

Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Mestrado em Enfermagem e Saúde

Tácia Maria Pereira Flisch

**PRÁTICAS COLETIVAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE EM CONTAGEM, MG**

Belo Horizonte/MG

2012

Tácia Maria Pereira Flisch

**PRÁTICAS COLETIVAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE EM CONTAGEM, MG**

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: Enfermagem e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Dener Carlos dos Reis

Belo Horizonte/MG

2012

F626p Flisch, Tácia Maria Pereira.
Práticas coletivas de educação em saúde na atenção primária à saúde em Contagem, MG [manuscrito]. / Tácia Maria Pereira Flisch. - - Belo Horizonte: 2013.
98f.: il.
Orientador: Dener Carlos dos Reis.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Educação em Saúde. 2. Promoção da Saúde. 3. Saúde da Família. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Reis, Dener Carlos dos. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título

NLM : WA 18



Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação

Dissertação intitulada “*Práticas coletivas de educação em saúde na Atenção Primária à Saúde em Contagem, MG*”, de autoria da mestranda Tácia Maria Pereira Flisch, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dr. Dener Carlos dos Reis
Escola de Enfermagem/UFMG - Orientador

Prof.^a Dr.^a Heloísa de Carvalho Torres
Escola de Enfermagem/UFMG
Examinadora

Prof.^a Dr.^a Virgínia Torres Schall de Matos Pinto
Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou
CPqRR/FIOCRUZ - MG
Examinadora

Prof.Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Coordenador do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem / UFMG

Belo Horizonte, 13 de Dezembro de 2012.

Dedicatória

“Porque se chamavam homens, também se chamavam sonhos e sonhos não envelhecem”. Clube da Esquina

A Deus pela nossa existência.

À todos que participaram do meu sonho...

À minha família, meu porto seguro, em especial:

À minha mãe Lúcia, minha fonte de inspiração.

Ao meu pai.

Ao meu marido Flávio, pelo apoio às minhas escolhas e companheirismo.

Aos meus filhos Flavinho e Bruno, por serem meus amores.

À minha avó, Irene, que sempre iluminará meu caminho.

Aos meus irmãos, Vânia, Kátia e Tarcísio e suas famílias, adoro vocês!

À Lúcia e Conceição pelo cuidado com minha casa e minha família.

Agradecimentos

Ao professor doutor Dener Carlos dos Reis, meu orientador, por ter-me aceitado como sua orientanda, pela sua dedicação, paciência, ensinamentos e generosidade em compartilhar seus conhecimentos e experiência. Com especial admiração pela sua trajetória profissional, que é inspiradora e motivadora.

Ao colegiado de pós-graduação da Escola de Enfermagem/UFMG, pela atenção e apoio.

Aos professores do curso de mestrado, pela riqueza das aulas e contribuição neste caminhar.

À Superintendente de Atenção à Saúde de Contagem (2007-2011), Maria Aparecida Turci; à atual Superintendente de Atenção à Saúde de Contagem, Ana Paula Medrado de Barcellos, pela oportunidade de crescimento.

Ao coordenador da Atenção Básica de Contagem, Jubert de Oliveira Goulart e aos colegas da FAMUC, que, no dia a dia, entre conversas e trocas de ideias enriqueceram e colaboraram para este estudo.

Às diretoras distritais, referências técnicas, apoiadoras que foram fundamentais para a organização da coleta dos dados.

Agradeço especialmente aos profissionais das equipes de saúde da família que participaram deste estudo, me acolheram e dispuseram de seu valioso tempo da arte de cuidar. Seus relatos foram fundamentais para enriquecer este estudo.

À professora Dra. Roseni Rosângela de Sena pela oportunidade de participar do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (NUPEPE).

Às professoras Doutoras Paula Cambraia de Mendonça Vianna, Kênia Lara Silva, Marília Rezende da Silveira pela disponibilidade, incentivo e orientações valiosas, fundamentais para traçar as primeiras linhas deste trabalho.

À professora Mery Natali Silva Abreu, pela colaboração do cálculo amostral deste estudo.

À jovem talentosa Thiara Amanda Corrêa de Almeida, acadêmica da Escola de Enfermagem da UFMG pela disponibilidade, presteza e amizade.

À Vânia Lúcia Pereira de Andrade, Ana Maria Viegas, Wellington Ribeiro e Mozart Pires pelo apoio e comentários deste estudo.

Aos usuários do Sistema Único de Saúde, meu respeito e carinho.

Fé e Força

RESUMO

Introdução: A educação em saúde representa um importante campo de conhecimento e de prática para os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde, sendo uma atividade central para a promoção da saúde das populações. Parece não ter sido suficiente a intensa difusão no campo teórico de que as práticas coletivas de educação em saúde na Estratégia Saúde da Família devem ser conduzidas de forma dialógica, participativa, suscitando no sujeito a reflexão crítica, capacitando-os para interpretar e agir sobre a realidade de saúde e ambiente, pois as ações educativas assistematizadas e/ou pautadas unicamente em informar as pessoas regras para um viver saudável ainda prevalecem. **Objetivo:** Analisar as práticas coletivas de educação em saúde das Equipes de Saúde da Família do município de Contagem, Minas Gerais. **Métodos:** Participou do estudo uma amostra estatisticamente significativa de 166 profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família. Os dados foram coletados por meio de um questionário, autoaplicável, com questões semiestruturadas que abordaram a percepção dos participantes sobre aspectos referentes à educação em saúde como os objetivos dessa ação, as barreiras e as motivações para a sua realização no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), o autorrelato do nível de conhecimento, concepções metodológicas e de uma experiência significativa de prática coletiva de educação em saúde, além de fatores que estão associados a adesão da comunidade às práticas coletivas de educação em saúde. **Resultados:** Observou-se um baixo percentual (28,2%) de profissionais das Equipes de Saúde da Família que relataram possuir adequado conhecimento na área de educação em saúde. As práticas coletivas de educação em saúde, em sua maioria, acontecem de forma reprodutiva ou como continuidade de grupos já existentes (35,5%), em 22,3% das repostas houve menção da utilização de livros de técnicas para trabalho em grupo e 21,4% reportaram ausência de um referencial e a utilização da intuição para realizar a educação em saúde. O método Paulo Freire foi mencionado em apenas 4,7% das repostas. Os termos e expressões reportados pelos participantes como descritivos da educação em saúde apresentaram aspectos diversos ao ato de educar como afetividade, comportamento e comunicação em expressões como “sentimento”, “ética” e “saber ouvir”. Observou-se uma predominância nos temas e na periodicidade de realização das práticas coletivas de educação em saúde, fortemente delimitadas pelas temáticas de programas definidos pelo Ministério da Saúde para a Atenção Primária à Saúde como grupos direcionados para pessoas com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial. Em menor número, identificaram-se outras iniciativas de caráter menos informativo como os grupos de convivência e de artesanatos, que demonstraram ser indícios de mudanças na educação em saúde desenvolvidas nas Equipes de Saúde da Família, que buscam ser mais participativas, dialógicas e com abordagem de outras dimensões como afetividade e vínculo. Não foi observado relato de processos educativos para o fortalecimento do controle social. As dificuldades relatadas pelos participantes do estudo se aglutinaram em torno de um não reconhecimento das práticas educativas coletivas como uma atividade central para a Atenção à Saúde, tanto por parte da gestão, profissionais e comunidade. As motivações para o desenvolvimento da educação em saúde foram descritas por meio do seu potencial de aumentar o empoderamento, favorecer a troca de experiência e melhorar o vínculo e o acesso em saúde. **Conclusão:** Verificou-se que há necessidade de criação de uma política municipal de educação em saúde, dada a sua importância para os programas e ações da Atenção Primária à Saúde, assim como de maiores investimentos na formação e educação permanente na área de educação em saúde. Sugerem-se novas iniciativas investigativas com uma abordagem voltada para outras categorias profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde e que não foram contempladas nessa investigação.

Palavras-Chave: Educação em Saúde, Promoção da Saúde, Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Education in health represents an important knowledge field and practice for professionals who work on Health Primary Attention, a core activity for peoples' health promotion. In the theoretical field, the intense diffusion that the collective practices in health education in Family Health Strategy must be conducted in a dialogue and participating way, arising in the individual a critical reflection, enabling them to interpret and react to health reality and the environment, because systematized educative actions and or focused directly on informing people rules on a healthy living still prevail. **Objective:** To analyze Health Education Practices by Family Health Teams in the city of Contagem, Minas Gerais. **Methods:** A statistically significant amount of 166 professionals who work on the Family Health Strategy participated in the study. Data were collected by means of a questionnaire which is auto-applicable, containing semi-structured questions that address the perception of the participants about aspects related to health education as the objectives of this action, the motivations and barriers to their achievement within the Health Primary Attention, self-reported level of knowledge, pedagogical concepts and report of a significant experience of health educations collective practices, as well as factors that are associated with the accession of the collective community health education. **Results:** A low percentage (28%) of Family Health Teams professionals who reported having adequate knowledge in health education was observed. Health education collective practices, mostly, are performed in a reproductive way or as a continuity of existing groups (35%), in 23,3% of the answers there was mentioning to the use of books on group working techniques and 21,4% reported lack of reference and the use of only their insight to perform education health. The Paulo Freire Method was mentioned in only 4% of the answers. Terms and expressions reported by the participants as descriptive in health education such as affectionateness, behavior and communication through expressions like "feeling", "ethics" and "know how to listen" presented different aspects to the educating performance. Predominance was observed on the assumptions and on the frequency of the health education collective practices realization, strongly limited by the Health Ministry program approaches to the Health Primary Attention as well as to groups targeted for people with diabetes mellitus and arterial hypertension. In smaller numbers, other initiatives in a less informative way were identified such as living groups and handicrafts groups, which presented signs of changes in the health education developed at the Family Health Teams, which is attempting to be more active, and presenting approaches in other dimensions like tenderness and commitment. Reports on educative processes to strengthen social control were not reported. The difficulties reported by the participants of the study came together with a non-recognition of the collective educative practices as a central activity to Health Attention by the management, professionals and the community as well. Health education development was described by means of its own potential to raise empowerment, support experiences exchange and better entailment and access to health. **Conclusion:** A necessity to create a policy on health education in the city was noticed, due to its importance for the Health Primary Attention programs and actions, as well as bigger investments in the formation and permanent education in the health education area. Investigative initiatives on the other professional categories working in the Health Primary Attention were suggested and also on the ones which were not included in this investigation.

Key words: Health Education, Health Promotion, Family Health, Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Aspectos da prática coletiva de educação em saúde	32
FIGURA 2 - Mapa de Minas Gerais, Contagem e região metropolitana	33
FIGURA 3 - Distritos sanitários do município de Contagem, MG (2011)	34
FIGURA 4 - Esquema representativo das palavras/expressões sobre educação em saúde	38
FIGURA 5 - Esquema representativo dos objetivos das práticas coletivas de educação em saúde na perspectiva dos profissionais participantes	39
FIGURA 6 - Periodicidade de análise das práticas coletivas de educação em saúde pelas ESF, Contagem, MG (2011)	59
FIGURA 7 - Aspectos relacionados à adesão da comunidade às práticas coletivas de educação em saúde	73
FIGURA 8 - Fatores a serem considerados ao planejar as práticas coletivas de educação em saúde	77

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Descrição do autorrelato sobre o nível de conhecimento em práticas coletivas de educação em saúde de acordo com a categoria profissional, Contagem, MG (2011)	43
GRÁFICO 2 - Fundamentação teórica utilizada nas práticas coletiva de educação em saúde, de acordo com os profissionais das ESF, Contagem, MG (2011)	45
GRÁFICO 3 - Descrição dos tipos de dificuldades para o desenvolvimento das práticas coletivas de educação em saúde, por profissionais das ESF, Contagem, MG (2011)	47
GRÁFICO 4 - Descrição dos tipos de motivações para o desenvolvimento das práticas coletivas de educação em saúde, pelas ESF, Contagem, MG (2011).	49

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - População e distribuição de equipes por distrito sanitário e número de equipes amostradas, Contagem, MG (2011)	37
TABELA 2 - Descrição da categoria profissional, distrito sanitário e tempo de atuação na estratégia saúde da família, Contagem, MG (2011)	42
TABELA 3 - Descrição do nível de conhecimento e da fundamentação das práticas coletivas de educação em saúde coletiva, de acordo com a categoria profissional, Contagem, MG (2011)	44
TABELA 4 - Descrição do local e das necessidades de melhorias para a realização das práticas coletivas de educação em saúde de acordo com a categoria profissional, Contagem, MG (2011)	46
TABELA 5 - Descrição dos tipos de dificuldades, para o desenvolvimento das práticas coletivas de educação em saúde, de acordo com a categoria profissional, Contagem, MG (2011)	48
TABELA 6 - Descrição dos tipos de motivações para o desenvolvimento das práticas coletivas de educação em saúde de acordo com a categoria profissional, Contagem, MG (2011)	50
TABELA 7 - Descrição das palavras/expressões associadas à educação em saúde de acordo com a categoria temática, Contagem, MG (2011)	51
TABELA 8 - Objetivos da experiência significativa das práticas coletivas de educação em saúde dos profissionais das ESF, Contagem, MG (2011)	53
TABELA 9 - Objetivos da educação em saúde na perspectiva dos profissionais das ESF, Contagem, MG (2011)	54
TABELA 10 - Motivações ou melhorias para a adesão da comunidade nas atividades educativas na perspectiva do profissional das ESF, Contagem, MG (2011)	55
TABELA 11 - Descrição da frequência de realização de educação em saúde de acordo com tema/atividade por distrito sanitário, Contagem, MG (2011)	57
TABELA 12 - Descrição das práticas coletivas de educação em saúde segundo caracterização dos recursos pedagógicos, da periodicidade de avaliação e local, Contagem, MG (2011)	58
TABELA 13 - Descrição do nível de conhecimento, concepção metodológica e adesão às práticas coletivas de educação em saúde de acordo com o distrito sanitário, Contagem, MG (2011)	59
TABELA 14 - Descrição do tema/tipo de atividade das práticas coletiva de educação em saúde significativas de acordo com o distrito sanitário, Contagem, MG (2011)	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
APS	-	Atenção Primária à Saúde
DM	-	Diabetes Mellitus
DSS	-	Determinante Social em Saúde
DST	-	Doença Sexualmente Transmissível
EPS	-	Educação Popular em Saúde
ESF	-	Equipe de Saúde da Família
HAS	-	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
MG	-	Minas Gerais
NASF	-	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAD	-	Programa de Atenção Domiciliar
PNI	-	Programa Nacional de Imunização
PSE	-	Programa de Saúde na Escola
RN	-	Recém Nascido
SM	-	Saúde Mental
SPSS	-	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	-	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Concepções pedagógicas e sua interface com as práticas coletivas de educação em saúde.....	18
1.2 A Educação Popular em Saúde na Atenção Primária à Saúde.....	21
1.3 Práticas Coletivas de Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família	23
2 OBJETIVOS	26
2.1 Objetivo Geral.....	27
2.2 Objetivos Específicos.....	27
3 HIPÓTESE DO ESTUDO	28
4 MÉTODOS.....	30
4.1 Estrutura conceitual e analítica do estudo.....	31
4.2 Local de estudo	33
4.3 Participantes do estudo.....	35
4.4 Coleta de dados	37
4.5 Análise de dados	37
4.6 Questões éticas	39
5 RESULTADOS	41
6 DISCUSSÃO	61
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICES	91
ANEXOS	96

Introdução

1 INTRODUÇÃO

Educação e saúde constituem campos de conhecimentos e de práticas distintos, mas profundamente interligados no âmbito das políticas públicas sociais. Na área da saúde é esperado que os profissionais nos diversos níveis de Atenção à Saúde tenham competência para atuarem em processos de educação permanente ou com a comunidade (CECCIM e FERLA, 2008).

Este estudo se insere no campo de discussões sobre a atuação dos profissionais de saúde em práticas coletivas de educação em saúde, que podem ser entendidas como quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas para auxiliar os indivíduos e grupos em suas decisões diante de questões relacionadas à saúde e ao ambiente (CANDEIAS, 1997). Acontecem em vários cenários como escolas, unidades de saúde, espaços públicos, associações de bairro, instituições de assistência social governamental e não governamental. São múltiplos os agentes de educação em saúde, assim como as suas áreas de formação, conferindo o caráter de uma ação multi e interdisciplinar. Da mesma forma, são diversos os públicos que as práticas de educação em saúde abrangem, tanto em âmbito individual como coletivo.

Este estudo tem como foco de reflexão as práticas coletivas de educação em saúde realizadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) direcionadas aos grupos de pessoas com características comuns que os aproximam como condições de vida, saúde, meio ambiente, utilização de serviços de saúde (GOMES e MERHY, 2011). Em geral, as práticas coletivas de educação em saúde se destinam aos grupos de indivíduos que possuem um senso de unidade ou coesão e tem como finalidade capacitá-los por meio de um processo dialógico e de reflexão crítica para interpretar e atuarem sobre uma realidade de saúde e ambiente compartilhada por eles.

É fato que a educação em saúde representa um importante campo de conhecimento e de prática para os profissionais que atuam na APS, pois é uma atividade essencial para a promoção da saúde dos indivíduos e das populações (TORRES e MONTEIRO, 2006). Dessa forma, pode-se conceituar a educação em saúde como um campo de teoria e prática, interdisciplinar, comprometido com a implementação e avaliação de processos educativos voltados para a promoção da autonomia, da participação, da postura ética, corresponsável e segura, dos indivíduos e das comunidades frente às suas questões de saúde e de meio ambiente no cotidiano (REIS, 2006; SCHALL e STRUCHINER, 1999). Ressaltamos que as experiências vivenciadas pelos indivíduos nos diferentes espaços sociais em que transitam

tornam-se verdadeiros palcos de aprendizagem, uma vez que indivíduo e sociedade não são fenômenos separados (ELIAS, 1994) e as práticas educativas não devem estar deslocadas de um determinado espaço social, de um ambiente, de uma instituição, nem serem dicotomizadas entre o social e o individual. Desta forma o profissional deve estar atento não somente aos aspectos ambientais relacionados ao perfil epidemiológico e sócio cultural das comunidades, mas atentarem-se às subjetividades que envolvem os indivíduos. Destacamos que neste estudo a subjetividade será entendida como um campo socialmente construído e que se expressa no plano individual (crenças, valores e comportamentos) (FURTADO, 2011). Na APS, as práticas coletivas de educação visam responder às necessidades de saúde da população, considerando o seu contexto epidemiológico, ambiental, socioeconômico, cultural e político. Isso significa considerar as vulnerabilidades, as quais o indivíduo ou grupo estão submetidos, trazendo para o processo educativo os aspectos relacionados à Determinação Social em Saúde (DSS), os modos de viver, de ser saudável e de adoecer das populações (GAZZINELLI *et al.*, 2005).

Nesse cenário, a educação em saúde integra os diversos programas de Atenção à Saúde compondo o escopo de ações para a prevenção, reabilitação, tratamento, manutenção e promoção da saúde (TAKEDA, 2004) e contribuem para ampliar o exercício do controle social em saúde (BRASIL, 2002; BUSS, 2003; VERDI e CAPONI, 2005; CAPONI, 2003; AYRES, 2001; SILVA e SENA, 2010). Nessa direção, acredita-se que um caminho possível para potencializar as práticas coletivas de educação em saúde na APS seria privilegiar as ações longitudinais, que criem espaços mais permanentes para que os sujeitos possam ressignificar e coproduzir (TORRES *et al.*, 2010; AYRES, 2001) conhecimentos necessários ao alcance do processo de emancipação ou de empoderamento esperado para essas ações. Em outras palavras, refere-se a uma prática pedagógica que se pautem em uma constante reconstrução do saber, contextualizada a realidade objetiva e subjetiva dos sujeitos e voltada para favorecer uma atitude política e participativa do “sujeito coletivo-da-saúde” (MINAYO, 2001).

Práticas coletivas de educação em saúde que considerem as curiosidades do sujeito, da comunidade, o seu gosto estético, sua linguagem, suas práticas, suas crenças, seus valores, suas histórias, suas experiências, seu modo de ver e entender a realidade, suas formas de enfrentamento das questões de saúde e doença, mas confrontando tudo isso com o saber científico para possibilitar essa aproximação do saber técnico ao saber do senso comum, do mundo da vida (HABERMAS, 2004).

Refere-se a uma educação em saúde onde o exercício do biopoder, aquele em que o profissional de saúde ocupa o lugar de prescrever normas e regras e o participante do grupo, de cumpri-las (FERREIRA NETO *et al.*, 2009; GASTALDO, 1997) seja, de fato, substituído por um ensinar-aprender como um ato menos hierárquico, participativo e pautado no agir comunicativo (HABERMAS, 2004) entre profissional e usuários dos serviços públicos de saúde (ACIOLI, 2008). Pressupõe-se a construção de práticas favorecedoras da desestruturação e reestruturação da realidade que exigem por parte do educador o “bom senso” e o respeito à identidade dos sujeitos levando-os de uma postura muitas vezes de heteronímia, muito presente na prática da saúde, para uma postura de autonomia (FREIRE, 2011).

Entretanto, apesar da intensa difusão no campo teórico de que as práticas educativas coletivas na Estratégia Saúde da Família devem ser conduzidas de forma dialógica, participativa, promotoras da reflexão crítica, da emancipação e do empoderamento dos sujeitos, capacitando-os para interpretar e agir sobre a realidade de saúde e ambiente, isso parece não ter sido suficiente para romper com uma maior ocorrência de ações educativas assistematizadas e/ou pautadas unicamente em informar às pessoas regras para um viver saudável (GAZZINELLI *et al.*, 2005; REIS, 2006).

Em adicional, mesmo as práticas coletivas de educação em saúde, inspiradas em leituras de Paulo Freire, possuem dificuldades de atingir o sucesso prático esperado (WIGGINS, 2011) por não trazerem, algumas vezes, a politicidade como um componente estruturante dessa ação (DEMO, 2002). É destacada as críticas aos processos educativos que utilizam de uma investigação de como o senso comum interpreta os fenômenos de saúde e doença para adaptar a linguagem científica a uma linguagem de alcance popular, acreditando que esse processo favorece a assimilação do saber técnico e conseqüentemente a mudança do comportamento em saúde. Por fim, parece que ainda prevalece outra dificuldade, apontada por Valla (2000), o qual observou que há um distanciamento das práticas coletivas de educação em saúde da lógica construída no mundo da vida dos seus participantes, o que tende a criar interpretações insuficientes e fragmentadas para os problemas de saúde da população por parte dos profissionais de saúde.

Diante dos problemas acima relatados parece ser necessária a investigação das dificuldades para o adequado desenvolvimento das práticas coletivas de educação em saúde no âmbito da APS. Nessa direção, este estudo teve como objetivo analisar as práticas coletivas de educação em saúde nas ESF do município de Contagem, Minas Gerais (MG).

1.1 Concepções pedagógicas e sua interface com as práticas coletivas de educação em saúde

A área da Educação é marcada por uma proliferação de concepções e modelos pedagógicos que precisam ser analisados quanto ao real potencial de utilização nas práticas coletivas de educação em saúde. Ao conhecer os modelos pedagógicos clássicos e contemporâneos, o profissional de saúde pode fazer escolhas mais seguras sobre o método apropriado para sistematizar o processo de ensinar-aprender. Em geral, buscam-se métodos e concepções pedagógicas que favoreçam a autonomia possível do sujeito e/ou grupo diante de questões de saúde e ambiente, considerando a cidadania como o tema central desse processo. Isso porque, a cidadania tem apelo transversal muito grande: diz respeito aos direitos e deveres das pessoas. Através dessa temática é possível discutir os problemas de meio ambiente, desemprego, violência, trânsito, educação, gestão pública e saúde de forma inter-relacionada como previsto pelos modelos de DSS (BUSS e FILHO, 2007; ZIONI e WESTPHAL, 2007). Entretanto as características e finalidades mais específicas do grupo também são aspectos que afetam essa escolha, assim como a construção simbólica do profissional de saúde sobre a educação em saúde coletiva.

Cabe mencionar, que a formação para atuar nessa área envolve outras disciplinas das áreas sociais e humanas como sociologia e antropologia da saúde, que também contribuem para a adequada estruturação do complexo trabalho de educação em saúde desenvolvido pelas ESF, sendo o estudo dessas áreas recomendadas aos profissionais de saúde. Certamente o subsídio teórico permite direcionar melhor as ações educativas, além disso, há um importante constructo, específico da área da educação em saúde.

A educação tradicional traz consigo uma concepção que nos remete às práticas coletivas que acontecem nas ESF centrados em alguém que sabe e ensina a alguém que não sabe. Não apresenta potencial de transformação da realidade, onde estímulos e recompensas condicionam o aprendiz a emitir respostas que são previamente esperadas, enfatizando os resultados comportamentais (VASCONCELOS, GRILLO e SOARES, 2009). Prevalece nessa concepção a intimidação por “medo”, ou seja, caso a pessoa não responda ao processo educacional com mudanças de comportamentos esperadas, o resultado pode ser um comprometimento sério de sua saúde, pelo qual ele é inteiramente responsável.

Em outra perspectiva, os conhecimentos de Piaget (1973) e Vygotsky (SIRGADO, 2000) nos remetem a um educar-aprender não centrado no conteúdo, mas na interação entre sujeitos e deles com o objeto e/ou meio ambiente. O indivíduo é sujeito ativo da sua

aprendizagem. Um importante resultado das investigações de Piaget (1973) que podem nortear as práticas educativas é de que a ação tem êxito precoce com relação à compreensão. Frente às questões novas, os sujeitos tendem a inventar respostas que resultem em êxito imediato. Isso parece ser comum quando os sujeitos são surpreendidos em suas vidas por eventos de saúde inesperados e, para enfrentá-los, podem optar por percorrer diferentes caminhos, uma sucessão de tentativas, até chegar a um acerto, fazem isso por regulações sucessivas. Em síntese, a ideia de fazer e compreender a experiência individual ou compartilhada influencia os comportamentos em saúde da população. Para Piaget (1973) fazer é compreender em ação uma dada situação em graus suficientes para atingir os propósitos evocados por ela. Compreender é conseguir dominar em pensamento os processos envolvidos na situação e no alcance de seus propósitos, pois “pensar é agir sobre o objeto para transformá-lo”. Cabe dizer que objeto, nessa concepção pedagógica não inclui apenas materiais como as medicações utilizadas pelos pacientes que frequentam as unidades de saúde, mas tudo o que pode ser pensado pelo sujeito, o mundo simbólico, produções culturais, os saberes populares e técnico-científicos. A argumentação central é um aprender a aprender, desenvolver as formas e estruturas capazes de assimilar de maneira crítica os conteúdos. Nesse sentido, a intervenção pedagógica deve consistir na elaboração de situações que permitam certo grau ótimo de desequilíbrio entre os esquemas de assimilação do educando e o objeto a ser assimilado.

Em Vygotsky (SIRGADO, 2000) há uma defesa de que o ser humano transforma-se de biológico em histórico, num processo em que a cultura é essencial na constituição do sujeito. Se considerarmos dessa forma, haveria a necessidade de redirecionar o foco do biológico para o social, romper com o condicionamento que nos foi imposto de centrar as discussões de educação em saúde como apoio terapêutico das necessidades de saúde de um corpo doente. Para esse autor todo processo educacional, seja ele formal, no qual há uma intencionalidade explícita ou em contextos no qual a educação se dá de forma mais difusa, são mecanismos culturais de promoção do desenvolvimento do sujeito. A produção do conhecimento é um empreendimento coletivo, proveniente da prática social à qual ele retorna.

A ideologia de Freinet (2004) não propõe um método de ensino, mas técnicas pedagógicas que levem à ação educativa a alegria e a cooperação, o que parece ter conexão com os propósitos da educação em saúde para grupos, principalmente quando conduzidos com indivíduos que compartilham um agravo ou situação crônica de saúde. Essas técnicas são, às vezes, utilizadas pelos profissionais de saúde da APS sem o reconhecimento de suas origens, como a “aula passeio”, “livro da vida”, “jornal mural”. Esse autor defendia que o

meio interfere na vida e na formação do ser humano através da observação e experimentação, principalmente na execução de trabalhos manuais, como ocorre em muitos grupos de convivência e de produção de artesanatos na área da saúde.

Para o filósofo americano Dewey (TEITELBAUM e APPLE, 2001), o processo ensino-aprendizagem se inicia quando os educandos se defrontam com dificuldades e problemas no processo de investigação de uma realidade. Em seguida os educandos partem para a eleição de problemas e depois para a coleta de dados que permitam a sua interpretação, formulação de hipóteses e/ou caminhos para o enfrentamento dos problemas. Opta-se, então, por uma ou duas hipóteses em detrimento de outras, na medida em que há confirmação destas por processos experimentais, com elaboração de uma tese, estando o sujeito apto a usar os processos de aprendizagem diante de qualquer situação. Para Dewey (TEITELBAUM e APPLE, 2001) a experiência é indissociável do processo de aprender-ensinar. Essas concepções são importantes para a educação em saúde na medida em que sinalizam que o processo investigativo é uma opção para conduzir os participantes do grupo, não somente para uma melhor compreensão da realidade de saúde e ambiente compartilhada por eles, mas também para escolherem melhor maneira de intervir sobre ela de forma compartilhada e segura.

É importante destacar pensadores brasileiros como Paulo Freire e Saviani, que possuem concepções e métodos os quais, de alguma forma, podem sustentar o método pedagógico das propostas educativas na APS.

Paulo Freire (2011) defendia que o processo ensino-aprendizagem se inicia quando o educador busca conhecer as vivências históricas da comunidade, deixando de ser educador para ser educador-educando. Inicia-se investigando os “temas e contextos geradores” extraídos por meio da problematização concreta da realidade de vida dos educandos e que guardam conexão com o objetivo do processo educacional. Esse momento se dá mediado pelo “círculo de cultura” no qual se privilegia o processo de reflexão, discussão e crítica na busca pela codificação de uma situação problema e dos caminhos para a sua solução. É um método que possui uma intencionalidade política, pois busca suscitar o exercício da cidadania em prol da equidade e de melhorias nas condições de vida dos grupos sociais, o que é central para muitas das comunidades assistidas pela ESF. Trata-se de um método profícuo para se trabalhar nos conselhos locais de saúde que participam do controle social em saúde ao provocar uma reflexão crítica sobre a relação entre as ações de saúde e as necessidades da população. Outro exemplo pode ser os grupos com as lideranças comunitárias locais visando

instituir prioridades de ações coletivas para melhorias em saúde e meio ambiente de forma colaborativa com a gestão pública e os profissionais das ESF.

Saviani (2006) aponta que é a prática social que norteia o processo de ensino-aprendizagem. Buscam-se detectar as questões que precisam ser resolvidas no âmbito da prática social e, em consequência, ver qual conhecimento é necessário dominar, esse passo é chamado de problematização. Os conhecimentos necessários para enfrentar os problemas da prática social precisam ser adquiridos pelo sujeito (camadas populares) através de sua instrumentalização, que é a aquisição das ferramentas culturais necessárias à luta social, visando a sua libertação da exploração em que estariam vivendo. Segue-se então para a catarse, a reconstrução dos instrumentos culturais transformados em elementos ativos de transformação. Para esse autor a catarse é entendida como reconstrução ou purificação do pensamento que habilita o sujeito a intervir melhor na prática social em benefício dos seus interesses que representam, em parte, os da classe social a que pertence o sujeito. Verifica-se que aplicabilidade desse modelo na APS assemelha-se à do método Paulo Freire, pois em ambas as propostas verificam-se a intencionalidade de capacitar os sujeitos para a intervenção no âmbito social.

Esses exemplos acima descritos de método e concepções pedagógicas poderiam ser acrescidos aos de muitos outros autores que propõem um educar-aprender enquanto processo de desenvolvimento social, político e ideológico por meio do pensar crítico da realidade, valorando o potencial de ação transformadora do indivíduo, a subjetividade, a criatividade, o vivido, aspectos da singularidade e da coletividade (GADOTTI, 2001). Porém, a finalidade dessa breve descrição é enfatizar a complexidade do ato de aprender-educar e da importância do estudo aprofundado das correntes pedagógicas clássicas e contemporâneas a fim de sinalizar caminhos adequados para a prática da educação em saúde no contexto da APS.

Apesar de serem muitas as possibilidades de utilização das concepções da área da educação nas práticas coletivas em saúde, verifica-se que o método Paulo Freire e sua inclusão na política nacional de Educação Popular em Saúde (EPS) demonstra uma possível delimitação conceitual nessa área.

1.2 A Educação Popular em Saúde na Atenção Primária à Saúde

As ações de educação em saúde no Brasil têm, em suas raízes, estratégias autoritárias, tecnicistas e biologicistas voltadas para um viver higiênico, com práticas preventivas isoladas e direcionadas para as classes populares, que eram vistas como passivas e incapazes de

iniciativas próprias favorecedoras da manutenção da saúde individual e coletiva (GOMES e MERHY, 2011; REIS, 2006).

A mudança desse contexto ocorreu na década de 70, em um cenário de insatisfação, de abertura política e de uma tentativa de oferecer uma medicina curativa para os mais carentes. Começa, então, a ser implementada no Brasil uma proposta de medicina comunitária que empregava técnicas simplificadas, de baixo custo e que valorizava os aspectos preventivos da saúde. Nesse período, vários profissionais de saúde se engajaram em movimentos baseados em uma relação menos vertical entre os profissionais e a sociedade, inspirados nos conceitos do pensamento freiriano. Dessa forma, a pedagogia e concepção de mundo centrada no diálogo, na problematização e na ação comum entre profissionais e população foi apresentada ao campo da saúde e abriu uma área de produção de conhecimentos vinculados às suas práticas, denominada EPS que se apresenta hoje como espaço importante de articulação política, de troca de experiências e de formulação de teorias e propostas alternativas para o funcionamento dos serviços de saúde (STOTZ, 2005a). De fato, o que define a educação popular como perspectiva teórico-prática não é unicamente o público a que se destina, nem seus métodos e técnicas, mas a intencionalidade política a que tais aspectos se vinculam (FREITAS e MACHADO, 2010).

Através dos vários movimentos da EPS ao longo dos anos, foram sendo formuladas novas maneiras de compreender e de realizar processos educativos no setor saúde. Assim a EPS, ao favorecer a compreensão da realidade, auxilia a população a se organizar para modificá-la. Refere-se a um agir na educação em saúde mais político que tem como finalidade ampliar o exercício da autonomia e o controle social. Nessa concepção mais política, a educação em saúde não é unicamente a transferência de conhecimento (GOMES e MERHY, 2011). Em concordância com Freire (2011), “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou construção”. Entretanto cabe ressaltar que o exercício da autonomia é um processo que envolve corresponsabilização, capacidade reflexiva e crítica, considerando o contexto social e a historicidade da comunidade ou do indivíduo para o qual a prática educativa está direcionada.

Cabe, nesse momento, ressaltarmos o conceito de politicidade, definido como uma habilidade humana de saber pensar e intervir no sentido de atingir níveis crescentes de autonomia. Ser político é aquele que sabe planejar e planejar-se, fazer e fazer-se a oportunidade, construir-se sujeito e reconstruir-se de modo permanente pela vida afora (DEMO, 2002). Dessa forma uma das contribuições da EPS para a educação em saúde na APS é justamente de criar processos pedagógicos que despertem nas pessoas a consciência

crítica, a atitude política, sem perder a identidade cultural e favorecer o engajamento dos indivíduos em ações que visam reduzir as vulnerabilidades e a determinação social em saúde.

Dessa forma a concepção de educação popular, também conhecida como educação freiriana, tem sido usada com sucesso para gerar condições mais equitativas em várias partes do mundo. Seu uso para melhorar a saúde tem sido documentado na literatura de saúde pública desde o início da década oitenta (WIGGINS, 2011). Tem se apresentado como uma das frentes que mais têm agregado novos sujeitos políticos na saúde, dada a sua importância e reconhecimento da força que tem esta matriz teórica para o campo da saúde (GOMES e MERHY, 2011).

Nos últimos anos, políticas públicas direcionadas à educação em saúde propõem repensar a educação em saúde na perspectiva da participação social (BRASIL, 2007). Para tal, fundamenta-se na educação popular em saúde como uma estratégia política e metodológica para que as práticas sejam valoradas e qualificadas para afirmação do Sistema Único de Saúde (SUS) como a política pública. Dessa forma, busca ampliar a perspectiva de inclusão social dos indivíduos e comunidades, indo além do sentido de saúde enquanto direito por parte da população e promoção da cidadania.

Destaca que as atividades educativas em saúde representam uma parte do conjunto de atividades dos programas de saúde que, conforme a natureza do problema exige um grau maior ou menor de ações técnicas. Com isso, essas ações precisam, muito embora nem sempre se reconheça, de um aprofundamento nas discussões teóricas desse campo de atuação (CANDEIAS, 1997). Pautadas na educação popular em saúde (VASCONCELOS, 2006; WIGGINS, 2011) observa-se que as técnicas pedagógicas empregadas (problematização, sócio-drama, simulação de situações, círculos de cultura) nesse campo apresentam importância uma vez que se cria espaço de debate e os problemas concretos e prioritários são explicitados. Porém, nas práticas coletivas de educação em saúde, além de se discutir técnicas de grupo e práticas pedagógicas é importante considerar o interesse e as necessidades do grupo como um eixo condutor desse processo.

Constata-se que para a transformação das práticas coletivas de educação em saúde é preciso que se assuma explicitamente a politicidade como uma de suas finalidades principais. Nesse sentido, verifica-se a necessidade de fortalecer e de valorizar as concepções e práticas de EPS no âmbito da APS.

1.3 Práticas Coletivas de Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família

O modelo proposto pela estratégia saúde da família pressupõe uma assistência voltada para a promoção da saúde criando espaço para o desenvolvimento da educação em saúde comprometida com as transformações sociais e políticas e voltadas para o interesse da população e redução das vulnerabilidades e dos determinantes sociais em saúde.

Os avanços teóricos nesse campo de conhecimento têm produzido uma profusão de novas e renovadas propostas educativas, mas que ainda precisam ser apropriadas e difundidas entre os profissionais que atuam na APS, incidindo e transformando a forma hegemônica de como essas ações vêm sendo conduzidas nos serviços públicos de saúde pautadas em regras e normas para um viver saudável (MEYER *et al.*, 2006).

A tecnologia se refere a uma técnica, artefato ou alternativa desenvolvida pelo homem para facilitar a realização de um trabalho ou criação e inclui conhecimentos que possibilitam tal ação (SCHALL e MODENA, 2005). O trabalho com grupo é uma das tecnologias utilizadas nas práticas coletivas de educação em saúde na APS. Apresenta variações de nomenclatura, concepções e finalidades, como “grupos temáticos”, “grupos de intervenção”, “oficinas”, “grupo de convivência” e “grupo operativo”, entre outros (VASCONCELOS, GRILLO e SOARES, 2009).

Dentre as práticas grupais mais utilizadas pelas ESF, destacam-se as oficinas e grupos operativos. A oficina é um trabalho estruturado com grupos, independente do número de encontros, focalizado em torno de uma questão central que o grupo se propõe a elaborar, em um contexto social, que não se restringe a uma reflexão racional, mas envolve o sujeito de maneira integral, formas de pensar, sentir e agir (AFONSO, 2002).

O grupo operativo, método concebido por Pichon-Rivière (2005), é sustentado na ideia de que não há vínculo, e conseqüentemente grupo, sem tarefa, já que em toda relação há um sentido de operatividade, alcançado ou não. A tarefa poderia ser entendida como processo de elaboração, como conjunto de ações destinadas aos objetivos, a partir da necessidade do grupo. A tarefa implica, então, em transformação da realidade externa e interna.

Dentre os vários formatos de grupos exemplifica-se como “nova” iniciativa de prática coletiva de educação em saúde na APS a terapia comunitária. Essa consiste em formular uma rede de conversação organizada em torno de um tema escolhido pelo grupo a partir dos sentimentos, histórias vividas, sejam elas de alegria ou de sofrimento, relatadas pelos participantes (FERNANDES *et al.*, 2011). O grupo de convivência tem como objetivo ampliar a criatividade, oportunizar a aprendizagem de novas habilidades, estimular a livre expressão de emoções e conhecimentos e promover a interação social. Outra iniciativa recente são as academias da saúde, que em Contagem são conhecidas como academias da cidade, que se

configuram como espaços propícios para a promoção da saúde através das orientações práticas corporais, atividade física e lazer (BRASIL, 2011).

Os programas de base comunitária que buscam discutir com as lideranças locais alternativas para promover melhores condições de saúde, assim como o sócio-drama, roda de conversa e círculo de cultura guardam grande conexão com a EPS. Entretanto, cabe ressaltar que nem sempre é a inovação do método ou o tipo de atividade que a torna com uma intencionalidade mais política e favorece o desenvolvimento da capacidade de reflexão dos indivíduos sobre a realidade, propiciando a ação transformadora.

Entretanto essas iniciativas ainda são incipientes, pois não se configuram como práticas consolidadas na maioria dos serviços de APS. Como já apresentado, o que prevalece ainda é o usual grupo “informativo”. Isso pode ser resultado do pouco envolvimento da gestão pública, da falta de apoio logístico e da baixa valorização da educação em saúde no elenco das atividades da APS, assim como das deficiências curriculares para a construção de competências nessa área. O resultado é a não aproximação das práticas com essas “novas” iniciativas que se observam e com os referenciais teóricos e metodológicos considerados apropriados para atuação em processos educativos pedagógicos.

Diante dos problemas acima apresentados questionou-se: como as ESF atuam e dão sentido às práticas coletivas de educação em saúde? As iniciativas de investigação dos problemas buscaram identificar em que medida as concepções vigentes na estratégia saúde da família se aproximam ou se afastam do campo da EPS, das inovações propostas na literatura da educação em saúde e identificar as inovações pedagógicas capazes de dar sustentação a novas práticas. (ADAMS e STRECK, 2010).

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as práticas coletivas de educação em saúde nas ESF do município de Contagem, MG.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o nível de conhecimento e as concepções dos profissionais das ESF sobre a educação em saúde.
- Investigar o tipo e a frequência de práticas coletivas de educação em saúde nas ESF do município de Contagem, MG.
- Identificar as dificuldades e as motivações no desenvolvimento das práticas coletivas de educação em saúde nas ESF no município de Contagem, MG.
- Descrever aspectos que favoreçam a adesão da comunidade nas atividades de educação em saúde nas ESF no município de Contagem, MG.
- Discutir perspectivas para as políticas públicas de educação em saúde.

Hipótese do estudo

3 HIPÓTESE DO ESTUDO

Há um consenso na literatura científica de que as práticas coletivas de educação em saúde na APS devem ser participativas, dialógicas e emancipadoras, porém acredita-se que a educação em saúde no cenário investigado permanece centrada em uma educação unicamente com o objetivo de mudança conceitual e de comportamento dos indivíduos.

Métodos

4 MÉTODOS

4.1 Estrutura conceitual e analítica do estudo

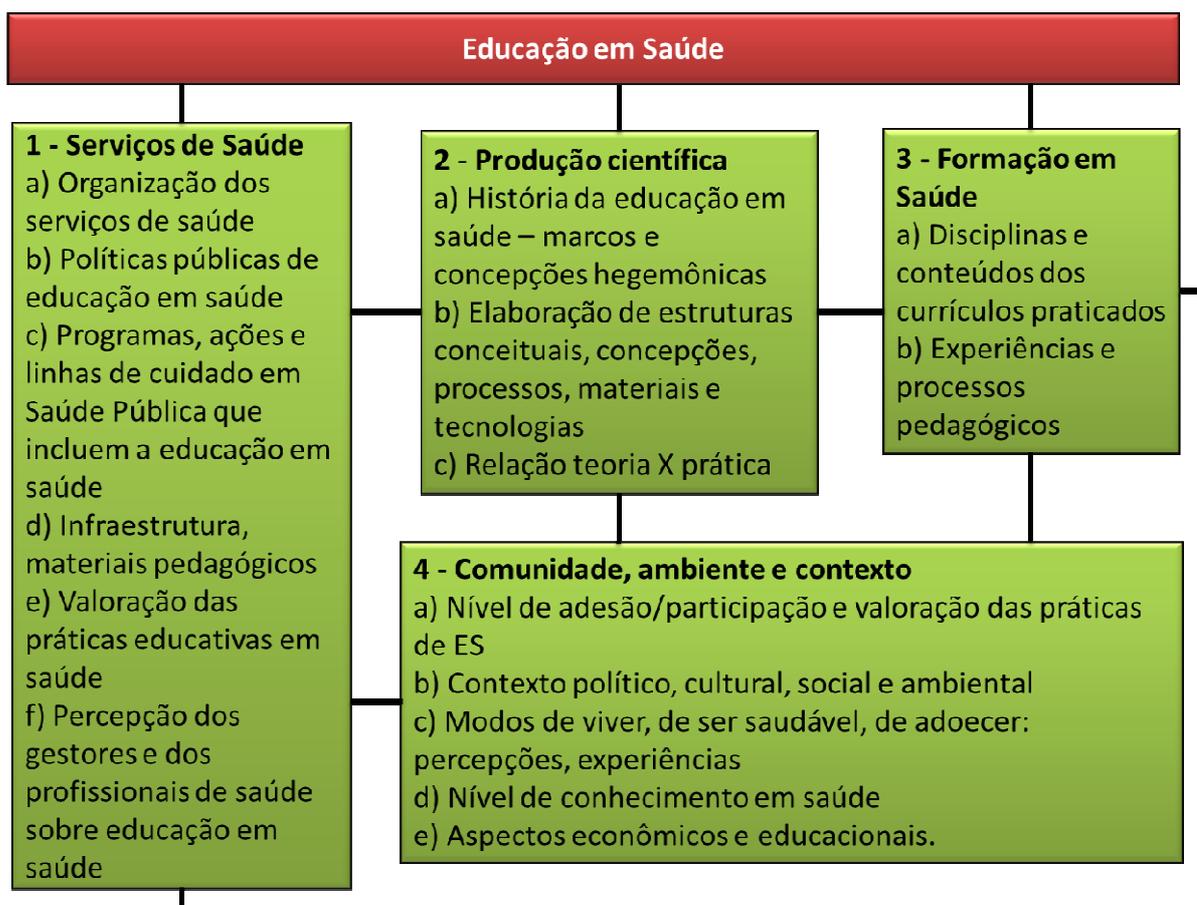
Trata-se de uma pesquisa que se insere no campo de teoria e prática da educação em saúde. Foram investigadas as práticas educativas coletivas de educação em saúde no contexto dos serviços de APS, especificamente, as realizadas pelas ESF. Trata-se de um estudo transversal que utiliza métodos de coleta e análise de dados quantitativos e qualitativos.

O esquema apresentado na FIG. 1 nos diz dos múltiplos elementos que tornam a prática educativa complexa, ao apresentar aspectos operacionais, técnico-científico, de formação profissional e de participação comunitária. A temática da educação em saúde deve estar inserida no âmbito federal, estadual e municipal, perpassando programas e ações que direcionam as linhas de cuidado na APS. Aspectos que favoreçam a sua operacionalização como a infraestrutura e produção de material pedagógico devem ser valorizados. Enfatizamos que a produção de material pedagógico deve envolver profissionais de outros setores além do setor saúde e a sua divulgação deve acontecer de forma dialogada, a fim de propiciar a análise e entendimento de como o material deve ser trabalhado e não somente entregá-los aos profissionais de saúde. Outro aspecto que deve ser ampliado é o relacionado às percepções dos diversos atores sobre práticas coletivas de educação em saúde no sentido de reconhecê-la como uma atividade central na atenção primária à saúde para a promoção da saúde das populações e não apenas como mais uma tarefa a ser cumprida.

A compreensão da trajetória da educação em saúde no país e suas mudanças de concepções, conceitos, processos e tecnologias devem ser entendidas e incorporadas nas práticas coletivas numa perspectiva de emancipação, de forma a incentivar os diversos atores a pensarem educação em saúde como uma forma de empoderar os indivíduos para que eles sejam de fato governantes da sua vida, superando o caráter informativo e normativo muito presente nesta prática. Enfatizamos que a formação profissional merece maior atenção por ser decisiva na valorização desta prática no sentido do próprio profissional dar a ela a devida importância e lutar para que tenha condições que favoreçam a prática coletiva. Cabe destacar que conteúdos que englobam dinâmicas, concepções pedagógicas, concepções filosóficas, conhecimento de pensadores da educação e comportamento humano, técnicas pedagógicas, o lúdico, devem estar contemplados tanto na formação profissional enquanto graduação mas também como componente de política de educação permanente em saúde. Igualmente importante é a atenção que deve ser dispensada à comunidade enquanto parceira para o

planejamento e ação das práticas coletivas e todas as considerações que devem ser observadas ao pensar educação em saúde tais como: aproximação do saber científico ao saber do senso comum, interpretações do modo de vida da população para além do perfil epidemiológico, ter a politicidade como eixo transversal das temáticas das práticas coletivas promovendo um crescimento dos atores gestores, profissionais, comunidade e academia para que a educação em saúde seja de fato cidadã.

FIGURA 1 - Aspectos da prática coletiva de educação em saúde.



Autoria: Dener Carlos dos Reis e Tácia Maria Pereira Flisch.

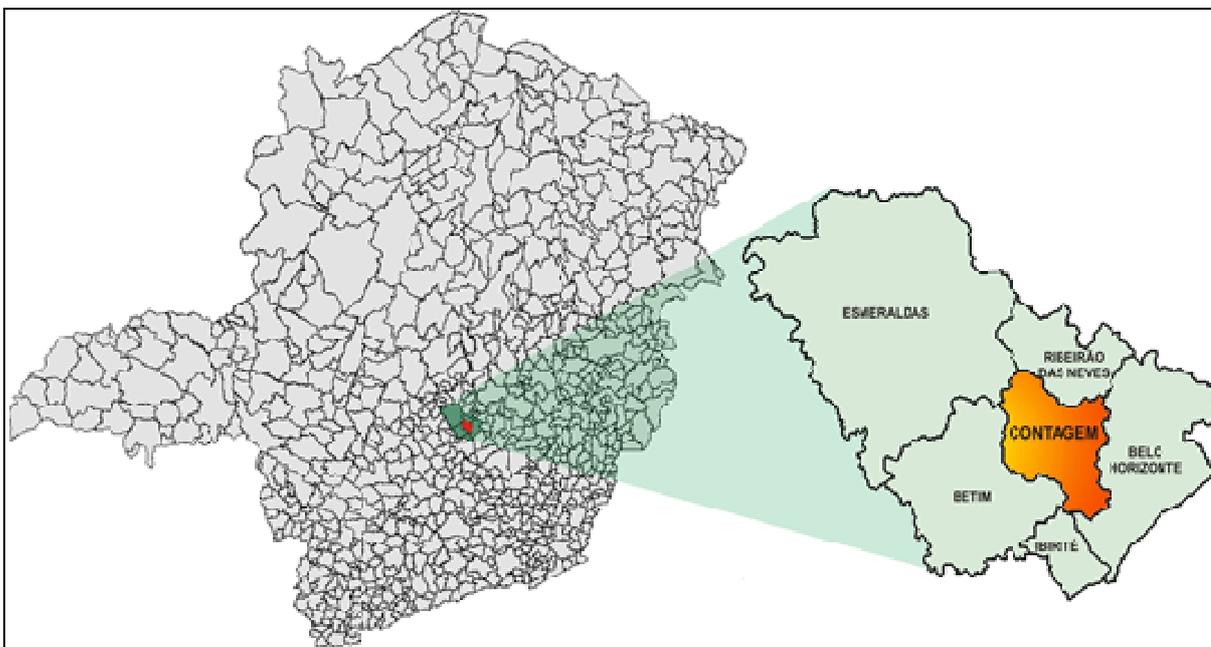
Há diversos aspectos que podem influenciar na forma como a educação em saúde vem sendo pensada, planejada e operacionalizada no âmbito da APS como esquematiza a FIG 1. A educação em saúde é resultado de diversas dimensões interrelacionadas como a atuação de diversos atores sociais (pesquisadores, profissionais, comunidade, discentes das áreas da saúde e social), organizações governamentais e não governamentais. Este estudo considerou os fatores que são mais proeminentes no campo de investigação dessa área e na observação e experiência dos pesquisadores nas práticas de educação em saúde na APS.

Dentre a multiplicidade de aspectos que, de alguma forma, podem incidir sobre as práticas de educação em saúde, neste estudo, pretendeu-se considerar os fatores relacionados ao serviço de saúde. O foco foi identificar a forma como os profissionais que atuam nas ESF pensam, praticam, enfrentam as barreiras e consideram as oportunidades propiciadas para as práticas de educação em saúde. Para essa investigação, foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário semiestruturado (APÊNDICE A), autoaplicável pelos profissionais de saúde da localidade de estudo sobre as práticas coletivas de educação em saúde no contexto das ESF.

4.2 Local de estudo

O Município de Contagem localiza-se na região central do Estado de Minas (FIG. 2). Integra-se ao núcleo polarizador das atividades urbanas e econômicas da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Faz limites com os municípios de Belo Horizonte, Betim, Esmeraldas, Ibirité e Ribeirão das Neves. A população é de 603.048 habitantes, sendo que 99,6% da população reside na zona urbana e 0,4% na zona rural (IBGE, 2010).

FIGURA 2 - Mapa de Minas Gerais, Contagem e região metropolitana.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Contagem / Prefeitura Municipal de Contagem, MG (2012).

A rede básica de saúde de Contagem apresenta um perfil heterogêneo de modelo de atenção. No ano de 2011 era composta por 21 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 88 Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Saúde da Família. Em 2011 a cobertura proporcionada pelas Unidades de Saúde da Família representava 48% da população do município dividida entre os sete distritos sanitários: Industrial, Eldorado, Sede, Petrolândia, Ressaca, Nacional e Vargem das Flores. A divisão do território da saúde em distritos sanitários foi realizada baseando-se nos setores censitários do IBGE, que definiram as áreas de abrangência das unidades básicas de saúde. Esta divisão levou em conta a demanda atendida por cada unidade, o perfil epidemiológico da região, o acesso à unidade de saúde, a existência de barreiras geográficas, cultura, o fluxo de transporte, dentre outros (FIG. 3).

Cada Equipe de Saúde da Família tinha na sua composição um médico, um enfermeiro, dois técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde. Algumas Equipes de Saúde da Família eram contempladas com a equipe de saúde bucal, composta por cirurgião dentista e técnicos de saúde bucal e tinham o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

FIGURA 3 - Distritos sanitários do município de Contagem, MG (2011).



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Contagem / Prefeitura Municipal de Contagem, MG (2011).

As UBS buscam cumprir as funções essenciais da APS, como resolução, organização e responsabilização bem como os seus princípios: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário (STARFIELD, 2004).

A APS de Contagem organiza-se seguindo os princípios do SUS e da APS, acima descritos, através de documentos orientadores para a sua organização, a partir dos territórios, que são os espaços geograficamente definidos, com características peculiares que envolvem aspectos sócio-econômico, cultural, serviços de um modo geral, equipamentos sociais dentre outros. Estes territórios (distritos sanitários) são organizados para atender à população em suas demandas programadas ou espontâneas, com oferta regular do cuidado ao longo de todos os ciclos de vida, prestando uma atenção centrada no indivíduo e não somente na doença ou evento.

A APS tem como característica ser o primeiro contato, ou seja, ser a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde da população para acompanhamento dos seus problemas de saúde. As equipes de saúde das UBS são as coordenadoras do cuidado, desta forma, mesmo o indivíduo utilizando outros pontos do sistema, sua vinculação deve ser mantida, garantindo desta forma um cuidado integral. Em seu processo de trabalho destaca-se o acolhimento e a humanização como meio da equipe de saúde solidarizar-se com as demandas dos indivíduos através de uma escuta qualificada e encaminhamento adequado e responsável para a resolução das demandas identificadas.

A garantia do cuidado através de uma abordagem integral e resolutiva configura-se através da articulação técnica e clínica, por meio de um trabalho em equipe, buscando diálogo com outros pontos de atenção através do sistema de referência e contra referência. As áreas de abrangência, de cada UBS possibilitam e facilitam as relações personalizadas entre a população adscrita e a equipe de saúde, com referências individuais e coletivas, de modo que a vinculação e a responsabilização das equipes com a comunidade seja mantida (CONTAGEM, 2011).

4.3 Participantes do estudo

Participaram do estudo os profissionais que atuam nas ESF, na sua composição mínima: agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos. Os profissionais da saúde bucal e NASF não foram inseridos neste estudo por não estarem presentes em todas as ESF na ocasião. A participação foi por meio de resposta ao instrumento de coleta, o questionário semiestruturado, autoaplicável (APÊNDICE A), que

visou identificar as experiências e percepções dos profissionais de saúde sobre as práticas coletivas de educação em saúde no contexto das ESF de Contagem, MG. Para a seleção dos participantes que responderam ao questionário foi feito um cálculo amostral, visando obter uma amostra estatisticamente representativa da população total de profissionais que atuam nas ESF de Contagem, MG.

No momento do cálculo amostral, a população total de profissionais que atuavam nas oitenta e oito ESF era de seiscentos e sessenta e três profissionais distribuídos da seguinte forma: oitenta e cinco médicos, oitenta e oito enfermeiros, cento e sete profissionais do nível médio de enfermagem e trezentos e oitenta e três agentes comunitários de saúde.

A amostra estimada foi de 168 profissionais. Adicionaram-se 20% a esse valor, considerando as possíveis perdas amostrais, resultando em uma amostra de 202 profissionais divididos em 26 equipes de Saúde da Família, considerando uma média de 8 profissionais por equipe.

O tamanho da amostra foi calculado considerando uma prevalência de 50% de prática coletiva de educação em saúde na ESF e com uma margem de 10%, devido à inexistência de parâmetros na literatura e a grande variabilidade no número de atividade de educação em saúde entre as ESF do município em estudo, considerou-se também um nível de significância de 5%.

Após a seleção do número representativo da população total, foram feitos sorteios aleatórios das Equipes de Saúde da Família que iriam participar. Nos casos de recusa ou impossibilidade da ESF sorteada em participar do estudo os pesquisadores fariam novo sorteio para reposição de perda amostral. Não houve necessidade de novo sorteio uma vez que as equipes sorteadas participaram em sua totalidade.

Para o desenho amostral foi considerada uma amostragem estratificada e por conglomerados já que o município de Contagem possui sete distritos sanitários com características territoriais e de saúde peculiares em alguns aspectos. Os estratos foram os sete distritos sanitários, com amostra proporcional ao número de equipes por distrito, conforme TABELA 1. Foram consideradas como conglomerados cada uma das equipes de Saúde da Família, que foram sorteadas conforme distribuição por distrito. Foi realizado um teste piloto cujos questionários foram incorporados ao estudo, totalizando desta forma, 27 ESF participantes.

Dos duzentos e dois profissionais esperados para participarem do estudo, cento e sessenta e seis o responderam ao questionário, incluindo os profissionais da equipe piloto, representando 82,2% da amostra.

TABELA 1 - População e distribuição de equipes por distrito sanitário e número de equipes amostradas, Contagem, MG (2011).

Distrito Sanitário	População^a	Nº equipes^b	Proporção	Amostra
Ressaca	75.783	22	0,22	6
Industrial ^c	120.669	10	0,19	5 ^c
Vargem das Flores	49.780	15	0,14	4
Nacional	62.274	14	0,14	4
Petrolândia	94494	14	0,14	4
Sede	59279	6	0,07	2
Eldorado	141.163	7	0,07	2
Total	603.442	88	1	27

Fonte: ^a IBGE (2010). ^b Núcleo de Informação em Saúde, Contagem/MG, 2011.

^c participação da equipe piloto.

4.4 Coleta de dados

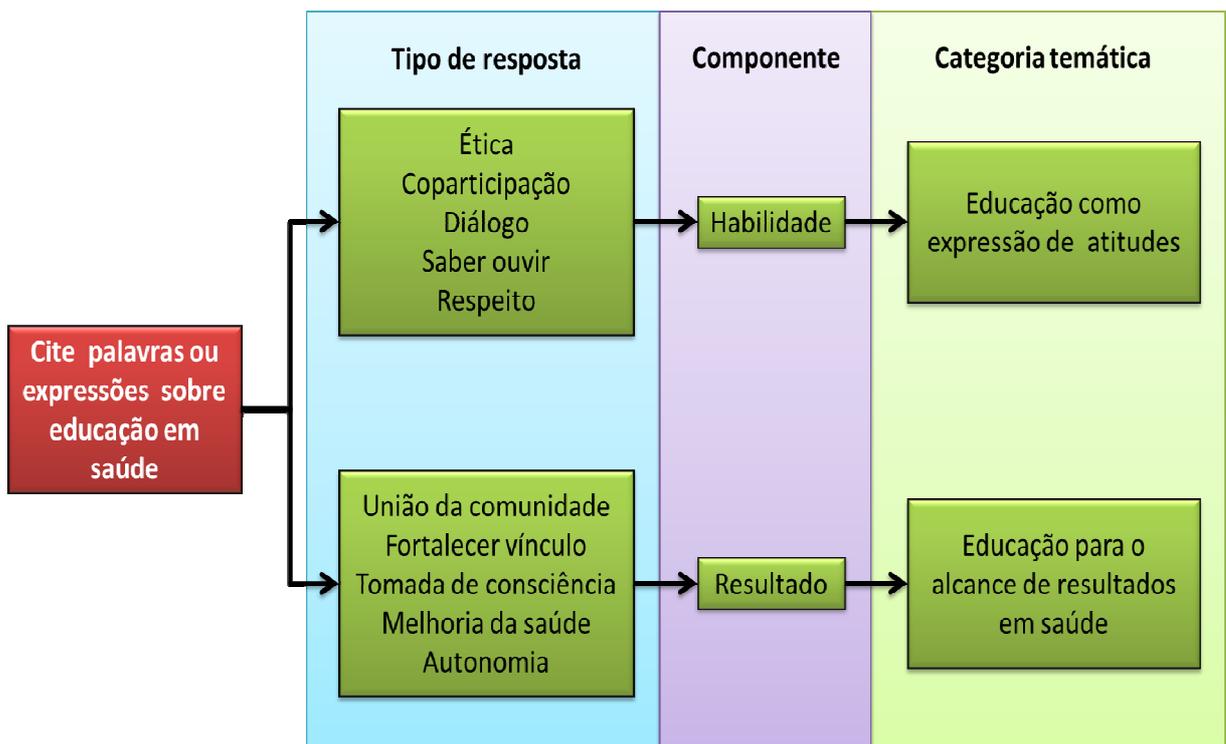
Foi utilizado um questionário semiestruturado para coleta de dados (APÊNDICE A), que buscou respostas sobre como as práticas coletivas de educação em saúde são desenvolvidas pelos profissionais das ESF. As questões abordaram o conhecimento e a percepção dos participantes sobre as dificuldades e oportunidades, as experiências significativas, os processos de planejamento e operacionalização das ações de educação em saúde. Foi realizado um teste piloto do questionário em uma ESF do município estudado para verificar o potencial desse instrumento, obter os dados esperados para a pesquisa e realizar as adaptações necessárias previamente a sua aplicação, assim como para o cálculo de tempo de aplicação e a avaliação do entendimento das questões pelos profissionais de saúde. O critério para escolher a equipe que realizou o teste piloto foi não ter sido sorteada para composição da amostra, estar completa em relação aos recursos humanos e concordar em participar do teste piloto. Inicialmente não seriam utilizados os questionários da equipe piloto, mas devido à adesão da equipe em participar e a análise das respostas, que consideramos importantes, os questionários foram incorporados na totalidade da amostra.

4.5 Análise de dados

Os dados das questões abertas do instrumento de coleta foram analisados, de acordo com os pressupostos da análise de conteúdo de Bardin (2011). O objetivo da utilização desse

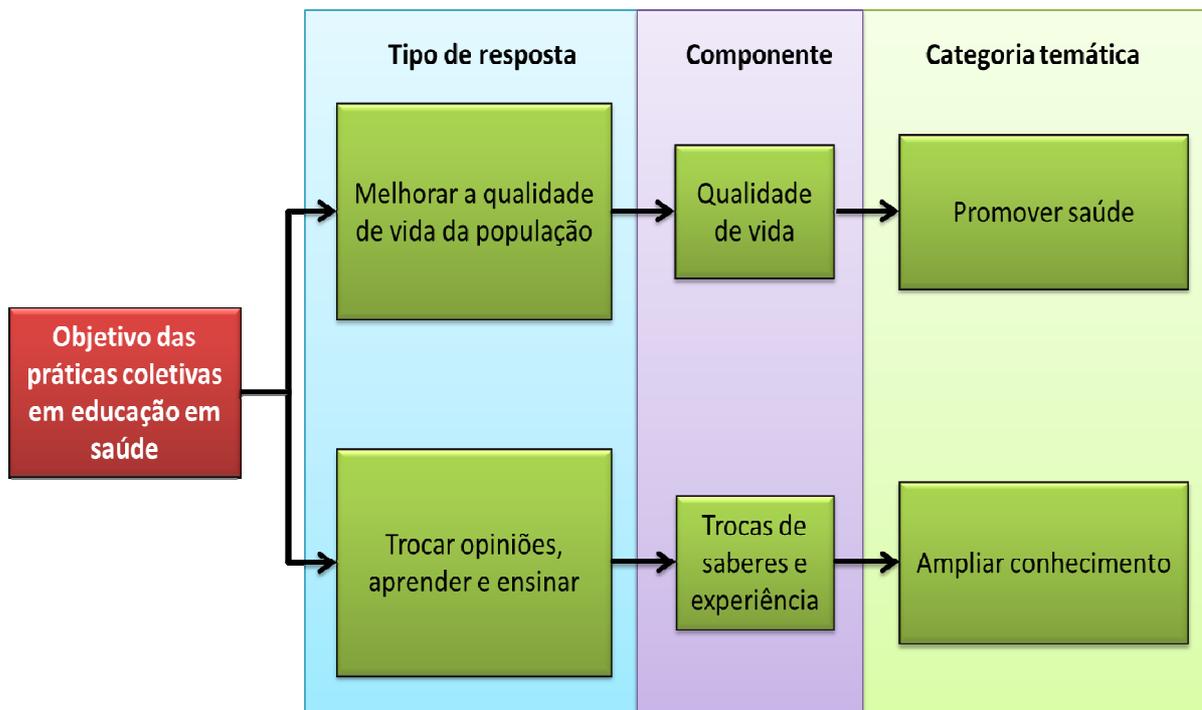
método é compreender o sentido das informações dadas pelos participantes nos questionários, identificando as suas significações explícitas e implícitas. Esse procedimento também visa a obter a sistematização e descrição do conteúdo das mensagens que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção dos mesmos, interpretando-os quantitativamente por meio da análise das frequências e percentuais de como os componentes de cada categoria temática aparecem no conjunto das respostas aos itens do questionário. Essa análise foi realizada da seguinte forma: leitura flutuante de cada resposta, identificação de componentes que expressavam tipos de repostas diferentes, mas que integravam uma categoria temática empírica, validada por mais de um pesquisador. As categorias emergiram com base nos componentes que possuíam similaridade temática. Os esquemas abaixo (FIG. 4 e 5) demonstram como esse processo foi construído.

FIGURA 4 - Esquema representativo das palavras/expressões sobre educação em saúde.



Fonte: Autoria própria.

FIGURA 5 - Esquema representativo dos objetivos das práticas coletivas de educação em saúde na perspectiva dos profissionais das ESF.



Fonte: Autoria própria.

As respostas às questões estruturadas do questionário foram digitadas em um banco de dados no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (versão 18.0) que permitiu uma análise descritiva, em percentual e número absoluto, das variações das repostas nas opções descritas nessas questões.

A interpretação dos resultados obtidos nesses processos foi fundamentada, principalmente, em referenciais teóricos do campo da EPS apontado na literatura como uma importante área de conhecimento e prática de atividades educativas coletivas no âmbito da APS (BRASIL, 2007; WIGGINS, 2011; PEKELMAN, 2008; STOTZ, DAVID e WONG UN, 2005b).

4.6 Questões éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais em 1 de junho de 2011 pelo parecer ético 0167.0.203.000-11 (ANEXO A) e pela Fundação de Assistência Médica e de Urgência de Contagem (ANEXO B). Anteriormente à assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), os participantes foram informados sobre os objetivos, como seria a sua participação no estudo, a garantia de anonimato, o uso das

informações e a ausência de seus nomes nos resultados publicados. Os participantes foram informados, ainda, que a participação seria voluntária e que não haveria remuneração financeira para aqueles que desejassem participar. Todas estas informações estão contidas no TCLE (APÊNDICE B).

Resultados

5 RESULTADOS

Participaram do estudo 166 profissionais das ESF sendo 22 (13,3%) enfermeiros, 17 (10,2%) médicos, 24 (14,5%) auxiliares e técnicos de enfermagem e 103 (62%) Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os enfermeiros representaram a categoria profissional com o maior percentual (81,8%) de tempo de atuação acima de seis anos em ESF do município. A categoria médica e a do ACS tiveram percentuais que indicaram que, aproximadamente, 50% dos profissionais destas categorias já haviam ultrapassado seis anos de experiência da ESF. Os profissionais que compõem o nível médio da enfermagem representaram o menor percentual (29,2%) de tempo de atuação acima de seis anos. Em relação ao total de participantes (N=166), 81 (48,8%) abrangeram um tempo de atuação entre 1 e 5 anos e 85 (51,2%) há mais de 6 anos na ESF (TAB. 2).

TABELA 2 - Descrição da categoria profissional, distrito sanitário e tempo de atuação na estratégia saúde da família, Contagem, MG (2011).

Categoria	Tempo de atuação (anos)		% por Categoria	Total N(%)
	≤ 1 até 5 N(%)	> 6 N(%)		
Profissão				
ACS	51(49,5)	52(50,5)	62,0	103(100)
Nível médio da enfermagem	17(70,8)	7(29,2)	14,5	24(100)
Enfermeiro	4(18,2)	18(81,8)	13,3	22(100)
Médico	9(52,9)	8(47,1)	10,2	17(100)
Distrito sanitário ^a				
Petrolândia	10(66,7)	5(33,3)	-	15(100)
Sede	7(70,0)	3(30,0)	-	10(100)
Eldorado	5(55,6)	4(44,4)	-	9(100)
Vargem das Flores	15(60,0)	10(40,0)	-	25(100)
Industrial	14(48,3)	15(51,7)	-	29(100)
Nacional	8(30,8)	18(69,2)	-	26(100)
Ressaca	13(40,6)	19(59,4)	-	32(100)

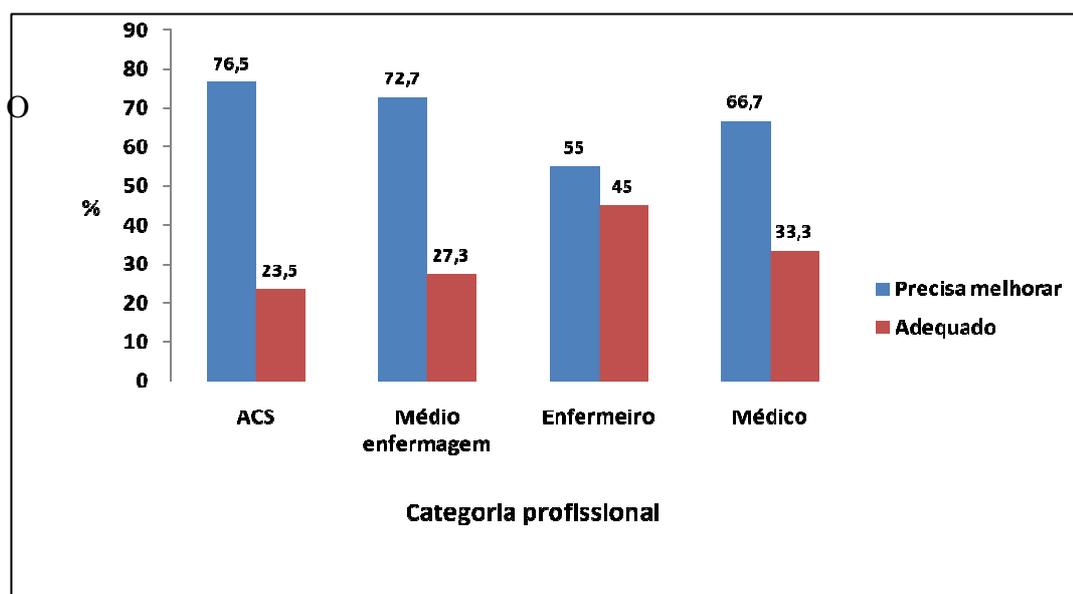
Nota: ^aExcluídos 20 questionários sem essa informação.

Os distritos sanitários Nacional e Ressaca apresentaram os maiores percentuais de profissionais com tempo de atuação acima de seis anos em ESF, sendo 69,2% e 59,4%, respectivamente. Uma distribuição mais equânime de atuação em ESF foi observada no distrito sanitário Industrial, com 48,3% dos profissionais com tempo menor de seis anos e 51,7% acima de seis anos de atuação em ESF. Os distritos que tiveram maior

representatividade de profissionais com tempo de atuação menor que seis anos foram o Sede (70%), Petrolândia (66,7%) e Eldorado (55,6%) (TAB. 2).

Quando questionados sobre o nível de conhecimento em práticas coletivas de educação em saúde, todas as categorias profissionais reconheceram a necessidade de aprimoramento desta atividade. Os enfermeiros apresentaram o maior percentual de autorrelato de conhecimento adequado em educação em saúde (45%), seguida da categoria médica com 33,3% e com um percentual menor de menção o nível médio de enfermagem com 27,3% e a categoria dos ACS com 23,5% do percentual de respostas, conforme mostra o GRAF.1.

GRÁFICO 1 - Descrição do autorrelato sobre o nível de conhecimento em práticas coletivas de educação em saúde de acordo com a categoria profissional, Contagem, MG (2011).



Observou-se na TAB. 3 que apenas 40 profissionais (28,2%) consideraram ter conhecimento adequado para o desenvolvimento das práticas de educação em saúde. Nas categorias profissionais ACS, profissionais do nível médio de enfermagem e a categoria médica responderam que é preciso melhorar o nível de conhecimento em práticas coletivas de educação em saúde na maioria das respostas. A categoria ACS representou o maior percentual de respostas (76,5%), seguida pelo nível médio de enfermagem (72,7%) e pela categoria médica (66,7%).

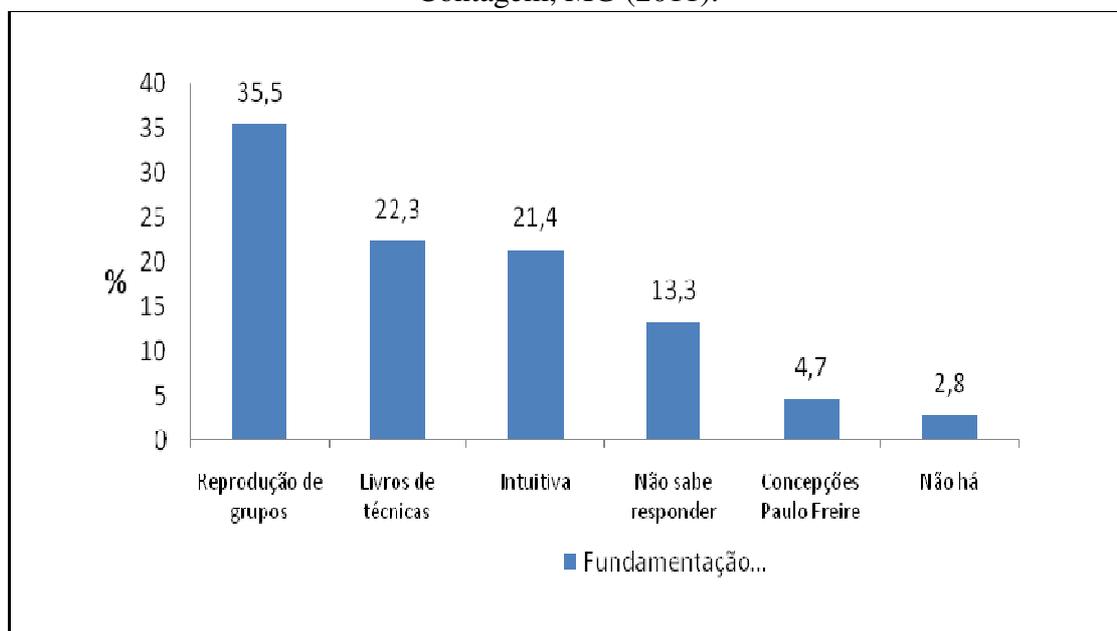
TABELA 3 - Descrição do nível de conhecimento e da fundamentação das práticas coletivas de educação em saúde coletiva, de acordo com a categoria profissional, Contagem, MG (2011).

Categoria	Profissionais				
	ACS N(%)	Nível médio enfermagem N(%)	Enfermeiro N(%)	Médico N(%)	Total N(%)
Nível de conhecimento ^a					
Precisa melhorar	65(76,5)	16(72,7)	11(55,0)	10(66,7)	102(71,8)
Adequado	20(23,5)	6(27,3)	9(45,0)	5(33,3)	40(28,2)
Fonte ^b					
Reprodução de grupos	39(32,0)	12(42,8)	15(38,5)	9(40,9)	75(35,5)
Livros de técnicas	23(18,8)	6(21,4)	12(30,8)	6(27,3)	47(22,3)
Intuitiva	26(21,3)	7(25,0)	6(15,4)	6(27,3)	45(21,4)
Não sabe responder	24(19,7)	1(3,6)	2(5,1)	1(4,5)	28(13,3)
Concepções de Paulo Freire	5(4,1)	1(3,6)	4(10,2)	-	10(4,7)
Não há	5(4,1)	1(3,6)	-	-	6(2,8)

Notas: ^aExcluídos 24 questionários sem essa informação. ^bFundamentação da prática coletiva de educação em saúde.

Ao serem questionados sobre a fundamentação utilizada para o desenvolvimento das práticas coletivas de educação em saúde, a reprodução de grupos, ou seja, a continuidade de alguma atividade existente anteriormente na unidade de saúde ou a réplica de alguma experiência educativa vivenciada anteriormente pelos profissionais e aplicada na unidade de saúde, com ou sem fundamentação teórico-metodológica, apresentou um percentual representativo, com 35% das respostas. Em seguida, com 22,3% das respostas, foi relatada a utilização de livros de técnicas para a realização de práticas coletivas, seguida pelo uso da intuição, isto é, a prática coletiva desenvolvida de forma simplificada, sem uma fundamentação teórica, no entanto com grande potencial criativo, representou 21,4% das respostas. Não souberam responder qual o fundamentação teórica para o desenvolvimento da prática coletiva 13,3% dos respondentes. Apenas 4,7% responderam que utilizam as concepções de Paulo Freire e 2,8% reconheceram que não há fundamentação teórica nas práticas coletivas, conforme GRAF. 2 apresentado em seguida.

GRÁFICO 2 - Fundamentação teórica utilizada nas práticas coletivas de educação em saúde, de acordo com os profissionais das ESF, Contagem, MG (2011).



Os resultados da TAB. 3 mostraram que a reprodução de grupos, como fonte/fundamentação teórica utilizada pelos participantes para planejar e desenvolver as ações educativas foi mencionada, em maior percentual (42,8%) por profissionais de nível médio da enfermagem, seguidos pelas categorias médica (40,9%), enfermeiros (38,5%) e ACS (32%). A utilização de livros de técnicas de trabalho em grupo para basear o desenvolvimento foi maior (30,8%) entre os enfermeiros. A forma intuitiva para planejar e desenvolver as práticas coletivas teve seu maior percentual entre os médicos (27,3%). O método Paulo Freire foi mencionado por 4,7% dos profissionais das ESF, observando que a categoria médica representada neste estudo não o utiliza. Alguns respondentes reconheceram que não souberam responder qual a concepção pedagógica foi utilizada pelas ESF nas ações educativas (13,3%) das respostas, sendo que 19,7% eram ACS e 5,1% enfermeiros.

O local de realização das práticas de educação em saúde, segundo a percepção dos participantes, foi retratado majoritariamente como às vezes adequado (52,6%). Respostas que apontaram o local como sempre adequado tiveram o seu maior percentual entre os profissionais que integram o nível médio de enfermagem (27,2%) das ESF e menor percentual entre os profissionais médicos (7,7%). Por outro lado a categoria profissional médico e a categoria nível médio de enfermagem reconheceram o local como não adequado em 61,5% e 36,4% do percentual das respostas respectivamente (TAB. 4).

TABELA 4 - Descrição do local e das necessidades de melhorias para a realização das práticas coletivas de educação em saúde de acordo com a categoria profissional, Contagem, MG (2011).

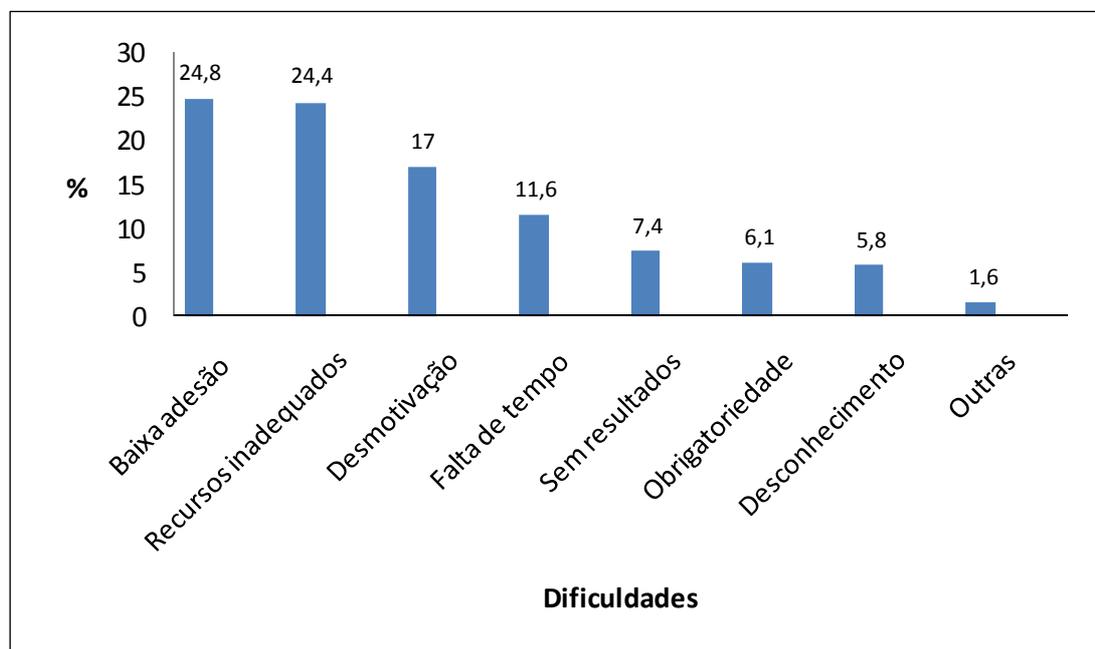
Categoria	Profissionais				
	ACS N(%)	Nível médio enfermagem N(%)	Enfermeiro N(%)	Médico N(%)	Total N(%)
Local^a					
Às vezes adequado	57(57,0%)	8(36,4)	13(61,9)	4(30,8)	82(52,6)
Não adequado	29(29,0%)	8(36,4)	6(28,6)	8(61,5)	51(32,7)
Sempre adequado	14(14,0%)	6(27,2)	2(9,5)	1(7,7)	23(14,7)
Necessidade de melhoria^b					
Espaço físico	28(63,6)	5(50,0)	10(71,4)	8(72,7)	51(64,6)
Espaço físico, recurso material e didático	12(27,3)	2(20,0)	3(21,4)	3(27,3)	20(25,3)
Espaço físico, qualificação das ESF e apoio da gestão	4(9,1)	3(30,0)	1(7,2)	0(0,0)	8(10,1)

Notas: ^aN=156, excluídos 10 questionário sem resposta. ^bN=79, excluídos 87 questionários sem resposta ou não se aplica.

Foi solicitado aos participantes que indicassem as necessidades de melhorias referentes ao local das práticas de educação em saúde. Identificou-se que melhorias no espaço físico, a exemplo da reforma das salas de reuniões tornando-as mais adequadas à realização de atividades de grupo, foram mencionadas e percentual maior de 64,6% principalmente por enfermeiros (71,4%) e médicos (72,7%). Outro tipo de resposta foi referente à associação entre a necessidade de melhoria do espaço físico e aquisição de recurso material e didático para as práticas educativas (25,3%). Além dessas, os participantes pontuaram em menor percentual (10,1%) a melhoria do espaço físico, necessidade de qualificação das ESF nessa área de conhecimento e o apoio da gestão pública (TAB. 4).

Ao serem questionados sobre quais as dificuldades para o desenvolvimento de práticas coletivas de educação em saúde, constatou-se que os respondentes reconhecem que a baixa adesão e a inadequação de estrutura física/recurso material foram os dois itens mais frequentes com percentuais próximos, (24,8%) e (24,4%). A desmotivação, falta de tempo e não percepção dos resultados foram relatados em um percentual de 17%, 11,6% e 7,4% respectivamente (GRAF. 3).

GRÁFICO 3 - Descrição dos tipos de dificuldades para o desenvolvimento das práticas coletivas de educação em saúde, por profissionais das ESF, Contagem, MG (2011).



A percentagem de respostas por categoria profissional mostrou uma aproximação do percentual da categoria profissional ACS (26,3%) e enfermeiro (26,2%) para a resposta “baixa adesão da comunidade”. A inadequação de recursos foi reconhecida em sua maioria pelos ACS com 26,3% e pelo nível médio da enfermagem por 23,3% das respostas. Outros fatores dificultadores referem-se à “desmotivação da equipe” (17,0%), que teve na categoria enfermeiro o maior percentual de resposta (19,7%), não apresentando grande diferença entre o percentual de respostas das categorias nível médio (19,2%), médico (16,7%) e ACS (15,8%). A “falta de tempo para planejamento das ações de educação em saúde” representou (11,6%) das respostas apresentando maior percentual de resposta a categoria nível médio de enfermagem (15,1%). A “não percepção dos resultados das ações” (7,4%), a obrigatoriedade de desenvolver práticas de educação em saúde (6,1%) e o desconhecimento de metodologia (5,8%) foram dificuldades apontadas em menores percentuais (TAB. 5).

Dentre as categorias profissionais, a que apresentou maior percentual de resposta em relação ao desconhecimento da metodologia utilizada para o desenvolvimento de práticas coletivas de educação em saúde, a categoria médica apresentou o maior percentual (9,2%) seguida da categoria nível médio de enfermagem com 6,8% do percentual de respostas. Cabe relatar que 1,3% dos profissionais consideraram que não há dificuldade para a realização de práticas de educação em saúde no contexto das ESF em que atuam. Não foram observadas

discrepâncias nos percentuais de menção das dificuldades para realização de educação em saúde por categoria profissional (TAB. 5).

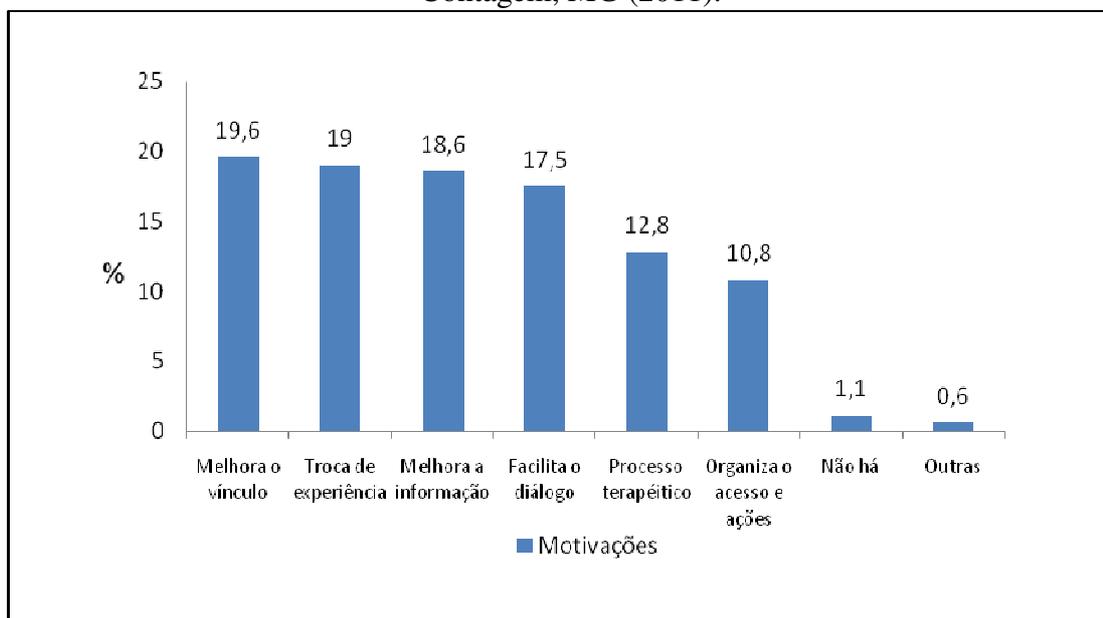
TABELA 5 - Descrição dos tipos de dificuldades, para o desenvolvimento das práticas coletivas de educação em saúde, de acordo com a categoria profissional, Contagem, MG (2011).

Categoria	Profissionais				
	ACS N(%)	Nível médio enfermagem N(%)	Enfermeiro N(%)	Médico N(%)	Total N(%)
Tipo de resposta					
Baixa adesão da comunidade	68(26,3)	16(22,0)	16(26,2)	11(20,4)	111(24,8)
Inadequação de recursos ^a	68(26,3)	17(23,3)	13(21,3)	11(20,4)	109(24,4)
Desmotivação da equipe	41(15,8)	14(19,2)	12(19,7)	9(16,7)	76(17,0)
Falta de tempo para planejar	28(10,8)	11(15,1)	6(9,8)	7(13,0)	52(11,6)
Não percepção dos resultados	19(7,3)	4(5,5)	4(6,6)	6(11,1)	33(7,4)
Obrigatoriedade	14(5,4)	4(5,5)	6(9,8)	3(5,6)	27(6,1)
Desconhecimento de metodologias	12(4,6)	5(6,8)	4(6,6)	5(9,2)	26(5,8)
Outras ^b	5(2,0)	1(1,3)	0(0,0)	1(1,8)	7(1,6)
Não há	4(1,5)	1(1,3)	0(0,0)	1(1,8)	6(1,3)
Total	259	73	61	54	447

Notas: ^aestrutura física, recurso material. ^bequipe incompleta, população acima do número ideal, profissional com pouca qualificação.

Dentre os aspectos motivacionais para a execução de atividades coletivas de educação em saúde nas ESF identificou-se como os três mais citados a melhoria do vínculo entre a equipe de saúde e comunidade (19,6%), a promoção de troca de experiências (19%), e a melhoria do nível de informação dos indivíduos participantes das atividades educativas em saúde (18,6%). Outros fatores motivacionais para a realização da prática coletiva relacionam-se à facilidade de diálogo entre equipe de saúde e comunidade (17,5%), auxílio ao processo terapêutico (12,8%), organiza o acesso e ações de saúde (10,85). Alguns respondentes relataram que não há motivação para o desenvolvimento de práticas coletivas (1,1%) como mostra o GRÁF. 4.

GRÁFICO 4 - Descrição dos tipos de motivações para o desenvolvimento das práticas coletivas de educação em saúde, pelas ESF, Contagem, MG (2011).



Entre as categorias profissionais, a do ACS destaca a melhoria de vínculo entre equipe de saúde e comunidade como o fator que mais motiva a realização da prática coletiva.

O potencial de melhoria por meio da prática educativa do processo de diálogo entre profissional e comunidade também foi aspecto mencionado pelos participantes (17,5%). Outros pontos que podem motivar ou facilitar o desenvolvimento das atividades educativas, contudo em menor percentual de respostas, refere-se ao auxílio no processo terapêutico (12,8%), apresentando idêntico percentual de respostas entre as categorias enfermeiro e médico (18%) e à organização do acesso e ações de saúde que perfazem o percentual de 10,8%. Apenas 1,1% das respostas consideram que não há fator motivacional para o desenvolvimento das práticas de educação em saúde (TAB. 6).

TABELA 6 - Descrição dos tipos de motivações para o desenvolvimento das práticas coletivas de educação em saúde de acordo com a categoria profissional, Contagem, MG (2011).

Categorias	Profissionais				
	ACS N(%)	Nível médio enfermagem N(%)	Enfermeiro N(%)	Médico N(%)	Total N(%)
Tipo de respostas					
Melhora o vínculo	72(21,2)	17(19,1)	17(17,0)	14(16,9)	120(19,6)
Promove troca de experiência	68(20,0)	18(20,2)	18(18,0)	12(14,5)	116(19,0)
Melhora o nível de informação	63(18,5)	18(20,2)	17(17,0)	16(19,2)	114(18,6)
Facilita o diálogo	60(17,6)	18(20,2)	17(17,0)	12(14,5)	107(17,5)
Auxilia o processo terapêutico	35(10,3)	10(11,3)	18(18,0)	15(18,0)	78(12,8)
Organiza acesso e ações de saúde	35(10,3)	6(6,8)	13(13,0)	12(14,5)	66(10,8)
Não há	5(1,5)	1(1,1)	-	1(1,2)	7(1,1)
Outras ^a	2(0,6)	1(1,1)	-	1(1,2)	4(0,6)
Total	340	89	100	83	612(100)

Nota: ^aTroca de receitas, a atividade faz a diferença.

Ao considerar as respostas referentes a motivações para a prática de educação em saúde, por categoria profissional, nota-se que para os ACS a melhoria do vínculo configura o maior fator de motivação (21,2%). Para os profissionais de nível médio da enfermagem figuraram em igual percentual (20,2%) a promoção do diálogo entre profissionais e participantes, a troca de experiência e melhora no nível de informação. Entre os enfermeiros prevaleceram o potencial de auxiliar o processo terapêutico e de promover a troca de experiência, ambos com 18%. Os médicos apontaram em maior proporção a melhora do nível de informação dos indivíduos/ população (19,2%) (TAB. 6).

Observou-se que a educação em saúde foi associada a uma diversidade de palavras/expressões (N=307) que foram agrupados neste estudo em sete categorias temáticas. As que obtiveram maiores percentuais foram as associadas à educação em saúde com termos que expressam comportamentos, atitudes e sentimentos (29%) a exemplo do “diálogo”, “o saber ouvir”, “ética”, “perseverança”, “insegurança”, “cansativo”, “frustrante”. Em sua maioria, com 88,8% do percentual das palavras/termos, percebe-se aspectos positivos relatados pelos profissionais ao associarem à temática de educação em saúde.

A educação em saúde também foi bastante associada a termos que dizem sobre o alcance de seus resultados (19,9%) como “tomada de consciência”, “autoestima” e “autonomia” (TAB. 7).

TABELA 7 - Descrição das palavras/expressões associadas à educação em saúde de acordo com a categoria temática, Contagem, MG (2011).

Categorias temáticas	N (%)	Exemplos de termos/expressões
Educação como expressão de atitudes*	89 (29,0)	Ética - coparticipação - saber ouvir - pratica - diálogo - respeito a princípios e cultura - sem preconceito - estudo - perseverança - falta de comprometimento - insegurança - carinho - paciência - gosto - sonho - dificuldade - cansativo - frustração - insatisfação.
Educação para o alcance de resultados em saúde	61 (19,9)	União da comunidade - estímulo à adesão - responsabilização - fortalecimento de vínculos - aprendizagem sobre doença - aceitação da doença - tomada de consciência - diminuição do número de consultas a longo prazo - autoestima - autonomia - melhoria de saúde.
Educação por temas de saúde	43 (14,0)	Planejamento familiar - vida sexual para adolescentes - gestação na adolescência - Doença Sexualmente Transmissível (DST) - pré-natal - preventivos - Diabetes Mellitus (DM) - Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Saúde Mental (SM) - obesidade - uso de drogas - saúde da criança - saúde do idoso - higiene domiciliar - importância dos estudos.
Educação para o ensino, cuidado e formação humana	36 (11,7)	Prática educativa em saúde - aprendizado multidisciplinar - educação permanente - informação - prática de saúde - envolve cuidado - crescimento coletivo - troca de saberes - educação da comunidade.
Educação e sua variação de formato, público e local	33 (10,7)	Ação em grupo e individual - grupos educativos - sala de espera - palestras - folhetos - cartilhas - programas de TV - família - atividade na comunidade- visitas - busca ativa - escola - UBS.
Educação para planejamento em saúde**	30 (9,8)	Parcerias - tarefa - limite- motivação entre usuário e equipe - acesso - reconhecimento profissional - aproveitamento do tempo - falta de capacitação profissional - falta de apoio da gestão.
Educação associada à qualidade de vida	15 (4,9)	Esporte - exercício físico - atividade física - caminhada - lazer - passeios - promoção de festas - cuidados - mudança de hábito - bem estar físico e mental - melhora do trabalho - convivência.
Total	307 (100)	

***Das 89 palavras/expressões associadas à educação em saúde como expressão de atitudes, 79 (88,8%) nos remetem à aspectos positivos e 10 (11,2%) nos remetem à aspectos negativos da educação em saúde.**

**** Das 30 palavras/expressões associadas à educação em saúde para planejamento em saúde, 27 (90%) nos remetem à aspectos positivos e 3 (10%) nos remetem à aspectos negativos da educação em saúde.**

As palavras e expressões que apresentaram menores percentuais de menção foram associadas à educação em saúde para planejamento em saúde (9,8%) e educação associada à qualidade de vida (4,9%). Cabe mencionar que os resultados que foram posicionados na categoria educação em saúde como ferramenta para o planejamento demonstraram que, se por uma lado identificaram-se palavras/expressões que descrevem aspectos positivos como favorecer o melhor aproveitamento do tempo e promover o reconhecimento profissional, por outro se observaram aspectos negativos como deficiências na área de capacitação profissional e falta de recursos (TAB. 7).

Figuraram na categoria temas de educação em saúde a hipertensão arterial, diabetes mellitus, saúde da mulher e criança, além de limpeza do domicílio e lavagem das mãos, por exemplo. Observam-se na categoria que englobou a educação em sua variabilidade de formato, local e público palavras/expressões como ação em escolas e UBS, grupo, individual e família, respectivamente. A educação em saúde como processo de ensino, cuidado e formação humana foi expressa por termos que podem ser situados em polos diferenciados como informar/transmitir e troca de conhecimento/experiência. A categoria qualidade de vida descreve termos que sugerem o bem-estar das pessoas como convivência, lazer e passeio (TAB. 7).

Ao descreverem a finalidade da prática coletiva considerada significativa (TAB. 8), os participantes citaram três categorias, sendo a mais frequente a da promoção da saúde em diversas áreas como HAS, DM, atividade física, lazer e interação social, saúde da mulher, e saúde do adolescente. Na categoria ampliação de conhecimento, observou-se uma variabilidade em relação à categoria mencionada anteriormente, no que se refere a sua finalidade de conscientizar para o uso da medicação contínua e da alimentação saudável. Descreveu-se ainda, a finalidade da prática coletiva para auxiliar na organização do serviço. Ao serem solicitados a justificarem o porquê da escolha dessa prática como significativa, foram observadas respostas como “aprenderam muito”, “favoreceu um alcance de um número maior de participantes”, “estimulou o autoconhecimento”, “foi interessante”, “abordou

aspectos tanto informativos quanto afetivos”, “despertou sentimentos como gratidão, alegria,”, “melhorou o vínculo”, “favoreceu o controle da doença/agravo como perda de peso, controle dos níveis pressóricos e glicêmicos”.

TABELA 8 - Objetivos da experiência significativa das práticas coletivas de educação em saúde dos profissionais das ESF, Contagem, MG (2011).

Categoria	N(%)	Componente	Exemplo de resposta
Promover saúde	75 (55,1)	Atividades educativas direcionadas para pessoas com diabetes e/ou hipertensão arterial sistêmica	-Incentivar hábitos de vida saudáveis através de atividades físicas, brincadeiras, práticas de relaxamento a fim de controlar os níveis de pressão arterial.
		Atividade física, lazer e interação social	-Estimular prática de exercícios físicos, alongamentos e técnicas de relaxamento.
		Saúde da mulher	-Rastreamento de câncer de colo uterino e de mama.
		Saúde do adolescente	-Diminuir a gravidez na adolescência/DST.
Ampliar o conhecimento	56 (41,2)	Medicação	-Conscientizar os usuários para o quanto é importante o uso correto de medicação.
		Atividades educativas direcionadas para pessoas com diabetes e/ou hipertensão arterial sistêmica	-Mostrar a importância do autocuidado, lazer, ter tempo pra si próprio. -Orientar os hipertensos e diabéticos quanto aos cuidados com a saúde, uso correto de medicação, alimentação, prática de atividade física.
		Saúde da mulher	-Desenvolver na população feminina o conhecimento acerca de seu corpo, através do toque, prevenindo doenças. -Mostrar às gestantes que às vezes práticas milenares são inapropriadas e representam riscos ao Recém Nascido (RN).
		Adolescentes	-Orientar os adolescentes sobre o funcionamento do aparelho reprodutor, os métodos contraceptivos e prevenção de DST. -Orientações sobre drogas, prevenção e ajuda aos adolescentes que ficam muito tempo nas ruas, sem nenhuma atividade.
Melhorar o acesso em saúde	5 (3,7)	Alimentação saudável	-Mostrar para as pessoas que mais importante que emagrecer é fazer uma reeducação alimentar e conseqüentemente, ser uma pessoa com peso saudável.
		Organização do trabalho	-Orientações referentes à demanda e fluxo com conscientização sobre deveres e obrigações do usuário com a rede.

Nota: N=136.

Através das respostas dos participantes sobre os objetivos das práticas coletivas de educação em saúde, observou-se haver três finalidades para essa ação, ampliar o conhecimento representou o maior percentual de respostas (58,8%), seguido de promover a saúde com 33,5% e melhorar o acesso (7,7%). Múltiplos componentes demonstram a variabilidade da descrição dos participantes sobre os objetivos da educação em saúde nas categorias demonstradas na TABELA 9. Por exemplo, a categoria temática ampliar conhecimento englobou componentes que indicam uma finalidade mais interacionista como a troca de saberes e de experiências e de uma educação voltada para informar e orientar. Destaca-se a categoria melhorar o acesso à saúde, que apresentou finalidades diferenciadas para as práticas educação em saúde coletiva como melhorar o vínculo dos usuários com a equipe e diminuir a demanda por atendimento nas unidades de saúde da família.

TABELA 9 - Objetivos da educação em saúde na perspectiva dos profissionais das ESF, Contagem, MG (2011).

Categoria	N (%)	Componente	Exemplo de resposta
Ampliar conhecimento	137 (58,8)	Trocas de saberes/ experiência	-Trocar opiniões, aprender e ensinar, maneira de colocar o indivíduo responsável por sua saúde.
		Informar/orientar	-Informar e orientar para uma boa qualidade de vida.
		Responsabilização	-Ensinar à comunidade a importância do autocuidado e sua responsabilidade sobre sua saúde.
		Corresponsabilidade	-Tornar as pessoas corresponsáveis por sua saúde, conhecedores do conceito saúde/doença.
Promover Saúde	78 (33,5)	Qualidade de vida	-O objetivo principal é melhorar a qualidade de vida da população, socialização.
		Controle Social	-Melhorar a qualidade de vida dos usuários, promover o controle social.
		Condição de Saúde	-Ajudar na melhoria das condições de saúde da população.
		Ambiente saudável	-Fazer da comunidade um lugar respeitoso sempre e melhor para viver.
Melhorar o acesso em saúde	18 (7,7)	Melhor atendimento	-Melhorar o atendimento.
		Comunicação e vínculo	-Promover grupos de convivência, isso permite que a ESF tenha uma melhor convivência com os usuários podendo assim ajudá-los melhor.
		Redução de custos	-Mudança do hábito de vida para prevenção de doenças, diminuindo custos dos serviços secundários e terciários.
		Organização do trabalho	-Organização do processo de trabalho, diminuir na fila as demandas livres e os problemas crônicos.
Total	233 (100)		

Foi solicitado aos participantes do estudo que relatassem quais fatores motivam ou melhoram a adesão da comunidade às práticas coletivas de educação em saúde (TAB. 10) propostas pela equipe de saúde. Dentre as respostas, as que mais se destacaram foram as relacionadas à estratégia utilizada para a realização da ação educativa, com percentual de 50,3%. Aspectos como divulgação, adequação do tema, estratégia para condução do grupo também foram citados. Nessa categoria, a presença de profissional especializado ou de outra unidade também foi relatada como fator motivacional. Em seguida, com 32,2% das respostas, os incentivos, como a renovação da receita médica, a acesso à solicitação de exame ou possibilidade de uma consulta médica, além dos sorteios de brindes e lanches foram relatados.

Dos exemplos de resposta que citaram “incentivos” como fatores motivacionais para a prática coletiva, em todas as respostas observou-se que os profissionais relataram aspectos motivacionais que reportavam a aspectos externos, relacionados a ganhos materiais. Os resultados positivos (13,3%) das práticas educativas foram também relatados como indutores e motivadores da realização e adesão.

TABELA 10 - Motivações ou melhoras para a adesão da comunidade nas atividades educativas na perspectiva do profissional das ESF, Contagem, MG (2011).

Categoria	N (%)	Exemplos de resposta
Estratégias	72 (50,3)	-O convite ao usuário é um ponto importante, deverá ser “seduzido” a participar. -Uso da metodologia problematizadora e metodologias diversificadas. -Abordagem de temas relevantes pertinentes à vivência do dia-a-dia. -Grupos com o momento de descontração (brincadeiras). -Presença de profissionais especializados. -Passeios, festas, pois são oportunidades que muitos têm para sair da rotina. -Troca de saberes e experiências. -A proposta parte da própria comunidade. -Propaganda do governo, artista, jogador, meios de comunicação.
Incentivos	46 (32,2)	-O que motiva as pessoas é a consulta médica, uma receita ou pedido de exame. -Vem ao grupo de planejamento familiar para laqueadura, vasectomia. - Receber: brindes, sorteios, lanches. -O programa bolsa família. -Motivação da ESF.
Resultados	19 (13,3)	-Melhora na qualidade de vida. -Favorece o controle das doenças. -Auxilia o processo terapêutico. -Facilita a abordagem e melhora o vínculo do profissional com o usuário. -Melhora o nível de informação do usuário. -Diminui a demanda por atendimento nas unidades de ESF.
Recursos	6 (4,2)	-Materiais adequados, área física adequada, incluindo a distância e o acesso, sorteio de brindes.
Total	143 (100)	

Observa-se na TAB. 11 que entre os temas que compõem as ações de educação em saúde de acordo com o distrito sanitário, HAS e DM representam os de maior frequência com percentuais de 63,3% e 58,9%, respectivamente. Porém identificou-se uma variação de frequência desses temas entre os distritos, por exemplo, a HAS foi mencionada em 92% dos participantes de ESF do Nacional e 11,1% entre os da Sede.

Os temas como puericultura e gestante tiveram percentuais de frequência de realização abaixo de 50% entre as ESF. Em relação à frequência de realização de práticas coletivas de educação em saúde entre os distritos com temática relativa à puericultura, somente três distritos apresentaram percentual acima de 50%, sendo 77,8% no Sede, 58,6% no Ressaca e 57,1% no Petrolândia. Por outro lado os distritos Eldorado, Vargem das Flores, Industrial e Nacional apresentaram percentuais acima de 50% quanto a não realização ou raramente realização de práticas com esta temática (TAB. 11).

Para as atividades educativas com temáticas direcionadas ao período gestacional somente os distritos Vargem das Flores e Ressaca apresentaram percentuais mais frequentes, com 56% e 57,1% respectivamente. Os demais distritos apresentaram percentuais menores que 50% (TAB. 11).

Temáticas relativas ao controle de peso apresentaram baixos percentuais de frequência entre os distritos sendo 33,3% no Petrolândia, 28,6% no Eldorado, 24% no Vargem das Flores e 22,2 no Industrial. Temas que abordam saúde mental obtiveram a maior frequência de realização no distrito sanitário Sede com 55,6% (TAB. 11).

Os temas/atividades das práticas coletivas de educação em saúde que apresentaram menores frequência foram os relacionados à qualidade de vida (15,6%), convivência (12,4%), idosos (11,5%), atividade física (9,3%), artesanato (8,4%), passeio (6,2%), asma (4,7%), saúde do homem (4,65) e dança (1,6%) (TAB. 11).

TABELA 11 - Descrição da frequência de realização de educação em saúde de acordo com tema/atividade por distrito sanitário, Contagem, MG (2011).

Distrito Tipo/frequência	Distrito Sanitário N(%)							Total
	Petrolândia	Sede	Eldorado	Vargem	Industrial	Nacional	Ressaca	
HAS								
Frequente	13(86,7)	1(11,1)	3(37,5)	14(56,0)	14(50,0)	23(92,0)	16(51,6)	84(63,2)
Raro/nunca	2(13,3)	8(88,9)	5(62,5)	11(44,0)	14(50,0)	2(8,0)	15(48,4)	49(36,8)
DM								
Frequente	13(86,7)	1(11,1)	3(37,5)	14(56,0)	13(46,4)	22(88,0)	17(54,8)	83(58,9)
Raro/nunca	2(13,3)	8(88,9)	5(62,5)	11(44,0)	15(53,6)	3(12,0)	14(45,2)	58(41,1)
Puericultura								
Frequente	8(57,1)	7(77,8)	2(25,0)	6(25,0)	12(42,9)	11(45,8)	17(58,6)	63(46,3)
Raro/nunca	6(42,9)	2(22,2)	6(75,0)	18(75,0)	16(57,1)	13(54,2)	12(41,4)	73(53,7)
Gestante								
Frequente	5(35,7)	4(44,4)	2(25,0)	14(56,0)	11(39,3)	6(25,0)	16(57,1)	58(42,6)
Raro/nunca	9(64,3)	5(55,6)	6(75,0)	11(44,0)	17(60,7)	18(75,0)	12(42,9)	78(57,4)
Controle peso								
Frequente	5(33,3)	5(62,5)	2(28,6)	6(24,0)	6(22,2)	14(58,4)	18(62,1)	56(41,5)
Raro/nunca	10(66,7)	3(37,5)	5(71,4)	19(76,0)	21(77,8)	10(41,6)	11(37,9)	79(58,5)
Saúde mental								
Frequente	5(35,7)	5(55,6)	1(12,5)	10(41,7)	4(14,8)	4(17,4)	12(38,7)	41(30,1)
Raro/nunca	9(64,3)	4(44,4)	7(87,5)	14(58,3)	23(85,2)	19(82,6)	19(61,3)	95(69,9)
Qualidade vida								
Frequente	2(15,4)	-	-	6(25)	-	6(27,3)	6(21,4)	20(15,6)
Raro/nunca	11(84,6)	8(100)	7(100)	18(75)	26(100)	16(72,7)	22(78,6)	108(84,4)
Convivência								
Frequente	4(28,6)	2(25,0)	-	-	2(7,4)	4(18,2)	4(14,8)	16(12,4)
Raro/nunca	10(71,4)	6(75,0)	7(100)	24(100)	25(92,6)	18(81,8)	7(85,2)	113(87,6)
Idosos								
Frequente	4(30,8)	-	1(12,5)	-	1(3,7)	4(18,2)	5(17,9)	15(11,5)
Raro/nunca	9(69,2)	8(100)	7(87,5)	24(100)	26(96,3)	18(81,8)	23(82,1)	115(88,5)
Atividade física								
Frequente	-	-	-	-	-	5(22,7)	7(25,0)	12(9,3)
Raro/nunca	13(100)	8(100)	7(100)	24(100)	27(100)	17(77,3)	21(75,0)	117(90,7)
Artesanato								
Frequente	5(35,7)	3(33,3)	-	-	-	1(4,5)	2(7,1)	11(8,4)
Raro/nunca	9(64,3)	6(66,7)	7(100)	24(100)	27(100)	21(95,5)	26(92,9)	120(91,6)
Passeio								
Frequente	4(26,7)	-	-	1(4,3)	-	2(9,1)	1(3,6)	8(6,2)
Raro/nunca	11(73,3)	8(100)	7(100)	22(95,7)	27(100)	20(90,9)	27(96,4)	122(93,8)
Asma								
Frequente	-	-	-	2(8,7)	-	2(9,1)	2(7,1)	6(4,7)
Raro/nunca	13(100)	8(100)	7(100)	21(91,3)	27(100)	20(90,9)	26(92,9)	122(95,3)
Saúde homem								
Frequente	-	-	-	1(4,2)	1(3,6)	-	4(14,3)	6(4,6)
Raro/nunca	13(100)	8(100)	7(100)	23(95,8)	27(96,4)	24(100)	24(85,7)	124(95,4)
Dança								
Frequente	-	-	-	1(4,3)	-	-	1(3,6)	2(1,6)
Raro/nunca	13(100)	8(100)	7(100)	22(95,7)	27(100)	22(100)	27(96,4)	126(98,4)

Nota: N=161.

Investigou-se a percepção dos participantes acerca dos recursos pedagógicos utilizados nas práticas de educação em saúde (TAB. 12), 11,1% e 69,8% dos participantes relataram serem os recursos pedagógicos sempre adequados ou às vezes adequados, respectivamente. Cabe destacar que no distrito Petrolândia 80% mencionaram não haver recursos pedagógicos

O local de realização das práticas de educação em saúde de acordo com o distrito sanitário foi mencionado pela maioria dos participantes como às vezes adequado (52,6%) e não adequado (32,7%). Verifica-se também que houve diferença entre os distritos em relação à percepção da adequação do espaço físico para a realização das práticas educativas. O distrito Sede apresentou o maior percentual de frequência de avaliação das atividades educativas (66,7%). No Petrolândia houve percentuais idênticos de periodicidade de avaliação (50%) para avaliação frequente e rara (TAB. 12).

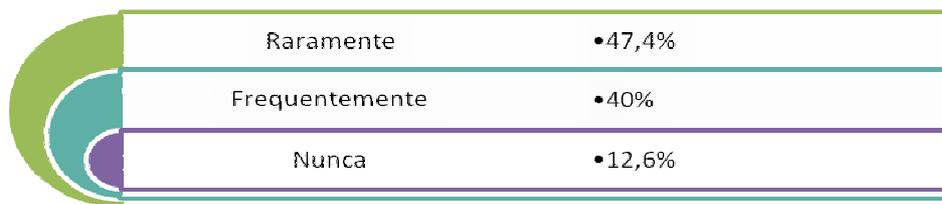
TABELA 12 - Descrição das práticas coletivas de educação em saúde segundo caracterização dos recursos pedagógicos, da periodicidade de avaliação e local, Contagem, MG (2011).

	Distritos sanitários							Total
	N(%)							
	Petrolândia	Sede	Eldorado	Vargem	Industrial	Nacional	Ressaca	
Recursos pedagógicos ^a								
Às vezes adequados	1(20)	5(71,4)	6(75)	14(63,7)	20(80)	16(69,6)	16(61,5)	88(69,8)
Não há	4(80)	1(14,3)	-	3(13,6)	3(12)	5(21,7)	8(30,8)	24(19,1)
Sempre adequados	-	1(14,3)	2(25)	5(22,7)	2(8)	2(8,7)	2(7,7)	14(11,1)
Periodicidade ^b								
Raramente	7(50)	3(33,3)	6(85,7)	11(47,8)	14(50)	13(52)	10(34,5)	64(47,4)
Frequentemente	7(50)	6(66,7)	1(14,3)	9(39,2)	10(35,7)	10(40)	11(37,9)	54(40)
Nunca	-	-	-	3(13)	4(14,3)	2(8)	8(27,6)	17(12,6)
Local ^c								
Às vezes adequado	9(60)	4(44,4)	4(44,4)	12(57,2)	14(51,9)	16(64)	15(48,4)	82(52,6)
Não adequado	4(26,7)	1(11,2)	4(44,4)	4(19%)	10(37)	6(24)	11(35,5)	51(32,7)
Sempre adequado	2(13,3)	4(44,4)	1(11,2)	5(23,8)	3(11,1)	3(12)	5(16,1)	23(14,7)

Notas: ^aN= 126, excluídos 40 questionários sem resposta. ^bN= 135, excluídos 31 questionários sem resposta. ^cN=156, excluídos 10 questionários sem resposta.

Em relação à frequência com que são realizadas as práticas coletivas de educação em saúde são analisadas, os participantes apontaram que a fazem de forma frequente e raramente em 40% e 47,4%, respectivamente. Entretanto, 12,6% das respostas indicam que nunca realizaram a avaliação dessas ações educativas em saúde (FIG. 6).

FIGURA 6 - Periodicidade de análise das práticas coletivas de educação em saúde pelas ESF, Contagem, MG (2011).



O autoretrato dos profissionais das ESF acerca do nível de conhecimento sobre educação em saúde de acordo com o distrito (TAB. 13) mostrou uma pequena variação de respostas, pois em todos os distritos foi identificado um percentual de relato acima de 60% de necessidade de melhorar o conhecimento nessa área. Os maiores percentuais foram observados nos distritos Sede e Eldorado 90% e 88,9%, respectivamente.

Práticas coletivas de educação em saúde realizadas de forma intuitiva tiveram o maior percentual desse tipo de resposta (30,8%) entre os profissionais participantes do distrito sanitário Vargem das Flores. A reprodução e/ou continuidade de grupos foram pouco mencionadas pelos profissionais nos distritos Vargem das Flores e Ressaca, com percentuais de 3,8% e 4,3%, respectivamente. Entretanto, percentuais maiores foram identificados nos distritos Sede (40%) e Nacional (41,7%). A utilização das ideias de Paulo Freire para as práticas de educação em saúde não foi mencionada entre os profissionais dos distritos Sede, Eldorado e Industrial, nos demais apenas 02 profissionais as mencionaram (TAB. 13).

TABELA 13 - Descrição do nível de conhecimento, concepção metodológica e adesão às práticas coletivas de educação em saúde de acordo com o distrito sanitário, Contagem, MG (2011).

	Distrito sanitário N(%)							
	Petrolândia	Sede	Eldorado	Vargem	Industrial	Nacional	Ressaca	Total
Nível de conhecimento ^a								
Precisa melhorar	8(61,5)	9(90)	8(88,9)	16(76,2)	16(76,2)	16(72,7)	16(61,5)	101(71,6)
Adequado	5(38,5)	1(10)	1(11,1)	5(23,8)	5(23,8)	6(27,3)	10(38,5)	40(28,4)
Fonte/Método ^b								
Reprodução de grupos	8(34,8)	6(40)	4(36,4)	12(3,8)	9(31)	15(41,7)	16(4,3)	70(27)
Livros de técnicas	7(30,4)	3(20)	4(36,4)	7(27)	5(17,3)	8(22,2)	7(30,4)	41(25,1)
Intuitiva	6(26,1)	4(26,7)	1(9)	8(30,8)	6(20,7)	8(22,2)	6(26,1)	39(24)
Não sabe responder	-	2(13,3)	2(18,2)	5(19,2)	9(31)	3(8,3)	4(17,4)	25(15,3)
Paulo Freire	2(8,7)	-	-	2(7,7)	-	2(5,6)	2(8,7)	8(4,9)
Não há	-	-	-	3(11,5)	-	-	3(13,1)	6(3,7)
Nível de adesão ^c								
Médio	5(35,7)	9(90)	4(44,5)	11(52,4)	14(53,8)	8(34,8)	11(42,3)	62(48,1)
Alto	8(57,2)	1(10)	3(33,3)	7(33,3)	8(30,8)	13(56,5)	13(50)	53(41,1)
Baixo	1(7,1)	-	2(22,2)	3(14,3)	4(15,4)	2(8,7)	2(7,7)	14(10,8)

Notas: ^aN=141. ^bN=163. ^cN=129.

Os temas direcionados às pessoas com HAS e DM figuraram em todos os distritos sanitários como os de maior percentual em práticas coletivas de educação em saúde consideradas significativas pelos participantes deste estudo, conferindo a sua importância e valorização dentre as realizadas pelas ESF. Os temas pouco mencionados nas práticas coletivas significativas, com percentuais totais abaixo de 10% foram os direcionados aos adolescentes, atividade física, saúde da criança e alimentação saudável (TAB. 14).

TABELA 14 - Descrição do tema/tipo de atividade das práticas coletiva de educação em saúde significativas de acordo com o distrito sanitário, Contagem, MG (2011).

Categoria temática ^a	Distrito sanitário							
	N(%)							
	Petrolândia	Sede	Eldorado	Vargem	Industrial	Nacional	Ressaca	Total
HAS e DM	2(16,7)	1(10)	2(40)	2(18,2)	6(31,5)	11(52,4)	2(18,2)	26(29,2)
Saúde da mulher ^b	2(14,3)	0(0)	4(44,4)	10(47,6)	6(24)	1(4,5)	12(52,2)	35(27,5)
Artesanato, convivência, lazer	8(66,6)	3(30)	-	1(9,1)	4(21,1)	1(4,8)	2(18,2)	19(21,3)
Planejamento familiar	-	2(20)	-	2(18,2)	6(31,5)	2(9,5)	3(27,2)	15(16,9)
Atividade física	-	3(30)	1(20)	-	1(5,3)	2(9,5)	1(9,1)	8(9)
Alimentação saudável ^c	2(16,7)	1(10)	-	-	1(5,3)	2(9,5)	2(18,2)	8(9)
Adolescente ^d	-	-	-	4(36,3)	-	2(9,5)	1(9,1)	7(7,9)
Saúde da criança ^e	-	-	2(40)	2(18,2)	1(5,3)	1(4,8)	-	6(6,7)

Notas: ^aN=143. ^bPrevenção de câncer de colo de útero e de mama, gestante. ^cAlimentação, saúde bucal. ^dJuventude saudável, higiene, sexualidade, peso. ^eAnemia, controle de peso.

Discussão

6 DISCUSSÃO

A educação em saúde apesar de toda a sua especificidade é acima de tudo Educação. A educação é uma prática social humana, um processo histórico, contínuo, que emerge da dialética entre homem, mundo, história e circunstâncias. A sua finalidade na área da saúde é promover patamares mais elevados de autonomia, de corresponsabilização por meio da reflexão crítica, para os sujeitos identificarem e intervirem sobre as questões de saúde e meio ambiente, o que lhe outorga o caráter de atividade complexa.

Os resultados deste estudo parecem demonstrar que houve um reconhecimento por parte da maioria dos participantes da complexidade do ato de aprender-educar ao apontarem a necessidade de ampliarem o nível de conhecimento na área de educação em saúde. Além disso, a educação em saúde figura como uma ação proeminente da estratégia de saúde da família o que confronta o profissional com essa necessidade de se capacitar para atuar nessa área, considerada central para a promoção da saúde. Em outra interpretação, apesar do reconhecimento da complexidade e da obscuridade de seus resultados, a literatura científica aponta para uma possível naturalização dessa prática entre os profissionais de saúde como um processo prescritivo, normativo e regulador numa perspectiva da racionalidade cartesiana e positivista que cria obstáculo para a percepção dessa área de conhecimento como uma demanda para a educação permanente em saúde (GASTALDO, 1997; REIS, 2006).

Desta forma, o reconhecimento da complexidade que envolve a educação em saúde nos aponta que ao considerarmos na sua prática as amplitudes e mazelas da produção da vida humana, entendemos que o profissional precisa de uma formação que o qualifique para compreender, intervir e lutar por ações intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e populações. Sendo assim a educação permanente em saúde deve ampliar seus horizontes no sentido entrelaçar politicamente Educação e Saúde. (CECCIN E FERLA, 2008). Ao pensar em educação permanente em saúde como integrante, de fato, de uma política municipal deve-se não perder de vista que em seu conteúdo a coerência com a realidade local e a promoção da saúde deve permear qualquer discussão. Da mesma forma, há que se buscar aprimorar a capacidade profissional de ouvir o outro e comunicar-se com o outro criando oportunidades para a comunidade problematizar a realidade de saúde e ambiente (FREIRE, 2011).

Outro aspecto é a limitação de disciplinas curriculares que favoreçam uma formação adequada dos profissionais de saúde para atuarem como agentes de educação com competências e habilidades para as práticas coletivas de educação em saúde. Porém, esse

processo ocorre de forma desigual nos cursos da área da saúde, a exemplo, do observado neste estudo no qual os enfermeiros relataram ter um nível de conhecimento maior de educação em saúde, talvez por perceberem que a ação educativa é inerente à prática do cuidado. Outra inferência refere-se a esse profissional como sendo o responsável, na maioria das vezes, pelo planejamento e desenvolvimento dessas práticas, o que pode impulsionar a busca pelo conhecimento nessa área (CAMPOS, 2003).

Constituem-se desafios centrais para a gestão dos serviços de APS: romper com a lógica de produção quantitativa, individual, fragmentada das ações de saúde, ampliar espaços de atuação dos profissionais das ESF em práticas educativas coletivas para o compartilhamento de saberes, criar oportunidades para a comunidade problematizar a realidade de saúde e ambiente e aprimorar a capacidade profissional de ouvir o outro e comunicar-se com o outro para negociar as intervenções de forma compartilhada (TORRES, HORTALE e SCHALL, 2003).

São vários os ambientes em que a equipe de saúde e a população se relacionam em uma perspectiva de educar em saúde. Um exemplo de uma importante capacitação para profissionais da APS que atuam nessa área refere-se ao desenvolvimento de projetos e programas de base comunitária. Trata-se de uma abordagem colaborativa que envolve equitativamente todos os integrantes profissionais de saúde, representantes comunitários e da gestão pública em um processo de pesquisa-ação e educação que reconhece os pontos fortes que cada um traz com o objetivo de combinar o conhecimento e a ação para a mudança social visando melhorar a saúde da comunidade e eliminar iniquidades em saúde (ISRAEL *et al.*, 1998).

Sabe-se que em saúde pública, pouco ou quase nada se consegue sem a participação ativa da população, daí a importância de se priorizem programas de educação em saúde que aliam a produção do conhecimento a uma ação concreta de forma colaborativa e corresponsável entre os atores sociais que atuam e que vivem na comunidade. Essa participação favorece o reconhecimento dos programas e a adesão às ações de saúde pela população. De fato os programas de saúde que incluem a participação comunitária resultam em uma maior efetividade e eficácia de suas ações (ISRAEL *et al.*, 1998). Isso porque os programas de participação comunitária possuem, em geral, objetivos mais amplos como melhorarias nas condições ambientais, sociais e no acesso a saúde através da organização e do ativismo das pessoas em grupos sociais (ISRAEL *et al.*, 1998; DIAS, 1998; NDEKHA *et al.*, 2003). Nesses programas a dimensão educacional possui uma intencionalidade mais política

voltada para a ampliação da autonomia e do empoderamento dos participantes (PARKER *et al.*, 2010).

Ressaltam-se as diversas experiências no campo da Saúde Pública que demonstram a aplicabilidade de modelos de participação comunitária em saúde que podem gerar benefícios como: (a) fortalecer na comunidade a ideia da ação coletiva como fundamental para a resolução dos problemas de saúde; (b) assegurar que as propostas de intervenção e de pesquisa sejam reconhecidas e vividas pelas culturas locais, garantido o princípio de relevância da investigação científica; (c) melhorar a confiança do programa junto à comunidade; (d) melhorar a compreensão da complexidade das questões que envolvem o controle da endemia na localidade; (e) aliar produção de conhecimento a uma prática concreta (f) possibilitar que a comunidade perceba conjuntamente com os profissionais de saúde e investigadores os resultados do programa ou da pesquisa para o controle e prevenção da doença endêmica (ISRAEL *et al.*, 1998; DIAS, 1998; ACIOLI e CARVALHO 1998; ALVES, 2004; UCHOA *et al.*, 2000).

Infere-se que o alto percentual de relatos de participantes que reportam a necessidade de capacitação em educação em saúde demonstra a necessidade de uma capacitação mais contínua para a atuação nessa área, dada a sua complexidade e diversidade de abordagens, concepções e métodos. Em síntese, essa é uma temática que deveria ocupar lugar privilegiado na pauta da educação permanente dos profissionais da APS. A capacitação em educação em saúde incide sobre a forma como essas ações são pensadas, a sua coerência com a realidade local e a sua conexidade com a promoção da saúde. Outra confirmação dessa necessidade foi a constatação observada neste estudo da maior ocorrência de reprodução de grupos e do uso da intuição para o planejamento de práticas coletivas de educação em saúde. A ausência de referenciais ou o não adequado nível de conhecimento da área parece conduzir os profissionais a buscarem exemplos de práticas já estabelecidas no contexto em que atuam reproduzindo-as e os afastando da necessidade de investigar suas concepções e finalidades.

A expansão progressiva de ações que são delegadas às ESF desde a sua instituição como uma estratégia favorecedora da mudança de modelo de atenção à saúde, pode acarretar sobrecarga e reduzir o tempo de investimento dos profissionais para o aperfeiçoamento das práticas coletivas de educação em saúde. Por exemplo, o Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2010), Programa de Atenção Domiciliar (PAD) (BRASIL, 2012a) e o Programa Nacional de Imunização (PNI) (BRASIL, 2012b). Complementando, sabe-se que muitas vezes o profissional de saúde se prepara e prepara o grupo fora do horário de trabalho, em casa, com recursos próprios ou com a colaboração dos colegas da equipe e às vezes da

comunidade. Esse esforço criativo parece acontecer mais como militância e desejo próprio do que como reconhecimento desse trabalho. Esse esforço pode acarretar um sentimento de solidão e de que é mais fácil desistir ou persistir no velho modelo de grupo informativo e distanciado do usuário e de sua realidade (PEKELMAN, 2008).

A utilização das concepções de Paulo Freire (2011), apesar de apresentarem um baixo percentual de menção, representou o único campo de conhecimento da área de educação que norteava as práticas educativas nos cenários pesquisados. Atualmente as ideias freirianas são reconhecidas, inclusive no âmbito internacional, como uma metodologia bem sucedida para trabalhar com educação popular, por considerar o diálogo, a reflexão crítica a partir dos diferentes saberes e modos de interpretar a realidade. Esses aspectos são fundamentais para o exercício da autonomia possível e para a instituição de mudanças que visem melhorias nas condições de vida dos indivíduos.

Para Paulo Freire, problematizar é exercer uma análise crítica sobre a realidade problema, para que o educando perceba essa questão e reconheça a necessidade de mudanças. A tomada de consciência do educando diante de determinada situação de doenças ou agravo e reconhecimento da necessidade de mudança pode ser uma das dimensões a serem potencializadas através da educação em saúde. Apesar da sua proeminência na literatura de educação em saúde, devido, por exemplo, ao seu compromisso com a equidade social, a apropriação concreta do método Paulo Freire na estratégia saúde da família ainda parece não ser uma realidade, como observada neste estudo. Em outras situações em que o método Paulo Freire é mencionado como fonte para o planejamento e desenvolvimento dessas ações ainda constata-se críticas (WIGGINS, 2011) por simplificarem esse processo a uma troca de informações entre profissionais e usuários e uma investigação da realidade sem a apropriação da estrutura conceitual e analítica e a intencionalidade política presente no método Paulo Freire. Isso pode ser resultado da compreensão de que a educação pautada em Paulo Freire se dá apenas por estabelecer o diálogo com a população. Exclui-se desse processo a necessidade de selecionar um determinado aspecto da realidade do indivíduo/comunidade, destituindo-os do compromisso de investigar e refletir sobre a realidade observada-vivenciada, não oportunizando a expressão mais efetiva das percepções sobre o que é mais determinante na situação em pauta, subtraindo a fase de aproximação do saber do mundo da vida com o saber técnico-científico de forma crítica e reflexiva para absorção de conclusões que são determinadas pelos profissionais de saúde que as conduzem.

Enfatiza-se que há outras importantes contribuições para a educação em saúde como as concepções de Dewey (TEITELBAUM e APPLE, 2001), Freinet (2004), Vygotsky

(SIRGADO, 2000), acerca do ensino-aprendizado fundamentado na experiência e na construção social do conhecimento. Da mesma forma, os escritos de Deleuze, filósofo pós-moderno, que apontam que educar é suscitar acontecimentos que levem as pessoas a atribuir significados e sentidos às situações e eventos objetivos/subjetivos do seu cotidiano (GALLO, 2008). Igualmente, os escritos de Hannah Arendt (ALMEIDA, 2010), filósofa e pensadora política, que partem da premissa de que há uma nítida distinção entre os processos de pensar e conhecer que podem contribuir para a renovação das práticas coletivas de educação. Ressaltamos também, o pensamento de Pedro Demo (2002) sobre a politicidade como um compromisso para a educação na atualidade.

Entretanto, cabe mencionar que a pouca utilização dessas concepções podem ter como raízes, as lacunas na formação e na não priorização na pauta da educação permanente o aprofundamento das áreas que contribuem para a educação em saúde. Todo este contexto reafirma a tese de que “o que poderia ser um gesto criativo, como o treino para o desempenho de uma técnica a ser construída internamente pelo educando, é rebaixado a algo mecânico no contexto do reflexo condicionado” (VILLA, 2006).

De fato, estudos demonstram que a concepção teórico filosófica é fator norteador da atuação do profissional nos processos educativos (VASCONCELOS, GRILLO e SOARES, 2009). A não existência de uma ou mais concepções sobre o processo pedagógico pode contribuir para a continuidade de uma prática unívoca da educação como um processo de “adquirir” e “receber” a informação, em detrimento de outras dimensões presentes no ato de educar-aprender como a afetividade, a subjetividade e a intersubjetividade na relação do sujeito consigo mesmo, com o outro, com o conhecimento e com a realidade (DEMO, 2000). Não significa uma defesa da suplantação do processo tradicional de ensino pelo participativo, mas possibilitar reflexões e escolhas seguras diante das diferentes perspectivas proeminentes da área de educação sobre o ensinar e aprender na formação e atuação do profissional de saúde.

Freire (2011) defendia que o ato de aprender-educar pode acontecer em qualquer lugar. Porém observou-se neste estudo a necessidade de melhoria do espaço físico, que às vezes não é adequado à realização da prática coletiva de educação em saúde. Se por um lado o ato de aprender e ensinar acontece em diversos cenários, muitas vezes inusitados ou até mesmo não adequados do ponto de vista clássico de educação, por outro, é a sua finalidade, escolher as estratégias, o público alvo, o tema abordado que norteiam a noção de adequação de espaço para a prática educativa. O resultado observado neste estudo é que na maioria das vezes a necessidade de melhoria do espaço físico pode indicar a percepção clássica de espaço

para o ato educativo que se configura em uma sala ambientada para o processo ensino-aprendizado.

No elenco dos tipos de dificuldades apontadas pelos participantes para o desenvolvimento das práticas coletivas de educação em saúde destaca-se a baixa adesão da comunidade, a inadequação do espaço e ausência de recursos pedagógicos assim como a não percepção dos resultados dessa prática. Esses resultados parecem estar conectados com os aspectos mencionados pelos participantes, como o desconhecimento de metodologias educativas e a falta de tempo para planejar a educação em saúde. De fato, há lacunas na produção de tecnologias de educação em saúde de fácil apropriação pelos profissionais, de materiais pedagógicos específicos para os programas da APS, de instituição de uma política de fornecimento de suplementos e materiais que possibilitem o exercício da criatividade e da inovação neste campo de atuação. Essa problemática pode conduzir a uma inércia ou mesmice, que pode resultar em uma desmotivação da equipe, como o relatado dos participantes, assim como a baixa adesão da comunidade. Como mencionado, as práticas coletivas de educação em saúde na APS não possuem uma valoração que incentive o seu exercício como observado em outras ações de âmbito individual.

Ainda nesse debate percebe-se na atualidade uma crescente ampliação de práticas educativas coletivas com concepções mais estéticas, poéticas, terapêuticas que são dependentes de investimentos em infraestrutura e recursos humanos. Inserem-se nessas concepções os grupos de convivência na APS que são mediados por música, arte, dança e atividade de relaxamento, assim como as atividades terapêuticas ocupacionais e de geração de renda como a produção de artesanato. As oficinas também são exemplos de ações coletivas que dependem de investimentos financeiros e logísticos como as oficinas que abordam alimentação saudável. Outra demanda que depende desses investimentos são os trabalhos educativos coletivos com adolescentes e jovens que, muitas vezes, precisam de materiais direcionados e atrativos para esse público.

De certa forma, esses resultados que enfatizam as lacunas na infraestrutura e em recursos materiais para as práticas educativas apontam uma preocupação por parte dos profissionais em caminhar para que as práticas educativas sigam para além do tradicional repasse de informações. Outra evidência observada no estudo de uma possível ruptura com o pensamento de uma educação apenas pra melhorar o nível de informação das pessoas refere-se à finalidade dessa prática de melhorar o vínculo entre profissional e população mencionada pelos profissionais como fator motivador. O desenvolvimento de aspectos relacionais que podem ser construídos pelo aumento do vínculo demonstra a importância da dimensão afetiva

no processo educacional em saúde (REIS, 2006). Isso conduz a uma interpretação de que uma “nova intencionalidade” no âmbito da educação em saúde na APS, na qual há uma maior valorização de um diálogo autêntico, da subjetividade e intersubjetividade, da escuta acolhedora são favorecedores do aumento da autonomia possível e (CECÍLIO, 2001; MERHY, 1997) do estabelecimento de processos de alteridade entre os atores sociais envolvidos.

Outro fator motivacional que diz respeito a uma postura mais participativa da equipe de saúde é a educação em saúde para promoção de trocas de experiência. O reconhecimento da importância de confrontar o saber técnico-científico com o saber advindo do mundo da vida cria a oportunidade de intercâmbio entre esse saberes, culturas, formas de interpretação que por meio de uma análise crítica dos participantes se potencializam para atuarem frente às situações cotidianas que evocam uma atitude, postura e prática dos indivíduos para com a sua saúde, o meio ambiente e a comunidade (STOTZ, DAVID e BORNSTEIN, 2007; TORRES, HORTALE e SCHALL, 2003). Isso favorece o empoderamento, que é um resultado esperado para os processos de educação coletiva em saúde da APS, pois essa abordagem visa o fortalecimento dos sujeitos para a participação social, buscando a autonomia possível, tornando-os não apenas meros objetos do processo, mas sujeitos ativos e participativos capazes de mudar a realidade.

De fato, a aproximação e a troca de conhecimento entre equipe e comunidade são elementos que deveriam sustentar as práticas educativas pelo potencial de propiciar convivência de ideias e concepções de vida diferentes, que podem levar a uma ampliação da aprendizagem para que ela seja de fato significativa. A possibilidade de construção conjunta de saberes pode favorecer a tomada de decisão de cada participante, em relação às mudanças em sua vida. Situa-se nessa discussão a questão problema apontada por Valla (1999) que essa ausência de troca efetiva de experiências no ato educacional em saúde gera erros de interpretação por parte dos profissionais e da população já que cada um possui lógicas e práticas, muitas vezes, diferenciadas em relação à saúde.

As categorias temáticas formadas a partir da descrição de palavras/expressões associados à educação em saúde nos permite perceber o vasto alcance de interpretação que essas práticas contêm, passando por questões que envolvem a subjetividade e relação interpessoal (atitudes), gerenciamento do cuidado (resultado, formato, público, local, planejamento em saúde), ampliação do ato de cuidar (ensino, cuidado e formação humana), diminuição de riscos (temas), promoção da saúde e cuidado ambiental (qualidade de vida). Diferentemente do que se esperava de uma centralidade de associação da educação em saúde como prática integrativa do tratamento e de uma política de prevenção de doenças e agravos,

os profissionais demonstram um potencial amplo incorporando possibilidades que ainda não são efetivamente realizadas na prática, a exemplo das que apontam a prática educativa como favorecedora da expressão de sentimentos e formação humana e cidadã. Isso pode fortalecer a hipótese de que as ESF trilham um processo que transita entre as práticas mais informativas e tradicionais para um pensar mais direcionado para a afetividade, vínculo, diálogo e participação. Porém essa interpretação deve ser vista com cautela, merecendo investigação mais profunda por parte dos pesquisadores da área, a fim de determinar os aspectos que começam a impulsionar essa mudança. Outra observação sobre esses resultados pode-se ancorar na ideia de que muitas vezes o nomear aproxima muito mais do ideal do que a descrição da prática concreta.

Observa-se que esse pensamento identificado entre os participantes do estudo vislumbram novos elementos para a prática educativa, que podem incrementar o seu arcabouço teórico/prático e parecem coerentes com os processos educativos potencializadores da autonomia e da politicidade como na EPS. Essa evidência também indica que a definição de educação em saúde é reconstruída de forma contínua na sua prática, pois indica “novos elementos” que devem compor o seu escopo conceitual, uma vez que os termos e expressões identificados como associados à educação em saúde ultrapassam a definição encontrada no campo teórico (REIS, 2006; ACIOLI e DAVID, 2008; VASCONCELOS, 2006; BRASIL, 2007; BRASIL, 2008).

Infere-se que educar em saúde para aumentar o nível de autonomia e politicidade deve ocupar uma centralidade nas práticas das ESF, já que essas pressupõem sempre uma atitude de participação ativa nas intervenções necessárias a mudança da realidade. Para tal, é importante que esses conceitos estejam de fato coligados aos saberes dos profissionais de saúde. Trabalhar com a subjetividade das pessoas, imergindo em aspectos culturais e históricos, requer um conhecimento elaborado, várias leituras, experiências com boas práticas educativas para que não se caminhe para a banalização de aspectos fundamentais para a emancipação política dos indivíduos. Observa-se um fenômeno no campo da APS: dizer que essas práticas educativas devem ser “problematizadoras” da realidade de saúde e meio ambiente e favorecer o “empoderamento” dos indivíduos (GOMES e MERHY, 2011; PEKELMAN, 2008). Mas, como demonstrado nesse estudo, ter conhecimento dessas terminologias e utilizá-las no discurso por si só não provoca ruptura com o fazer educativo em seu ato. Nessa direção, questiona-se, por exemplo, se os profissionais sabem de fato sobre o método Paulo Freire e como utilizar esse processo na condução do empoderamento.

De fato, os resultados encontrados apesar de apontarem aspectos para além da dimensão informativa, parecem não valorizar a dimensão da formação de um pensamento crítico reflexivo da realidade com a postura de politicidade proeminente na EPS que é a política governamental para atuar nessa área. Transvestir as práticas educativas em saúde com termos e expressões da EPS como “diálogo” e “troca de experiência”, não significa o compromisso com a politicidade como apontado por Pedro Demo (2002), Paulo Freire (2011) e Gadotti (2001). Ao eclipsar a intencionalidade política da educação em saúde nas ESF, cria-se espaço para uma nova roupagem do desenvolvimento, sem, contudo provocar uma incorporação real das concepções da EPS nesse campo de atuação.

Evidência disso é mostrada através dos temas mais trabalhados nas práticas coletivas de educação em saúde, que são os relativos a doenças do mundo atual, como hipertensão arterial e diabetes, que têm múltiplos fatores em sua etiologia como os aspectos comportamentais que dependem da tomada de consciência para incorporações de hábitos favorecedores do controle e da prevenção de agravos associados a essas doenças. Além disso, torna possível a intervenção do sujeito em sua realidade, transformando-a em um ambiente promotor de uma adequada qualidade de vida (BRASIL, 2006). Enfatiza-se que a politicidade deve estar presente nas práticas educativas independente do tema a ser desenvolvido como demonstrado por Gastaldo (1997). A autora discute a relação de poder presente na educação em saúde e exemplifica um grupo de hipertensos, onde os indivíduos no ato educativo, por meio de um acontecimento, visualizam que podem atuar para melhorias na unidade de saúde, ampliando o foco de discussão do agravo ao suscitar uma postura de cidadania como proposta de uma melhoria coletiva. Desta forma, compor aos processos educativos os entendimentos do corpo e seus processos vitais e transversalmente abrir espaço para a ação política alça a saúde a uma experiência política.

Ao apontarem como prática ou atividade significativa o artesanato, grupos de convivência e grupos para o lazer, novamente identificamos uma busca por ultrapassar o padrão de grupos informativos com atividades voltadas mais para a interação social do sujeito. É certo que em qualquer ambiente de prática educativa, a intencionalidade da ação deve ser bem delineada e compartilhada com os integrantes do grupo. Sugere-se que esses encontros permitam aos seus participantes interagir e opinar sobre aspectos da sua vida, da organização dos serviços de saúde e da comunidade.

Dito de outra forma, as temáticas relacionadas à cidadania, autonomia, ética, direito e deveres deveriam ser transversais às temáticas dos diversos programas inseridos na APS, contextualizados com o momento de vida da comunidade, dando sentido ao ato de educar,

ampliando conteúdos que tenham sentido junto à comunidade, de modo que propiciem reflexão conjunta entre equipe de saúde e comunidade, para que as soluções em saúde. (BRASIL, 2004). Dessa forma, as temáticas que compõem o escopo da educação em saúde deveriam estar relacionadas às necessidades das pessoas e despertar motivação nos participantes para que eles relacionem o que aprendem com o que já sabem em um processo de interação com o outro (MOREIRA, 1999; SIRGADO, 2000).

A convivência entre práticas educativas que abordam temas relativos à prevenção de doenças e temáticas inovadoras reaparece na descrição dos profissionais ao apontarem as experiências significativas de educação em saúde. Quanto a isso, ponderamos que não se trata de excluir das práticas educativas as temáticas da tradicional prevenção de doenças e agravos que são inerentes ao trabalho da APS. Busca-se entender como as ESF despertam na comunidade de sua adstrição o tom que sinalize aos indivíduos a consciência de que o processo saúde-doença está intimamente relacionado com a forma como o indivíduo está inserido na sociedade, sua moradia, tipo de trabalho, escolaridade, alimentação, atividade física, religiosidade, vícios, atividades de lazer e como os indivíduos e os serviços de saúde estão implicados nesta realidade. Dessa forma, a educação em saúde não deve ser utilizada como forma punitiva ou corretiva decorrentes da inserção do indivíduo na sociedade, mas criar oportunidade de significar, ressignificar a sua condição de vida para que procure formas individuais e coletivas de mudar a sua realidade, se for esse o entendimento.

Ao investigarmos a forma como os processos de educação coletiva em saúde acontecem em termos de tipo de atividade, frequência em que são realizadas, nível de conhecimento dos profissionais das ESF, a adequação de recursos pedagógicos, infraestrutura, nível de conhecimento, fonte utilizada e nível de adesão das práticas coletivas de educação em saúde por distrito sanitário favoreceu verificar que esses aspectos ocorrem de forma diferenciada nesses territórios. Por exemplo, o distrito sanitário Sede é o território no qual ocorrem de forma mais frequente as práticas coletivas de educação em saúde, principalmente as não usuais como saúde do homem, qualidade de vida, dança, passeio, controle de peso, saúde mental, puericultura. Os distritos Nacional e Petrolândia se destacaram dos demais pelo maior percentual de atividades de educação em saúde com hipertensos e diabéticos e o Ressaca pelo desenvolvimento de grupos com gestantes. É possível deduzir que o território, aspectos da organização, processo de trabalho e composição do quadro de recursos humanos são potenciais fatores explicativos para esses achados. Entretanto não houve a intenção de investigar de forma mais profunda que fatores contextuais contribuem para essas diferenças observadas.

Nessa mesma direção as diferenças observadas em relação ao nível de conhecimento, percepção de necessidade de melhoria, tipos de dificuldades e motivações para o desenvolvimento de práticas coletivas de educação em saúde tiveram percentuais diferentes nos itens investigados para esses aspectos em relação à categoria profissional. Categorias de formação de nível médio ou fundamental apresentaram, por exemplo, menores percentuais de nível adequado de conhecimento nessa área, uma tendência de fazer práticas educativas de forma intuitiva e reprodutiva. Esses resultados parecem sugerir que os investimentos em capacitação devem considerar a categoria profissional e as demandas de acordo com as necessidades do território.

Apesar da variedade dos objetivos tanto das experiências significativas de práticas coletivas de educação em saúde quanto dos objetivos da educação em saúde, de forma geral, houve similaridade na formação das categorias temáticas que abarcaram os componentes mencionados pelos participantes como finalidades das práticas educativas. O diferencial observado foi uma tendência nas práticas coletivas significativas de direcionar os seus objetivos para o tema ou tipo de grupo abordado. Na categoria promover saúde, um exemplo foi o componente saúde do adolescente que tinha como finalidade diminuir a gravidez na adolescência e as DST. Outro exemplo na categoria ampliar conhecimento foi o componente medicação, cujo objetivo foi conscientizar os usuários para o quanto é importante o uso correto da medicação. Isso demonstra que as práticas coletivas significativas tinham como objetivo de uma forma mais geral informar para promover hábitos de vida saudáveis.

Em outra direção observaram-se objetivos mais amplos quando retrataram a finalidade da educação em saúde, a exemplo dos componentes como: troca de saberes/experiências, corresponsabilidade, qualidade de vida, controle social, vínculo, organização do trabalho, que guardam uma maior conexão com as finalidades apresentadas pelo campo teórico da educação em saúde (GAZZINELLI *et al.*, 2005, REIS, 2006).

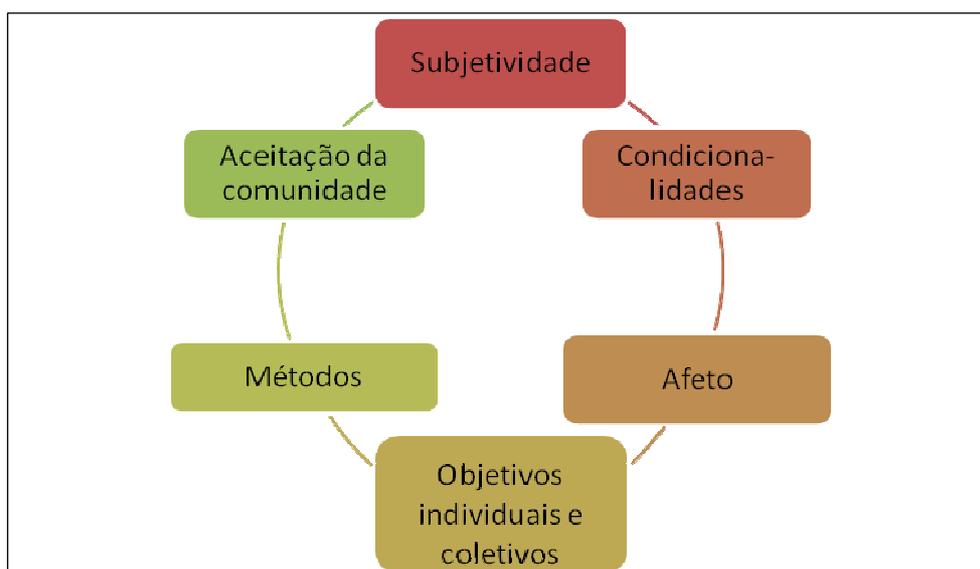
Os objetivos das práticas coletivas significativas convergem para questões relativas à promoção da saúde, ampliação do conhecimento e melhora do acesso em saúde. A promoção da saúde foi identificada através de respostas que indicavam, por exemplo, o incentivo a hábitos de vida saudáveis, prática de atividade física, diminuição de gravidez na adolescência. Nos objetivos da educação em saúde de um modo geral, o controle social, a melhoria da condição de saúde e ambiente saudável foram identificados, indicando-nos um caminhar em direção à intencionalidade de desenvolver espaços nos encontros para a construção do cidadão politizado. Por outro lado, objetivos relativos às orientações e conselhos para se ter uma vida saudável através da incorporação de hábitos saudáveis de vida, prevenção de doenças, uso

correto de medicação, autocuidado compuseram a maior parcela das respostas. Melhorar o acesso em saúde na perspectiva de melhoria do atendimento, da comunicação, da informação relativa ao funcionamento da unidade de saúde além da redução de custos em saúde devido à melhoria de qualidade de vida foram relatados pelos participantes. Percebe-se que há um bloco de respostas direcionadas à prática educativa informativa e outro que complementa com perspectivas voltadas para o aumento do nível de autonomia e coparticipação dos indivíduos no cuidado com sua saúde.

Na categoria “ampliação do conhecimento”, com objetivo das práticas coletivas significativas, elementos que convidam o indivíduo ao cuidado corporal para evitar ou prevenir doenças foram identificados em várias áreas temáticas como HAS e DM, saúde da mulher, adolescentes. A melhora do acesso em saúde reflete a preocupação do profissional para informar ao indivíduo a forma como o serviço está estruturado não o convidando para pensar a organização do serviço.

A adesão da comunidade às práticas coletivas de educação em saúde é uma das dificuldades apontadas neste estudo pelos participantes. Trata-se de uma questão complexa, pois envolve diversos aspectos como a relevância do profissional de saúde considerar os aspectos subjetivos, se os objetivos das ESF estão de acordo com os objetivos individuais e coletivos. A FIG. 7 nos aponta dimensões que devem ser consideradas e valorizadas ao planejar a prática coletiva para a qual a equipe de saúde deve atentar-se.

FIGURA 7 - Aspectos relacionados à adesão da comunidade às práticas coletivas de educação em saúde.



A adesão está relacionada à aceitação da comunidade às propostas de atividades das ESF que pode estar relacionada aos objetivos individuais e coletivos, além de ter uma estreita relação com as subjetividades que envolvem o indivíduo. A relação de afeto que se cria, ou não, entre a equipe de saúde e comunidade certamente colabora para a adesão às práticas coletivas, configurando-se como fator imprescindível, mas não suficiente. Enfatizamos que o método teórico utilizado desperta ou não o interesse da população. Algumas situações podem levar ao entendimento de adesão da comunidade às práticas coletivas, mas se vista de perto percebe-se uma imposição da equipe/serviço para ter acesso a determinados procedimentos, de início pode nos levar a pensar em uma adesão mas na realidade trata-se de imposição ou condição por exemplo para se ter o cadastro em determinado programa, acesso a algum procedimentos, troca de receita. Entender esses fatores ajuda a entender a adesão.

De fato, são múltiplos os itens a serem considerados ao planejar as ações educativas e que podem torná-las convidativas, aumentando a participação das pessoas. O local da realização da prática educativa, horário, público, tema, forma de convidar a comunidade são aspectos que devem ser pensados cuidadosamente (VILLA, 2006). O conhecimento do perfil da comunidade, sua forma de trabalho, rotina, lazer, hábitos de vida pode ser um aliado ao planejar a prática educativa. O objetivo da prática educativa deve estar claro para os participantes no que diz respeito ao tema, número de encontros, combinações internas. A abordagem pedagógica garantirá ou não a continuidade dos encontros. É inegável que a utilização de chamarizes como forma de garantir a presença das pessoas é um incentivo para as práticas educativas como troca de receitas, exames, encaminhamentos. Essa questão é polêmica, não consensual, pode ser interpretada por um lado como motivacional e, por outro, como redutora da autonomia das pessoas em decidir sobre sua participação ou não, portanto constitui-se um importante objeto de investigação em educação em saúde.

Os participantes notaram em sua prática a necessidade de incorporação de profissionais externos à unidade nas práticas coletivas de educação em saúde como fator motivacional da adesão da comunidade. Esse pensamento é coerente com uma educação que se pauta em um acontecimento, ao trazer algo novo: uma pessoa, uma forma de fazer ainda não experimentada, um objeto ou uma situação inusitada, induz à curiosidade, à necessidade de aproximar, de verificar, o que pode potencializar a experiência educativa e favorecer a adesão (GALLO, 2008).

Os resultados apontados demonstraram tentativas dessa inovação das práticas educativas, criando espaços de uma educação semelhante à difundida por Freinet (2004), apesar de não se poder afirmar tratar-se de apropriação de fato dessa concepção, ao relatarmos

passeios como forma de promover o entendimento da realidade e compor o processo terapêutico demonstrando para as pessoas que o lazer integra a saúde em sua totalidade. Da mesma forma, as oficinas de dança, artesanato, grupo de qualidade de vida, atividade física exemplificam a ampliação do escopo das práticas educativas, quando nesse momento o ato educativo também faz parte do processo ou se há indução de reflexões e conversas sobre temas de interesse do grupo. Ao contrário, se configurar uma ação pela ação, ou privilegiar a interação, podem se situarem mais próximas de uma atividade de promoção da saúde ou prevenção de doença e, de forma indireta ou não intencional, um processo educacional.

Observou-se uma valoração do ambiente e dos recursos materiais como centrais para uma adequada prática coletiva de educação em saúde. Porém, cabe mencionar que mudanças de espaço físico, técnicas, recursos pedagógicos e até mesmo incorporação de profissionais de diferentes categorias não significam necessariamente mudança ou incorporação de conceitos emancipatórios na prática coletiva. O aprender-ensinar depende em algumas situações mais e em outras menos desses recursos. Além disso, a finalidade e a concepção da prática educativa é que irá dizer se a presença de recursos pedagógicos ou de ambientação será fundamental para que o processo se estabeleça como planejado.

Ainda nesse debate, importante se faz também mencionar que há uma carência de materiais educativos de apoio a essa prática, como o uso de música, poesia, fotografia, jogos, manifestações artísticas e de habilidades manuais que deveriam ser incentivados e garantidos devido ao potencial de tornar as atividades educativas mais prazerosas, tanto para o participante quanto para o condutor da ação educativa e por parecerem adequar-se às características da população além de promover a interação entre profissional de saúde e indivíduos (TORRES, HORTALE e SCHALL, 2003). O uso de técnicas lúdicas parece ser mediador das temáticas propostas e possui um efeito de aprendizagem positivo, favorecendo uma analogia dos participantes com as imagens, sons e cenas que contextualizam e expressam a sua realidade de vida. Incentivar a produção permanente de materiais educativos, criar mecanismos de acesso dos profissionais a recursos para investimentos nessas atividades são exemplos de iniciativas para auxiliar na suplantação dessa barreira apontada pelos participantes do estudo.

Todo esse cenário nos conduz a uma reflexão importante da relação entre os sujeitos (profissionais de saúde) e a estrutura (a organização dos serviços de saúde) remetendo-nos a uma questão recorrente que trata da superação desses obstáculos que ora têm um peso maior sobre o sujeito e ora um peso maior sobre a estrutura (LIMA e COSTA, 2005; ROECKER e MARCON, 2011). Dito de outra forma, a estrutura de organização e gestão dos serviços,

assim como a valorização dessas práticas de atividades no elenco estabelecido para as ESF devem ser alvo de reflexão e não somente a forma como os profissionais valoram, executam e estão capacitados para tal.

Os aspectos acima citados em adicional aos da comunidade podem estar associados, de alguma maneira, à baixa periodicidade de realização de práticas educativas nas ESF deste estudo. O resultado pode ser um sentimento compartilhado coletivamente de uma prática cansativa, não valorizada e desinteressante. Reafirmamos, dada a sua importância nesse debate, o apoio gestor expresso em uma política municipal de educação em saúde que contemple as dificuldades aqui mencionadas pelos participantes.

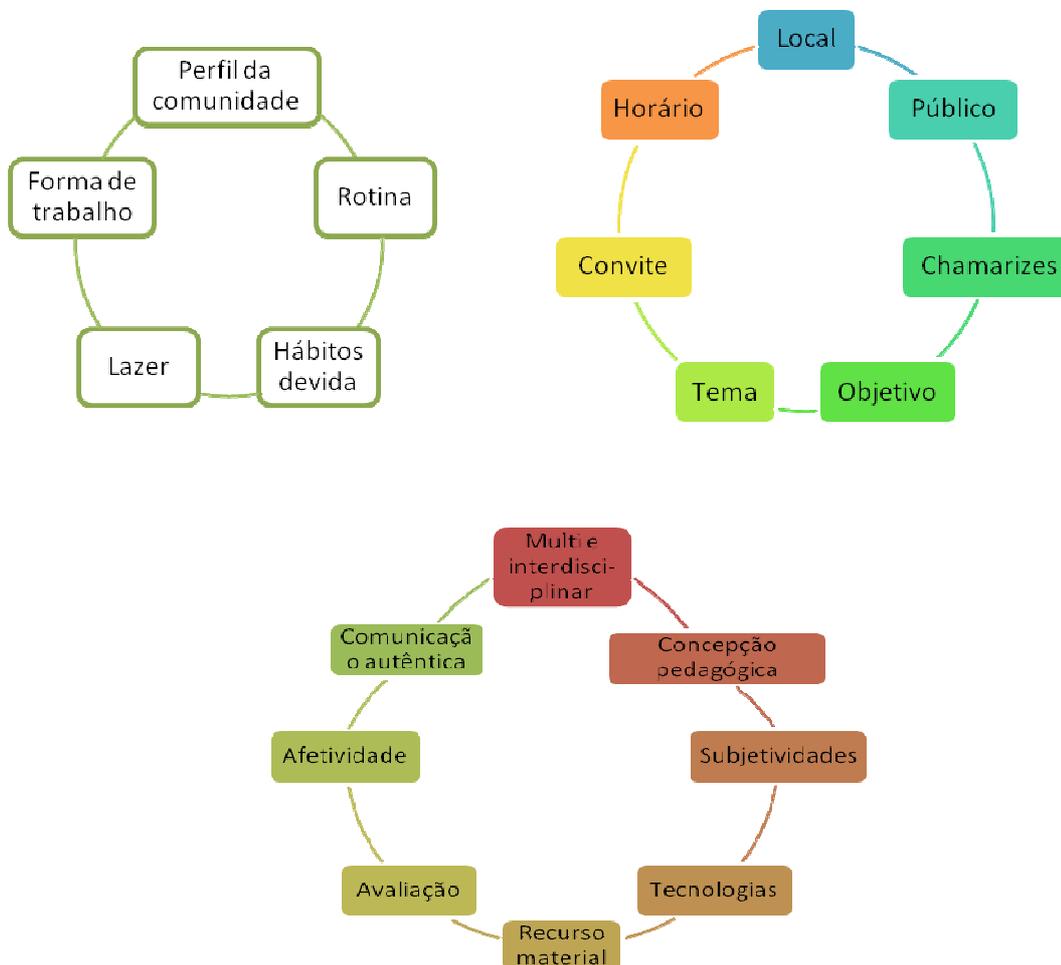
Há que se pensar sempre na qualidade dessas práticas e na incorporação de fato no elenco das ações inerentes à APS. Não utilizá-las como estratégia para melhoria da condição de vida da comunidade parece ser um desperdício do potencial dos profissionais das ESF.

Este estudo não aprofundou na avaliação das práticas coletivas, apenas restringiu-se em entender como as equipes analisam e percebem os resultados das atividades educativas. Desta forma, foi observado que a análise das práticas coletivas são assistemáticas e pouco utilizadas pelas ESF, configurando uma perda de oportunidade de conhecer os seus efeitos, seus possíveis limites e opções de aperfeiçoamento.

Vale ressaltar que a avaliação permite melhorar a efetividade das ações e direcionar a tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997), além de possibilitar o julgamento de que o esforço empreendido para atingir determinados fins foi alcançado com sucesso, como foi realizado e quais foram os beneficiados com tais ações, além de permitir conhecer os efeitos da ação educativa, permitir discutir possíveis limites e opções de aperfeiçoamento do processo de educação em saúde (PEDROSA, 2001; TORRES *et al.*, 2009). Não inseri-la no processo educativo pode levar à estagnação das ações pelo não entendimento dos seus resultados e efeitos.

Entendemos que diversos fatores devem ser considerados ao planejar as práticas coletivas de educação em saúde, como nos mostra a FIG. 8. A participação da comunidade às práticas coletivas de educação em saúde diz respeito à subjetividades para a qual a equipe de saúde deve atentar-se. A adesão, entrelinhas, pode significar adesão ao cuidado corporal, à vontade de mudar de atitude em relação ao estilo de vida, às normas e à aceitação de cobranças impostas pelo serviço de saúde.

FIGURA 8 - Fatores a serem considerados ao planejar as práticas coletivas de educação em saúde.



Fatores internos e externos do cotidiano das pessoas provavelmente pesam na decisão de frequentarem a UBS para atividades de educação em saúde, desta forma é importante que a equipe de saúde conheça o perfil de vida da comunidade e seus hábitos de vida, como exemplo o trabalho, a rotina familiar, lazer, as prioridades na vida das pessoas. Fatores relacionados ao planejamento das atividades educativas foram apontados pelos participantes deste estudo como motivacionais para a adesão da comunidade nas práticas coletivas de educação em saúde. Estratégias como o convite, local, horário, mídia. Relacionar o público com o objetivo da prática os chamarizes, ou sejam, os incentivos de natureza variada como o acesso mais fácil a determinado procedimento ou serviço, condicionalidades para cadastrar ou permanecer em programas, como exemplo, o “bolsa família”, brindes, lanche parecem contribuir para a participação das pessoas nas atividades educativas. A abordagem de temas relevantes para a comunidade devem ser considerados.

A participação de profissionais de categorias diferentes das que compõem as UBS e de outros setores além do setor saúde foram apontadas como facilitadoras. A utilização de concepções pedagógicas para fundamentação teórica da prática coletiva, a tecnologia utilizada para o desenvolvimento da ação educativa assim como recurso material/pedagógico, permeados por uma comunicação autêntica devem ser considerados. Ressaltamos que a avaliação dos processos educativos deve acontecer de forma sistemática, não somente pela equipe de saúde, mas envolver os participantes e a gestão. Importante citar que resultados positivos como melhorar a informação do usuário, controle de doenças, melhora da qualidade de vida são apontados como facilitadores e motivadores para a participação dos indivíduos nas práticas coletivas de educação em saúde.

Considerações finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu realizar uma análise das práticas coletivas de educação em saúde realizadas no âmbito da APS pelas ESF do município de Contagem, MG. Identificou-se a necessidade de capacitação nessa área, considerando o alto percentual de relato dos profissionais que reportaram que precisam melhorar o seu campo conceitual acerca da educação em saúde na APS. Porém verificou-se diferença nesse aspecto em relação à categoria profissional, sendo o profissional enfermeiro o que apresentou maior percentual de adequado conhecimento nessa área.

Outro achado nessa direção foi o alto percentual de práticas educativas que são conduzidas de forma reprodutiva, sem a investigação de suas concepções, o que sugere que deve ser priorizados na educação permanente e na formação desses profissionais maiores investimentos para gerar competências e habilidades de investigarem, planejarem e atuarem nas práticas coletivas em educação em saúde. Cabe mencionar que a única concepção pedagógica que emergiu nos relatos, porém em percentual de baixa menção, foi o método Paulo Freire. Esse resultado demonstra que há em alguns cenários investigados uma aproximação com a EPS, política do Ministério da Saúde na área de educação em saúde na APS.

Os termos e expressões identificados nesse estudo que descrevem a educação em saúde na percepção dos profissionais das ESF englobam aspectos diversos ao ato de educar em saúde, considerando tanto a subjetividade ao mencionarem termos como “sentimento”, a postura como “ética”, a comunicação como “saber ouvir” e “diálogo”, quanto os aspectos que retratam “frustração” e “insatisfação”, sendo que esses últimos podem ser resultado de pouco apoio logístico, também reportado por eles. Além desses, destacam-se os termos que indicam o potencial de empoderamento do sujeito pela educação expresso como “autonomia”, “crescimento coletivo”, “responsabilização”, “tomada de consciência”.

Observou-se que os temas e a periodicidade de realização das práticas coletivas de educação em saúde de maior proeminência nas ESF de Contagem, MG, são delimitadas com base nos programas de Atenção à Saúde da APS definidos politicamente pelo Ministério da Saúde. Como exemplo, os grupos temáticos para indivíduos portadores de HAS e DM. Em menor número, identificaram-se iniciativas de práticas educativas coletivas que ultrapassam o caráter meramente informativo e caminham em uma direção da promoção da saúde, por exemplo, grupos voltados para discutir a qualidade de vida, grupos de convivência, de atividade física, de artesanatos, de passeio. Mesmo nas descrições dessas iniciativas, ao

apontarem seus objetivos, não se visualizou de forma explícita, nos relatos dos participantes, a dimensão estruturante da educação em saúde, ou seja, a promoção da saúde, que se personifica no empoderamento dos indivíduos e coletividade.

Não foi observado relato de inserção da comunidade nos processos educativos no sentido de ampliar o fortalecimento do controle social e cidadania nos chamando a atenção para o não envolvimento da politicidade nas práticas coletivas.

Em geral, as dificuldades identificadas se aglutinam em torno de um não reconhecimento das práticas educativas coletivas como uma atividade central para a Atenção à Saúde na APS tanto por parte da gestão, dos profissionais e da comunidade. Sobre a comunidade recai a pouca adesão a essas práticas, na gestão situa-se o pouco investimento em infra-estrutura e recursos materiais e pedagógicos, a não valorização da prática no elenco de ações da APS, para os profissionais houve menção do desconhecimento de métodos pedagógicos que sustentam o desenvolvimento de práticas coletivas de educação em saúde. Todas essas dificuldades podem ser superadas por meio de uma política indutora e estruturada para que a educação em saúde na APS ocorra de forma adequada em âmbito municipal.

Em outra perspectiva, as motivações para o desenvolvimento da educação em saúde foram descritas por meio do seu potencial de aumentar o empoderamento dos indivíduos e comunidades para atuar sobre os determinantes sociais de saúde. Assim como por favorecer a troca de experiência e saberes com a comunidade, melhorar o vínculo entre a ESF e a população além da organização do trabalho e do acesso à saúde. Os fatores motivacionais refletem como as práticas coletivas podem interferir de forma positiva nos processos de trabalho das ESF, indo muito além do simples repasse de informação.

Um importante aspecto investigado sobre fatores que motivam a participação da comunidade nas práticas educativas demonstrou que as estratégias, como metodologias diversificadas incluindo a participação de profissionais de outras áreas, e os incentivos, como dispensar receitas no momento do grupo ou propiciar um momento de lanche coletivo, representam importantes ações para a adesão da comunidade.

Retomando a hipótese inicial do estudo de que a educação em saúde no cenário investigado estivesse centrada em uma educação com o objetivo de mudança conceitual e de comportamento dos indivíduos, os resultados demonstraram que de fato há um predomínio de grupos temáticos de caráter mais informativo. Mas observaram-se indícios de mudanças que buscam aproximação como uma educação em saúde mais participativa, dialógica e de abordagem de outras dimensões como a afetividade e vínculo. Ressaltamos, porém, que a intencionalidade política da educação em saúde que guarda conexão com o empoderamento,

com a coresponsabilização ainda é uma dimensão que deve ser incorporada às ações educativas das ESF no cenário investigado.

Recomenda-se a criação de uma política municipal de educação em saúde dada a sua importância para os programas e ações da APS. Investimentos em infra-estrutura das salas de reuniões de grupo, apoio logístico e recurso material e pedagógicos, parecem ser necessários nos cenários investigados.

A educação permanente deve priorizar a temática da educação em saúde para os profissionais das ESF como forma de garantir espaços para a recriação das práticas coletivas de educação em saúde desenvolvidas em âmbito municipal. Ainda nessa área, cabe mencionar que as escolas técnicas e as universidades da área da saúde precisam estar atentas à formação de competências e habilidades dos profissionais para atuarem em práticas educativas.

Sugere-se que outros estudos com atores que atuam na APS devem ser conduzidos, a fim de investigar a contribuição desses profissionais como dentistas, técnicos de saúde bucal, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais para o campo da educação em saúde.

Referências

REFERÊNCIAS

- 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 59-68, 1998. Suplemento 2.
- ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-121, jan./fev. 2008.
- ACIOLI, S.; DAVID, H. M. S. L. A educação em saúde e a enfermagem em saúde coletiva. In: SANTOS, I.; DAVID, H. M. S. L.; SILVA, D.; *et al.* **Enfermagem e campos de prática em saúde coletiva: realidade, questões e soluções**. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 3-8.
- ADAMS, T.; STRECK, D. R. Educação popular e novas tecnologias. **Educação**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 119-127, mai./ago. 2010.
- AFONSO, M. L. M. **Oficinas em dinâmicas de grupo: um método de intervenção psicossocial**. Belo Horizonte: Campo Social, 2002. 151 p.
- ALMEIDA, V. S. A distinção entre conhecer e pensar em Hannah Arendt e sua relevância para a educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 36, n. 32, p. 853-865, set./dez. 2010.
- 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 - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto promoção da saúde**. As cartas da promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação em saúde**. Boletim do Instituto de Saúde, n. 34, dez. 2004. 27 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Bases para a educação em saúde nos serviços. **Documento preliminar a ser submetido a processo de discussão e aperfeiçoamento na oficina**

- nacional de educação em saúde nos serviços do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 10 p.
- BRASIL. Decreto-Lei 6.286, de 5 de Dezembro de 2007. Institui o **Programa de Saúde na Escola** – PSE, e dá outras providências. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional: Lei 9.394/1996. 2. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2010. Art. 4, p. 271-273.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 719, de 07 de Abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 13 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Núcleo de Comunicação. **Clipping SVS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 88 p.
- BUSS, P. M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.
- BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, jan./abr. 2007.
- CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 51-68.
- CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-213, abr. 1997.
- CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 55-78.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. C. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, nov. 2008/fev. 2009.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, ABRASCO, 2001. p. 113-126.
- CONTAGEM, 2011. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. "Orientação para a Organização da Atenção Básica de Contagem". 2011. 56p.

- CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.
- DEMO, P. **Educação e conhecimento: relação necessária, insuficiente e controversa.** Petrópolis: Vozes, 2000. 184 p.
- DEMO, P. **Politicidade: razão humana.** Campinas: Papirus, 2002. 176 p.
- DIAS, J. C. P. Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 19-37, 1998. Suplemento 2.
- ELIAS, NORBERT. **Processo civilizador - v.2.** RJ: Zahar Editores, 1993.
- FERNANDES, M. T. O.; AQUINO, A. L.; SANTOS, G. C.; *et al.* Terapia comunitária: Uma metodologia inovadora na Atenção Primária em Saúde no Brasil. **Evidentia**, Granada, v. 8, n. 34, abr./jun. 2011.
- FERREIRA NETO, J. L.; KIND, L.; BARROS, J. S.; *et al.* Apontamentos sobre a promoção da saúde e biopoder. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 456-466, jul./set. 2009.
- FREINET, C. **Pedagogia do bom senso.** 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004. 95 p.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 2011. 144 p.
- FREITAS, A. L. S.; MACHADO, M. E. Formação com educadores/as e os desafios da práxis da educação popular na universidade. **Educação**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 137-144, mai./ago. 2010.
- FURTADO, Odair. O psiquismos e a subjetividade social. In: BOCK, Ana Mercês Bahia; GONÇALVES, Maria da Graça Marchina; FURTADO, Odair (Orgs.) **Psicologia Sócio-Histórica.** São Paulo: Cortes, 2001.
- GADOTTI, M. Educação comunitária e economia popular. In: GADOTTI, M.; GUTIÉRREZ, F. **Questões de nossa época.** 3. ed. São Paulo: Cortez, v. 25, 2001. p. 11-22.
- GALLO, S. **Deleuze e a educação.** 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008. 104 p.
- GASTALDO, D. É a educação em saúde “saudável”? Repensando a educação em saúde através do conceito de bio-poder. **Revista Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 147-168, 1997.
- GAZZINELLI, M. F; GAZZINELLI, A.; REIS, D. C.; *et al.* Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, jan./fev. 2005.

- GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 7-18, jan. 2011.
- HABERMAS, J. **Verdade e justificação**: ensaios filosóficos. São Paulo: Loyola, 2004. 330 p.
- IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 21 mar. 2012.
- ISRAEL, B. A.; SCHULZ, A. J.; PARKER, E. A.; *et al.* Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. **Annual Review of Public Health**, Palo Alto, v. 19, p. 173-202, may. 1998.
- LIMA, K. A.; COSTA, F. N. A. Educação em saúde e pesquisa qualitativa: relações possíveis. **Alimentos e Nutrição**, Araraquara, v. 16, n. 1, p. 33-38, jan./mar. 2005.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.
- MEYER, D. E. E.; MELLO, D. F.; VALADÃO, M. M.; *et al.* "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, jun. 2006.
- MINAYO, M. C. S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 7-19, 2001.
- MOREIRA, M. A. A teoria da aprendizagem significativa de Ausubel. In: MOREIRA, M. A. **Teorias da aprendizagem**. São Paulo: EPU, 1999. Cap. 10, p. 151-165.
- NDEKHA, A.; HANSEN, E. H.; MØLGAARD, P.; *et al.* Community participation as an interactive learning process: experiences from a schistosomiasis control project in Zimbabwe. **Acta Tropica**, v. 85, n. 3, p. 325-338, mar. 2003.
- PARKER, E. A.; CHUNG, L. K.; ISRAEL, B. A.; *et al.* Community organizing network for environmental health: using a community health development approach to increase community capacity around reduction of environmental triggers. **The Journal of Primary Prevention**, v. 31, n. 1-2, p. 41-58, apr. 2010.

- PEDROSA, J. I. S. Avaliação das práticas educativas em saúde. In: VASCONCELOS, E. M.; FAJARDO, A. P. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 261-281.
- PEKELMAN, R. Caminhos para uma ação educativa emancipadora: a prática educativa no cotidiano dos serviços de atenção primária em saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 3, p. 295-302, jul./set. 2008.
- PIAGET, J. **Biologia e conhecimento**. Petrópolis: Vozes, 1973. 423 p.
- PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 2005. 286 p.
- REIS, D. C. Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais. In: GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C.; MARQUES, R. C. **Educação em saúde: teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p. 19-24.
- ROECKER, S.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família na 10ª regional de saúde do Paraná. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 2, p. 306-307, mai./ago. 2011.
- SAVIANI, D. **Escola e democracia**. 40. ed. Campinas: Autores Associados, 2006. 94 p.
- SCHALL, V. T.; MODENA, C. M. As novas tecnologias de informação e comunicação em educação em saúde. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR, C. E. A. **Críticas e atuantes: Ciências Sociais e Humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 245-255.
- SCHALL, V. T.; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, p. S4-S6, 1999. Suplemento 2.
- SILVA, K. L.; SENA, R. R. **Poder, autonomia e responsabilização: promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana**. São Paulo: Hucitec, 2010. 174 p.
- SIRGADO, A. P. O social e o cultural na obra de Vigotski. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 21, n. 71, p. 45-78, jul. 2000.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2004. 726 p.
- STOTZ, E. N. A Educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 9-20, mar. 2005a.
- STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; BORNSTEIN, V. J. A educação popular em saúde. In: MARTINS, C. M.; STAUFFER, A. B. **Educação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007. p. 35-70.

- STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; WONG UN, J. A. Educação popular em saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 8, n. 1, p. 49-60, jan./jun. 2005b.
- TAKEDA, S. A. Organização de serviços de atenção primária à saúde. In: DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. Cap. 6, p. 76-87.
- TEITELBAUM, K.; APPLE, M. John Dewey. **Currículo sem fronteiras**, v. 1, n. 2, p. 194-201, jul./dez. 2001.
- TORRES, H. C.; FRANCO, L. J.; STRADIOTO, M. A.; *et al.* Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 291-298, abr. 2009.
- TORRES, H. C.; AMARAL, M. A.; AMORIM, M. M.; *et al.* Capacitação de profissionais de atenção primária à saúde para educação em diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 751-756, 2010.
- TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1039-1047, jul./ago. 2003.
- TORRES, H. C.; MONTEIRO, M. R. P. Educação em saúde sobre doenças crônicas não-transmissíveis no programa saúde da família em Belo Horizonte/MG. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, n. 4, p. 397-401, out./dez. 2006.
- UCHOA, E.; BARRETO, S. M.; FIRMO, J. O.; *et al.* The control of schistosomiasis in Brazil: an ethno epidemiological study of the effectiveness of a community mobilization program for health education. **Social Science & Medicine**, Amsterdam, v. 51, n. 10, p. 1529-1541, nov. 2000.
- VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 7-14, 1999. Suplemento 2.
- VALLA, V. V. **Saúde e educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.
- VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2006. 336 p.
- VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J.; SOARES, S. M. **Práticas pedagógicas em atenção básica à saúde: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Unidade didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: UFMG, v. 4, 2009. 72 p.

- VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 82-88, jan./mar. 2005.
- VILLA, E. Educação em saúde: a prática educativa no cotidiano do trabalho do profissional. In: GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C.; MARQUES, R. C. **Educação em saúde: teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p. 43-51.
- WIGGINS, N. Popular education for health promotion and community empowerment: a review of the literature. **Health Promotion International**, Portland, v. 27, n. 3, p. 356-371, aug. 2011.
- ZIONI, F.; WESTPHAL, M. F. O enfoque dos determinantes sociais sob o ponto de vista da teoria social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 26-34, set./dez. 2007.

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário semiestruturado

PESQUISA: Práticas coletivas de educação em saúde na atenção primária à saúde de Contagem/MG.

Questionário sobre as práticas coletivas de educação em saúde no contexto da atuação da Equipe de Saúde da Família (ESF)

Unidade de Saúde/Equipe de Saúde: _____

Categoria profissional: () Médico () Enfermeiro () Técnico de Enfermagem () Dentista () ACS

Tempo de atuação na Saúde da Família: _____ anos.

1) Cite 05 palavras/expressões que te vêm à memória ou o que pensa ou sabe sobre Educação em Saúde:

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

2) Na sua opinião qual é o objetivo principal da educação em saúde no contexto da ESF:

3) Como você percebe seu conhecimento na área de educação em saúde:

() adequado () precisa melhorar () não tenho

4) Na sua experiência na ESF cite uma prática coletiva significativa que você ou a equipe desenvolveu e que lhe marcou a memória?

Mês e ano: ____/____

Tema: _____

Objetivo: _____

Público alvo: _____

Nível de adesão dos participantes: () alto () médio () baixo

Por que essa prática foi significativa: _____

5) Em geral como são as práticas coletivas de educação em saúde na ESF em que você trabalha em relação a:

5.1 Local de realização: () sempre adequado () às vezes adequado () não adequado

O que precisa ser melhorado? _____

5.2 Recursos Pedagógicos (materiais instrucionais e de apoio pedagógico):

() sempre adequado () às vezes adequado () não sei responder () não há. Se não há, quais as prioridades a serem adquiridas?

5.3 Proposta ou concepção metodológica utilizada (mais de uma opção pode ser marcada): () intuitiva () reprodução de grupos já implementados () livro de técnicas para grupo () ideias de Paulo Freire () não há () não sei responder () Outras:

6) Marque as opções de grupo realizadas na sua ESF. (F) Frequente (R) Raramente (N) Nunca

- | | | |
|---------------------------|--------------------------------|----------------------|
| () Grupo de hipertenso | () Grupo de qualidade de vida | () Controle de peso |
| () Grupo de gestantes | () Grupo de atividades física | () Grupo de idosos |
| () Saúde do homem | () Grupo de artesanatos | () Grupo de dança |
| () Grupo de convivência | () Grupo de diabéticos | () Asma |
| () Grupo de saúde mental | () Grupo de puericultura | () Grupo de passeio |
- Outros _____

7) Em geral, nas atividades de educação em saúde na ESF são realizadas avaliações dos resultados obtidos?

() Frequente () Raramente () Nunca. Se nunca, porque: _____

8) Dificuldades percebidas por você e pela equipe no desenvolvimento de práticas coletivas de educação em saúde (mais de uma opção pode ser marcada) :

- | | |
|--|---|
| () Desconhecimento de metodologias educativas | () Não perceber os resultados dessas ações |
| () Desmotivação da equipe | () Atividade realizada apenas porque é obrigação |
| () Insuficiência de recursos materiais e estrutura física | () Baixa adesão da comunidade |
| () Insuficiência de tempo para planejar essas ações | () Não há |
- () Outras: _____

9) Motivações percebidas por você e pela equipe no desenvolvimento de práticas coletivas de educação em saúde (mais de uma opção pode ser marcada) :

- | | |
|---|---|
| () Auxilia no processo terapêutico | () Organiza o acesso ao serviço e ações de saúde |
| () Facilita a abordagem do profissional com o usuário | () Melhora o vínculo com os usuário |
| () Aprendizado/troca de experiências entre a equipe e os participantes | () Não há. |
- () Outras: _____

10) O que você pensa que motiva ou melhora a adesão da comunidade às práticas coletivas de educação em saúde propostas pela equipe?

11) Comente sobre o tema, se desejar _____

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem - Depto. Enf. Materno Infantil e Saúde Pública
Av. Alfredo Balena 190, Bairro Santa Efigênia
CEP: 30.130.100 - Belo Horizonte, Minas Gerais- Brasil – tel: 3409-98763/9859/9860

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

PESQUISADORA: Tácia Maria Pereira Flisch

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: **Dener Carlos dos Reis**

INSTITUIÇÃO: **Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais**

PESQUISA: Análise da Educação em Saúde na Atenção Primária à Saúde em Contagem, MG

INTRODUÇÃO

Eu sou pesquisadora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e estou desenvolvendo um projeto de pesquisa para o curso de mestrado desta instituição sobre Educação em Saúde. O objetivo deste estudo é analisar as práticas de Educação em Saúde visando desenvolver um processo de capacitação dos profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família do município de Contagem, MG.

Espera-se que os resultados dessa pesquisa possam colaborar para a produção de uma proposta de capacitação dos profissionais que atuam na APS em educação em saúde.

COMO SERÁ SUA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO?

Caso você concorde em participar deste estudo será pedido a você que responda a um questionário com informações sobre as ações desenvolvidas por você ou pela unidade de saúde que você trabalha relacionada à saúde adolescente e quais situações que você pensa que são consideradas de risco a saúde do adolescente escolar. Você pode responder todas as perguntas do questionário ou somente aquelas em que desejar.

COMO SERÁ GARANTIDO O ANONIMATO E O SIGILO DAS INFORMAÇÕES DADAS POR VOCÊ?

No questionário não há identificação do seu nome para garantir o anonimato das informações fornecidas por você. Todas as informações obtidas por meio do questionário que você irá responder serão mantidas em sigilo. Somente serão utilizadas para fins dessa pesquisa. Os questionários após serem digitados em um banco de dados de acesso exclusivo dos pesquisadores serão destruídos e os resíduos incinerados. A participação neste estudo é voluntária. Não envolve custos financeiros. Você pode deixar de participar deste pesquisa a qualquer tempo.

Se precisar de maiores informações sobre o trabalho você poderá entrar em contato com o pesquisador ou com o Comitê de Ética em Pesquisa nos endereços e telefones abaixo. Caso haja necessidade, você poderá solicitar uma cópia do projeto.

DATA: ____/____/____.

NOME DO PARTICIPANTE: _____

ASSINATURA: _____

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: _____

ASSINATURA: _____

Endereço de contato dos pesquisadores: **Avenida Alfredo Balena 190 Santa Efigênia, Cep: 30130-100. Belo Horizonte-MG. Tel: (031) 3409-9860.** Endereço de contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP): **Avenida Presidente Antônio Carlos 6627 Prédio da Unidade Administrativa II – 2º andar Campus Pampulha. Sala 2005. Cep: 31270-901. Belo Horizonte-MG. Tel: (031) 3409-4592.**

Anexos

ANEXOS

ANEXO A - Aprovação da Pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

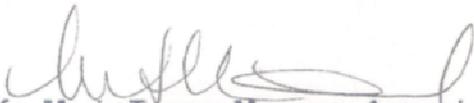
Parecer nº. ETIC 0167.0.203.000-11

Interessado(a): Prof. Dener Carlos dos Reis
Departamento de Enfermagem Materno
Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 01 de junho de 2011, o projeto de pesquisa intitulado "Educação em saúde na estratégia saúde da família: análise crítica e capacitação profissional" e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

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


Prof. Maria Teresa Marques Amarel
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B - Autorização para realizar a pesquisa no município de Contagem

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL E SAUDE PUBLICA
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Bairro Santa Efigênia
CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
Tel.: 3248-9860 FAX.: 3248-9863 E-mail: denercarlosreis@yahoo.com.br

Prezada Superintendente de Atenção a Saúde, Contagem, MG

Solicitamos verificar a possibilidade de autorizar a realização de uma pesquisa sobre as práticas de educação em saúde coletiva no Programa Saúde da Família de Contagem, MG. Trata-se de um projeto de pesquisa do curso de Mestrado em Enfermagem da UFMG da aluna Tácia Maria Pereira Flisch que visa descrever e analisar as práticas coletivas de educação em saúde em Contagem, MG. O estudo pretende subsidiar o planejamento e a organização das ações de educação em saúde em Contagem e contribuir para o aperfeiçoamento dessas atividades na Atenção Primária a Saúde (APS). Para isso, solicitamos disponibilizar dados referentes ao Sistema de Informação sobre práticas coletivas de educação em saúde desenvolvida pelos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) em Contagem, MG. Além disso, o estudo prevê a realização de entrevistas com os profissionais do PSF que concordarem participar voluntariamente do estudo para uma melhor compreensão do tema que será investigado. Os dados serão utilizados apenas para fins acadêmicos como a dissertação do curso de mestrado e publicação em periódico científico.

Atenciosamente,


Dener Carlos Dos Reis
Professor/Pesquisador EE.UFMG
(31) 3409-9863; denercarlosreis@yahoo.com.br

28/2/11

Belo Horizonte

Ilmo Sr.
Maria Aparecida Turci

De acordo
Assina
Maria Aparecida Turci
Superintendente de Atenção à Saúde