanal. No pintor, trabalham

juntos a mão, o olho e o cérebro. No mais humilde dos trabalhadores manuais, há uma vida intelectual.

O desenvolvimento dos trabalhos manuais nas UBS tinha um caráter quase que exclusivamente terapêutico. Fazer o bordado, a pintura ou as peças de biscoí eram experiências que permitiam, ao sujeito, momentos de lazer e de descontração, possibilitando-o sair de suas atividades habituais. Entretanto, consistiam em atividades com poder limitado para promover o olhar sensível do sujeito, o crescimento em extensão e em qualidade da experiência estética visual, na medida em que não ofereciam oportunidade para o exercício de novas possibilidades de realidade.



FIGURA 10 – Pintura em tecido – Prática do Grupo de Bordados



FIGURA 11 – Crochê – Prática do Grupo de Bordados

Lanier (2008) coloca que essa é uma característica das atividades de ateliê, que envolvem, dentre outros, os trabalhos manuais e o artesanato. Muitas vezes essas atividades limitam a visão estética do sujeito à arte a que se propõe, não ampliando, necessariamente, a visão estética do ser e do mundo. Para tal, o autor sugere ser necessário que o sujeito seja envolvido em novas possibilidades como, por exemplo, aliar a visão estética que já possui em seu ambiente natural com a visão estética fundamentada no estudo técnico da arte. Acreditamos que essa associação entre a atividade de ateliê e o estudo técnico da arte, sugerido por Lanier (2008), permite que a leitura crítica do sujeito em relação a seu mundo se desenvolva tanto pelo viés do intelecto quanto pelo da sensibilidade, deixando-o mais propenso ao desenvolvimento de sua autonomia.

No que se refere ao uso do teatro como linguagem educativa, Trezza, Santos e Santos (2007) ressaltam ser esse um poderoso meio para gravar determinado tema na memória ou para levar à reflexão sobre valores morais, por meio de um impacto emocional. Reis (2006) completa, dizendo que o teatro é um método efetivo de (re)construção e interação de conhecimentos e que através dele a fala é ultrapassada e o corpo, por sua vez, assume sua expressão maior. O corpo que interpreta, comunica com a plateia e se encarrega de trazer à tona o vínculo com o real, com o palpável, aproximando o conteúdo do cotidiano e da interpretação das pessoas.

A única prática de teatro observada se tratou de uma peça encenada por um grupo de adolescentes. O grupo foi convidado a apresentar o teatro para outro grupo de adolescentes em potencial formação, que ocorrera em uma UBS vizinha. Nesse dia, o objetivo da apresentação da peça não foi discutir o enredo ou os personagens, mas, sim, incentivar os adolescentes espectadores a se mobilizarem para formar um grupo na comunidade. Através de entrevista com a coordenadora do grupo que encenou a peça teatral, ela garantiu que sempre após a apresentação é feito um debate com os participantes, a fim de esclarecer dúvidas e discutir semelhanças, diferenças e possibilidades levantadas a partir do teatro. A coordenadora também informou que a peça foi escrita por ela e adaptada pelos atores juvenis.

Segundo Dohme (2003), o teatro tem beleza estética e artística, além de ser um momento de encontro onde se exercita a sociabilidade, seja pelo ponto de vista dos atores, seja pelo ponto de vista do público, constituindo-se num importante agente de formação cultural. No que se refere à beleza, entendemos que a peça teatral observada deixou a desejar. O teatro não possuía um cenário montado, nem figurino pré-estabelecido. Pareceu-nos que o enredo estava bem ensaiado, mas o restante acontecia de forma improvisada. Além disso, nem atores, nem coordenação da peça tinham qualquer formação teatral. O que eles faziam era o melhor que podiam com a estrutura, os recursos e o conhecimento que possuíam.

Jablonski (1987) considera que o teatro é eficaz como agente de transformação, quando é vivido, sentido e praticado. Para o autor, o teatro assistido não é capaz de provocar um impacto substancial, a ponto de causar mudanças. Em contrapartida, o teatro vivido proporciona ao sujeito o autoconhecimento, estimula a habilidade de expressão verbal, além de se constituir num espaço aberto à discussão de seus problemas. Na peça teatral observada, entendemos, assim como Jablonski (1987), que, para os adolescentes atores, o teatro pode ter proporcionado conhecimento e transformação pessoal, à medida que encenaram e pensaram sobre questões comuns à sua realidade. Entretanto, para os adolescentes espectadores, provavelmente, o teatro contribuiu pouco para reflexão, até porque esse não foi o objetivo do encontro com esse grupo. Sobre tal questão, Reis (2006) coloca como fundamental que, ao final de toda peça teatral, seja reservado um momento para discussão entre os participantes, quando o cenário, o enredo e os personagens se tornem alvo de interpretações, reflexões e debates.

Acreditamos que a abordagem teatral é um instrumento rico de (re)construção e compartilhamento do conhecimento, entretanto, quanto mais o educando for envolvido no processo de construção, execução e avaliação, mais desenvolve sua autonomia, sua cidadania e sua participação social. Estes são elementos fundamentais para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida do sujeito.

Com relação à utilização da música como linguagem que propulsiona o conhecimento, Trezza, Santos e Santos (2007) colocam que ela proporciona uma manifestação das diversas características dos sentimentos humanos. A música constitui-se numa expressão artística e cultural, que produz trilhas sonoras que embalam o cotidiano da vida social, afetiva e profissional das pessoas, além de favorecer a manutenção da saúde mental, a prevenção do estresse e o alívio do cansaço físico (BERGOLD; ALVIM; CABRAL, 2006). Fonseca *et al.* (2006) colocam que a música tem uma influência positiva no ambiente onde se insere e contribui de forma eficaz para que as relações interpessoais estabelecidas entre profissionais e sujeitos se desenvolvam de forma mais saudável. “A música é uma preciosa alternativa terapêutica, capaz de modificar atitudes e comportamentos, estados de ânimo e, sobretudo, as relações interpessoais”. (BACKES *et al.*, 2003, p. 42).

Para Miranda, Godeli e Souza (2003), além de a música despertar as experiências estéticas no sujeito, também podem suscitar uma grande amplitude de respostas possíveis. Segundo as autoras, além das respostas no estado de ânimo dos sujeitos, a música também é capaz de provocar respostas decorrentes de associações extramúsicas, que provocariam lembranças de experiências associadas a ela, um mecanismo que permite ao indivíduo reviver eventos significantes da sua vida. Há, ainda, a possibilidade de ocorrerem associações intrasubjetivas, em que a música evocaria histórias e cenas imaginadas.

Não somente as características inerentes à música provocam alterações nos estados subjetivos, mas muitas outras variáveis, como tempo de audição, significado das palavras (letra da música), nível dinâmico da música e, ainda, a experiência prévia do indivíduo com música, também provocam tais alterações.

Na prática educativa observada, que utiliza a música como estratégia de ensino, os participantes se reúnem cerca de duas horas por semana, para cantar. Há uma profissional, professora de música, que voluntariamente se reúne com os participantes do grupo. Nos encontros, cantam tanto músicas que gostam de ouvir e relembrar momentos bons da vida, quanto músicas que ensaiam para

apresentações em eventos da comunidade. Segundo uma participante do grupo “estar aqui é muito bom, pois a gente sai mais leve e mais alegre”.

Há tempos se reconhece essa influência da música no estado afetivo-emocional do ouvinte. Entretanto, Miranda, Godeli e Souza (2003) ponderam que ela pode induzir o sujeito a fazer associações extramusicais, tanto agradáveis quanto desagradáveis. Segundo as autoras, o relacionamento entre música e afeto envolve muita complexidade. Muitos estudiosos analisam meticulosamente os efeitos da música sobre a emoção humana, mas esses estudos revelam, em geral, muita variabilidade de resultados em função da ocorrência de interação entre diversos fatores. Desta forma, acreditamos que o educador precisa ser bastante sensível para perceber a reação dos participantes quando determinada música é cantada. Ele precisa considerar com profundidade as características e potencialidades da música, para facilitar o aparecimento de respostas prazerosas e produtivas à ação educativa.

No que se refere à utilização de atividades lúdicas como estratégia educativa, para despertar o conhecimento, Silva (2006) coloca que esta pode auxiliar no tratamento de enfermidades, além de possibilitar a construção de uma autoimagem positiva ou mesmo, a melhora da autoestima do sujeito, o que pode servir de impulso para o empoderamento e a participação social.

Neste estudo, encontramos uma considerável parcela de práticas educativas em que se utilizou dessa estratégia. Gáspari e Schwartz (2002, p. 9) ponderam que o adulto “impõe a si próprio a perda gradativa de sua naturalidade, do prazer, da alegria, do convívio, da sensibilidade, da criatividade [...] do solidarizar-se, do rir, do sorrir e de seu potencial lúdico”. Talvez isso justifique certo preconceito, relatado por Mendes *et al.* (2009), no que se refere a jogar e a brincar, por parte de adultos e idosos. Por outro lado, vários autores demonstram que, quando o sujeito se abre para a prática do lúdico, é possível promover esse “re-encontro” perdido, com o chegar da maturidade (MENDES *et al.*, 2009).

Mendes *et al.* (2009) observam que a inserção das atividades lúdicas no âmbito da saúde revela sensíveis avanços no sentido de re-valorização do lúdico e, principalmente, no sentido de superar o modelo de saúde tradicional no qual apenas se trata a doença, tornando o corpo do usuário somente um objeto de intervenção. As atividades lúdicas se apresentam como formas de flexibilizar as relações de poder herdadas e superação dessa exacerbada racionalização das relações.

Para Ladvocat (200?), quando a criança, o adolescente e o adulto brincam, eles estão o tempo todo jogando. O jogar propicia o desenvolvimento, a noção de ética, da estética, a construção do ser social. Neste âmbito, se produzem e reproduzem as regras, criam-se valores, estratégias e se constroem novas possibilidades de articulação com o meio social. As funções dos jogos e brinquedos estão voltadas não somente para o mundo das emoções e da sensibilidade, mas também para o domínio da inteligência, colaborando, inclusive, em linhas decisivas, para a evolução do pensamento e de todas as outras funções mentais superiores.

Os jogos de bingo, os passeios, as brincadeiras e a culinária foram atividades lúdicas observadas nas práticas educativas. Em todas elas foi possível perceber a alegria e o entusiasmo em que os participantes a conduziram. Em um estudo realizado por Mendes *et al.* (2009) com usuários do Programa Saúde da Família em Natal, também foram notórias as contribuições das atividades lúdicas em suas vidas. Não somente em relação a aspectos relacionados às doenças, mas a diversos aspectos essenciais para a aquisição da saúde e da qualidade de vida desses usuários, como por exemplo, a promoção do bem-estar e da tranquilidade; o aumento da disposição e da alegria; a diminuição das dores e da ansiedade; a troca de saberes e o incentivo ao autocuidado.

Em outro estudo realizado por Souza, Maraschin e Andrade (2005), com um grupo de idosos, em Cascavel – PR, observou-se que as atividades sociais desenvolvidas pelo grupo (passeios, visitas, festas de confraternização) colaboraram para manter o interesse e o prazer pela vida e pela convivência com outras pessoas, além de proporcionar o bem-estar, a integração e a participação na sociedade.



FIGURA 12 – Prática educativa realizada no Grupo Bem Viver – Cantigas de Roda

Entendemos que a atividade lúdica pode ser um dos caminhos para a promoção da saúde, entretanto, não deve ser percebida somente como divertimento, mas também como uma atividade significativa, algo cuja utilidade é proporcionar ao homem uma vida mais plena, e com um pouco mais de alegria.

Dentre as práticas que utilizaram o filme como estratégia de ensino, foi possível perceber que a maioria delas utilizou-se dele como ilustração do tema abordado, ou até mesmo como um recurso para “passar o tempo”, pois não exploraram a capacidade instigante desta linguagem. Nestas práticas, o filme foi apresentado e, ao seu término, não houve discussão, debate ou qualquer outra estratégia a fim de suscitar, no sujeito, a busca pelo conhecimento ou mesmo uma reflexão crítica de sua realidade. O filme foi utilizado como um mero recurso midiático, adicional e coadjuvante. A utilização desta linguagem cultural na prática educativa não indicou a construção do conhecimento e, sim, a sua transmissão, porém, de forma diferente ou mais estética.

Por outro lado, em uma prática educativa, foi possível perceber a utilização do filme e da música como ferramentas para construção do conhecimento. O filme abordava a diferente realidade de vida e ao mesmo tempo a igualdade dos desejos e buscas

de garotos de classe média e da favela. Após a apresentação do filme, o grupo de adolescentes foi provocado por uma música que perguntava: “Você tem fome de quê?”. A partir destas duas linguagens (cinema e música), os adolescentes foram conduzidos a refletir sobre qual tipo de fome têm e como encontrar o alimento para saciá-la. Neste caso, a prática educativa motivou o pensamento, promoveu uma educação para a emancipação, que possibilita formar um sujeito ético autônomo, um cidadão ativo e uma pessoa sensível e criativa.

Para Deleuze (*apud* Diniz, 2005), o cinema aliado à educação conduz à promoção da alteridade do sujeito. Ele inventa novas realidades, pode conduzir a educação a novos lugares, a pensar o diferente, pode afetá-la de forma a levá-la a novos *devires*. Segundo Deleuze, a educação e o cinema são formas de exercitar o pensamento. Para o filósofo, o pensamento nasce de algo que o force a pensar, e o cinema, quando bem conduzido, tem essa propriedade.

A esse exercício do pensamento, o sociólogo francês Pierre Bourdieu (*apud* Duarte, 2002) chama de despertar a “competência para ver”. Esta competência é caracterizada como “certa disposição, valorizada socialmente, para analisar, compreender e apreciar qualquer história contada em linguagem cinematográfica”. Porém, essa disposição não é adquirida apenas vendo filmes, mas também na vivência pessoal de cada indivíduo, em suas experiências culturais e sua relação de proximidade ou distanciamento com as artes e os meios de comunicação. É isto que nos permite olhar para os produtos culturais de maneiras diferentes de outras pessoas.

Morin (2003) completa a discussão, quando coloca que a literatura, a poesia e o cinema devem ser considerados também como “escolas da descoberta de si”, pois possibilitam, às pessoas, “reconhecer sua vida subjetiva na dos personagens de romances ou filmes”. De acordo com o autor, por meio do cinema podemos aprender as maiores lições da vida: a compaixão pelo sofrimento de todos os humilhados e a verdadeira compreensão. A compreensão humana nos chega quando sentimos e

concebemos os humanos como sujeitos; ela nos torna abertos a seus sofrimentos e suas alegrias.

Duarte (2002, p. 51-2) expõe que “filmes não são eventos culturais autônomos, é sempre a partir dos mitos, crenças, valores e práticas sociais das diferentes culturas, que narrativas orais, escritas ou audiovisuais ganham sentido”. Ou seja, podemos apreender que um único filme possibilita uma variedade de “leituras”, e que estas são um reflexo da sua interação social e conseqüente visão de mundo.

Todas as formas de expressão da arte aqui relatadas como diferentes linguagens que proporcionam o desenvolvimento do pensamento e conseqüente ampliação do conhecimento do sujeito são de extrema valia quando utilizadas em práticas educativas na saúde. Até porque, se tomarmos como exemplo a experiência realizada por Trezza, Santos e Santos (2007), quando da realização de um festival de arte na educação em saúde, percebemos que, se devidamente motivados, os sujeitos agem de forma inovadora e os resultados tendem a ser surpreendentes.

Entretanto, precisamos entender que mudar a linguagem utilizada tradicionalmente não implica, necessariamente, em trabalhar na perspectiva da construção de conceitos. É necessário cuidar, para que, ao utilizarmos a arte, não estejamos repetindo o modelo biomédico, pautado na transmissão de informações, porém com uma “cara” diferente. Trata-se do que Deleuze (*apud* Dinis, 2005) chama de “repetição do mesmo”.

É exatamente neste ponto que queremos encerrar nossa discussão: é necessário que percebamos a influência da arte, na expressão da criatividade e na promoção da singularidade do sujeito (BERGOLD; ALVIM; CABRAL, 2006). Porém, é importante que, dentro do possível, a arte seja aplicada com critério, com conhecimento técnico. Seria bastante enriquecedor que os profissionais de saúde se capacitassem ou que buscassem profissionais capazes, a fim de auxiliá-los na utilização da arte como, realmente, algo que amplia a visão estética do sujeito.

Não pretendemos, aqui, criticar ou desqualificar as práticas educativas voltadas às artes, nem tampouco os profissionais que as conduziram. Mas, sim, contribuirmos para o incremento do uso da arte, nas atividades de saúde, a fim de que o sujeito possa, realmente, desenvolver seu olhar estético. Sabemos que a realidade do serviço público brasileiro, muitas vezes, não disponibiliza os recursos necessários, nem possibilita a qualificação técnica de profissionais, no que se refere às estratégias de ensino. Entretanto, o trabalho multidisciplinar, a integração de diversos setores do serviço público e privado, as parcerias com centros culturais, organização não-governamentais e profissionais voluntários podem ajudar nesse processo.

Na análise da média geral da subcategoria, encontramos que 23% das práticas educativas são desenvolvidas sob a perspectiva dos métodos dialógicos, enquanto 77% não o são. Tal resultado é bastante preocupante, pois entendemos que, para desenvolvermos a participação social, não o faremos sem a promoção do diálogo e o compartilhamento de saberes. Além disso, para que a promoção da saúde, sob o olhar do bem-estar e da qualidade de vida, faça parte da vida dos sujeitos, é necessário a mudança de paradigma da saúde, como ausência de doença. Como já discutimos anteriormente, não é possível se realizar uma mudança efetiva sem conscientização e construção do conhecimento. Daí, a indispensável utilização dos modelos dialógicos, como estratégia de educação em saúde, rumo à nova promoção da saúde.

Como resultado final de toda investigação das práticas de promoção da saúde, encontramos que, em média, elas atendem a 31% das categorias estudadas; em contrapartida, 69% não o fazem. Estes dados vêm ao encontro do exposto por vários autores (DOWBOR, 2008; FREITAS, 2003; MELLO, 2000; WESTPHAL, 2006): a nova promoção da saúde ainda não faz parte da maioria das ações educativas desenvolvidas na atenção básica. O desafio que se impõe é justamente como modificar essa realidade. Não há dúvida sobre a necessidade de esforços de todos os lados, de profissionais mais motivados, capacitados e ativos; sujeitos frequentadores das práticas mais participativos e mobilizados, e administração

pública mais acessível, flexível, condescendente e parceira. Entendemos ser possível efetivar a promoção da saúde na atenção básica, mas antes de qualquer coisa, é preciso envolvimento de todos, para o bem de todos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que a pesquisa conseguiu atingir seu objetivo de conhecer as práticas educativas realizadas nos centros de saúde de Belo Horizonte, bem como de analisar em que medida elas atendem aos princípios da promoção da saúde. As considerações aqui apresentadas, entretanto, não têm a intenção de serem verdades absolutas ou finitas. Elas expressam um momento observado e vivenciado e, por isso, são passíveis de novas leituras, em função de diferentes olhares e contextos.

A principal constatação deste estudo é a de que a educação em saúde na atenção básica não está verdadeiramente comprometida com a nova promoção da saúde, tanto no sentido de que não abrange a amplitude desse conceito, como no de que não atende ao preconizado em termos de frequência. Isso porque consideramos que, para capacitar a comunidade para participar no controle do processo de melhoria da sua qualidade de vida e saúde, faz-se necessário um processo educativo de caráter formativo e contínuo.

Corroboramos tal constatação o dado de que o conceito de promoção da saúde não é totalmente compreendido pelos gerentes das UBS, uma vez que muitas das práticas por eles definidas como de promoção da saúde tinham características muito mais preventivistas e assistencialistas do que promocionistas.

Neste contexto das práticas de educação em saúde, observamos uma forte tendência à manutenção de modelos educativos centrados excessivamente na doença, na assistência curativa, em práticas preventivistas e no uso de metodologias de ensino diretivas, em detrimento de outras práticas educativas orientadas ativamente em direção à promoção da saúde, em favor do fortalecimento da autonomia na gestão dos processos de saúde, tanto individual quanto coletivo, e do emprego de abordagens dialógicas de ensino.

De outro lado, identificamos, nas práticas, uma inclinação em abordar os múltiplos aspectos que incidem na determinação dos processos de saúde e doença, em favorecer medidas de autocuidado e aquisições que conduzam a uma boa qualidade de vida do ponto de vista físico e mental. A esse respeito, observamos que algumas práticas educativas envolvem uma multiplicidade de ações, como as que levam à harmonização mental e as que empregam diferentes linguagens como a arte, o teatro e a música. Nesse sentido, merece destaque o considerável número de práticas corporais (caminhada, meditação, Lian Gong, Unibiótica) realizadas nas UBS de Belo Horizonte. Tal fato é considerado positivo, uma vez que essas práticas podem agregar um conjunto de ações voltadas para o cuidado com o corpo e, à medida que trabalhamos com um conceito ampliado de atenção ao corpo, multiplicamos as possibilidades de ação sobre ele, levando-nos a encontrar caminhos para tornar a vida melhor.

Todas essas práticas que abordaram a saúde sob diferentes aspectos se traduzem em experiências diferenciadas daquelas que acontecem habitualmente nas unidades de saúde e podem sinalizar para a quebra do paradigma biomédico em direção à promoção da saúde. Elas apresentam um caráter não rotinizado, sobrepondo-se às ações pré-determinadas usuais nas UBS, e oferecendo modelos alternativos àqueles que se apoiam na racionalidade cognitiva instrumental.

Em uma perspectiva que considere estas práticas educativas em conjunto, podemos afirmar que prevalecem os movimentos de continuidade e ruptura com os modelos de educação hegemônicos na atenção básica. Estes movimentos marcam o estado da arte da educação ligada à promoção da saúde. Neste sentido, podemos afirmar que, na atenção básica, convivem práticas do modelo biomédico e outras anunciadoras de mudança, e que, do ponto de vista educativo, as UBS caracterizam-se, no momento atual, por abrigar uma forte tensão entre ações de repetição e superação.

Entretanto, quando buscamos as bases epistemológicas das práticas educativas, identificamos uma forte relação de continuidade com o que tem emergido ao longo

do tempo no campo da educação em saúde: práticas com ênfase em abordagens diretivas e não dialógicas, assentadas na ideia da transmissão de conhecimentos e na percepção do usuário, como objeto sobre o qual se exerce uma ação.

Consideramos, portanto, que, para que as práticas educativas de promoção da saúde avancem, elas não podem prescindir da perspectiva dialógica como método de ensino, pois entendemos que a educação voltada para a promoção da saúde está implicada não só com a orientação em saúde, mas com a formação do sujeito. Neste sentido, a aceitação dessa dimensão verdadeiramente formativa da educação em saúde faz com que o critério da dialogicidade seja obrigatório.

Educar para a formação humana é considerar, de forma efetiva, a subjetividade do sujeito, que, por sua vez, pressupõe a presença de um diante do outro e a interação entre esses sujeitos. Tal interação acontece em um ambiente cercado de resistências, experiências e saberes e, para ser efetiva, torna-se necessária a reconstrução e articulação entre o conhecimento técnico-científico e a sabedoria prática. Atentar para a sabedoria prática, ou seja, para os interesses dos sujeitos envolvidos na prática educativa, implica em responsabilidades centralizadas no diálogo.

Assim, ao associarmos o diálogo na concepção Freiriana (2001), que é a aceitação e interação do/com o outro, com o diálogo na concepção hermenêutica gadameriana (AYRES, 2001), que é a fusão de horizontes, constatamos que não há outro caminho da educação para a promoção da saúde senão o da articulação entre êxito técnico e sucesso prático, e o da valorização da sabedoria prática, de tal forma que a técnica não substitua o diálogo, mas o complementa, garantindo a qualidade do encontro. Dessa forma, poderemos contribuir para a construção dos projetos de felicidade do ser humano, em busca de sua qualidade de vida.

Dito de outra forma, as práticas educativas de promoção da saúde devem procurar fundir as orientações técnicas trazidas pelos profissionais de saúde com o que representa a prática para os sujeitos envolvidos e os conhecimentos e experiências

que possuem sobre o tema. Assim, contribuímos para a formação de um sujeito mais atuante, mais “empodeirado”, crítico e autônomo, que buscará formas de, através de um trabalho articulado com a comunidade, realizar seus desejos e aspirações até então utópicos.

Ao lado disso, temos a convicção, pautados em Freire (2001), que a formação do sujeito não se dá sem que ele se constitua como sujeito cognoscente (FREIRE, 2001). Como se sabe, esse educador desenvolveu a ideia de que a epistemologia se conecta intimamente com a ontologia. Assim, precisamos ter claro que, para nos fazer como humanos precisamos conhecer, elaborar nossas estruturas mentais; por meio de processos de aprendizagem, criar cultura e, com isso, acrescentar algo ao mundo. Dito de outra forma, precisamos ser reconhecidos como sujeitos cognoscentes.

A constatação de Freire (2001) é a de que somos inacabados, não nascemos prontos, formamos nossas estruturas de conhecimento quando nos relacionamos com o mundo, ao tempo em que nos construímos como pessoas, desenvolvendo nossa autopercepção no mundo, e perseguindo nossa vocação de “ser mais”.

É do inacabamento do homem que emerge seu “ímpeto criador”, convertendo-o em ser que conhece, enfim, em um “ser” por vir a ser. O diálogo tem papel fundamental nesse processo, porque, segundo Freire (2001), ele não opera em termos de transmissão, como se fosse um mecanismo de passar algo de um para outro, mas opera sob a forma de mútua instigação, em que uns se recriam diante dos outros. Nestes termos, o conhecimento não pode se confundir com algo que se passa ou que se recebe, como um bem de consumo ou de troca, uma vez que demanda uma busca constante e implica em invenção e reinvenção.

Tal condição está muito próxima à de que o conhecimento não existe no abstrato, de que ele só existe aderido a pessoas, enquanto significado por sujeitos cognoscentes ou reconhecidos como tal. Um ato de conhecer implica, portanto, a cumplicidade do sujeito que o realiza. É uma cumplicidade no sentido de necessidade de comparecer

com seus sentidos e representações a fim de incrementá-las ou refazê-las. Em não tendo esta ancoragem na subjetividade, o conhecimento em nada modifica a autopercepção do sujeito e, conseqüentemente, não contribui para a modificação do seu entorno. Tal raciocínio faz com que pensemos que estamos diante de sujeitos de fato, que, em momento algum, podem ser reduzidos à dimensão de objeto.

Nesse sentido, adquirir conhecimentos significa construir representações, desenvolver a capacidade de pensar, elaborar outros sentidos, situar-se de modo diferente, novo, diante das coisas e dos outros. Dito de outra forma, conhecer constitui uma ação de incorporação, da qual resulta necessariamente em uma nova *performance* do sujeito aprendente, o que só é possível mediante sua cumplicidade, mediante seu engajamento e mediante sua autonomia.

Nessa perspectiva, a autonomia se afirma como princípio pedagógico (FREIRE, 2009). Para esse autor, autonomia é um processo de decisão e de humanização que vamos construindo historicamente, a partir de decisões que vamos tomando ao longo de nossa existência. Ninguém é autônomo primeiro para depois decidir. A autonomia vai se construindo na medida em que as decisões vão sendo tomadas. A autonomia, como amadurecimento do ser para si, é um processo de “vir a ser” (FREIRE, 2009).

Nos termos em que vimos expondo, cabe arguir sobre as práticas educativas avaliadas: elas se tratam de práticas que se configuram como inovadoras, tomando como referência o ideal da promoção da saúde?

Podemos pensar que, nas práticas educativas observadas, a relação entre sujeito e conhecimento não se manifestou do mesmo modo em todos os contextos interativos, nem foi vivido do mesmo modo por todos os atores que os integraram. Tudo dependeu da forma como o conhecimento foi entendido e aplicado, fato que transformou alguns grupos sociais preferencialmente em objetos sociais e outros preferencialmente em sujeitos sociais.

Santos (2003) argumenta que existem duas formas diferentes de aplicação do conhecimento: a aplicação técnica e a aplicação edificante, conceitos que utilizaremos para falar do caráter inovador das práticas educativas observadas. O autor diferencia as situações em que ocorre aplicação de conhecimento técnico, ou regulatório, das situações em que ocorre aplicação de conhecimento edificante ou emancipatório. A primeira aplicação não afeta quem aplica, produz uma situação descontextualizada e o não-desenvolvimento de novas relações entre o ser, o conhecer e o agir. A segunda aplicação parte da ideia de que suas bases epistemológicas estão alicerçadas no caráter emancipatório e argumentativo da ciência emergente. Opõe-se às clássicas dicotomias entre sujeito e objeto, conhecimento e realidade, além de se realizar em um contexto que é histórico e social. A aplicação tem sempre lugar numa situação concreta, em que quem aplica está existencial, ética e socialmente comprometido com o impacto da aplicação.

A partir da reflexão desenvolvida por Santos (2003), poderíamos configurar as práticas educativas, como inseridas em qual categoria: regulatória ou edificante? Diante do pequeno número de práticas educativas que conduziram ao desenvolvimento da autonomia dos sujeitos envolvidos e que proporcionou o diálogo entre os sujeitos e diferentes saberes, podemos concluir que a maior parte delas possuiu caráter regulatório, não levando a novas formas de se situar diante do mundo e de si próprio. Acreditamos que todas as práticas, sejam elas pautadas em diferentes linguagens, como a arte, por exemplo, sejam elas voltadas às práticas corporais, ou mesmo voltadas para a orientação preventivista, devem estar fundamentadas em uma concepção de educação como processo de formação humana, na qual a relação objetividade/subjetividade se configure como uma ação que pode superar a dualidade redutora dos sujeitos.

Entendemos, fundamentados em Ayres (2004), que o autêntico encontro entre sujeitos, no qual inalienáveis interesses de compreensão simultânea, construção de si mesmo e do outro estão presentes, se constitui no alicerce para diálogo entre os diferentes saberes. Este, por sua vez, é condição *sine qua* para a concepção formativa e emancipatória da educação em saúde. Tal concepção proporciona a

reconstrução de identidades, concepções, valores e, portanto, de projetos de felicidade.

Uma vez que, os projetos de felicidade são orientados pelas referências objetivas extraídas de nossa vida em sociedade, e diante da realidade humana do país em que vivemos, muito provavelmente, ter saúde constitui o projeto de felicidade de uma parcela considerável dos sujeitos que frequentam a atenção básica. Assim, entendemos que, ao promover saúde, e favorecer que uma necessidade fundamental de sobrevivência e existência humana seja suprida, estaremos proporcionando a conquista dos projetos de felicidade por vários sujeitos. Estes projetos, uma vez conquistados, permitem ao sujeito abrir-se para outros, novos, projetos de felicidade até então impensáveis. Desta forma, a promoção da saúde, concebida por meio de uma educação em saúde emancipatória e dialógica, tem enorme possibilidade de êxito, rumo à realização dos projetos de felicidade dos sujeitos, construídos por meio de suas experiências e desejos.

Acreditamos, a partir dessa reflexão, poder colaborar para as reflexões e práticas educativas de promoção da saúde, fazendo algumas recomendações:

a) é fundamental que as práticas educativas sejam constante e adequadamente avaliadas, de forma criteriosa e formativa, na qual se proponha, por meio de um diálogo compreensivo e construtivo entre diferentes saberes, detectar os pontos que precisam ser revistos, a fim de levantar acertos e possibilidades de melhorias das práticas. Para tal, é necessário que se estabeleça uma indagação constante em relação a qual contexto e com que finalidade as práticas educativas estão sendo desenvolvidas;

b) há a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, sob uma perspectiva dialógica e de fusão de saberes, no que se refere à nova concepção da promoção da saúde, a fim de que possam conferir o enfoque dialógico e emancipatório em suas ações educativas. Entendemos que a capacitação pode

melhorar a capacidade dos profissionais, para co-gerir e inventar processos que promovam simultaneamente a saúde dos sujeitos e da coletividade. Desta forma, todo esforço empregado no ato de educar, poderá contribuir para que a prática seja conduzida de tal forma a proporcionar a transformação da realidade dos sujeitos envolvidos. Vale ressaltar que essa capacitação à qual nos referimos se estende, também, aos futuros profissionais de saúde, os estudantes. Sugere-se que, durante os estágios e nas aulas práticas, além de serem levados a compreender o conceito de saúde e o de sua promoção, que também sejam preparados para a aplicação desses conceitos na prática. Nesse sentido, a utilização de métodos e estratégias de ensino inovadoras, que incentivem a escuta e a participação dos sujeitos, o incentivo ao desenvolvimento de seu olhar crítico, assim como do entendimento de seu papel como agente transformador podem se constituir em importantes ferramentas rumo à efetivação da nova promoção da saúde, pelo menos no que se refere às ações dos novos profissionais de saúde;

c) é de fundamental importância que os profissionais de saúde assumam o trabalho multidisciplinar e intersetorial como necessários ao desafio da promoção. Assim, uma equipe bastante preparada seria capaz de proporcionar uma ação educativa dialogada, e a interação entre os saberes, de tal forma a minimizar a distância entre o conhecimento do educador e do educando, a fim de progredir para a conquista da autonomia dos sujeitos envolvidos, rumo à realização de seus projetos de felicidade;

d) o êxito das práticas educativas está diretamente relacionado à disponibilidade de recursos físicos e humanos. Sem um local confortável e reservado, os sujeitos participantes não se sentirão à vontade para expor suas aflições, experiências, dúvidas e expectativas sobre o tema trabalhado. Sem essa “exposição” do sujeito, como poderá ser possível estabelecer uma relação dialógica, essencial para a conquista da autonomia e da participação social? Da mesma forma, sem recursos humanos, como poderá ser possível abranger a promoção da saúde de forma multidisciplinar? Sem dúvida, o envolvimento da administração pública, no que se refere à geração de recursos necessários para a efetivação da promoção da saúde, é fundamental para o sucesso de todo investimento nesse sentido.

Entendemos ser possível proporcionar a promoção da saúde mesmo diante de toda sua complexidade e particularidade e, para tal, é fundamental que haja mobilizações de todos os setores envolvidos, a fim de realmente fazer acontecer. Afinal, já se passaram quase quatro anos desde a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde e seus frutos ainda são bastante modestos. Há princípios que começam a tomar forma e fazer parte do discurso dos sujeitos educadores, entretanto a maior parte deles ainda não é percebida como uma realidade das unidades básicas de saúde.

Esperamos, com este trabalho, ter contribuído para a reflexão sobre a efetivação das práticas de promoção da saúde nas unidades básicas de saúde e até mesmo para a (re)orientação de Políticas Públicas elaboradas sob essa perspectiva. Trata-se de um olhar pontual de uma pesquisadora sonhadora e crente na valorização e respeito do ser humano, como peça chave para a conquista de seu projeto de felicidade. Entretanto, vários estudos ainda precisam ser desenvolvidos, de tal forma que nos ofereçam mais subsídios para um caminho, cada vez mais, em direção à promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, A. A.; MARTINS, L. M. A produção do conhecimento científico: relação sujeito-objeto e desenvolvimento do pensamento. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 11, n. 22, p. 313-25, maio/ago. 2007.

ACIOLI, M. D.; CARVALHO, E. F. Discursos e práticas referentes ao processo de participação comunitária nas ações de educação em saúde: as ações de mobilização comunitária do PCDEN/PE. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 1998.

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. *Enferm*, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-21, jan./fev. 2008.

ALMEIDA FILHO, N. de.; ANDRADE, R. F. S. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

ALMEIDA, A. M. R. A intersectorialidade e a estratégia saúde da família: desafios da relação entre discurso e a prática. Dissertação (Programa de pós-graduação em Saúde pública)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

ALVES VS. *Educação em saúde e constituição de sujeitos: desafios ao cuidado no Programa Saúde da Família* (Dissertação de Mestrado)-Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface-Comunic., Saúde, Educ.*, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev.2005.

ARANHA, M. L. A. *Filosofia da educação*. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Moderna, 2006.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004a.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde soc.*, v. 3, n. 3, p. 16-29, 2004b.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saude soc.* 2009, v. 18, supl. 2, p. 11-23, 2009.

AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface*, Botucatu, v. 6, n. 11, p. 11-24, 2002. ISSN 1414-3283.

AYRES, J. R. C. M. Risco, razão tecnológica e o mistério da saúde. *Interface*, Botucatu, v. 11, n. 21, p. 154-158, 2007.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 63-72, 2001.

BACHELARD, G. A. formação do espírito científico. 3. ed. São Paulo: Contraponto, 2002.

BACKES, M. T. S. *et al.* Conceitos de saúde e doença ao longo da historia sob o olhar epidemiológico e antropológico. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.111-7, jan/mar. 2009.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. A. (Org). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BERGOLD, L. B.; ALVIM, N. A. T.; CABRAL, I. E. O lugar da música no espaço do cuidado terapêutico: sensibilizando enfermeiros com a dinâmica musical. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 262-9, abr./jun. 2006.

BERNARDES, A. G.; GUARESCHI, N. Estratégias de produção de Si e a humanização no SUS. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 7, n. 3, p. 462-475, 2007.

BOSI, A. *Reflexões sobre a arte*. São Paulo: Ática, 2006.

BRANDEN, N. *Auto-estima e os seus seis pilares*. 6. ed. Trad. Vera Caputo. São Paulo: Saraiva, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Aprovada pela Portaria nº687 de 30 de março de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, declaração de Jacarta, Rede Mega Países e Declaração do México, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BUB, C. B. M. *et al.* A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 15, p. 152-7, 2006. Edição Especial

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.15-38.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 6. ed. rev. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas; trad. Pósfácio de Pierre Macherey e apresentação de Louis Althusser, Luiz Otávio Ferreira Barreto Leite. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CAPOLI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências e saúde*, Manguinhos, v. 4, n. 2, p. 287-307, jul-out.1997.

CARVALHO, A. I. Oficina de Trabalho Promoção da Saúde: da prevenção à mudança social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 6., 2004, Recife. *Relatório Final...* Recife: 2004.

CARVALHO, S. R. Saúde coletiva e promoção à saúde; uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. Tese (Doutorado em: Saúde Coletiva)- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2002.

CARVALHO, S. R. *Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec, 2005.

CARVALHO, V. L. S.; CLEMENTINO, V. Q.; PINHO, L. M. O. Educação em saúde nas páginas da REBEn no período de 1995 a 2005. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 61, n. 2, abr. 2008.

CARVALHO, Y. M. Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica. In: *Revista Brasileira Saúde da Família*, Brasília, n. 11, p.33-45, jul./set.2006.

CHAVES, E. S.; *et al.* Eficácia de programas de educação para adultos portadores de hipertensão arterial. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 59, n. 4, ago. 2006.

COELHO, D. M.; FONSECA, T. M. G. As mil saúdes: para quem e além da saúde vigente. *Psicologia & Sociedade*, v. 19, n. 2, p. 65-69, 2007.

COSTA, J. F. *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). 12. ed. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1999.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DEMO, Pedro. *Conhecimento moderno: sobre ética e intervenção do conhecimento*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

DOHME, V. *Atividades lúdicas na educação: o caminho de tijolos amarelos do aprendizado*. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

DOWBOR, T. P. O trabalho com determinantes sociais da saúde no programa saúde da família do município de São Paulo. 2008. 254 f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

DUARTE, Rosália. *Cinema & Educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2002.

FEIJÃO, A. R.; GALVÃO, M. T. G. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. *Rev. Rene.*, v. 8, n. 2, p. 41-49, 2007.

FERREIRA NETO, João Leite *et al.* Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. *Saude soc.*, São Paulo, v. 18, n. 3, set. 2009.

FONSECA, K. C. *et al.* Credibilidade e efeitos da música como modalidade terapêutica em saúde. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 8, n. 3, p. 398-403, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a10.htm>. Acesso em: 25 nov. 2009.

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, Michel. *Hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. 26. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

FREIRE, P. *Pedagogia da Esperança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FREIRE, Paulo. *Educação como prática da liberdade*. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 39. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009. Coleção Leitura.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FREITAS, C. M. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.141-159.

GADAMER, H. G. *O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: Edições 70, 1993.

GADAMER, H. G. *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes, 1998.

GÁSPARI, J. C.; SCHWARTZ, G. M. O capital humano: investindo nas ações do brincar. In: MULLER, A; DACOSTA, L. P. (Org.). *Lazer e desenvolvimento regional*. Santa Cruz do Sul, RS: EDUNISC, 2002. p. 7-19.

GAZZINELLI, M.F; REIS, D.C; MARQUES, R. C. Pedagogia do estético. In: _____. (Org.). *Educação em Saúde: teoria, método e imaginação*. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 2006.

GROSSMANN, E.; KOHLRAUSCH, E. Grupo e funcionamento grupal na atividade dos enfermeiros: um conhecimento necessário. *Rev. Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS), v. 27, n. 1, p. 71-9, mar. 2006.

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

HERINGER A.; *et al.* Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros do programa Saúde da Família no Rio de Janeiro. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS), v. 28, n. 4, p. 542-8, dez. 2007.

HORTA, N.C. *et al.* A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 62, n. 4, ago. 2009.

INCERTI, Fabiano. A importância da escuta para a constituição do sujeito no estoicismo. *Kínesis*, v. I, n. 2, p. 35 – 48, out. 2009.

JABLONSKI, Bernardo. *O adolescente e o teatro*. Cap. organizado por Moyses Grossman, 1987. Não publicado.

JACOBI, P. Poder local, políticas sociais e sustentabilidade. *Saúde e Sociedade*, v. 8, n. 3, p. 31-48, 1999.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde Social*, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997.

LADVOCAT, Marcia Barçante *Saúde e ludicidade: um olhar diferenciado para a forma de cuidar*. (200?) Disponível em: <<http://www.cbce.org.br/cd/resumos/025.pdf>>. Acesso em: 3 dez. 2009.

LALANDE, André. *Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

LANIER, Vincent. Devolvendo arte à arte-educação. In: BARBOSA, Ana Mae (Org.). *Arte-educação: leitura no subsolo*. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

LASCH, Christopher. *A cultura do narcisismo*. Rio de Janeiro, Imago, 1983.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. *Promoção de saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2007.

LUCCHESI, R.; BARROS, S. A utilização do grupo operativo como método de coleta de dados em pesquisa qualitativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 9, n. 3, p. 796-805, set./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a18.htm>>. Acesso em: 8 jan. 2010.

MAZZOTTI, A. J. A.; GEWANDSZNAJDER, F. *O método nas ciências naturais e sociais*. Pesquisa quantitativa e qualitativa. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

MELLO, D. A. Reflexões sobre promoção à saúde no contexto do Brasil. *Cad. Saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p.149, out-dez, 2000.

MELLO, Débora Falleiros de; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. Êxito técnico, sucesso prático e sabedoria prática: bases conceituais hermenêuticas para o cuidado de enfermagem à criança. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 580-585, 2009. ISSN 0104-1169.

MELO, G.; SANTOS, R. M.; TREZZA, M. C. S. F. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 58, n. 3, p. 290-5, mai/jun. 2005.

MENDES, G. A. C.; ROSA, R. S. D. Práticas em saúde: a enfermagem revendo conceitos na promoção do autocuidado. *REME*, v. 8, n. 2, p. 337-340, abr./jun., 2004.

MENDES, M. B. S. *et al.* *Na contramão da disciplinarização dos corpos: as atividades lúdicas e a saúde*. Disponível em: <<http://www.cchla.ufrn.br/humanidades2009/Anais/GT12/12.8.pdf>>. Acesso em: 3 dez. 2009.

MIRANDA, M. L. J.; GODELI, M. R.; SOUZA, C. Música, atividade física e bem-estar psicológico em idosos. *Revista brasileira de Ciência e Movimento*. Brasília, v. 11, n. 4, p. 95-110, out./dez. 2003.

MONTEIRO, S.; VARGAS, E.; CRUZ M. Desenvolvimento e uso de tecnologias educacionais no contexto da AIDS e da saúde reprodutiva: reflexões e perspectivas. In: MONTEIRO, S.; VARGAS, E. (Org). *Educação, Comunicação e Tecnologia Educacional: interfaces com o campo da saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

MORETTI, A. C. *et al.* Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. *Saude soc.*, São Paulo, v. 18, n. 2, jun. 2009.

MORIN E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento.* 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

MORIN, Edgar. *Meus demônios.* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

MOSCOVICI, S. On social representations. In: FORGAS, J. P. (Org). *Social cognition.* Academic Press, 1981.

OLIVEIRA, D. L. A. “Nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, v. 13, n. 3, p. 423-31, maio/jun. 2005.

OLIVEIRA, S. L. *Tratado de Metodologia Científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses.* São Paulo: Pioneira, 1997.

PEDROSA, J. I. É preciso repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social. *Radis*, n. 13, p. 24-5, set. 2003.

PEREIRA, I. M. T. B.; PENTEADO, R. Z.; MARCELO, V. C. Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. *O Mundo da Saúde*, ano 24, v. 24, 2000.

PIMENTA, D. N.; LEANDRO, A. M. S.; SCHALL, V. T. Experiências de desenvolvimento e avaliação de materiais educativos sobre saúde: abordagens sócio-históricas e contribuições da antropologia visual *in Educação, comunicação e tecnologia educacional: interfaces com o campo da saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE – PBH. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=7481&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0>. Acesso em: 13 jan. 2010.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE - PBH. Secretaria de Coordenação das Políticas Sociais. Secretaria Municipal de Saúde. Bh-Vida: Saúde Integral. 3ª versão. Belo Horizonte, 2003.

REIS, D. C. Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais. In: GAZZINELLI, M.F; REIS, D.C; MARQUES, R. C. (Org.). *Educação em saúde: teoria, método e imaginação.* Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 2006.

ROSSO, C. F. W.; COLLET, N. Os enfermeiros e a prática de educação em saúde em municípios do interior paranaense. *Revista Eletrônica de Enfermagem (online)*, Goiânia, v. 1, out./dez. 1999.

RUFFINO-NETTO, A. R.; SOUZA, A. M. A. F. Reforma do setor saúde e controle da tuberculose no Brasil. *Informe epidemiológico do SUS*, v. 8, n. 4, p. 35-51, 1999.

SANTOS, B. S. *Introdução a uma ciência pós moderna*. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

SCHWINGEL, B.; CAVEDON, N. R. As representações sociais dos médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas de equipes de saúde da família sobre educação em saúde. In: MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. (Org.). *Gestão local em saúde: práticas e reflexões*. Porto Alegre: Dacasa, 2004. p.147-169.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

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

SILVA, C. A. B. A abordagem das artes. In: GAZZINELLI, M. F; REIS, D. C; MARQUES, R. C. (Org.). *Educação em Saúde: teoria, método e imaginação*. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 2006.

SILVA, K. L. *Promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana*. 182 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SILVIA, Christian Luis da; MENDES, Judas Tadeu Grassi (Org.). *Reflexões sobre o desenvolvimento sustentável: agentes e interações sob a ótica multidisciplinar*. Petrópolis: Vozes, 2005.

SNYDERS, G. *A alegria na escola*. São Paulo: Manole, 1988.

SOARES, J. C. R. S. CAMARGO J. R., KENNETH, R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface*, Botucatu, v. 11, n. 21, p. 65-78, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2009.

SOUZA, E. A.; MARASCHIN, M. S.; ANDRADE, O. G. Rede de apoio ao idoso no município de Cascavel. In: SEMINÁRIO NACIONAL ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL, 2., 2005, Cascavel (PR). *Anais...* Cascavel: Unioeste, 2005.

TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 320-5, abr./jun. 2006.

TOLEDO, Melina Mafra; RODRIGUES, Sandra de Cássia; CHIESA, Anna Maria. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 16, n. 2, Jun. 2007.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1039-1047, jul./ago., 2003.

TRAVERSO-YEPEZ, M. A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface*, Botucatu, v. 11, n. 22, ago. 2007.

VALLA, V. V. As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle da dengue. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. sup. 5, n. 17, p. 77-88, 2001.

VASCONCELOS, E. M. A terapêutica médica e as práticas populares de saúde. *Saúde em Debate*, n. 49-50, dez. 1995/mar. 1996.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 39-57, 1998.

VIANA, A. L. A.; POZ, M. R. D. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa saúde da família. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225-264, 2005. (Suplemento).

VICENTIN, A. P. M. Conhecendo para intervir, em direção ao empoderamento pela atividade física no Complexo São Marcos, Campinas, SP. 2008. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Educação Física)-Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2008.

VILLA, E. Educação em saúde: a prática educativa no cotidiano do trabalho do profissional In: GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C.; MARQUES, R. C. (Org.). *Educação em Saúde: teoria, método e imaginação*. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 2006. p. 43-51.

VILLAS BÔAS, L. M. F. M.; ARAÚJO, M. B. S.; TIMÓTEO, R. P. S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva de sua ação pedagógica educativa: uma reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 4, p.1355-1360, 2008.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 635-667.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Constitution*. 1946. (Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States – Official Records of the World Health Organization, n.2, p. 100 – and entered into force on 7 April 1948).

ZATTI, Vicente. *Autonomia e educação em Immanuel Kant e Paulo Freire*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro da entrevista semi-estruturada com gerentes das Unidades Básicas de Saúde/BH

UBS: _____ Regional: _____

Endereço: _____

Gerente: _____

Contato: Tel: _____ Data: ____/____/2008

1. Quantas equipes saúde da família: _____

2. Qual(is) profissional(is) realiza(m) as atividades em grupo: _____

3. A UBS promove algum encontro/treinamento de capacitação de seus profissionais para desenvolvimento de atividades em grupo? Sim Não. Se sim, qual?

4. Quais e com qual freqüência são realizadas as atividades educativas:

| |
|--|
| <p>- Tema: _____</p> <p>- Público alvo: _____ - Número médio participantes: _____</p> <p>- Objetivo: _____</p> <p>_____</p> <p>- Tipo: <input type="checkbox"/> Grupo operativo <input type="checkbox"/> Sala Espera <input type="checkbox"/> Outros: _____</p> <p>- Responsável(is): _____</p> <p>- Freqüência: <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Outro: _____</p> <p>- Próximo encontro: Dia(s): _____ Horário(s): _____</p> <p>- Atividades realizadas no grupo: <input type="checkbox"/> Renovação receita <input type="checkbox"/> Consulta individual <input type="checkbox"/> Ação educativa <input type="checkbox"/> Outros: _____</p> <p>Observações: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|--|

Assinatura do Gerente da UBS: _____

Assinatura pesquisador: _____

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - USUÁRIO

Prezado Sr(a), estamos realizando a pesquisa **“LEVANTAMENTO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE: MÉTODOS E ESTRATÉGIAS DE ENSINO”**, que tem como objetivo levantar as práticas educativas realizadas em UBS’s no município de Belo Horizonte, para tal o pesquisador participará das atividades educativas realizadas pelos profissionais de saúde na UBS e fará o registro das mesmas no roteiro de investigação e descrição da atividade de educação em saúde. Nesse roteiro farão anotações tanto com relação à estrutura física do local onde ocorreu a prática educativa, como questões metodológicas (material utilizado, tempo gasto, participação dos educandos, público alvo, coordenador, metodologia utilizada). Após o levantamento das práticas educativas será lançado o Catálogo de Práticas Educativas em Unidades Básicas de Saúde, que conterá um apanhado das práticas levantadas na pesquisa. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e da Prefeitura de Belo Horizonte.

O(a) senhor(a) gostaria de participar desta pesquisa, que será realizada durante o período de setembro de 2008 a agosto de 2009? Para tal será necessário a autorização para que os pesquisadores estejam presentes durante a atividade educativa coletiva desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde, durante o período acima citado. Essas atividades poderão eventualmente ser fotografadas ou gravadas com o objetivo de registrar a ação e não o sujeito. Para isso serão feitas fotos e filmagens, de forma que o indivíduo não fique exposto (de costas, de cabeça baixa) com intuito de preservar sua imagem. Fica assegurado o direito de retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa. Não haverá qualquer ônus para os participantes da pesquisa.

Concordo em participar da pesquisa acima descrita e tenho ciência que posso cancelar minha participação quando quiser.

Assinatura do usuário: _____

Maria Flávia Gazzinelli / Angélica Cotta L. L. Carneiro
Escola de Enfermagem – UFMG – Tel: 3409-9181.
Av. Alfredo Balena, 190, 5º andar, sala 508, Santa Efigênia. BH – MG.
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte / Avenida Afonso Pena, 2336, 9º andar.
Funcionários - Belo Horizonte. CEP: 30.130-007 Telefone: 3277-5309 Fax: 3277-7768

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GERENTES

Eu, _____, concordo em participar, enquanto profissional de saúde do Centro de Saúde _____ regional _____, da pesquisa **“LEVANTAMENTO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE: MÉTODOS E ESTRATÉGIAS DE ENSINO”**, idealizada pela Prof^a Dr^a Maria Flávia Gazzinelli, que tem como objetivo levantar as práticas educativas realizadas pelos profissionais de saúde nas UBS. Para tal autorizo que os pesquisadores participem das atividades educativas coletivas que realizo e fazerem as necessárias anotações no roteiro de investigação e descrição da atividade de educação em saúde. Também autorizo que os encontros sejam fotografados e/ou gravados desde que minha imagem não seja identificada. Em qualquer momento da pesquisa, poderei cancelar minha participação. Não terei nenhum ônus em participar da pesquisa. Tenho ciência de que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa tanto da UFMG quanto da Prefeitura de Belo Horizonte.

Data: ____/____/200__ Assinatura: _____

Maria Flávia Gazzinelli
Pesquisadora

Angélica Cotta L. L. Carneiro
Mestranda

Maria Flávia Gazzinelli / Angélica Cotta L. L. Carneiro
Escola de Enfermagem – UFMG – Tel: 3409-9181.
Av. Alfredo Balena, 190, 5º andar, sala 508, Santa Efigênia. BH – MG.

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte / Avenida Afonso Pena, 2336, 9º andar.
Funcionários - Belo Horizonte. CEP: 30.130-007 Telefone: 3277-5309 Fax: 3277-7768

APÊNDICE D - Roteiro de observação da prática educativa de promoção da saúde

UBS: _____ Regional: _____

Gerente: _____

- Tema da prática educativa: _____

- Público alvo: _____

- Objetivo da prática: _____

- Recursos materiais utilizados: _____

- Tempo duração: _____ Número mínimo _____ e máximo _____ de participantes

- Situação onde foi realizada a atividade educativa: † Grupo operativo † Sala Espera †

Acolhimento † Outros: _____

- Quantidade de fotos: _____ Número das fotos: _____

- Nome completo dos profissionais envolvidos: _____

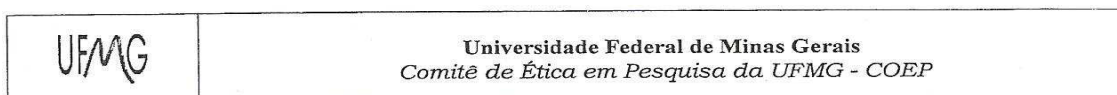
- Observações com relação à prática educativa:

- Descrição detalhada da prática educativa (se necessário usar o verso)

Pesquisador: _____

Observar a prática educativa e após seu término, marcar um X correspondente (no sim, não ou não se aplica) para cada um dos itens abaixo:

| Nº | Questões | Sim | Não |
|----|---|-----|-----|
| 01 | Durante a prática educativa observa-se preocupação em trabalhar as causas básicas/múltiplas (física, mental, social, espiritual, política...) do processo saúde/doença? Ou pelo menos parte delas? | | |
| 02 | A prática educativa é desenvolvida de forma intersetorial? | | |
| 03 | A prática educativa procura desenvolver no sujeito o autocuidado? | | |
| 04 | Durante a prática educativa busca-se oferecer informações ao sujeito de tal forma a propiciar sua autonomia? (sujeito escolhe de forma livre e esclarecida entre as alternativas que lhe são apresentadas?) | | |
| 05 | Durante a prática educativa há a promoção da participação social (desenvolvimento comunitário baseado na participação de todos interessados) de forma a promover o empoderamento coletivo? | | |
| 06 | A prática educativa busca promover a sustentabilidade do grupo? | | |
| 07 | A prática educativa explora as noções, experiências e/ou expectativas do sujeito sobre o tema? | | |
| 08 | A prática educativa é conduzida de forma dialogada? | | |
| 09 | Há a preocupação com a construção do conhecimento, em vez de simples transmissão de informação? | | |
| 10 | Utiliza-se estratégias de ensino que operam com diferentes linguagens culturais (como o uso da arte - jogral, música, teatro, literatura, trabalhos manuais, cinema, etc.)? | | |

ANEXOS**ANEXO A – Aprovação da Pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais****Parecer nº. ETIC 466/07**

Interessado(a): Profa. Maria Flávia Grazzinelli
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem-UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 18 de dezembro de 2007, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Levantamento das práticas educativas em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte: métodos e estratégias de ensino**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B – Aprovação da Pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Belo Horizonte (CEP – SMSA/PBH), em 26/12/2007 – protocolo nº078/2007



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)

Avaliação de projeto de pesquisa – **Protocolo 078/2007**

Projeto: “Levantamento das Práticas Educativas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Belo Horizonte: métodos e estratégias de ensino.”

Pesquisador principal: Maria Flávia Gazzinelli – telefone: 84554688
e-mail: flavia@enf.ufmg.br

Instituição responsável: Escola de Enfermagem/UFMG

CEP de origem: Não há

Área temática: Ciência da Saúde

Descrição sucinta das justificativas do projeto:

O estudo propõe uma reflexão sobre as práticas educativas, principalmente aquelas utilizadas no Programa de Saúde da Família, realizadas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Belo Horizonte. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa orientado pela Teoria de Pesquisa-Ação com apresentação de catálogo de práticas educativas ao encerramento da pesquisa.

Objetivos do projeto:

Levantar as práticas educativas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde da SMSA/PBH. Subsidiar os profissionais de saúde das UBS na aplicação de práticas de educação em saúde fundamentadas na promoção da saúde. Catalogar práticas educativas que serão disponibilizadas por meio virtual e de forma impressa.

Metodologias do projeto: A pesquisa acontecerá em quatro momentos.

- I. Levantamento do banco de dados do SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica – identificação do número de atividades coletivas do ano de 2007.
- II. Observação participativa de práticas educativas, durante dois meses, em nove UBS utilizando um roteiro com 20 perguntas sobre atividades de Educação em Saúde.
- III. Oficinas com os profissionais de saúde das UBS entrevistadas.
- IV. Seminário de Práticas Educativas para toda a comunidade quando será lançado o Catálogo de Práticas.

Análise de dados: Análise descritiva das variáveis obtidas no roteiro de investigação, revisão bibliográfica e discussão de resultados a partir dos autores identificados.

A inclusão dos sujeitos (180 profissionais de saúde nível médio e superior – 20 em cada nove UBS) se dará a partir da identificação no SIAB das unidades básicas de saúde de maior realização de atividades coletivas no ano de 2007.

Os sujeitos serão convidados a participar das Oficinas e do Seminário de Práticas.

O pesquisador informa que o roteiro de 20 perguntas será respondido pelos profissionais da Unidade no momento da observação (II. 4) e nas oficinas (III. 7).

Parecer:

O projeto acima referido cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da CONEP, tendo sido aprovado na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final desde, se em prazo inferior a um ano.



Celeste de Souza Rodrigues

Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Celeste de Souza Rodrigues - BM: 37316-1
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - SMSA/BH

Belo Horizonte, 26 de dezembro de 2007.