



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



Anaide Mary Barbosa Santos

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO PRÁTICA DIALÓGICA E EMANCIPATÓRIA NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Teresina
2016**

ANAIDE MARY BARBOSA SANTOS

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO PRÁTICA DIALÓGICA E EMANCIPATÓRIA DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Piauí.

Orientador: Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa

Área de concentração: Saúde da Família

Linha da pesquisa: Educação na Saúde

**Teresina
2016**

Universidade Federal do Piauí
Serviço de Processamento Técnico
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde

S237e Santos, Anaide Mary Barbosa.
Educação em saúde como prática dialógica e emancipatória da
Estratégia Saúde da Família / Anaide Mary Barbosa Santos. -- Teresina,
2016.
72 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Mestrado
Profissional em Saúde da Família, 2016.

“Orientador: Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa.”

Bibliografia

1. Educação em saúde. 2. Educação popular em saúde.. 3. Estratégia
Saúde da Família. I. Título. II. Teresina – Universidade Federal do Piauí.

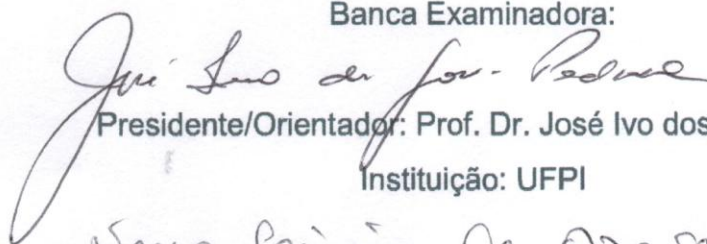
CDD 613

ANAIDE MARY BARBOSA SANTOS

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO PRÁTICA DIALÓGICA E EMANCIPATÓRIA DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

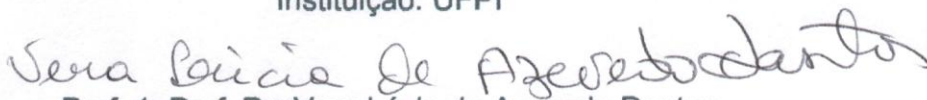
Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Piauí.

Banca Examinadora:



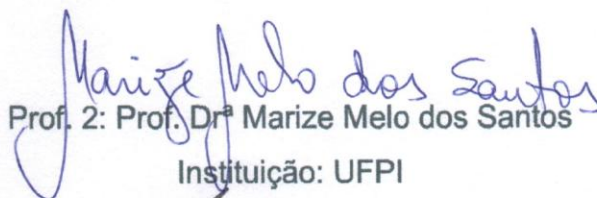
Presidente/Orientador: Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa

Instituição: UFPI



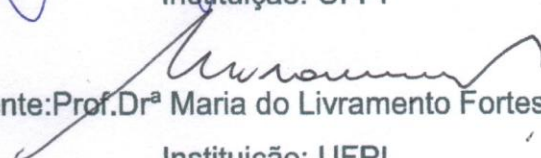
Prof. 1: Prof. Dr^a Vera Lúcia de Azevedo Dantas

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza



Prof. 2: Prof. Dr^a Marize Melo dos Santos

Instituição: UFPI


Prof. Suplente: Prof. Dr^a Maria do Livramento Fortes Figueiredo

Instituição: UFPI

Data da Aprovação: 04 de agosto de 2016

Teresina

Dedico este trabalho à comunidade que, dia após dia, tem o poder de se reinventar... de se superar... e que tanto contribui para nosso enriquecimento pessoal e profissional.

Anaide Mary

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela graça concedida em dar mais este passo em minha caminhada.

À minha família, meu alicerce e meu porto seguro, em especial meus avós, fontes de inspiração de uma vida inteira.

À Universidade Federal do Piauí e à Coordenação do Curso pelo estímulo constante e por oferecer todas as condições necessárias para seguirmos juntos nessa empreitada.

Ao Orientador Professor Doutor José Ivo dos Santos Pedrosa, pela paciência e sensibilidade na orientação e por nos acompanhar desde os primeiros passos na construção deste trabalho.

Aos amigos de ontem e de hoje, pelo incentivo e pelo apoio sempre presentes.

Aos professores da Banca Examinadora que contribuíram para o aprimoramento deste estudo.

A todos aqueles que direta ou indiretamente colaboraram para a realização deste trabalho, os nossos sinceros agradecimentos.

Anaide Mary

RESUMO

Como prática social humana, a educação é 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 presente estudo tem como objetivos, primeiramente, analisar a Educação em Saúde como prática do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família, sob a ótica de um referencial dialógico e emancipatório, a Educação Popular em Saúde; depois, descrever as práticas de Educação em Saúde realizadas pelos profissionais da ESF de Teresina e, por fim, discutir a articulação entre elas e o referencial supracitado. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritivo e exploratório realizado no município de Teresina em uma Unidade Básica de Saúde da Família, localizada na regional sul, selecionada aleatoriamente, sendo identificados médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, técnicos em higiene dental da unidade, para participarem da pesquisa segundo critérios específicos de inclusão como o fato de o profissional ser da ESF há no mínimo um ano, ter atividades educativas no seu cronograma de atuação e de exclusão, estar afastado das funções de trabalho por período superior a trinta dias úteis. A técnica utilizada para a coleta de dados foi a pesquisa-ação por meio de círculos de cultura, realizados nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2016. Para os registros dessas atividades utilizou-se o diário de campo para anotação das sínteses no final de cada sessão. Esses registros ocorreram com o consentimento livre e esclarecido dos participantes, de acordo com a resolução 466/2012. A análise dos dados ocorreu através do método hermenêutico-dialético, que gerou as categorias: Educação em Saúde como momento de troca; percepção do profissional acerca do seu papel e do usuário na Educação em Saúde: dificuldades e possibilidades; prática educativa e seus caminhos; Educação Popular: diálogo e emancipação dos sujeitos. O estudo contribui para o fomento de discussões e problematizações entre os trabalhadores da ESF, suscitando a construção de uma prática educativa dialógica e emancipatória.

DESCRITORES: Educação em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Educação Popular em Saúde.

ABSTRACT

As human social practice, education is a historical continuous process that emerges from the dialectic between man, world, history and circumstances. Its purpose in health care is to promote higher levels of autonomy, responsabilization through critical reflection, for the subjects identify and act on health and environmental issues. This study aims first to analyze the Health Education as practice of the Family Health Strategy working process, from the perspective of a dialogical and emancipatory reference the People's Health Education; then describe the Health Education practices carried out by professionals from Teresina ESF and finally, discuss the relationship between them and the above reference. It is a study qualitative descriptive and exploratory approach was carried out in the city of Teresina in a Basic Family Health Unit located in the southern regional randomly selected and identified doctors, nurses, dentists, community health workers, auxiliary nursing technician in dental hygiene unit to participate in the study according to specific inclusion criterion as the fact that the professional be the ESF for least one year have educational activities in its operating and exclusion schedule be out of function I work for a period exceeding thirty days. The technique used for data collection was the action research by crop circles, conducted in January, February and March 2016. The records of these activities used the diary to note the summaries at the end each session. These records occurred with the consent of the participants, according to the resolution 466/2012. Data analysis occurred through the hermeneutic dialectic method, which generated categories: Health Education as a moment of exchange; perception of professional about their role and user in health education: problems and possibilities; educational practice and his ways; Popular Education: dialogue and emancipation of the subjects. The study contributes to fostering discussions and problematizations among workers of FHS, raising the construction a dialogic educational practice and emancipatory.

KEYWORDS: Health Education, Health Strategy, Popular Education Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ANEPS – Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde**
- ABS – Atenção Básica de Saúde**
- ACS – Agente Comunitário de Saúde**
- APS – Atenção Primária à Saúde**
- C.C – Círculos de Cultura**
- CEP – Comitê de Ética e Pesquisa**
- CIT – Comissão Intergestores Tripartite**
- CNEPS – Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde**
- CNS – Conselho Nacional de Saúde**
- EDPOP – Educação Popular em Saúde**
- ES – Educação em Saúde**
- e-SF -- Equipe Saúde da Família**
- ESF – Estratégia Saúde da Família**
- MS – Ministério da Saúde**
- FMS – Fundação Municipal de Saúde**
- PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica**
- PNEP/SUS – Política Nacional de Educação Popular em Saúde**
- PSE – Programa Saúde na Escola**
- PSF – Programa Saúde da Família**
- UBS – Unidade Básica de Saúde**
- UFPI – Universidade Federal do Piauí**
- SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**
- SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**
- SUS – Sistema Único de Saúde**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1Objetivos.....	13
1.2.1 Geral	13
1.2.2 Específicos	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1 Educação em Saúde no Brasil: avanços e realidade	14
2.2 Educação em Saúde e o Processo de Trabalho da Estratégia Saúde da Família.....	16
2.3 Educação Popular: diálogo e emancipação dos sujeitos.....	18
2.4 Institucionalização da Educação Popular em Saúde no SUS	22
3 CAMINHO METODOLÓGICO: construindo a viabilidade da pesquisa.....	25
3.1 Tipo de Estudo	25
3.2 Cenário	25
3.3 Sujeitos Sociais-Participantes do Estudo.....	26
3.4 Instrumentos para Coleta de Dados	27
3.5 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	28
3.6 Procedimentos para Coleta de Dados: inserção da pesquisadora no cenário de estudo	29
3.7 Procedimentos para Análise dos Dados	32
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	34
4.1 Processo participativo dos profissionais durante os C.C.....	34
4.2 Categorizando os Discursos	38

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS.....	53
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
APÊNDICE B – Roteiro de questões norteadoras a serem utilizadas com os profissionais das Equipes Saúde da Família (e-SF) nos círculos de cultura	
ANEXO A – Distribuição das e-SF por regional de saúde	
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da UFPI	
ANEXO C- Declaração de Autorização da Instituição Coparticipante	
ANEXO D –Memorando de Apresentação dos Pesquisadores para a Pesquisa de Campo	
ANEXO E-Termo de confidencialidade da pesquisa	

1 INTRODUÇÃO

A educação, como prática essencialmente humana, é uma ação de intervenção na realidade que deve estar acima de qualquer transmissão de saberes, centrando-se na criação de um ambiente de compartilhamento propício à formação humana. Como prática social pode ser pensada como um modo de promover a reflexão e a consciência crítica das pessoas sobre sua situação de vida. Para tanto, deve estar pautada no diálogo, no qual o indivíduo é considerado como um ser potencialmente capaz de construir seu próprio caminho histórico. (FREIRE, 2011a).

No contexto da saúde, a prática educativa desenvolvida com os usuários é considerada uma tecnologia para a concretização do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo o contato com recomendações e discussões que possibilitam aumentar a capacidade no autocuidado à saúde individual e coletiva. Quando pautada em pressupostos, como equidade, participação popular e integralidade, torna-se eixo norteador para proteção, promoção, prevenção em saúde e programação local (VASCONCELOS; GRILO e SOARES, 2009).

Dessa forma, de acordo com os autores citados no parágrafo anterior, trata-se da prática em saúde que mais se aproxima do pensar e agir das pessoas, permitindo a construção de saberes por meio da interface entre usuários e profissionais, contextualizada pela cultura e afetividade. Deve estar, também, fundamentada nos aspectos dialógico, emancipatório e político da constituição humana, não somente voltada para determinantes biológicos da saúde, mas incorporando a saúde e o bem estar como elementos básicos na formação para a cidadania.

A Educação em Saúde (ES) é um processo de construção de conhecimentos em saúde, tornando-se um conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado, a fim de alcançar uma atenção de acordo com suas demandas. Ela potencializa o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que esses respondam às necessidades da população. Assim, a ação educativa tem como objetivo promover na sociedade a inclusão social e a promoção da autonomia dos indivíduos (BRASIL, 2009).

Para Gomes e Merhy (2011), a ES, apesar de sua especificidade é, em essência, educação. Como prática social humana, a educação é 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.

No entanto, pode-se afirmar que as práticas educativas nem sempre foram concebidas desse modo. No início do século XX, eram voltadas à incorporação de hábitos considerados adequados pelas elites dominantes que, também, definiam o que a população deveria fazer de maneira totalmente impositiva, sob a forma de autoridade sanitária. Era a chamada 'Educação Sanitária', que mantinha um caráter normativo voltado para assimilação de hábitos e comportamentos adequados. Neste modelo prescritivo e normativo, ainda hegemônico, nos dias atuais, o enfoque é voltado para o controle do processo saúde-doença através da transferência dos conhecimentos em saúde (TORRES; MONTEIRO, 2010).

Dessa maneira, os saberes e as práticas de ES fundamentam-se na teoria higienista, que orienta intervenções normalizadoras, tradicionalmente características do campo de práticas da educação em saúde. Essas práticas organizavam-se com base no enfoque biologicista, que aborda o processo saúde-doença apenas na dimensão individual, não articulando as implicações econômicas, políticas e sociais das condições de vida e de trabalho da população. Esse viés, historicamente, norteou o campo da Educação em Saúde e ainda predomina nas práticas educativas, também caracterizadas pelo autoritarismo e verticalidade das ações, funcionando como forma de controle dos serviços de saúde sobre as pessoas (OLIVEIRA, et al., 2014).

Nesse contexto, o ser humano é percebido como o responsável pela sua saúde e o culpado por sua doença. Isso demonstra a desconsideração do fato de ele estar inserido em relações culturais, políticas e econômicas, que determinam e condicionam seu modo de vida (PINAFO; NUNES; GONZALEZ, 2012). Se essas condições não são problematizadas, as práticas educativas, conseqüentemente, não contribuem para a tomada de consciência possível de levar a uma ação transformadora.

Na realidade da Estratégia Saúde da Família (ESF), a ES torna-se uma atribuição em destaque dos profissionais que compõem a equipe, ressaltada pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012). Considera-se, ainda, que não é possível cuidar sem educar, sem dialogar, sem ensinar e também aprender. A atuação dos profissionais de saúde nessa prática exige análise crítica de seu papel como

educadores, devido a sua proximidade com esse fazer e com a população, posto que cuidar e educar são atribuições indissociáveis no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família (FERNANDES; BACKES, 2010).

Ainda que a ESF se baseie em pressupostos que valorizem as ações de educação para a promoção da saúde, no contexto em estudo, as práticas dos trabalhadores se mantêm tradicionais, prescritivas e normativas, sendo esse o problema abordado nesta pesquisa, e o objeto do estudo em questão são as práticas de Educação em Saúde utilizadas pelos profissionais da ESF, do município de Teresina. Daí surgiram os seguintes questionamentos, que foram norteadores da pesquisa: as práticas de Educação em Saúde realizadas pelos profissionais da ESF apresentam caráter dialógico e emancipatório? Os profissionais da ESF consideram os usuários como sujeitos capazes de agir de forma reflexiva, bem como, desenvolver ações conscientes voltadas para produção de saúde?

A escolha da linha de pesquisa Educação na Saúde e, em particular, do tema ES foi fruto de inquietações e reflexões advindas de experiências vividas pela pesquisadora, ao longo de quatorze anos de sua inserção na ESF do município de Teresina proporcionando o entendimento de que a ES constitui-se numa prática que, comprovadamente, impacta e transforma o processo de trabalho da ESF, tornando-se instrumento de empoderamento e protagonismo para profissionais e usuários, quando pensada numa abordagem dialógica, emancipadora e participativa, visando à promoção da cidadania e da qualidade de vida, a Educação Popular em Saúde (EDPOP). Além do que, o interesse em abordar esse tema é alicerçado pela busca instigante em ampliar conhecimentos e compartilhá-los com outros profissionais.

O estudo possui relevância científica significativa, na medida em que contribui para o fomento de discussões e problematizações entre os trabalhadores da ESF, acerca do tema, uma vez que a ES é considerada prática intrínseca no seu cotidiano de trabalho, bem como, dispositivo essencial na construção de uma assistência integral, contribuindo para a efetiva consolidação do modelo de assistência biopsicossocial. E a partir dos conhecimentos construídos e adquiridos, sobre essas práticas alicerçadas pela EDPOP, pode ampliar o olhar desses trabalhadores, no que concerne às práticas descritas, considerando-as capazes de promover nos sujeitos (usuários, profissionais e gestores), reflexão e ação.

1.1 Objetivos

1.1.1 Geral

- Analisar a Educação em Saúde como prática dialógica e emancipatória no processo de trabalho da ESF, sob a ótica do referencial da Educação Popular em Saúde.

1.1.2 Específicos

- Descrever as práticas de Educação em Saúde realizadas pelos profissionais da ESF de Teresina;
- Discutir a articulação entre as práticas utilizadas pela ESF e o referencial da Educação Popular em Saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Educação em Saúde no Brasil: avanços e realidade

Os primeiros conceitos sobre ES surgiram no final do século XIX e no início do século XX, quando o Brasil passava por um crescimento urbano acelerado e desordenado, apresentando condições sanitárias ameaçadoras favoráveis ao aparecimento de surtos epidêmicos e a permanência de endemias. Nesse momento, conhecido como período higienista, a ES era realizada como processo formador de condutas saudáveis, por meio de discursos e práticas calcados em modelos de caráter coercitivo (PAULINO; FERNANDES; SIQUEIRA, 2010).

No final do século XX, surge o movimento sanitário, que veio de encontro às imposições coercitivas e punitivas das ações de ES feitas até o momento. Sua emergência permitiu a redução do poder de polícia na saúde, o qual, caracterizava tais ações desde aquela época, compreendia o confinamento de enfermos e a vacinação compulsória da população, relegando a educação a um segundo plano (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

Com o início do movimento da reforma sanitária e sua expressiva representação de profissionais de saúde, população e participantes de movimentos populares, surge como resultado o SUS, caracterizado pelos princípios de equidade, universalidade, integralidade e controle social. Sua formalização como sistema requereu uma revisão do modelo de atenção à saúde vigente, emergindo a necessidade de renovação nas propostas de atenção à saúde, com enfoque na promoção, entendida como um jeito de pensar e de fazer a saúde, na qual o cidadão tem autonomia, é instituinte de seu próprio modo de vida saudável e conhecedor do direito político, econômico e social à saúde (FERREIRA, et al., 2014).

A ES passa a ser uma estratégia para criação e fortalecimento do vínculo entre profissional e usuário, permitindo o autoconhecimento do indivíduo como ator social e o desenvolvimento de sua consciência crítica (JESUS, et al., 2008).

Evidencia-se, assim, a necessidade de profissionais conscientes de sua importância social e política, sendo imprescindível visualizarem-se como educadores em saúde, mediadores na compreensão dos indivíduos como seres que têm o poder de modificar sua realidade (FERREIRA, et al., 2014).

Em relação ao profissional/educador, Freire (2008a) afirma que ele deve ser capaz de testemunhar seu gosto pela vida e sua esperança num mundo melhor; atestar sua capacidade de luta, seu respeito às diferenças da realidade e a maneira consistente com que assume sua presença no mundo. Para tanto, é importante notar que a Educação em Saúde deve objetivar a conscientização a respeito dos agravos à saúde, devendo haver uma comunicação bilateral que envolva educador e educando num processo dialógico, visando à construção do conhecimento, auxiliando na libertação das pessoas, para que elas possam ser sujeitos sociais capazes de realizar opções construtivas para si e para a sociedade de maneira geral.

Segundo Freire (2011b), a libertação é um parto doloroso; entretanto, só é viável na e pela superação da realidade concreta de opressão. O caminho para um trabalho de libertação está no diálogo, o qual possibilita a conscientização com o objetivo de formar cidadãos de práxis progressistas, transformadores da ordem social, econômica e política injusta. Dessa forma, pode-se dizer que o desenvolvimento da ES crítica-reflexiva é uma ferramenta que permitirá a libertação do indivíduo como ser ativo e responsável, norteando-se em um processo dialógico dos sujeitos nas ações e construções de saberes.

A ES possibilita a emancipação do sujeito, fortalecendo o vínculo entre democracia e educação. É necessário conhecer o outro e adentrar as práticas cotidianas para desenvolver habilidades que possibilitem trocas efetivas, a fim de buscar uma inserção da pessoa na coletividade. Além disso, deve ser vista como direito social, constituindo-se historicamente num pré-requisito para a expansão dos demais direitos. A educação de sujeitos, voltada para a saúde, na perspectiva crítica, requer a compreensão de que a educação ocorre na forma de processo, em que aprender implica construir e não adquirir conhecimentos; significa desenvolver habilidades pessoais e sociais, e não adaptar ou reproduzir comportamentos (LOPES; TOCANTINS, 2012).

Essa perspectiva de ES dialógica, crítica e emancipatória só foi possível graças a construção da EDPOP, na década de 70. A aproximação com o mundo popular proporcionou o desenvolvimento de uma metodologia que se contrapunha à forma autoritária da ES com o sentido de subordinar o modo de viver popular ao das elites. O saber produzido pelas classes populares era capaz de fazê-las viver com dificuldades, produzindo, apesar disso, momentos prazerosos e de alegria. A junção do conhecimento científico e técnico com o saber e iniciativas populares era capaz de

provocar movimentos que saíssem do lugar-comum da passividade e da aceitação para a luta por mudanças (BRITO, 2010).

Na Educação Popular, um dos elementos centrais é tomar como ponto de referência o conhecimento e o saber prévio dos educandos, rumo à construção compartilhada de um processo educativo que valorize as singularidades dos sujeitos sociais. Dessa maneira, vem inovar na metodologia vertical que aparece na relação entre educador e educando (VASCONCELOS, 2010; ALVIM; FERREIRA, 2007).

As mudanças vinculadas ao desenvolvimento de uma pedagogia tradicional devem ser revistas pelo profissional não só para que ele não se restrinja à aplicação de técnica em seu trabalho, mas também realize uma ação pedagógica que promova a articulação entre teoria e prática, permitindo o envolvimento do cidadão no processo de construção do cuidado à sua saúde (FERREIRA, et al., 2014).

2.2 Educação em Saúde e o Processo de Trabalho da Estratégia Saúde da Família

Em mais de vinte anos de SUS, contabilizam-se avanços jurídicos, legais, ampliação de serviços e melhoria das condições de saúde da população. Persistem, contudo, grandes desafios, como o financiamento do sistema e as mudanças no modelo de organização das práticas de saúde (OLIVEIRA, et al., 2014). Na perspectiva de Paim (2008), o debate político sobre a questão dos modelos de atenção foi obscurecido pelas discussões em torno do financiamento e da gestão do sistema. Somente com a expansão do Programa Saúde da Família(PSF), a partir de 1998, esse tema passou a ter um pouco mais de visibilidade.

O desafio torna-se maior porque o SUS se constituiu sem rupturas; é o novo sendo implantado em velhas estruturas sociais, econômicas, políticas e organizacionais, ou seja, uma revolução passiva, de mais continuidades do que mudanças. Os princípios do novo sistema colidem frontalmente com o modelo assistencial privatista hegemônico e com a ideologia neoliberal norteadora das ações governamentais nas últimas décadas. Dessa forma, há uma tensão entre as diretrizes do SUS e as políticas elaboradas (PAIM, 2008).

A princípio, o PSF foi implantado pelo Ministério da Saúde(MS) em 1994, como um programa para atender as populações mais pobres do Nordeste, porém aos poucos adquiriu centralidade na agenda do governo, convertendo-se em estratégia

estruturante dos sistemas municipais de saúde e modelo da Atenção Primária à Saúde. Tal modelo fundamenta-se na insuficiência da perspectiva hospitalocêntrica e busca instituir um sistema centrado na atenção primária com ações e serviços voltados para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, cura e reabilitação (MENDONÇA, et al., 2011). Com tal orientação, as ações de Educação em Saúde passaram a ser importante linha de ação nesse contexto, e a participação da comunidade vital, não só para a consolidação da ESF, mas também do próprio SUS.

As Equipes de Saúde da Família(e-SF), denominadas equipes de referência, devem estar empenhadas em conhecer a realidade da população residente em sua área de abrangência e empenhadas em incentivar a corresponsabilidade e participação social, na busca por construção e fortalecimento de vínculos. Nessa busca, as equipes também devem executar ações de vigilância em saúde, relacionadas ao trabalho e ao ambiente dos cidadãos; realizar acolhimento humanizado; prestar atendimentos de saúde, de acordo com as demandas e necessidades locais; realizar visitas domiciliares e criar espaços contínuos e crescentes de atividades educativas (OLIVEIRA, et al., 2014).

A ES apresenta-se 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 e da postura ética, corresponsável e segura dos indivíduos e das comunidades diante de suas questões de saúde e de meio ambiente. A Atenção Básica é o nível de atenção à saúde mais profícua para o desenvolvimento da Educação em Saúde por visar ao desenvolvimento de uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. A Saúde da Família é a estratégia prioritária para a expansão e consolidação da Atenção Básica, que, nas atuais concepções, considera-se equivalente ao termo Atenção Primária à Saúde (FLISH, 2013).

Segundo Torres e Monteiro(2010), um caminho possível para potencializar as práticas de ES, na Atenção Primária à Saúde (APS), seria privilegiar as ações longitudinais. Essas se traduzem em práticas que não se limitam a ações pontuais, pois são conduzidas de forma periódica com o mesmo grupo de participantes. Por essa característica, acredita-se que elas criariam espaços mais permanentes para que os sujeitos possam ressignificar e coproduzir conhecimentos necessários ao alcance

do processo de emancipação ou de empoderamento esperados como resultados dessas ações.

No entanto, no atual panorama da APS, entende-se que o maior desafio das e-SF é organizar o trabalho, na conciliação da quantidade de atendimentos prestados com o cumprimento integral de todas as suas atribuições. A visão da ESF como um excelente campo para a formação, articulação e fortalecimento da interdisciplinaridade e intersetorialidade é uma ferramenta importante para auxiliar às equipes nesta tarefa (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Saúde e educação estão intimamente articuladas, pois são vistas como complementares e essenciais para o progresso da ESF. Por isso, não podem ser dissociadas, caminham juntas, articulam-se como práticas sociais (OLIVEIRA, et al., 2014). A prática da ES requer do profissional de saúde uma análise crítica da sua atuação, bem como, uma reflexão de seu papel como educador.

O encontro entre usuário e Unidade Básica de Saúde(UBS), embora inevitável, caracteriza-se como encontro entre diferentes e, no caso da Saúde da Família, as diferenças se evidenciam porque afirmam campos de saber e poder distintos: saber popular/científico; regras burocráticas/necessidades, sofrimento/normatividade; poder/sensibilidade. E, diante da inevitabilidade do encontro, é imprescindível transformar esse momento em um 'entre-espacos', 'fimbrias', 'brechas', tornando possível o diálogo e a diluição do poder institucional (PEDROSA; PEREIRA, 2007).

2.3 Educação Popular: diálogo e emancipação dos sujeitos

Para Freire (2008b), a educação que se impõe aos que realmente se comprometem com a libertação não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres vazios a quem o mundo encha de conteúdos; não pode basear-se numa consciência especializada, mecanicistamente compartimentada, mas nos homens como corpos conscientes e na consciência como consciência intencionalizada do mundo. Não pode ser a do depósito de conteúdos, mas a da problematização dos homens em suas relações com o mundo.

As ações de ES no Brasil têm, em suas raízes, estratégias tecnicistas, biologicistas e pouco participativas, que privilegiam ações voltadas para um viver higiênico e saudável, direcionadas para as classes populares, vistas como incapazes

de iniciativas próprias para a manutenção da saúde individual e coletiva (GOMES; MERHY, 2011).

A partir da década de 1970, o movimento de EDPOP emergiu do encontro entre trabalhadores de saúde, estudantes e professores universitários, segmentos da igreja e movimentos sociais, na confluência entre distintas correntes teóricas, cristianismo, humanismo e socialismo, que resultaram na elaboração de um movimento de ruptura das práticas hegemônicas de ES de caráter preventivista, alicerçadas na Biomedicina e materializadas em prescrições de comportamento feitas de forma unilateral pelos profissionais de saúde (STOZT, 2007).

A EDPOP busca, além da construção de uma consciência sanitária capaz de reverter o quadro de saúde da população, a intensificação da participação popular, contribuindo para a promoção da saúde. Ela parte do pressuposto de que o educando possui um saber prévio, construído em sua história de vida, em sua prática social e cultural, que lhe serve de ponto de partida para a aquisição de novos conhecimentos. A educação se constitui em um processo de busca e de invenção ou reinvenção que parte da ação e da reflexão do homem sobre o mundo, para transformá-lo. A problematização das experiências ou situações vividas constitui um desafio para a transformação e, portanto, uma fonte para a organização do conteúdo do processo educativo, embasados no referencial freiriano (BORNSTEIN, 2007).

A Educação Popular atravessou as décadas de 1980 e 1990 como movimento e articulou atores e instituições no âmbito da sociedade. A partir dos anos 2000, particularmente a partir de 2003, foi efetivamente inserida no aparelho estatal, assumindo a condição de objeto de gestão no escopo de Política Nacional de Saúde e delineando caminhos que viriam culminar na elaboração de uma Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP), aprovada em 2012, no Conselho Nacional de Saúde (AMARAL; PONTES; SILVA, 2014).

A implementação dessa política nos diversos âmbitos do sistema de saúde significou a constituição de ações envolvendo práticas de saúde, processos de formação dos profissionais, incremento da participação popular em saúde e do controle social, além da produção de conhecimentos a ela relacionados (BONETTI; PEDROSA; SIQUEIRA, 2011), o que nos dá a dimensão de sua abrangência e, sobretudo, de sua importância para a consolidação do SUS. É norteadas pelos princípios Teóricos-Metodológicos discriminados a seguir (BRASIL, 2013).

a) “*O diálogo*” como encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade contribuindo com os processos de transformação e humanização (p.14);

b) “*A amorosidade*” permite que o afeto se torne elemento estruturante da busca pela saúde. No vínculo afetivo criado na relação educativa em saúde surge a emoção que influencia simultaneamente a consciência e o agir das pessoas envolvidas, ampliando o compromisso, a compreensão mútua e a solidariedade, não apenas a elaboração racional. Enquanto referência para a ação política, pedagógica e de cuidado, a amorosidade aumenta o respeito à autonomia de pessoas e de grupos sociais em situação de iniquidade, por criar laços de ternura, acolhimento e compromisso que antecedem às explicações e argumentações (p.15);

c) “*A problematização da realidade*” implica a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e análise crítica da realidade em que a experiência dos sujeitos é reconhecida e contribui na identificação das situações limite e das potencialidades para transformá-las (p.16);

d) “*A construção compartilhada do conhecimento*” consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos com saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo, as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas (p.16);

e) “*A emancipação como referencial no fazer cotidiano da saúde*”, pressupõe a construção de processos de trabalho no qual os diversos atores possam se constituir sujeitos do processo de saúde e doença, contrapondo-se às atitudes autoritárias e prescritivas, radicalizando o conceito da participação nos espaços de construção das políticas da saúde em busca do inédito viável (p.17);

f) “*Compromisso com o Projeto Democrático e Popular*” promotor de vida e saúde tem por princípios: valorização do ser humano em sua integralidade; soberania e autodeterminação dos povos; respeito à diversidade étnico-cultural, de gênero, sexual, religiosa e geracional; preservação da biodiversidade; protagonismo, organização e poder popular; democracia participativa; organização solidária da economia e da sociedade; acesso e garantia universal aos direitos, reafirmando o SUS como parte constitutiva deste Projeto (p.17).

Na Educação Popular, o processo de construção do conhecimento é uma produção histórica e social, resultante da participação e do protagonismo dos sujeitos nela envolvidos, daí a sua ação emancipadora. O diálogo é parte inerente do processo de construção desses sujeitos (BORNSTEIN, et al., 2014).

Para Freire (2008a), o diálogo é o encontro dos homens mediatizados pelo mundo para pronunciá-lo, não se esgotando na relação dos pares e, por seu inacabamento, o sujeito está sempre se construindo, mediatizado por esse mundo. O diálogo pressupõe o amor ao mundo e às pessoas, a crença na natureza de ser mais humano, a esperança e o reconhecimento das diferenças sem negá-las.

Para Ayres (2008) as dimensões que envolvem as práticas de saúde em geral compreendem a *episteme*, ou seja, o plano do conhecimento geral reconhecido como ciência; a *techné*, a dimensão técnica que expressa o saber transformado em instrumento; e a dimensão da *práxis*, advinda das interações subjetivas entre população, profissionais e gestores que acontecem nos espaços coletivos e os modos singulares como cada indivíduo vive, interpreta e expressa esses acontecimentos.

Qualquer uma dessas dimensões é compreendida como dispositivo que opera na mediação entre o movimento dos sujeitos sociais em direção à emancipação e autonomia no que diz respeito à sua saúde, ou seja, quanto mais autonomamente for construído o significado de práticas de saúde como universais, integrais e equânimes, mais a expressão desses princípios nas ações realizadas, emancipa os sujeitos sociais (PEDROSA, 2014).

Para este autor, abandonar a homogeneização do anonimato e constituir-se sujeito em torno de um projeto voltado para superação de uma situação que oprime é uma ação emancipatória. A ação em que indivíduos se constituem sujeitos e se movimentam em prol de seus desejos, conscientes de sua situação, acontece cotidianamente na micropolítica do trabalho e no entorno das e-SF. Sua característica de *práxis*, no sentido de um 'fazer pensado' a coloca como estratégia indispensável aos projetos de transformação da sociedade.

Isso pode não só significar a reivindicação de espaço na estrutura existente, como também representar o engajamento na luta por rupturas e pela busca de novas possibilidades de organização da vida comum. O elemento definidor, nesse caso, não é tanto o projeto final, mas a disponibilidade para sair do lugar, o mover-se em direção a um horizonte que apenas deixa entrever sinais do que Paulo Freire chamou de inéditos viáveis (STRECK, 2010).

A Educação Popular apresenta-se, assim, em um grande conjunto de teorias e de práticas que tem em comum, nas diversas partes do mundo, o compromisso com os mais pobres, com a emancipação humana. Seguindo sua origem, a EDPOP é também um compromisso político com as classes populares, com a luta por melhores condições de vida e de saúde, pela cidadania e pelo controle social. Apresenta-se diretamente ligada à valorização e à construção da participação popular, possuindo perspectiva histórica, reconhecendo os pequenos passos e os movimentos das forças sociais em busca do controle de seu próprio destino (GADOTTI, 2013).

Diante do que foi exposto e de acordo com Paludo (2009), a construção da Educação Popular como política pública acompanha, necessariamente, o avanço da refundação do Estado, que incide na explicitação das contradições sociais para se inserir na totalidade do social, processo no qual seus atores teriam que ser necessariamente protagonistas, donde emergiram novos e antigos movimentos sociais conscientes da sua importância e força, nos diversos setores da sociedade, bem como, na produção de saúde.

2.4 Institucionalização da Educação Popular em Saúde no SUS

Ao analisar a institucionalização da EDPOP, inicialmente, visitamos sua história, buscando identificar quem são seus atores e o que intencionam. Nesse sentido, a década de 1960 é um marco na caminhada da educação popular, quando profissionais e estudantes engajados na busca da transformação social aproximam-se da cultura popular. Surgem iniciativas como os movimentos populares de cultura, de educação de base, entre outros, nos quais foi possível compreender a cultura popular como uma forma de luta popular, bem como compreender que este processo levaria à transformação das relações de poder e da vida do país (BONETTI; ODEH; CARNEIRO, 2014).

Segundo os autores supracitados, a aproximação da Educação Popular com a saúde somente veio a se edificar na década seguinte, na qual, inspirados nos conceitos da educação popular, sistematizados inicialmente por Paulo Freire, muitos profissionais de saúde articulados ao movimento da educação popular, à luta pela transformação da atenção à saúde buscaram implementar formas participativas de

relação com a população, rompendo com a tradição autoritária dominante que se estabelecia nestes espaços.

Verifica-se que com a redemocratização do país, a partir de 1980, experiências individuais que atuavam de certa forma clandestinamente, em função do sistema ditatorial, começam a conquistar maior expressão e evidência junto à política de saúde, tornando-se inclusive referência político-metodológica de gestões municipais, a exemplo de Recife (2000-2004) e Camaragibe (1996-2004), ambas em Pernambuco e administradas pelo Partido dos Trabalhadores, e no governo estadual de Miguel Arraes (1994-1998), também em Pernambuco (VASCONCELOS, 2004).

No nível de Governo Federal, o ano de 2003 apresenta-se como um divisor de águas no país, momento em que, fruto de uma grande mobilização dos movimentos sociais, o Partido dos Trabalhadores governa pela primeira vez a Presidência da República com a eleição de Luís Inácio Lula da Silva. Nesse período, encontramos a acolhida da EDPOP no Ministério da Saúde (MS), ao ser criada a Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde em sua estrutura, integrando a nova Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Essa iniciativa apresentou-se como um desdobramento da intencionalidade política do movimento em participar do SUS, expressa em 2002 pelos atores da Rede de Educação Popular (BONETTI; ODEH; CARNEIRO, 2014).

Uma das estratégias implementadas nesse período foi o apoio à constituição da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS), como um espaço de interlocução entre os movimentos sociais populares e a gestão do sistema.

No percurso da institucionalização, merece destaque também, o ano de 2008, no qual a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP) recebeu a reivindicação, por parte dos movimentos e coletivos nacionais de EDPOP, ampliando o espaço de construção coletiva e de apoio institucional às suas experiências. Dentre os encaminhamentos sugeridos, foi apresentada a proposta de criação de um grupo de trabalho permanente entre a SGEP e os movimentos e coletivos citados (BONETTI; ODEH; CARNEIRO, 2014).

Ao acolhê-la, a Secretaria propôs a implementação do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS), posteriormente instituído pela Portaria GM número 1.256/0911, tendo como objetivo principal a formulação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP/SUS). Esse Comitê reúne um coletivo de 28

membros titulares e seus respectivos suplentes, sendo essas representações da sociedade civil; 13 movimentos populares e 2 movimentos representativos dos gestores, como também, 9 representações da área do governo, compostas pela parte técnica do MS e instituições ligadas ao SUS. Desde então, uma agenda de diálogo foi empreendida, confluindo na aprovação em julho de 2012 da Política no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e, em maio de 2013, na sua pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e, em novembro do referido ano, foi aprovada pelo MS como política do SUS (BRASIL, 2013).

Cabe ressaltar, que atualmente a institucionalização da EDPOP extrapola o setor saúde, sendo que outras áreas também têm buscado fortalecê-la como referencial político-metodológico de suas políticas (BONETTI; ODEH; CARNEIRO, 2014).

Esse sucinto resgate histórico foi feito no intuito de demonstrar que, além de sujeitos produtores de uma reflexão acadêmica, os coletivos populares que se organizaram em torno da luta por saúde, vêm desenvolvendo intensa militância política e social. Eles apresentam, grande dinamicidade e têm a capacidade de constituir redes de articulação poderosas em suas capilaridades. Nesses movimentos foram sendo formuladas novas maneiras de compreender e de realizar processos educativos no setor saúde (GOMES; MERHY, 2011).

3 CAMINHO METODOLÓGICO: construindo a viabilidade da pesquisa

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, pois, para alcançar o objetivo proposto, inseriu-se no universo da qualidade, representado pelos significados e intencionalidades, imersos nos atos e estruturas sociais relacionados ao fazer educativo dos profissionais no contexto da ESF, a fim de compreender a realidade de maneira dialética, nas relações entre a consciência e o material e em uma perspectiva histórica da formação humana (FREIRE, 2008a; MINAYO, 2012a).

É do tipo descritivo-exploratório, visto que oportuniza a obtenção de informações sobre determinado problema, a partir do conhecimento e descrição das características associadas a ele (MARCONI; LAKATOS, 2007), identificando elementos que ampliam a compreensão sobre suas determinações e seus efeitos com possibilidades de enfrentamento.

Utilizou-se a estratégia metodológica da pesquisa-ação que possibilita a construção de um saber compreensivo e interpretativo capaz de captar significados, valores, crenças, sentimentos e atitudes, a partir da realidade vivida e compartilhada com seus semelhantes, de acordo com Minayo (2012b).

A pesquisa-ação pode originar novos conhecimentos e experiências, além de contribuir de modo significativo para a discussão e ampliar o debate sobre as questões abordadas. As condições de captação da informação empírica são marcadas pelo caráter coletivo do processo de investigação, através de técnicas como seminários, entrevistas coletivas, reuniões de discussões com os interessados. Como estratégia de pesquisa, consiste em um modo de conceber e organizar uma pesquisa social de finalidade prática e que esteja de acordo com as exigências próprias da atividade da participação dos agentes da situação observada (THIOLLENT, 2011).

3.2 Cenário

A consecução do estudo ocorreu na cidade de Teresina, que foi fundada em 16.08.1852, tornando-se a primeira capital planejada do Brasil. Localiza-se na região Nordeste, na confluência dos rios Poti e Parnaíba, o que lhe confere a condição de única capital de estado que não está situada no litoral, por isso mesmo desfruta

posição privilegiada de influência no comércio e nos serviços de saúde sobre vasta área do interior dos estados do Maranhão, Ceará, Tocantins e Pará. Possui uma área de 1.392 km² e uma população de 840.600 habitantes (IBGE, 2014).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, Teresina possuía até abril de 2015, 89 UBS distribuídas em diferentes regionais de saúde (norte, sul e leste/sudeste), sendo ponto de apoio para 258 e-SF, responsáveis pela cobertura de 92,25% da população do referido município (**ANEXO A**).

A Regional Sul onde a pesquisa foi realizada possui 29 UBS, distribuídas entre zona urbana e rural do município. Dessas, 25 localizam-se no perímetro urbano e 04 no perímetro rural, servindo de ponto de apoio para 81 e-SF. Das equipes mencionadas, 06 trabalham com a estratégia Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica(PMAQ), perfazendo uma carga horária de quarenta horas semanais. As demais fazem regime de trinta horas, acordado com o município. Esse fato trouxe ao estudo a necessidade de observação de todas as realidades existentes no processo de trabalho da ESF do município em questão. Por causa disso, surgiu a necessidade da pesquisa envolver UBS de zona urbana, rural e de PMAQ. A opção da regional Sul ocorreu em face da inserção da pesquisadora durante quatorze anos na ESF da coordenadoria supracitada, o que facilitou o acesso geográfico da mesma às UBS selecionadas.

Para seleção das UBS, foi necessária colaboração da coordenadoria de saúde sul, através dos apoiadores das e-SF, que forneceram o cadastro das UBS mencionadas, bem como, uma relação atualizada dos profissionais que faziam parte destes serviços.

Para melhor entendimento, o cargo de apoiador foi criado, no município de Teresina, através da portaria número 170 de 24.04.14, em virtude da expansão da ESF e com o intuito de dar apoio institucional e organizacional aos processos de trabalho da Atenção Básica de Saúde (ABS). Geralmente são profissionais que compõem a equipe mínima da ESF, como enfermeiros e odontólogos, ficando responsáveis por um conjunto de e-SF.

Posteriormente, as 29 UBS foram divididas e dispostas em três grupos: um da zona urbana; um da zona rural e um de unidades que trabalhavam com a estratégia PMAQ. Após essa etapa foi realizado um sorteio aleatório simples em cada agrupamento relacionado com a escolha de uma UBS para o estudo. O resultado é

descrito a seguir: zona urbana-UBS Vamos Ver o Sol; zona rural-UBS Alegria e UBS PMAQ-Portal da Alegria.

3.3 Sujeitos sociais: participantes do estudo

Foram identificados médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliares e técnicos de enfermagem, técnicos em higiene dental das diferentes e-SF, que trabalhavam nas referidas unidades, para serem os participantes da pesquisa.

Acresce-se que, para a participação no estudo, foram adotados critérios específicos de inclusão e de exclusão. Nessa perspectiva, os critérios de inclusão abrangeram o fato de o profissional ser da ESF há no mínimo um ano; estar lotado em uma das UBS localizadas na Regional Sul do município de Teresina, que fizeram parte da pesquisa, e apresentar atividades educativas no seu cronograma de trabalho. Os critérios de exclusão foram caracterizados pela ausência de atividades educativas no seu cronograma, estar de férias, licença médica ou qualquer outro tipo de afastamento durante o período da pesquisa.

Essas informações foram coletadas na Regional de Saúde Sul com a ajuda dos apoiadores das e-SF, por que os mesmos forneceram informações acerca dos profissionais e de sua rotina de trabalho, facilitando a identificação dos que se enquadravam nos critérios citados no parágrafo anterior.

Após seleção das UBS descritas no item anterior, verificou-se a existência de um universo de 57 profissionais da ESF, distribuídos nos referidos serviços. Desse universo, foram selecionados 30 profissionais para participarem da pesquisa a partir dos critérios de inclusão e exclusão explicitados.

3.4 Instrumentos para Coleta de Dados

Como estratégia pedagógica e de produção e coleta de dados utilizaram-se os Círculos de Cultura(C.C.), que são momentos em que todos têm a palavra, leem e escrevem o mundo. É um espaço de trabalho, pesquisa, exposição de práticas, dinâmicas, vivências que possibilitam a elaboração coletiva do conhecimento (MONTEIRO; VIEIRA, 2010), o que corrobora a pesquisa-ação.

Os C.C. foram criados pelo educador, Paulo Freire, na década de 60 para alfabetização de adultos (DANTAS; LINHARES, 2014). Constitui uma ideia que substitui a 'turma de alunos' ou de 'sala de aula'. A escolha dessa estratégia metodológica para o estudo teve o objetivo de propiciar uma vivência participativa com ênfase no diálogo, campo fértil para reflexão e elaboração coletiva de uma proposta dialógica e emancipatória de educação em saúde baseada nos pressupostos da educação popular.

Ainda para as autoras, supracitadas, a denominação de círculo é apresentada porque todos estão à volta de uma equipe de trabalho que não tem professor, mas um animador de debates que participa de uma atividade comum em que todos ensinam e aprendem. A maior qualidade dessa equipe é a participação ativa em todos os momentos do diálogo.

O desenvolvimento do trabalho com a utilização dos C.C. requer do pesquisador(a) atenção ao que se fala. As falas, conversas, frases, entrevistas, discussões, dentro ou fora do círculo, tudo está carregado dos temas da comunidade-grupos trabalhados, seus assuntos, sua vida (HEIDMANN, 2010).

De acordo com Monteiro e Vieira (2010), o desenvolvimento do C.C. consiste de três momentos: a) a investigação temática, pela qual os componentes do círculo e o animador buscam, no universo vocabular dos participantes, as palavras e temas centrais de suas biografias; b) a tematização, mediante a qual eles(as) codificam e decodificam esses temas; ambos buscam o seu significado social, tomando assim consciência do mundo vivido; e c) a problematização, por meio de que eles(as) buscam superar a primeira visão mágica por uma visão crítica, partindo para a transformação do contexto vivido.

Para Thiollent (2011), a pesquisa-ação deve agregar vários métodos ou técnicas de pesquisa social, com os quais se estabelece uma estrutura coletiva, participativa e ativa na captação da informação. Esta pesquisa tem como desafio buscar, na conjugação de instrumentos metodológicos como os C.C. e na caracterização dos participantes do estudo, entendimento de dados relevantes e significativos para a mesma. Essa caracterização, descrita anteriormente, foi obtida através de um formulário descrito no **APÊNDICE B**, preenchido durante o primeiro C.C. realizado.

3.5 Aspectos Éticos da Pesquisa

A pesquisa obedeceu às diretrizes e normas regulamentadoras determinadas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) no que concerne à realização de pesquisas envolvendo seres humanos; respeitando-se os princípios éticos e os direitos de privacidade e anonimato dos participantes do estudo.

Antes da coleta de dados, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa(CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), uma vez que envolveu a participação de pessoas, e aprovado não só por esse Comitê, como também pela Comissão de Ética em Pesquisa da Fundação Municipal de Saúde(FMS), instituição coparticipante da pesquisa. As aprovações ocorreram em 24.12.15 e 25.08.15, respectivamente. O parecer do CEP segue no **ANEXO B** e a declaração de aprovação da FMS, no **ANEXO C**.

Por tratar-se de uma coleta de dados que ocorreu de forma coletiva, o presente estudo poderia acarretar desconforto ou constrangimento durante a explanação das falas e discussões propostas. Então para maior conforto dos participantes e sigilo das informações, a coleta foi realizada num ambiente confortável e neutro escolhido pelos próprios participantes. Caso houvesse necessidade, a participação na pesquisa seria suspensa e a identidade dos participantes mantida em sigilo, sem nenhum prejuízo ou dano aos mesmos, respeitando a resolução anteriormente descrita. Essa situação foi formalizada com a apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**APÊNDICE A**), assinado por todos os participantes do estudo.

Os integrantes do ensaio foram esclarecidos acerca do objetivo e importância de sua participação na consecução do estudo. Foi solicitado permissão dos mesmos, para registro fotográfico das produções individuais e coletivas, por constituírem registro fidedigno das vivências produzidas nos C.C, facilitando a construção do *corpus* da pesquisa, sendo fornecida a eles a informação de que suas produções seriam mantidas sob sigilo e identificadas pela letra P de participante, seguida de algarismos arábicos em ordem crescente.

3.6 Procedimentos para Coleta de Dados: inserção da pesquisadora no cenário do estudo

Os C.C. foram realizados com os participantes da pesquisa, respeitando critérios de inclusão e exclusão já descritos, bem como o aceite em contribuir para a pesquisa. Ressalta-se que seriam formados C.C. nas três UBS sorteadas, compostos pelos diversos profissionais das e-SF. Eles foram abordados pessoalmente pela pesquisadora nas UBS selecionadas, durante visitas previamente agendadas no mês de janeiro, com o intuito de explicar os objetivos, a relevância e a metodologia do estudo; coletar e confirmar contatos dos que efetivamente participariam da pesquisa e, também, verificar dias, horários e locais disponíveis para início da coleta de dados. Dando preferência ao final da jornada de trabalho e aos dias em que ocorriam as reuniões da equipe ou fora da jornada de trabalho, a fim de não prejudicar a rotina dos serviços, conforme solicitação da instituição coparticipante da pesquisa a Fundação Municipal de Saúde (FMS).

No entanto, durante essa fase de construção da viabilidade da pesquisa, apareceram dificuldades operacionais e institucionais, tais como: desinteresse por parte dos profissionais em participar da pesquisa de modo voluntário e dificuldade em pactuar horários comuns para realização dos C.C. em cada UBS selecionada. Observou-se, ainda, que havia uma dispersão das reuniões de equipe que aconteciam às sextas-feiras, em face de todos os ACS estarem fazendo o curso técnico em ACS, fato que acabou dificultando o encontro dos profissionais, principalmente na zona rural.

O ACS é um trabalhador do âmbito específico do SUS. A relevância desse profissional no contexto de mudanças das práticas de saúde e o seu papel social junto à população constituem a necessidade de sua formação, realizada em nível técnico e reafirma a intenção governamental de associar educação profissional à elevação de escolaridade. O Ministério da Saúde lançou em 2004 as diretrizes para o curso citado no parágrafo anterior com o objetivo de fomentar a autonomia intelectual desses trabalhadores, o domínio do conhecimento técnico-científico, a capacidade de auto-planejamento, de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de trabalhar em equipe, de interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho. Essa formação tem duração média de um ano (BRASIL, 2004). No município de Teresina o curso teve início em junho de 2015.

Após duas visitas, às e-SF lotadas na UBS da zona urbana Vamos Ver o sol, conseguiu-se pactuar com alguns profissionais da e-SF 224 do turno da manhã,

o horário da quarta-feira, quinzenalmente, após a realização das visitas domiciliares da equipe. Cada círculo teve duração de uma hora e meia a duas horas, objetivando alcançar uma interação necessária, sem provocar fadiga.

Participaram do estudo, oito profissionais da referida e-SF, caracterizados na apresentação e discussão dos resultados. As atividades ocorreram na sala de reunião da UBS Vamos Ver o Sol, facilitando o acesso dos profissionais.

A UBS Antônio Pessoa dos Santos (Vamos Ver o Sol) está localizada na zona Sul de Teresina (PI). O território adstrito da e-SF 224 é formado por 06 micro áreas, abrangendo o Residencial Vamos Ver o Sol, o Loteamento Vamos Ver a Lua e o Loteamento Parque das Crianças. A referida equipe é constituída por 01 Enfermeira, 01 Médico, 01 Auxiliar de Enfermagem, 06 ACS e uma Equipe de Saúde Bucal composta por 01 Odontólogo e 01 Técnico em Saúde Bucal.

A etapa de coleta dos dados ocorreu durante os meses de janeiro, fevereiro e março de 2016, de acordo com o que foi estabelecido no projeto e após aprovação no CEP da UFPI e na Comissão de Ética em Pesquisa da FMS.

Para determinar o número total dos C.C. necessários para explorar a temática em questão, é imprescindível estar atento à complexidade do tema abordado, além de que o critério de saturação comumente utilizado em estudos qualitativos, também é aplicável nesse caso, ou seja, quando se acredita que a estrutura de significados tenha sido apreendida (MONTEIRO; VIEIRA, 2010). Na pesquisa em questão, esse fato ocorreu com a realização de cinco círculos, descritos na apresentação e discussão dos resultados e elencados no QUADRO 1, que traz as questões norteadoras e os temas geradores, trabalhados em cada evento realizado.

Os C.C. como referencial e estratégia metodológica foram conduzidos de modo sistematizado obedecendo à seguinte dinâmica: atividades de sensibilização e acolhimento; descoberta do universo vocabular; tematização (codificação e decodificação da realidade); construção de situações para problematização (trabalho com questões norteadoras); fundamentação teórico científica estimulando a reflexão crítica; síntese do que foi vivenciado e avaliação.

O registro dessas atividades ocorreu por meio de fotos do material produzido, durante as reuniões, após autorização prévia; construção de sínteses ao final de cada círculo e anotações em diário de campo de notas significativas, que poderiam passar despercebidas, constituindo as chamadas 'notas de interação'. Esses registros somente ocorreram com o consentimento livre e esclarecido dos

participantes, assinados em duas vias (**APÊNDICE A**), conforme descrição dos aspectos éticos.

3.7-Procedimentos para Análise dos Dados

O processo para análise dos dados da pesquisa foi o da Hermenêutica-Dialética. Segundo Minayo (2003), esse método leva a busca da apreensão da prática social dos indivíduos em seu movimento contraditório, considerando a realidade vivida e sua historicidade, possibilitando a existência simultânea de interesses coletivos que os unem e interesses específicos que os distinguem e os contrapõem.

A hermenêutica é baseada na explicação e interpretação de um pensamento e busca a compreensão do sentido que se dá na comunicação dos indivíduos. Considera que os textos, os discursos e as falas de um modo geral, produzem-se e inserem-se num contexto sócio-histórico, adquirindo importância cultural, bem como, significados e sentidos, que escapam ao controle de quem os produziu. Tem, por conseguinte, existência própria constituindo-se em fenômenos sócio-políticos que adquirem relevância no curso da história. Compreender, no sentido hermenêutico, traz a possibilidade de interpretar, de estabelecer relações e, como consequência propiciar um nível de entendimento ampliado (AZEVEDO, 2004; MINAYO, 2003).

E a orientação dialética de qualquer análise diz que é de primordial importância, realizar a crítica das idéias expostas nos produtos sociais (discursos, textos, instituições) buscando, na sua especificidade histórica, a cumplicidade com seu tempo e nas diferenciações internas, sua contribuição à vida, ao conhecimento e às transformações (AZEVEDO, 2004).

Para seguimento do método de análise supracitado, houve transcrição do material registrado nas produções individuais (discursos) e coletivas, das anotações do diário de campo e das sínteses produzidas ao final de cada C.C. criando um *corpus* da pesquisa. Esse sistema de anotações serviu de base para a formulação de categorias que foram analisadas e discutidas a luz do referencial EDPOP. Os discursos produzidos pelos participantes foram apresentados na discussão dos resultados, de acordo com a sequência cronológica estabelecida para a realização dos C.C., bem como, em consonância com as etapas de estruturação desses eventos

(levantamento do universo vocabular, tematização e problematização), proporcionando um encadeamento dialógico do conteúdo.

Em lugar da estrutura lógico-formal, há na abordagem metodológica da pesquisa-ação muitas características próprias aos processos argumentativos. Esses aspectos argumentativos encontram-se: na apresentação dos problemas estudados e das propostas de solução ou explicações apresentadas conjuntamente por pesquisadores(as) e participantes; nas deliberações relativas à escolha dos meios de ação aplicados; nas avaliações dos resultados da pesquisa e na correspondente ação desencadeada (THIOLLENT, 2011).

Para sedimentar a realização desses eventos e a análise de dados apreendidos, decorrentes desse processo dialógico e argumentativo já descrito, procedeu-se inicialmente a caracterização dos participantes do estudo e a descrição das etapas que alicerçaram os C.C. realizados no presente estudo.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“Aprender para nós é construir, reconstruir, constatar para mudar, o que não se faz sem abertura ao risco e à aventura do espírito” (FREIRE, 2008b, p.69)

4.1 Processo participativo dos Profissionais durante os Círculos de Cultura

O grupo de profissionais responsável pela consecução, desta pesquisa, foi composto por oito participantes, todas do sexo feminino, com idades entre 35 e 50 anos, sendo seis ACS, uma técnica de enfermagem e uma enfermeira; profissionais de uma mesma e-SF, com tempo de atuação entre 10 e 15 anos na ESF.

Nessa etapa do estudo, apresentam-se as fases de vivência dos participantes nos C.C. Durante a realização do primeiro evento descrito, foi construído um pacto de convivência com o grupo, no intuito de estabelecer condições para o desenvolvimento das atividades propostas, para tanto foi acordado: pontualidade, harmonia, participação, respeito ao outro, troca de experiências, realização de dinâmicas, desligar o celular ou deixá-lo no silencioso. Houve reapresentação do tema e dos objetivos da pesquisa e também apresentação da proposta dos C.C. e sua metodologia. A partir daí, realizou-se uma dinâmica que consistiu no uso de uma bola de papel, a qual passava de mão em mão, enquanto cada participante falava de sua biografia na ESF. Desse momento em diante, procedeu-se à Investigação Temática, ou etapa de Levantamento do Universo Vocabular, daquele grupo acerca da Educação em Saúde, universo vivido na ESF e que trouxe à tona significados e sentidos percebidos por aqueles profissionais, sobre o tema proposto, através das palavras verbalizadas representativas da percepção e entendimento adquiridos e serviram para orientar os debates seguintes. Esta etapa não é final. Ela continua presente ao longo da realização dos C.C. considerando a inter-relação dos momentos e a necessidade de fundamentar na investigação o instrumento de escuta e acolhimento das expectativas e interesses do grupo para o planejamento de cada reunião.

Para Monteiro e Vieira(2010), o Levantamento do Universo Vocabular é o momento que permite aos educadores e educandos aproximarem-se da linguagem e das experiências de vida um do outro. E as palavras geradoras possuem um significado pedagógico, social, cultural e político possibilitando a abordagem de temas significativos para o grupo.

Após a descoberta desse universo de sentidos, partiu-se para a fase de Tematização, em que o grupo de profissionais do estudo codificaram e decodificaram temas levantados no primeiro C.C., buscando seu significado social, tomando consciência do mundo vivido. Esse fato ocorreu nos dois C.C. subsequentes, através da aplicação de perguntas norteadoras, que possibilitaram aos participantes a visualização e entendimento do tema em questão na sua realidade, no seu processo de trabalho, através de discussões e reflexões geradas a partir de cada discurso. Isso pôde abrir a perspectiva dos profissionais para análise dos problemas locais e regionais, possibilitando a ampliação do conhecimento e a compreensão deles, sobre a própria realidade, na intenção de intervir criticamente sobre ela. Para Dantas e Linhares (2014), nessa etapa o importante não é transmitir conteúdos específicos, mas despertar uma nova forma de relação com a experiência vivida.

A etapa seguinte, denominada a Problematização, ocorreu a partir do terceiro encontro, quando os profissionais começaram a rever sua prática e construir uma visão crítica. Foi o momento da pesquisa que estimulou a inquietação do grupo com a realização de leituras mais críticas acerca do tema, ao identificar desafios e possibilidades, assim como, buscar soluções ao definir os caminhos que poderiam conduzir à transformação da realidade vivida. Também, ocorreu mediante a aplicação de questões norteadoras, e discussão do texto A Educação Popular em Saúde como referencial para nossas práticas em saúde de Vanderléia Laudete Pulga Daron, inserido no Caderno de Educação Popular/2014. Tal texto traz a EDPOP como possível no cotidiano de trabalho da ESF, ressignificando suas práticas de forma a torná-las fomentadoras de transformação social, tornando profissionais e usuários sujeitos do processo de produzir saúde.

As discussões advindas do texto sugerido foram além do objetivo proposto, por que funcionaram como dispositivo para construção de uma proposta de ES norteadora pelos princípios da EDPOP, possível para o grupo naquele momento, apresentada e discutida no quinto e último C.C. Esse fato demonstrou a disponibilidade dos profissionais em sair do lugar, de mover-se em direção a um horizonte, o que Paulo Freire chamou de inéditos viáveis (STRECK, 2010).

A proposta de Educação em Saúde citada no parágrafo anterior, construída pelos profissionais participantes do estudo, foi produto de uma oficina organizada para ser realizada com toda a comunidade do bairro Vamos Ver O Sol. Intitulada do 'Lixo ao Luxo', que visava promover o combate ao mosquito *Aedes aegypti* através da

reciclagem do lixo coletado, transformando-o em porta-joias, porta-retratos, quadros e outros objetos de arte, ensinados à comunidade a partir de técnicas aprendidas pelos ACS, sendo necessário parceria e participação dessa comunidade, das instituições locais, bem como da FMS, para planejamento das ações, mobilização social e aquisição de recursos. O grupo do estudo considerou que a proposta sugerida não seria estática e sim dinâmica, pois seria discutida por todos os atores-sujeitos envolvidos, trazendo prováveis mudanças ao que foi apresentado por eles, demonstrando entendimento acerca do referencial de EDPOP.

Destartes, para Dantas e Linhares (2014), o sujeito, por sua vez transforma-se, na ação de problematizar e passa a detectar novos problemas na realidade que o cerca. Nesse sentido, a problematização emerge como momento pedagógico, como práxis social, como manifestação de um mundo refletido com o conjunto dos atores, possibilitando a formulação de conhecimentos com base na vivência de experiências significativas. Fato observado com o grupo da pesquisa em questão.

Por sedimentar um processo cíclico e inter-relacional, é possível constatar que o desenvolvimento de um C.C. em todas as suas etapas, constitui um rico levantamento temático para consecução reflexiva do círculo posterior (MONTEIRO, 2007). Assim, as vivências dos C.C. possibilitaram identificar necessidades, expectativas, inquietações, que haviam sido despertadas, e mereciam ser trabalhadas nos círculos posteriores.

O momento de síntese consistiu no registro dos pontos mais significativos para o grupo, em cada círculo. A cada reunião um dos profissionais participantes se voluntariava para essa tarefa, revezando com a pesquisadora. As sínteses eram retomadas a cada evento e permearam a construção do *corpus* da pesquisa já descrito.

A avaliação, também, fez parte do arcabouço de atividades realizadas, durante as reuniões. Consistiu na verbalização de um vocábulo que representasse cada círculo em questão. Algumas palavras foram apresentadas, tais como: aprendizado, novo, interação, troca, alegria, construção. As falas evidenciaram uma apropriação da metodologia utilizada e satisfação na formulação coletiva do conhecimento.

Para melhor entendimento dos eventos descritos neste tópico, segue o quadro a seguir que traz as questões norteadoras e os temas geradores trabalhados em cada C.C. realizado.

QUADRO-1: Estrutura básica dos Círculos de Cultura realizados com os profissionais da e-SF 224, que participaram do estudo.

CÍRCULO DE CULTURA	TEMAS GERADORES
1	LEVANTAMENTO DO UNIVERSO VOCABULAR EDUCAÇÃO EM SAÚDE
2	INTENCIONALIDADE DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE/CONHECENDO A SI PRÓPRIO/O USUÁRIO/FAMÍLIAS
Questões Norteadoras	O que você entende por Educação em Saúde na ESF? Como se percebe nesse processo? Como percebe o usuário/família?
3	PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
Questões Norteadoras	Quais as práticas de Educação em Saúde desenvolvidas por sua ESF? Como são planejadas?
4	EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO PRÁTICA DIALÓGICA E EMANCIPATÓRIA – EDUCAÇÃO POPULAR
Questões Norteadoras	O que, para você, se constitui numa prática de Educação em Saúde dialógica e emancipatória? Quais as dificuldades para a sua construção? (Distribuído texto sobre Educação Popular).
5	CONSTRUINDO UMA PRÁTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE POSSÍVEL BASEADA NO IDEÁRIO DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

FONTE: pesquisa de campo/2016

Tais atividades refletiram o referencial técnico-científico adquirido pelos profissionais participantes do estudo, ao longo de sua formação e sua prática junto a indivíduos, famílias e grupos.

4.2 Dados obtidos a partir dos Discursos Profissionais

A realização dos círculos ocasionou a obtenção de dados oriundos dos discursos, observações e mobilizações grupais, que, para efeito descritivo, foram explanados observando a ordem cronológica de cada evento, junto ao grupo de profissionais participantes da pesquisa. Esses dados seguem dispostos na discussão, na forma de categorias-eixos explicitados a seguir. Eles não se encontram isolados, mas se articulam uns com os outros, demonstrando, desse modo, a totalidade do fenômeno estudado.

Na primeira fase do C.C., foi realizado o Levantamento do Universo Vocabular, no qual a percepção e o entendimento do grupo de profissionais participantes da pesquisa foi verbalizado por meio de seus relatos através de palavras. A partir desses relatos, os vocábulos foram divididos em duas dimensões: ações e sentimentos evidenciados na dinâmica, que propiciaram a formação dos temas geradores e das questões norteadoras dos C.C. posteriores.

QUADRO- 2: Vocábulos definidores da percepção de Educação em Saúde, relatados pelos profissionais do estudo.

AÇÕES	SENTIMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento da realidade; • Participação da comunidade, profissionais e gestão; • Acolhimento; • Mudança de hábito; • Construir junto; • Reeducação; • Reflexão; • Planejamento; • Promoção da saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> • Confiança; • Vínculo; • Compreensão; • Alegria; • Satisfação; • Valorização; • Autonomia; • Perseverança.

<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação; • Troca de experiências; • Partilha; • Escuta; • Liberdade de expressão; • Confraternização. 	
--	--

FONTE: pesquisa de campo/2016

Embora a ES envolva as dimensões de *techné*, *episteme* e *práxis* como descrito no referencial teórico, é mais comumente percebida pelos profissionais da ESF no seu nível de *techné*, onde a dimensão técnica expressa o saber transformado em instrumento, em ação. Daí a predominância de sentidos no campo das ações, descrito pelo grupo do estudo. No entanto, nota-se a menção de ações de caráter mais dialógico, participativo. Excetuando a ação que reporta a ES ao campo da reeducação, trazendo à tona a forma unilateral, tradicional e prescritiva com que a mesma ainda é encarada. Observa-se, também, a menção de sentimentos pelos profissionais, sinalizando uma provável mudança no conceito de Educação em Saúde ou um provável movimento de mudança, nesse sentido.

Para Ceccim e Ferla (2010), o processo educativo envolve mais que uma estrutura didático-pedagógica, incluindo relações afetivas e sociais que compõem a aprendizagem, pois o local em que a educação acontece é um campo de aprendizado afetivo que se nutre das experiências vivas do estar junto, para possibilitar harmonia e prazer no aprender em coletividade. Desse fato, nasce a necessidade das relações educativas serem permeadas por sentimentos advindos de uma relação horizontal e de troca.

Freire (2008a) enfatiza que a prática educativa deve ser realizada com alegria, esperança, convicção de que a mudança é possível, curiosidade, comprometimento, tomada de decisões e disponibilidade ao diálogo, sabendo escutar o outro e querendo bem ao educando. Ainda, para o autor, a educação deve ser uma prática da liberdade do ser humano, na qual os conhecimentos são compartilhados entre os sujeitos que desvelam a realidade, conhecem-na criticamente e a recriam.

No segundo C.C., os participantes do estudo começaram a responder as questões norteadoras, consolidando as categorias que se seguem. Ao primeiro questionamento acerca do conceito de Educação em Saúde, surgiu a primeira categoria descrita a seguir: **Categoria1:Educação em saúde como momento de troca**

O objetivo da educação é o de oportunizar momentos de reflexões e ações capazes de possibilitar às pessoas um aprendizado consciente, sem a intenção de controlar suas vidas. A ES, vista nesse contexto, pode ser compreendida no sentido de propiciar encontros entre profissionais e usuários do serviço de saúde. Essa relação face a face representa um modo de fomentar o diálogo e a troca de experiências (FERREIRA, et al., 2014). Pelos discursos obtidos, essa percepção já parece ter sido constatada pelos profissionais do estudo.

Troca de experiências de forma continuada no processo de trabalho, através de parcerias (P1);

Troca de conhecimentos a partir da realidade de cada área, buscando estratégias para solucionar problemas (P2).

É importante lembrar que a ES sofreu significativas mudanças no decorrer do tempo e, atualmente, representa um elemento de transformação social que deve permitir a valorização da vida e o estímulo à formação do cidadão. Entretanto, apesar de ser complexa, é viável e possível, desde que os profissionais de saúde a promovam com a finalidade de mobilizar cidadãos em direção a uma sociedade mais fraterna e comprometida na promoção da vida, e que esses cidadãos sejam receptivos e coparticipantes desse processo intersetorial, envolvendo a educação e a saúde (SANTOS et al., 2011). Nos discursos seguintes, isso também pode ser evidenciado.

Busca, troca não só de conhecimentos relacionados à saúde, mas que sejam vistos em nível individual e coletivo e que reportem à melhoria da qualidade de vida (P3);

Troca de vivências com o intuito de promover saúde (P4).

Esse fato parece já ter sido percebido pelos profissionais, visto que o conceito de ES presente nos discursos engendra um processo de troca permeada por parcerias, melhoria da qualidade de vida em nível individual e coletivo além da busca

de conhecimentos a partir das realidades vividas. Então, percebe-se que a mesma saiu do patamar de simples forma de transmissão de saberes para meio de transformação social, pelo menos em nível de entendimento.

O questionamentos seguinte, deste C.C. referiu-se à percepção do profissional acerca do seu papel no processo de ES, gerando a segunda categoria.

CATEGORIA 2: Percepção do profissional acerca do seu papel na Educação em Saúde: dificuldades e possibilidades

A partir dos conceitos de ES, que fundamentaram este trabalho, evidencia-se a necessidade de profissionais estarem conscientes de sua importância social e política, sendo imprescindível visualizarem-se como educadores em saúde, mediadores na compreensão dos indivíduos como seres que têm o poder de modificar sua realidade (FERREIRA, et al., 2014).

Observa-se, entretanto, nas falas obtidas que, muitas vezes, as características pessoais, as relações de poder existentes dentro da própria e-SF e a formação dos profissionais interferem nesse entendimento.

É preciso vencer a timidez. O educador deve estar perto das pessoas (P1);

Esse papel de educador ecoa muito forte. Como posso esperar a mudança do outro sem ajuda. Se meu colega não acha importante (P2);

Não é fácil falar disso. Viemos de uma formação onde somos 'donos do saber', mas quando trabalhamos vinte anos com a comunidade, aprendemos mais do que ensinamos. Como já disse é uma troca. No entanto, a maioria dos colegas não entende isso. Colegas de profissão e de equipe. (P3);

Meu papel é de participante desse processo que 'fala e escuta'. Mas me sinto despreparada, preciso aprender novas formas de interagir com a população (P4).

Atualmente, ainda predomina o modelo cartesiano de saúde. No decorrer de toda a história da ciência ocidental, o desenvolvimento da biologia caminhou de mãos dadas com o da medicina. Por conseguinte, foi natural que, uma vez estabelecida firmemente em biologia a concepção mecanicista da vida, ela dominasse também as atitudes dos médicos em relação à saúde e à doença. A influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico resultou no chamado modelo

biomédico, que constituiu o alicerce conceitual da moderna medicina científica e que influenciou e influencia a formação dos profissionais da saúde, desenvolvendo um enfoque reducionista e descontextualizado da realidade, defensor da ideia de que educar é apenas para prevenir. Diante desse paradigma biomédico, as práticas educativas em saúde tendem a reduzir-se a atividades preventivas, de cunho meramente informativo e coercitivo (FERREIRA, et al., 2014). Não obstante, notamos, pelo discurso do profissional P3, que o saber popular foi considerado e colocado em patamar de destaque. Podemos considerar princípios da EDPOP evidentes, como a intercomunicação de diferentes atores sociais e o compromisso com classes populares, valorizando o diálogo entre o saber popular e o científico (Vasconcelos, 2010). Constituindo essa uma das possibilidades da ES assumir caráter dialógico e emancipatório na ESF.

Segundo Fernandes e Backes (2010), em um estudo qualitativo com membros de uma equipe da ESF, com o objetivo de conhecer suas perspectivas sobre educação em saúde, foram mostrados fatores dificultadores desse processo, como a existência de desarticulação, desordenamento e falta de diálogo no trabalho em equipe, que criam barreiras para a organização de um cuidado comum. Tais barreiras estão, presentes em alguns dos discursos acima elencados.

Em estudo de Roecker, Budó e Marcon (2012), foi relatada pelos enfermeiros a necessidade de constante aprimoramento, por meio de cursos, estudos e leituras, por acreditarem que a educação permanente é uma alternativa para superar as dificuldades com a ES. Necessidade apontada por uma das participantes da pesquisa.

É importante ressaltar que a educação permanente visa à transformação dos trabalhadores em sujeitos a partir da modificação de valores e conceitos, colocando-os no centro do processo de ensino/aprendizagem. Dessa forma, por meio da ação e reflexão do trabalhador sobre o trabalho que realiza, o seu conteúdo pode ser transformado e desdobrado em substancialidade, mediado pelas relações sociais cada vez mais complexas e articuladas por interesses diversos. É a partir do interesse que se reproduzem e se recriam novos conceitos a serem operados ou materializados (COSTA, et al., 2010).

O trabalhador(a) em saúde precisa ter clareza do seu papel como sujeito do processo educativo e compreender que uma ação educativa não precisa necessariamente acontecer no espaço de uma unidade de saúde. Espaços criados

pela comunidade, como eventos esportivos, recreativos e até mesmos sociais, são momentos importantes para a mobilização da população. É preciso, contudo, ter o cuidado de não utilizá-los de maneira normalizadora, com atividades predeterminadas, para não desperdiçar a chance de interagir com a comunidade. Nesse caso, o que vale é a mudança de postura desses trabalhadores, por que a partir do momento em que os mesmos (re) significam as suas práticas educativas, assumem o papel de mediadores (OLIVEIRA, 2014). Isso independe da posição que cada membro ocupe na e-SF, pois tanto no processo educativo, quanto no processo de produção da saúde, todos são sujeitos sociais em potencial.

O último questionamento deste C.C. tratou do entendimento do profissional a respeito do papel do usuário no processo de E.S, propiciando a elaboração da terceira categoria. **CATEGORIA 3: Percepção do profissional acerca do papel do usuário na Educação em Saúde: avanços e realidade**

Todo processo de trabalho em saúde é realizado por agentes, sujeitos capazes de gerar uma ação de cuidado direcionada aos usuários. Existem contextos em que o usuário/sujeito é visto como objeto, um receptor de determinadas ações; entretanto, há outros em que é também responsável pela ação. Quando o processo é a prática educativa, é interessante superar a ideia de objeto e pensar em todos como sujeitos (FARIA et al., 2009). Pelas falas dos profissionais, verificam-se as duas situações.

A população deveria participar de forma mais atuante mas, muitas vezes, só vem em busca de consultas. Isso desestimula o profissional (P5);

Temos que nos reinventar, dar vez e voz às pessoas, criar espaços de interação e aproveitar o que já temos. O usuário deve ser considerado participante ativo (P3);

Tinha medo da participação popular, de como nos julgariam, pois muitas vezes trabalhamos sem condição, mas a comunidade é nossa aliada. Estamos do mesmo lado (P2);

Seria bom que toda equipe saísse dos consultórios e interagisse com as pessoas. É muito bom, me realiza a troca com a comunidade (P6).

Observam-se no primeiro e último discursos elencados, resquícios do modelo biomédico de assistência, no qual a primazia pelas consultas e o distanciamento dos profissionais é evidente. Mesmo assim, pode-se dizer que houve

avanço na forma de alguns desses profissionais lidarem com a população, fato pautado pela forma de enxergá-la, no cotidiano das ações de saúde. Pode-se vislumbrar a comunidade como participante do processo e não como mero objeto, a partir do momento em que é considerada aliada e buscam-se estratégias para criar espaços de diálogo com a mesma.

A EDPOP tem evoluído como alternativa de ES para o desenvolvimento de uma assistência integral em que haja uma relação coparticipante entre educando e educador, profissional e usuário. Entretanto, verifica-se que alguns profissionais, além de exporem resistência, influenciados pelo modelo de saúde descrito no parágrafo anterior, apresentam dificuldades em reconhecer que os momentos do cotidiano de suas atividades podem ser momentos de agir de forma educativa. Demonstram, não raramente, um forte distanciamento dessas práticas, fazendo com que usuários e famílias sejam meros expectadores do processo de produzir saúde.

No terceiro C.C., foram realizados questionamentos sobre as práticas educativas e como são planejadas; gerando, assim, a quarta categoria. **CATEGORIA 4: Prática educativa e seus caminhos**

Os profissionais, quando inquiridos acerca das práticas de ES realizadas, foram unânimes em comentar que realizavam terapia comunitária; rodas de conversa com assuntos emergentes (solicitados de última hora pela regional), assuntos solicitados pela comunidade e assuntos que a e-SF considerava necessários em determinados momentos (saúde mental, Zica vírus, dependência química), de acordo com a realidade local; atividades em datas comemorativas como oficinas de artesanato, confraternizações na UBS e passeios com idosos, através de parcerias com instituições locais (comércio, empresa de ônibus) e outros profissionais, como um educador físico que realizava sessões de capoterapia nesses eventos, além da participação nos festejos da comunidade.

Observa-se, pelas atividades realizadas, que os discursos anteriores não são distoantes da realidade e que os profissionais fomentam a criação de espaços de encontro e diálogo na UBS e, algumas vezes, fora dela; buscam parcerias com instituições locais e não têm a visão de que ES é apenas a transmissão de conhecimento, demonstrando que já possuem uma dimensão ampliada das práticas educativas, suscitando a possibilidade de construção de profissionais e usuários se tornarem sujeitos sociais.

A Terapia Comunitária é uma técnica de trabalho com grupos e baseia-se no relato da história de vida dos participantes e do modo como cada um lida com suas dificuldades do cotidiano. Essa situação leva os sujeitos a terem maior possibilidade de responder aos fatores estressantes e passam a lidar melhor com as adversidades da vida, levando a melhorias na saúde física e mental. Ao trabalhar com a concepção de que a origem das doenças, bem como a sua superação, necessariamente, está relacionada às emoções que são mobilizadas pelos sujeitos, o apoio social se suporta em abordagens que privilegiam a totalidade corpo-mente, não considerando-as como dimensões distintas dos sujeitos. O apoio social apresenta caráter de reciprocidade, trazendo efeitos favoráveis para todos os envolvidos, estejam aparentemente oferecendo ou recebendo o apoio, fortalecendo a compreensão de que as pessoas necessitam umas das outras para construir relações de cuidado integrais (GOMES, 2015 apud VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2006).

Uma grande parte das práticas de educação popular existentes nos serviços de saúde estão hoje voltadas para a superação do fosso cultural existente entre a instituição e a população, em que um lado não compreende a lógica e as atitudes do outro. Nessas experiências, isso é feito a partir de uma perspectiva de compromisso com os interesses políticos das classes populares, mas reconhecendo, cada vez mais, a sua diversidade e heterogeneidade. Assim, priorizam a relação com os movimentos sociais locais por serem expressões mais elaboradas desses interesses. Atuando a partir de problemas de saúde específicos ou de questões ligadas ao funcionamento global do serviço, buscam entender, sistematizar e difundir as lógicas, os conhecimentos e os princípios que regem a subjetividade dos vários atores envolvidos, de forma a superar as incompreensões e mal-entendidos ou tornar conscientes e explícitos os conflitos de interesse (VASCONCELOS, 2009). Nessas iniciativas de EDPOP se dá uma grande ênfase à estruturação de instrumentos de ampliação dos canais de interação cultural e de negociação (cartilhas, jornais, assembleias, reuniões, cursos, visitas, etc.) entre os diversos grupos populares e os serviços de saúde (GOMES, 2015).

A partir de algumas posturas descritas pela equipe, tem-se assistido, no cenário da ABS, à emergência de novos padrões de enfrentamento dos problemas de saúde marcados pela integração entre o saber técnico e o saber popular e pela mútua colaboração. Nesse sentido, a ES deixa de ser uma atividade a mais realizada nos serviços para ser algo que atinge e reorienta a diversidade de práticas ali realizadas.

Passa a ser um dispositivo/estratégia da participação popular nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, de aprofundamento da intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade, fomentando a construção de ações de caráter dialógico e emancipatório, em que todos os sujeitos do processo, tornam-se protagonistas. Entretanto esse fato tem seu avanço prejudicado, no cenário descrito, em face de algumas dificuldades relacionadas nos discursos seguintes.

Quando questionados sobre como essas atividades eram planejadas, foi reforçado que apenas alguns profissionais participavam do planejamento dessas ações, apesar de sua importância, demonstrando resquícios de uma formação biomédica e relações fragmentadas no processo de trabalho da equipe. Foi relatada a experiência com o planejamento participativo e a necessidade de sua expansão, demonstrando conhecimento da necessidade da participação da comunidade, nessa fase da prática educativa.

Na equipe somente a enfermeira, os ACS e a técnica de enfermagem planejam as ações educativas. Os outros profissionais são convidados, mas não participam. Tivemos no ano passado a experiência de planejar ações do PSE com a própria escola. Foi muito bom. Queremos expandir esse planejamento (P3);

Nem todos os profissionais participam desse planejamento. Não dão valor às atividades educativas(P7);

A equipe sempre planeja as ações antes de realizá-las e necessita de parcerias com a comunidade e outros setores para atingirmos nosso objetivo (P1);

O planejamento das atividades educativas da e-SF ocorre com a participação de alguns membros. Na grande maioria das vezes, equipe de enfermagem e ACS. Procuramos dar 'vez e voz' aos nossos usuários (P4).

Estratégias de realização de diagnóstico e planejamento participativos das ações de saúde não só podem ser vistos como relevantes para mobilização e conscientização da população, como também são necessários para que a perspectiva dos moradores possa corrigir distorções, frutos da lógica tecnicista, que muitas vezes leva a equívocos relevantes por parte dos profissionais de saúde. Nesse sentido, o diagnóstico e planejamento participativos representariam uma possibilidade de ampliação do diálogo entre o saber popular e o saber tecnicocientífico, necessidade trazida pela EDPOP (GOMES,2015 apud ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

No quarto C.C., os questionamentos foram acerca do que seria uma prática educativa dialógica e emancipatória e quais as dificuldades em realizá-la no cotidiano da e-SF, gerando a última categoria proposta pelo estudo. **CATEGORIA 5: Educação popular: diálogo e emancipação dos sujeitos.**

Corroborando os discursos, até então explicitados, os profissionais mostraram conhecimento de alguns dos princípios e eixos metodológicos da EDPOP, apesar de não citarem o termo em questão. Isso fica evidente nos discursos relacionados a seguir.

Prática que leve em consideração a realidade local, seja flexível, adote uma mudança de linguagem dos profissionais, levando a confiança e maior vinculação da comunidade à e-SF (P2);

Participação popular, troca de experiências, identificação de potencialidades, práticas baseadas nesses princípios(P3);

Respeito e valorização do outro é o que precisamos para essas práticas (P8).

Em novembro de 2013, foi publicada, pelo Ministério da Saúde, a portaria 2.761, que institui a PNEP/SUS. Tal política apresenta os seguintes princípios: o diálogo; a amorosidade; a problematização; a construção compartilhada do conhecimento; a emancipação; e o compromisso com a construção do projeto democrático e popular. Como eixos estratégicos, essa política define: participação, controle social e gestão participativa; formação, comunicação e produção de conhecimento; cuidado em saúde; e intersetorialidade e diálogos multiculturais. (BRASIL, 2013).

Apesar da institucionalização da EDPOP como política do SUS nota-se que os profissionais a reconhecem, embora que de uma forma fragmentada e descontextualizada do seu escopo de política. Esse quadro pode advir de algumas dificuldades, explanadas abaixo.

Não existe o trabalho em equipe, algumas vezes a hierarquia predomina e nem sempre o profissional é o dono da verdade. Isso desvaloriza o outro (P2);

As dificuldades são grandes por conta da sobrecarga de trabalho, vem campanha atrás de campanha. Atividades educativas demandam tempo e planejamento (P1);

Nosso modelo de saúde ainda é baseado em consultas. Isso nos coloca uma venda nos olhos, que nos impede de ver o que acontece à nossa volta e também de valorizar nossa própria comunidade(P2);

Existe comodismo dos profissionais e da comunidade (P8).

O modelo de saúde hegemônico no Brasil constitui o paradigma biomédico ou paradigma biologicista, já citado, tem um caráter clínico-centrado que sustentou e ainda sustenta o hospital como seu principal lócus de ação, lugar da doença e da cura. A cultura orientadora das práticas profissionais desse paradigma concebe a saúde como um fenômeno influenciado por fatores biológicos, caracterizado pela presença de doenças, frente ao qual devem ser operacionalizados procedimentos e tecnologias, com foco em ações individuais (FIGUEIREDO; FURLAN, 2010). Esse fato contribuiu para o distanciamento dos profissionais da realidade de sua área de atuação, com consequente desconhecimento do que de fato acontece em seu território de atuação.

Com a reorientação do modelo assistencial do paradigma biomédico para o paradigma biopsicossocial demandou-se a formação e o preparo de profissionais dotados de habilidades para além dos domínios técnicos, com competências humanísticas, aptos para promover encontros genuínos entre profissional-usuário, baseados no estabelecimento de relações dialógicas pautadas pelo respeito, pelo vínculo e pela construção conjunta de linhas de ação corresponsabilizadas, coerentes com os princípios do SUS (PEDROSA; LUSTOSA, 2012). Uma formação baseada nesses princípios contribuiria não só para melhorar o processo de trabalho dentro da própria equipe, como também a ES poderia ser vista como meio de transformação de realidades de todos os participantes desse processo, tornando-os protagonistas do seu modo de andar a vida.

Gomes (2015) propõe que esse trabalho em equipe multiprofissional, seja orientado segundo uma perspectiva entre e interdisciplinar, em que os saberes não se agregariam apenas, mas se relacionariam, inclusive delimitando as situações nas quais eles reconheceriam suas insuficiências e lançariam a si próprios o desafio de produzir o novo.

A ES é defendida por alguns autores, como campo de práticas de todos os profissionais e não como saber nuclear a determinada categoria profissional ou a especialistas em educação. Nessa perspectiva pode-se afirmar que a EDPOP, além de constituir elemento do campo comum de atuação do conjunto dos profissionais, permitiria o desenvolvimento de relações na lógica da entredisciplinaridade (GOMES, 2015 apud VASCONCELOS, 2008).

Não basta criticar os serviços de saúde por não abordarem dimensões coletivas dos problemas de saúde. É preciso construir conhecimentos operacionalizáveis que permitam fazê-lo. Na urgência dos problemas que chegam, um atrás do outro, o profissional é cobrado a implementar técnicas que já se mostram operacionalizáveis e com eficiência demonstrada, ainda que esteja consciente de seu caráter restrito e limitado. Ele acaba simplesmente reproduzindo o modelo de análise da situação e de organização da conduta terapêutica dominante na tradição científica da especialidade em que foi formado, fechando os ouvidos às manifestações de insatisfação que não sabe como elaborar (FERREIRA, et al., 2014). Comunidade e profissionais acabam por se evitar, reproduzindo um modelo de saúde e de vida que conduz a ineficácia, gerando insatisfação de ambos os lados.

Ainda para Oliveira e colaboradores (2014), durante o processo formativo, os trabalhadores da saúde não são capacitados para desenvolver práticas educativas na perspectiva emancipadora e dialógica. Desse modo, determina-se a perpetuação das práticas tradicionais por parte de alguns profissionais da ESF. A formação, em regra, não privilegia a concepção ampliada de saúde, tampouco a metodologia da educação popular. Além disso, há escassez de tempo e sobrecarga dos trabalhadores, o que corrobora a situação vivida e descrita pelos participantes da pesquisa.

Em estudo de Shimizu e Carvalho (2012), essa sobrecarga referida está relacionada ao modo de organização do trabalho na ESF. As tarefas foram consideradas muito repetitivas pelos trabalhadores. Foi explicitado também a existência de pressão por parte da gestão acerca de prazos para a realização do trabalho; a cobrança por resultados; a falta de pessoal para a realização das tarefas; a fiscalização de desempenho e os resultados desejados não condizentes com a realidade, considerados fatores críticos, o que revela um enfoque da gestão voltada para o incremento da produtividade.

Ainda durante a realização desse C.C. foi distribuído para o grupo do estudo o texto, já citado, A Educação Popular em Saúde como referencial para nossas

práticas em saúde de Vanderléia Laodete Pulga Daron presente no Caderno de Educação Popular/2014.

A leitura e discussão do texto, acima descrito, teve o intuito de sedimentar os conhecimentos acerca da EDPOP e promoveu a construção de uma proposta educativa, já descrita no item 4.1 deste trabalho, que foi avaliada e discutida pelos profissionais, durante o quinto e último C.C. realizado. Durante essa atividade, os participantes do estudo perceberam que a proposta sugerida teria êxito se houvesse participação de todos os atores do processo: profissionais, comunidade e gestão (lideranças, membros do Conselho Local de Saúde e apoiadores da Regional) em todas as etapas da proposta sugerida, desde o planejamento até a avaliação, demonstrando apropriação e entendimento acerca da ES como prática dialógica e emancipatória da ESF. Tal fato evidenciou os resultados da pesquisa-ação através da reorientação das práticas a serem realizadas na UBS.

Para Daron (2014), a EDPOP busca promover a participação dos sujeitos sociais, incentivando a reflexão, o diálogo e a expressão da afetividade, potencializando sua criatividade e sua autonomia. Incorpora a perspectiva do protagonismo dos diversos sujeitos, a valorização das culturas locais nas suas organizações, suas expressões artísticas e as possibilidades de envolvimento de outros setores para o enfrentamento dos problemas cotidianos.

De acordo com autora citada no parágrafo anterior, as metodologias participativas devem estar presentes no cotidiano de trabalho da ESF, visto que permitem a atuação efetiva dos participantes no processo educativo, valorizando os conhecimentos e experiências deles, envolvendo-os na discussão, identificação e busca de soluções para problemas que emergem de suas vidas-situações limite. É uma forma de trabalho pedagógico baseado no prazer, na vivência e na participação ativa em situações reais ou imaginárias que provoca reflexão e faz os participantes construir sentidos às situações concretas da vida, permitindo um movimento de busca do que Paulo Freire, descreveu como inéditos viáveis.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O movimento de EDPOP valoriza a prática educativa, numa perspectiva horizontal da relação trabalhador-usuário, incentivando as trocas interpessoais, as iniciativas da população usuária e, pelo diálogo, busca compreender o saber popular. Tal metodologia reconhece o usuário como sujeito capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e desenvolver uma análise crítica sobre a realidade, que possibilite incrementar estratégias de luta e de enfrentamento. Dessa forma, este movimento deve ser concebido como habilidade de reorientação das práticas de saúde, superando a distância cultural entre os serviços e a população assistida de modo participativo e dialógico.

Analisando criticamente as perspectivas dos profissionais participantes da pesquisa sobre a ES e de que modo vêm desempenhando-a, foi verificado um avanço em reação ao modelo tradicional (biomédico, prescritivo, coercitivo), pois o conceito da mesma presente nos discursos engendra um processo de troca de vivências e experiências permeada por parcerias entre os atores envolvidos, criação de espaços de encontro e diálogo, levando-a a um patamar ampliado de saúde em detrimento de simples meio de transmissão de saberes de forma vertical e impessoal. As práticas educativas identificadas pelo estudo, como a terapia comunitária, as rodas de conversa em que são trabalhados assuntos levados pela própria comunidade e participação em eventos do território, viabilizam esse movimento de práticas educativas construtivas e transformadoras.

Perspectivas relacionadas a uma educação emancipatória e libertária também foram apresentadas, como por exemplo, na ideia da educação em saúde como mediadora da legitimação dos direitos dos cidadãos. O diálogo, a troca de conhecimentos, a participação popular e a valorização do outro, citados como qualificadores da educação em saúde dialógica e emancipatória, também representam uma concepção mais ampla da educação e uma importante abertura para as transformações advindas dessa perspectiva de ES. Entretanto, tais práticas deparam-se com dificuldades ainda muito presentes no cotidiano da ESF, o que impossibilita a abertura necessária para a inserção do cidadão/usuário como sujeito ativo no processo educativo, tanto quanto, do profissional como educador de forma contundente.

Por meio das falas, ficou claro que tal abertura é reconhecida, mas precisa ser conquistada e legitimada, fato que impede maiores progressos e avanços na prática da Educação em Saúde. Processo de trabalho fragmentado, relações de poder existentes dentro da e-SF, processo de formação dos trabalhadores de saúde voltado para o modelo biologicista e sobrecarga de trabalho, constituem-se tal qual barreiras para que esse avanço ocorra de forma mais profícua.

A realização dos C.C. como estratégia metodológica ativa foi primordial para promover discussões, problematizações acerca do mundo vivido, ou seja, da Educação em Saúde realizada, possibilitando a construção do inédito viável, através de uma proposta educativa que trazia no seu bojo a articulação de forma integrada com os outros setores da sociedade e com o ambiente comunitário. O reconhecimento das habilidades, responsabilidades, e a visão das possibilidades e das limitações da equipe foram frutos deste trabalho.

As vivências dos C.C., também, foram sensibilizadoras e essenciais para que os profissionais participantes da pesquisa se tornassem sujeitos, dentro do processo de trabalho da ESF, ao criarem abertura a novos conhecimentos e ao assumirem novas práticas e metodologias como potencializadoras de suas ações, numa perspectiva dialógica e emancipatória de mudança permeada pela EDPOP.

Enfim considera-se que houve uma aproximação entre as práticas de ES realizadas na ESF e os princípios e pressupostos da EDPOP.

Sugere-se uma mudança no currículo das universidades para a formação de profissionais comprometidos com o SUS, além da necessidade da educação permanente àqueles profissionais que já atuam na atenção primária, a fim de que se possa compartilhar e construir conhecimentos em saúde de maneira realmente emancipatória, efetiva e transformadora.

6 REFERÊNCIAS

- AYRES, J. R. Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la hermenéutica filosófica. **Salud Coletiva**, 4(2): 159-172, 2008.
- ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto & Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 315-319, 2007.
- AMARAL, M. C. S; PONTES, A. G. V; SILVA, J. V. O ensino de Educação Popular para o SUS: experiência de articulação de graduandos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. **Interface (Botucatu)**, 2014; 2(18), p. 1547-1558.
- AZEVEDO, M. A. Informação e interpretação: uma leitura teórico-metodológica. **Perspect.ciênc.inf.** Belo Horizonte, 2004. Vol. 9, n. 2, p.122-133.
- BONETTI O. P., PEDROSA J. I. S., SIQUEIRA, T. C. A. Educação popular em saúde como política do Sistema Único de Saúde. **Rev. APS**. 2011; 14 (4): 397-407.
- BONETTI, O. P.; ODEH, M. M.; CARNEIRO, F. F. Problematizando a institucionalização da educação popular em saúde no SUS. **Interface (Botucatu)** [online]. 2014, vol.18, supl. 2, pp.1413-1426. ISSN 1807-5762. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0504>>. Acesso em: 15.12.2015.
- BORNSTEIN, V. J. **O agente comunitário de saúde na mediação de saberes [tese]**. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2007.
- _____. V. J; TRAVASSOS, R; LIMA, O. L; BARILLI, C. E. Educação Popular em Saúde e o protagonismo dos sujeitos sociais. 22. ed. Ed pop SUS. Rio de Janeiro, 2014. (**Caderno do Curso de Educação Popular em Saúde**).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Referencial Curricular para o Curso Técnico em ACS**. Brasília:Ministério da Saúde,2004. (Série A, Normas e Manuais Técnicos).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário Temático: gestão do trabalho e da educação em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A, Normas e Manuais Técnicos).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E, Legislação em Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRITO, J. S. S. Educação popular em saúde com a comunidade indígena Xukuru do Ororubá-PE. 2010. 53 f. **Monografia** (Programa de Residência Multiprofissional em

Saúde Coletiva) – Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva, Recife, 2010.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, Max A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. (Caderno de Estudos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

CECCIM, R. B.; FERLA, Alcindo A. Educação em saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-454, nov. 2009/fev. 2010.

COSTA, V.Z;VAZ,M.R.C;CARDOSO,L.S;SOARES;J.F.S.Educação Permanente no Programa Saúde da Família: um estudo qualitativo. **Revista Investigation y Education y Enfermeria**, São Paulo, v.28, n.3, p.336-344,2010.

DANTAS, L.V.; LINHARES, B. M. A. Círculo de Cultura: problematização da realidade e protagonismo popular. **Caderno de Educação Popular**. In: Ministério da Saúde,2014, p. 73-76.

DARON, P. L. V. A. Educação Popular em Saúde como referencial de nossas práticas de saúde. **Caderno de Educação Popular**. In: Ministério da Saúde,2014, p.123-146.

FARIA, H. P; WERNECK, F.A.M; SANTOS, A.M; TEIXEIRA.F.P. **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopte, 2009. (Caderno de Estudos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

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

FERREIRA, F. V; ROCHA, R.O.G; LOPES, B.M.M; SANTOS, S.M; MIRANDA, A.S. Educação em Saúde e cidadania: uma revisão integrativa. **Rev. Trab. Educ. Saúde**, v.12, n.2, p-363-378, maio/agos. 2014.

FLISH, T. M. P. Práticas coletivas de educação em saúde na Atenção Primária à Saúde em Contagem, MG [**dissertação**]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

FIGUEIREDO, M. D.; FURLAN, P. G. O Subjetivo e o sociocultural na co-produção de saúde e autonomia. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 154-178.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 37. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008a.

_____. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido.15. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra,2008b.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 50.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011a.

_____. **Educação como prática de liberdade**. 14.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra,2011b.

GADOTTI, M. Estado e educação popular: Desafios de uma política nacional. **Seminário sobre política de Educação Popular**. 16 set. 2013. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Articulação Social da Presidência da República,2013.

GOMES, B. L.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**. 2011; 27(1): 7-18.

GOMES, B. L. O Cuidado e a Educação Popular em Saúde. 1. ed. Porto Alegre: **Rede Unida**, 2015. Disponível em: <www.redeunida.org.br>. Acesso em: 25.02.2016.

HEIDEMANN, I.B.S; BOEHS, A. E.; WOSNY, A. M. STULP, K. P. Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2010, vol.63, n.3, pp.416-420. ISSN 0034-7167.Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000300011>>.Acesso em:25.03.16.

IBGE. **Censo Demográfico**, 2014. Disponível em: < www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20.03.2016.

JESUS, M. C. P. et al. O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no Programa Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 54-61, jan./mar, 2008.

LOPES, R.; TOCANTINS, F. R. Promoção da saúde e a educação crítica. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 235-246, jan./mar. 2012.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 6. ed. 3. Reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

MENDONÇA, M. H. M; ALMEIDA, P. F; SENNA, M. C. M.; FAUSTO, M. C. R, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência Saúde Colet**. 2011; 14 (3): 783-94. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>>. Acesso em: 15.03.2015.

MONTEIRO, E. M. L; VIEIRA, N. F. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Rev. bras. enferm.** [Online]. 2010, vol.63, n.3, pp. 397-403. ISSN 0034-7167.Disponível em< <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000300008>>. Acesso em; 01 de setembro de 2015.

MONTEIRO, E. M L. **(Re)construção de ações de educação em saúde a partir de círculos de cultura**: experiência participativa com enfermeiras do PSF de Recife/PE.179f. Tese(Doutorado)-Universidade Federal do Ceará, Fortaleza,2007.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica: dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M.; DESLANDES, S. F. (orgs.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, p. 83-107.

_____, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2012a.

_____, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.17, n. 3, p. 621-626, 2012b.

OLIVEIRA, L. C. de; AVILA, M. M. M.; GOMES, A. M. A; SAMPAIO, M. H. L; Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. **Interface (Botucatu)** [online]. 2014, vol.18, supl. 2, pp. 1389-1400. ISSN 1807-5762. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0357>>. Acesso em: 15.03.2015.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PALUDO, C. Educação popular e movimentos sociais na atualidade: algumas considerações. 2009. Disponível em: <http://www.mmcbrazil.com.br/noticias/040610_ufrgs>. Acesso em: 15.06.2015.

PAULINO, L. F.; FERNANDES, W. R.; SIQUEIRA, V. H. F. Educação, saúde e velhice: articulações prevalentes em periódicos. **Rempec: Ensino, Saúde e Ambiente**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 87-97, ago., 2010.

PEDROSA, J. I. S.; PEREIRA, E. D. S. Atenção básica e o controle social em saúde: um diálogo possível e necessário. **Revista Brasileira de Saúde da Família (Brasília)**. v. VIII, p.7-22, 2007.

PEDROSA, J. I. S.; LUSTOSA, A. F. M. Trilhas da interdisciplinaridade: a experiência da instituição do projeto de ensino em saúde na UFPI. In: Barros Júnior, F. O.; ALMEIDA, M. G.; BARBOSA, V. R. A.; FIGUEIREDO, E. B. G. **Ensino na saúde**: outras palavras. Brasília: Verbis Editora, 2012.

_____, J. I. S. **A educação popular como prática emancipatória das equipes de saúde da família**. CONASSEMS. Brasília, 2014.

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 320-328, jul./set. 2007.

PINAFO, E.; NUNES, E.F.; GONZALES, A.D. A educação em saúde na relação usuário trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. **Ciêñ Saúde Colet**. 2012; 17(7): Disponível em: < 182532.<http://dx.doi.org/10.1590/S141381232012000700021>>. Acesso em: 10.05.2015.

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

SANTOS, F. P. A. et al. Estratégias de enfrentamento dos dilemas bioéticos gerados pela violência na escola. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 267-281, 2011.

SHIMIZU, H. E.; CARVALHO J. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2012, vol.17, n.9, pp.2405-2414. ISSN 1413-8123. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900021>. Acesso em: 04.07.16

STOZT, E.N. Enfoques sobre educação popular e saúde. In: Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular em saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007, p. 46-57.

STRECK, D. R. Entre emancipação e regulação: (des) encontros entre educação popular e movimentos sociais. **Rev. Bras. Educ.** [online]. 2010, vol.15, n. 44, pp. 300-310. ISSN 1413-2478. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782010000200007>>. Acesso em: 04.07.2015.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TORRES, H. C; MONTEIRO M. R. P. Educação em saúde sobre doenças crônicas não transmissíveis no programa saúde da família em Belo Horizonte/MG. **Rev. Min Enferm.** 2010; 10(4): 397-401.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Rev. Saúde Coletiva**. 2004; 14(1): 67-83.

VASCONCELOS, M.; GRILO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Práticas pedagógicas em atenção primária à saúde**: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. (Caderno de Estudos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

APÉNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
RENASF-FIOCRUZ

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
DA FAMÍLIA

Campos Petrônio Portela-UFPI-Teresina/Piauí

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: A Educação em Saúde como Prática Dialógica e Emancipatória na Estratégia Saúde da Família.

Pesquisador responsável: José Ivo dos Santos Pedrosa

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/Renasf/Fiocruz -

Pesquisadores participantes: Anaide Mary Barbosa Santos

Telefones para contato: (086)99521-6150; (086)99900-7071.

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir sequer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser **esclarecido** (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

A pesquisa, **Educação em Saúde como Prática Dialógica e Emancipatória da Estratégia Saúde da Família (ESF)** trata-se de estudo desenvolvido por Anaíde Mary Barbosa Santos no Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Piauí – UFPI (Biênio 2014-2016), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da

Família. O trabalho objetiva analisar e descrever as Práticas de Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família, bem como, discutir a articulação das mesmas sob a ótica da Educação Popular. Assim, a pesquisa será realizada através de círculos de cultura-técnica que possibilita a problematização da realidade. Os mesmos serão formados pelos diferentes profissionais que compõem o quadro das EqSF, pertencentes à Regional Sul do município de Teresina, lotados nas UBS selecionadas através de sorteio. Será sorteada uma UBS em que as EqSF aderiram a estratégia PMAQ, uma da zona urbana e outra da zona rural. O que possibilitará a percepção acerca da temática, nas diferentes realidades da ESF de Teresina. Você está sendo convidado a falar sobre sua experiência com Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família. Os depoimentos e as discussões obtidos durante as reuniões farão parte de produções individuais e coletivas, que com a sua permissão serão registrados para posterior análise, conforme os objetivos a que se propõe este Estudo.

Ressalta-se que esta pesquisa não se associa a riscos de ordem física, prejuízos, lesões, formas de indenização, ressarcimento de despesas. No entanto, por tratar-se de uma técnica de coleta de dados coletiva, pode haver desconforto e constrangimento dos participantes ao responderem as perguntas. Para que isso seja minimizado a coleta ocorrerá em um ambiente neutro e confortável, escolhido pelos participantes. Os benefícios em decorrência de sua colaboração no estudo será o fomento de discussões e reflexões das práticas de Educação em Saúde na ESF sob o ideário de Educação Popular. Seu nome e identidade serão mantidos em **sigilo**, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma; de modo que as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis, tendo você o direito de retirar o **consentimento** a qualquer momento. Além disso, em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas; podendo contatá-los através dos telefones (86)99521-6150 ou (86)99900-7170.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____,
RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **A Educação em Saúde como Prática Dialógica e Emancipatória na Estratégia Saúde da Família, como sujeito**. Para tal, fui suficientemente informado (a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo a Pesquisa; tendo discutido com Anaide Mary Barbosa Santos sobre a minha decisão em participar

nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que min participação é isenta de despesas. Assim, concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Teresina, _____ de _____ de 20__

Nome e Assinatura do participante ou responsável

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do participante em colaborar com a mesma.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Teresina, _____ de _____ de 20__

Assinatura do pesquisador responsável

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga. Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina – PI.

tel.: (86) 3215-5734 - e-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br web: www.ufpi.br/cep



APÊNDICE B –Formulário de caracterização dos participantes da pesquisa/ Roteiro de questões norteadoras a serem utilizadas com os profissionais das Equipes Saúde da Família (EqSF) nos círculos de cultura.

1-Identificação dos participantes da pesquisa.

1.1-Sexo_____

1.2- Idade_____

1.3-Tempo de trabalho na ESF_____

1.4-Profissão_____

2 - Questões norteadoras/disparadoras dos círculos de cultura.

2.1-0 que você entende por Educação em Saúde? Como você se percebe nesse processo? Como percebe o usuário?

2.2- Quais as práticas de Educação em Saúde desenvolvidas na sua e-SF? Como são realizadas?

2.3- O que faz de uma prática de Educação em Saúde ser Dialógica e Emancipatória na ESF? Quais as dificuldades?

ANEXOS

ANEXO A

FMS
Fundação Municipal
de Saúde



Prefeitura de
Teresina

**QUANTIDADE DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA POR
DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE**

DRS	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE			EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA									
	URBANA	RURAL	TOTAL	ESF			ESF COM SAÚDE BUCAL			EACS	TOTAL GERAL (ESF+ESFSB+EACS)	NASF	CnaRua
				URBANA	RURAL	TOTAL	URBANA	RURAL	TOTAL				
SUL	25*	04	29	07	-	07	69	05	74	-	81	01	01
CENTRO/NORTE	20**	06***	26	03	-	03	72	06	78	-	81	01	-
LESTE/SUDESTE	26	09	35	10	-	10	72	12	84	02	96	01	-
			Total: 89 UBS 01 Mista			Total: 20			Total: 235	Total: 02	Total: 258	Total: 03	Total: 01

Fonte: SCNES, 04/2015

* US Parque Piauí é Unidade Mista.

** Dentro da US Mariano Gayoso Castelo Branco funcionam 03 equipes (não consta no CNES).

*** O Posto de Saúde Chapadinha funciona como ponto de apoio, está cadastrado no CNES, mas não possui equipe vinculada.

OBSERVAÇÕES:

o **DRS SUL**

o Equipes sem Saúde Bucal: CS Cristo Rei (52); CS Durvalino Couto (112,199); CS Irmã Dulce (51); CS Dagmar Mazza (155); CS Parque Pioneiro I (153,154), Pq. Piauí (130).

o **DRS CENTRO/NORTE**

o Equipes sem Saúde Bucal: CS Cidade Verde (172); CS Dr Mariano Mendes-Monte Alegre (212,221).

o **DRS LESTE/SUDESTE**

o Equipes sem Saúde Bucal: CS Ininga (271,272); CS Novo Horizonte (53,86); CS Raimunda Soares (21,58); CS Renascença (87,88); CS Redonda (84,230).

Cobertura de população: 92,25%

Agentes comunitários de Saúde: 1.559. DRS NORTE: 503 DRS SUL: 511 DRS LESTE: 545

Teresina, 25 de maio de 2015

Declaro para os devidos fins, que as informações acima são verdadeiras,

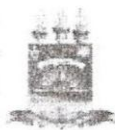
Smithanny Barros da Silva

Smithanny Barros da Silva

Gerente de Atenção Básica da Fundação Municipal de Saúde

UFR, Smithanny Barros da Silva
Gerente de Atenção Básica GEAB/FMS
Enfermeira / COREN 84808

ANEXO B



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO PRÁTICA DIALÓGICA E EMANCIPATÓRIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50251615.3.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.381.125

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa intitulado EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO PRÁTICA DIALÓGICA E EMANCIPATÓRIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, que tem como pesquisador responsável o prof. JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA.

De acordo com a indicação do pesquisador, "presente estudo tem como objetivos, analisar a Educação em Saúde enquanto prática no processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF), sob a ótica de um referencial, dialógico e emancipatório, a Educação Popular, descrever as práticas de Educação em Saúde realizadas pelos profissionais da ESF de Teresina e discutir a articulação entre as mesmas e o referencial supracitado. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritivo e exploratório que será realizado no município de Teresina em Unidades Básicas de Saúde (UBS), que servem de ponto de apoio para ESF localizadas na regional sul. Serão selecionadas através de sorteio, 02 UBS para o estudo; uma que trabalhe com a estratégia PMAQ; outra que não referida com a referida estratégia. Isso permitirá a visualização da temática investigada em processos de trabalho

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.381.125

da ESF diferenciados. Nesse sentido, serão identificados médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliares de enfermagem, técnicos em higiene dental que trabalhem nas referidas unidades para serem os participantes da pesquisa. Acresce-se que, para a participação no estudo, serão adotados critérios específicos de inclusão e de exclusão. Nessa perspectiva, os critérios de inclusão abrangem ser profissional da ESF há pelo menos três anos e estar lotado em uma das UBS localizadas na Regional Sul do município de Teresina, que farão parte da pesquisa e, como critérios de exclusão não terem concluído o estágio probatório, ou, estar afastado das funções de trabalho por período superior a trinta dias úteis. A técnica utilizada para a coleta de dados serão os círculos de cultura, à serem realizados nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2016."

A amostra é de 30 participantes.

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Analisar a Educação em Saúde enquanto prática no processo de trabalho da ESF, sob a ótica de um referencial, dialógico e emancipatório, a Educação Popular.

Objetivo Secundário:

Descrever as práticas de Educação em Saúde realizadas pelos profissionais da ESF de Teresina.

Discutir a articulação entre as práticas utilizadas pela ESF e o referencial da Educação Popular."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Por tratar-se de uma coleta de dados que ocorrerá de forma coletiva, o presente estudo poderá acarretar desconforto ou constrangimento ao

responder as perguntas. Para maior conforto dos participantes e sigilo das informações, a coleta será realizada num ambiente confortável e neuto:

escolhido pelos próprios participantes. Caso haja necessidade, a participação na pesquisa será suspensa e a identidade dos participantes mantida em sigilo, sem nenhum prejuízo ou dano aos mesmos, respeitando a resolução anteriormente descrita.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga

CEP: 64.049-550

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)3237-2332

Fax: (86)3237-2332

E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.381.125

Benefícios:

O estudo contribuirá para o fomento de discussões e problematizações entre os trabalhadores da ESF, uma vez que a educação em saúde é considerada prática intrínseca no seu cotidiano de trabalho, bem como, ferramenta essencial na construção de uma assistência integral. E à partir dos novos conhecimentos adquiridos, acerca do referencial de Educação Popular, ampliar seu olhar sobre as práticas de Educação em Saúde, considerando-as capazes de promover em todos os sujeitos (usuários, profissionais e gestores), reflexão e ação."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Realizada a análise documental a partir da qual foi procedida a uma apreciação ética da pesquisa, restou evidenciada a sua pertinência e valor científico.

A metodologia escolhida para o desenvolvimento da pesquisa, tendo em vista as várias correntes metodológicas existentes, encontra-se em conformidade com os fins objetivados, ao tempo em que evidencia o respeito aos preceitos éticos orientadores de uma pesquisa envolvendo seres humanos.

Na elaboração do projeto de pesquisa ora em apreço, percebe-se a atenção do pesquisador no que concerne à situação de vulnerabilidade inerente à condição de participante que, respeitado em sua individualidade, tem protegidas as suas dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual.

Por fim, o pesquisador responsável é profissional experiente, como evidenciado pelo currículo anexado, sendo tal circunstância mais um instrumento de segurança conferida ao participante que estará devidamente amparado durante todo o desenvolvimento da pesquisa.

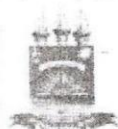
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados todos os termos obrigatórios.

Recomendações:

Sem recomendações.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.381.125

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto apto para ser desenvolvido.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP aguarda o envio dos relatórios parciais e final da pesquisa.

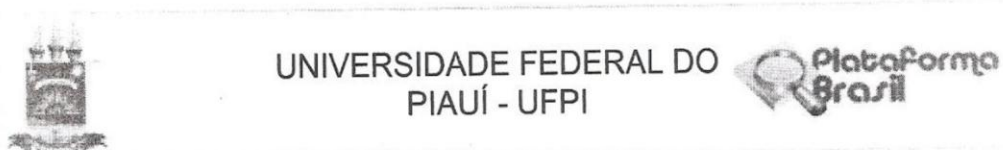
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_593797.pdf	20/10/2015 16:33:19		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO.pdf	20/10/2015 16:32:29	JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_DOS_PESQUISADORES.pdf	20/10/2015 16:31:11	JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO.pdf	20/10/2015 16:31:01	JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CURRICULO_LATTES_JOSE_IVO.pdf	06/10/2015 09:33:21	JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.pdf	06/10/2015 09:33:05	JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
Outros	roteirodepesquisa.docx	18/09/2015 10:21:53	JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoinst.pdf	18/09/2015 10:19:31	JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	18/09/2015 10:18:25	JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_NOVO.pdf	17/09/2015 15:22:38	JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.doc	17/09/2015 15:20:56	JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	17/09/2015 15:17:52	JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 1.381.125

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 24 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)

Profª Adrianna de Alencar Setubal Santos
Coordenadora CEP-UFPI
Portaria Propeq N° 16/2014

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

ANEXO C



AVISO PARA O PESQUISADOR

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa “**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO PRÁTICA DIALÓGICA E EMANCIPATÓRIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**” será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa do sistema CEP/CONEP e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução CNS 466/12**. Esta Instituição está ciente de suas coresponsabilidades como instituição coparticipante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Autorizo os pesquisadores JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA, ANAIDE MARY BARBOSA SANTOS, realizarem a(s) etapa(s): Acesso aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde selecionadas na amostra, para realização dos grupos focais, utilizando-se da infraestrutura desta Instituição.

COMUNICADO AO PESQUISADOR:
 APÓS APROVAÇÃO DO PROJETO NO CEP DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE OU CONFORME ENCAMINHAMENTO DA PLATAFORMA BRASIL, O PESQUISADOR ANTES DE INICIAR A COLETA DEVE APRESENTAR O PARECER DO CEP NA SECRETARIA DESSA COMISSÃO PARA LIBERAÇÃO DE DOCUMENTO DE APRESENTAÇÃO AO LOCAL DE COLETA DE DADOS.

Teresina, 25 de agosto de 2015.

Smithanny Barros da Silva

Smithanny Barros da Silva
 Presidente da Comissão de Ética em Pesquisa da
 Fundação Municipal de Saúde



ANEXO D

MEMO CEP/FMS Nº 02/2016

Teresina, 22 de janeiro 2016

Da: Comissão de Ética em Pesquisa - CEP/FMS**Para:** Diretoria Regional de Saúde Sul**Assunto:** Apresentação de Pesquisadores.

Informamos que o Projeto de Pesquisa "EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO PRÁTICA DIALÓGICA E EMANCIPATÓRIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA" o estudo será conduzido pelo Profº. JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA E ANAIDE MARY BARBOSA SANTOS.

Tendo sido autorizado: Acesso as Unidades Básicas de Saúde do Portal da Alegria, Vamos Ver o Sol e Alegria, para entrevistar os profissionais, utilizando-se da infraestrutura desta Instituição.

Ayla Maria Calixto de Carvalho

Ayla Maria Calixto de Carvalho
Comissão de Ética em Pesquisa
Fundação Municipal de Saúde

Ayla Maria Calixto de Carvalho
Gerente de Atenção Básica
GEAB/FMS

ANEXO E**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Título do projeto: "EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO PRÁTICA DIALÓGICA E EMANCIPATÓRIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA".

Pesquisador responsável: José Ivo dos Santos Pedrosa

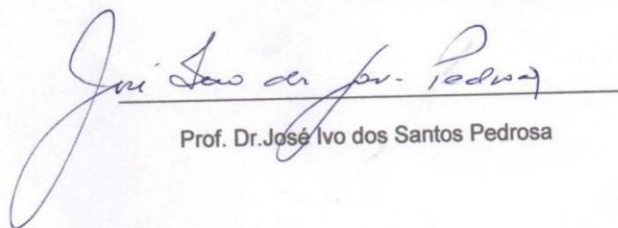
Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí – campus de Parnaíba.

Telefones para contato: (86)99900-7071;(86)99521-6150.

Local da coleta de dados: os círculos de cultura serão realizados nas Unidades Básicas de Saúde selecionadas ou em equipamentos sociais da comunidade, indicados pelos participantes da pesquisa.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes que aceitarão participar da coleta de dados para o desenvolvimento deste projeto. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no poder do professor José Ivo dos Santos Pedrosa por um período de três anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Teresina, 30 de fevereiro de 2015


Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa