

TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE

Trabalho, Educação e Saúde

ISSN: 1678-1007

revtes@fiocruz.br

Escola Politécnica de Saúde Joaquim

Venâncio

Brasil

Araújo de Medeiros Pereira, Andrezza Karine; Paulino Rodrigues, Maísa; Sibele Nogueira da Silva, Geórgia; Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer, Anya; de Sousa Alves, Renata

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR EM  
EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho, Educação e Saúde, vol. 13, núm. 2, diciembre, 2015, pp. 131-152

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406756987008>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

IEWS AND PRACTICES OF HIGHER EDUCATION PROFESSIONALS IN HEALTH E EDUCATION IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

CONCEPCIONES Y PRÁCTICAS DE PROFESIONALES DE NIVEL SUPERIOR EN EDUCACIÓN EN SALUD EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

Andrezza Karine Araújo de Medeiros Pereira<sup>1</sup>

Maísa Paulino Rodrigues<sup>2</sup>

Geórgia Sibele Nogueira da Silva<sup>3</sup>

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer<sup>4</sup>

Renata de Sousa Alves<sup>5</sup>

**Resumo** Este estudo apresenta as concepções e práticas de educação em saúde de profissionais da Estratégia Saúde da Família de um município de pequeno porte no estado do Rio Grande do Norte. A pesquisa foi realizada com 18 profissionais de nível superior: médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas entre outubro e dezembro de 2013. Fez-se uso da entrevista semiestruturada e da observação norteada em princípios etnográficos. A análise de conteúdo de Bardin subsidiou o exame do material. Os resultados apontam que as concepções e práticas de educação em saúde são orientadas por uma ‘educação bancária’, pautada na transmissão e reprodução de conhecimentos. As ações educativas são, eminentemente, direcionadas à prevenção de doenças e conduzidas, majoritariamente, por enfermeiros e estudantes de graduação em estágio nas Unidades Saúde da Família. Observou-se que a educação em saúde praticada não instrumentaliza os usuários para que desenvolvam autonomia e possam tornar-se sujeitos de suas vidas, de sua história.

**Palavras-chave** educação em saúde; saúde da família; prática profissional.

**Abstract** This study presents the educational concepts and practices in health of professionals in the Family Health strategy at a small city in the state of Rio Grande do Norte, Brazil. The survey was conducted among 18 high-level professionals, among whom physicians, nurses, and dentists, between October and December 2013. Semi-structured interviews and observation guided by ethnographic principles were used. Bardin content analysis supported the analysis of the material. The results show that the health education concepts and practices are guided by a ‘banking education’ that is based on the transmission and reproduction of knowledge. The educational activities are evidently aimed at disease prevention and conducted largely by nurses and graduate students taking internships at the Family Health Units. It was observed that the health education practiced does not instrumentalize users to develop autonomy and become the subjects of their lives and of their history.

**Keywords** health education; family health; professional practice.

## Introdução

Nos dias atuais, no Brasil, a Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde, como é conhecida mundialmente, é executada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que visa à reorganização do sistema de saúde. Tem entre seus objetivos a conversão do modelo biomédico, historicamente centrado na doença e no cuidado médico individualizado, em um modelo sintonizado com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como universalidade, equidade e integralidade da atenção (Brasil, 2004; Brasil, 2010).

Em sua concepção, a ESF prioriza as ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde dos indivíduos, de forma integral e contínua, por meio de adstrição de clientela e ações de saúde ofertadas por equipes multiprofissionais nas Unidades de Saúde da Família (USF), no domicílio dos usuários e pela articulação e mobilização da comunidade (Brasil, 2010). Nessa direção, constitui-se em uma estratégia política capaz de promover a organização das ações e serviços de atenção básica à saúde nos sistemas municipais de Saúde, fundamentada em uma nova ética social e cultural, com vistas à ampliação e garantia de acesso a indivíduos/comunidade e estímulo à produção de sujeitos autônomos e corresponsáveis pelo cuidado (Carvalho, 2004).

Algumas pesquisas evidenciam impactos positivos na saúde, quando comparadas a populações atendidas e não atendidas pela ESF em diferentes municípios, havendo redução significativa das taxas de mortalidade infantil e neonatal e pós-neonatal; diminuição de nascimentos com baixo peso; aumento das taxas de cobertura do pré-natal (Szwarcwald, Mendonça e Andrade, 2006; Moreira, 2012).

É evidente o impacto e a ampliação da cobertura populacional por meio dessa estratégia. De acordo com o Ministério da Saúde, em fevereiro de 2014, tinha-se um total de 35.691 ESFs implantadas, sendo responsável por uma cobertura populacional de 57,69%. Entretanto, persiste o desafio de superar as desigualdades em termos de acesso, qualidade da atenção à saúde e ampliação da cobertura assistencial. Quanto à cobertura, a ESF foi introduzida – como estratégia substitutiva do modelo assistencial vigente – somente em poucos municípios de grande porte e com sistemas de saúde complexos (Sousa e Hamann, 2009). Os estudos avaliativos em capitais e grandes municípios têm revelado uma discreta superioridade das ações da ESF quando comparados às unidades de saúde tradicionais. Observam-se ainda dificuldades no acesso, na estrutura física, na formação das equipes, na gestão e organização da rede e nos processos de trabalho (Cardoso e Vieira-da-Silva, 2012).

Os municípios de pequeno e médio porte, em sua maioria, são os que mais aderiram a ESF, nos quais uma equipe da ESF é responsável por uma elevada cobertura populacional. O estudo de Henrique e Calvo (2009) realizado em amostra de municípios do sul do país evidenciou uma forte associação

entre menor porte populacional e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal com grau maior ou intermediário de implantação da ESF.

Na particularidade dos pequenos municípios, é oportuno questionar se essa ampla cobertura representa uma contribuição à modificação do modelo assistencial ou uma reprodução na saúde da escassez e da desigualdade na distribuição de bens e equipamentos sociais, como já observado nas demais esferas da vida social brasileira. Nesse sentido, partindo do pressuposto de que a educação em saúde se apresenta como uma ferramenta efetiva para a emancipação dos sujeitos sociais, evidencia-se a necessidade de se discutirem as concepções e práticas de educação em saúde que permeiam as ações efetivadas por profissionais da ESF.

A educação em saúde configura-se como um conjunto de práticas sociais do setor saúde em que profissionais e usuários podem debater questões orientados pelos seus saberes, valores e crenças, possibilitando a construção de conhecimentos e a reflexão perante situações complexas (Vasconcelos, 2010). Dessa forma pode ser capaz de despertar a autonomia dos usuários, aumentando a capacidade técnica e política dos indivíduos e coletividade no reconhecimento, análise e enfrentamento de seus problemas de vida e saúde, subsidiando assim a tomada de decisão e o controle social. Vista dessa forma, a educação em saúde é capaz de disparar a cogestão e o controle social do sistema da saúde (Carvalho, 2004).

Entretanto, ao analisar o arcabouço teórico/prático da educação em saúde, pode-se perceber que nem sempre essa prática é capaz de despertar a criticidade e a reflexão dos sujeitos, sendo utilizadas, hegemonicamente, para perpetuar a subordinação das classes menos favorecidas ao poder científico e político dos profissionais do campo da saúde (Moutinho et al., 2014). Tal prática, denominada de educação em saúde tradicional, prioriza a transmissão de informações para a população, apostando que esta assimile e as reproduza. Constitui-se como uma prática prescritiva e normativa, ao estabelecer uma relação linear entre o saber instituído e o comportamento a ser adotado pelo indivíduo, sendo praticada de forma verticalizada e unidirecional. Nesse sentido, propõe normatizar os comportamentos e a vida dos indivíduos, repassando e incutindo nestes as informações de saúde a serem adotadas para a aquisição de hábitos saudáveis de vida, caracterizando-se, dessa forma, como um instrumento de dominação e afirmação do saber científico (Albuquerque e Stoz, 2004; Bornstein e Stotz, 2009).

Assim, a educação em saúde, a depender de quem e como a pratique, tanto pode possibilitar a construção de sujeitos autônomos nos seus processos de análises e escolhas como pode contribuir para a reprodução de uma população incapaz de refletir criticamente sobre as realidades que a envolvem.

A educação em saúde, orientada pelas concepções teóricas da educação popular, efetiva-se “não mais pela imposição de um saber técnico científico

detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde" (Alves, 2005, p.48). O diálogo entre o saber popular e o saber científico, a valorização da comunicação, da informação e da educação, induz a produção de sujeitos com potencial para promover saúde. Vasconcelos (2010) afirma que a educação em saúde aponta para uma perspectiva de promoção da saúde que ultrapassa a busca por mudanças de comportamentos de risco da população e implementação de ações de saúde pública. Vasconcelos enfatiza a educação em saúde como uma estratégia capaz de subsidiar a autonomia dos sujeitos no enfrentamento de seus problemas de saúde e na transformação da realidade de vida e saúde em que estão inseridos, contribuindo para o despertar de sua consciência crítica e reflexiva.

A ESF apresenta-se como espaço fértil e promissor para o desenvolvimento de uma educação em saúde capaz de despertar a consciência crítica e reflexiva dos usuários, instrumentalizando-os para o exercício da participação social. Carvalho (2009) destaca a importância da educação em saúde dentro da ESF, uma vez que esta possibilita a concretização de um de seus objetivos, que é a produção social da saúde, efetivada a partir de uma prática educativa que possibilite a troca de saberes e experiência entre a comunidade e os profissionais.

Compreende-se que a prática educativa ensejada pelos profissionais da ESF deve oportunizar que os usuários exerçam a sua vocação ontológica de ser sujeito que constrói o mundo, estimulando o poder criador dos homens. Para tanto, profissionais e usuários não devem ocupar polos opostos no processo educativo; devem, na realidade, educar-se entre si, a partir da ocupação de espaços de diálogo e comunicação (Freire, 2011a).

A educação em saúde, realizada sob a orientação desses pressupostos, permite não só o fortalecimento de vínculos e confiança entre serviços de saúde e usuários, mas também o fortalecimento de espaços de diálogo e construção de saberes e práticas, onde usuários e profissionais discutem estratégias de enfrentamento dos problemas de forma conjunta, cada um com sua contribuição, a fim de que se tenha a proposição de alternativas para efetivar práticas de saúde integrais e resolutivas (Demo, 2005).

Entretanto, a efetivação de práticas educativas comprometidas com a emancipação dos sujeitos dentro da ESF é um desafio a ser perseguido, uma vez que ainda se apresentam de forma incipiente, com utilização de metodologias tradicionais que não tendem a promover autonomia, comprometendo o estabelecimento de vínculo entre os trabalhadores em saúde e população. Dessa forma, é imprescindível envolver a gestão, os profissionais de saúde e os usuários para a implantação de novas práticas educativas que adotem metodologias que ultrapassem a coerção e que priorizem o diálogo, o compartilhamento de saberes e o vínculo (Alves e Aerts, 2011).

Com base nessas reflexões, este estudo buscou conhecer as concepções e práticas de profissionais a respeito da educação em saúde na ESF de um município de pequeno porte do Rio Grande do Norte.

### **Aspectos metodológicos**

Estudo do tipo exploratório descritivo, com foco na abordagem qualitativa, uma vez que tem como característica a tentativa de uma captação minuciosa dos significados e situações apresentadas pelos entrevistados, possibilitando a descrição, a compreensão e a interpretação do objeto pesquisado (Minayo, 2007).

O estudo foi realizado no município de Pau dos Ferros, região Oeste do estado do Rio Grande do Norte, localizado a 420 quilômetros da capital, Natal. Faz parte da mesorregião do Oeste Potiguar – 17 municípios –, sendo o mais populoso e com o maior produto interno bruto da região. Possui uma população de 27.745 habitantes. O município conta com 11 USF e 12 equipes da estratégia; ressalta-se, contudo, que esta pesquisa contemplou as nove unidades situadas na região urbana do município (75%). As outras três unidades, localizadas na zona rural, foram excluídas pela dificuldade de acesso, visto a precaiedade das estradas e por não se dispor de carro apropriado para o deslocamento até o local, o que dificultaria a coleta de informações.

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de nível superior, registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e em atuação na ESF do município no período da pesquisa. A escolha justificou-se por serem esses os profissionais, hegemonicamente, responsáveis pelo desenvolvimento de práticas coletivas de educação em saúde voltadas à população. Destaca-se que, mesmo compreendendo a importância do papel dos agentes comunitários de saúde no processo educativo, em relação aos indivíduos e às famílias, optou-se por não incluí-los devido ao exíguo tempo para a realização de uma pesquisa em nível de mestrado.

Definiu-se como critérios de inclusão na pesquisa: ser profissional de nível superior, estar atuando na ESF há mais de um ano e aceitar participar da pesquisa voluntariamente. Após contemplar os critérios de inclusão e exclusão, obteve-se uma amostra de 18 profissionais, visto que nove deles não contemplavam os critérios, ou por estarem trabalhando há menos de um ano ou por não desejarem participar da pesquisa. Dessa forma, a amostra foi composta por quatro médicos, oito enfermeiros e seis cirurgiões-dentistas.

A coleta de informações foi obtida por meio de entrevistas gravadas e da observação de cunho etnográfico auxiliada por um diário de campo, entre os meses de outubro e dezembro de 2013. As anotações do diário serviram

para subsidiar a análise comparada entre as falas coletadas nas entrevistas e a realidade observada, buscando pôr em evidência as contradições existentes (Minayo, 2007).

As observações etnográficas ocorreram nas USF, sendo acompanhados os diversos tipos de ações educativas ofertadas aos grupos comunitários. Nessa perspectiva, observaram-se, no mínimo, três ações educativas em cada USF. Destaca-se que em algumas foram feitas quatro observações, compondo um total de 33 observações diretas. Todas obtiveram autorização dos envolvidos no processo educativo e foram realizadas pelo pesquisador responsável durante os três meses citados. Cabe destacar que durante as entrevistas os profissionais referiram à realização dessas atividades educativas junto a diversos grupos: hipertensos e diabéticos, gestantes, idosos e crianças/adolescentes matriculadas nas escolas adstritas ao território. Contudo, durante a observação das práticas, foi possível identificar que as ações ofertadas se restringiam a crianças e adolescentes por meio do Programa de Saúde na Escola, bem como ao público adulto, realizadas em salas de espera das USF e aquelas destinadas às gestantes. Observou-se também que os profissionais de nível superior desenvolviam ações educativas apenas com este último grupo. Os demais ficavam sob a responsabilidade dos acadêmicos do curso de enfermagem, em estágio de conclusão de curso na USF, fato este que justificou o direcionamento do olhar, principalmente, para as ações educativas com as gestantes.

Algumas dificuldades se apresentaram no decorrer das observações pelo fato de determinadas ações programadas serem reagendadas pelos profissionais, por motivos diversos, inclusive pessoais, sendo transferidas para outro dia ou delegadas aos acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Tal fato trouxe dificuldades para o pesquisador, uma vez que foi necessário reprogramar um novo retorno para cumprir a observação. Porém, esses contratemplos não interferiram na captura da percepção dos sujeitos.

No processo de análise do material, foi feita uma transcrição fiel das respostas dos entrevistados e suas colocações foram submetidas à análise de conteúdo proposta por Bardin (2010). No que se refere às etapas inerentes da análise, os dados empíricos seguiram três fases de organização: a pré-análise, que se apoiou numa leitura flutuante das transcrições e nas anotações empreendidas pelo entrevistador; a exploração do material com organização das categorias, subcategorias e unidades de registros; e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Após esses momentos, conduziu-se a discussão com base na literatura adotada para o estudo.

Após a codificação das falas emergiram duas categorias: percepção sobre educação em saúde e ações educativas realizadas, desvelando as concepções teóricas de educação em saúde e as ações de educação desenvolvidas, observando-se também alguns fatores limitantes para a efetivação dessas ações.

Com o intuito de preservar o anonimato dos participantes utilizou-se, para cada entrevistado, o termo ‘Profissional’, seguido da numeração árabe, de acordo com a ordem das transcrições, e pela primeira letra correspondente a cada categoria profissional (Médico; Enfermeiro; Cirurgião-dentista). Dessa forma o código para a primeira entrevista foi ‘Profissional, 01, CD’ (Cirurgião-dentista).

Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e metodologia da pesquisa, tendo assinado o termo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Onofre Lopes/Universidade Federal do Rio Grande do Norte com o parecer n. 369.462 e CAAE 369.462.

## **Resultados e discussão**

Grande parte dos sujeitos possuía vínculo institucional via concurso público, sendo 17 profissionais servidores concursados e um com contrato temporário.

No momento da realização desta pesquisa nem todas as USFs contavam com a participação do médico na equipe. Essa é uma realidade comum em vários municípios do Rio Grande do Norte. Entretanto, vem sendo modificada com a implantação do Programa Mais Médicos. Os 17 profissionais concursados cumpriam carga horária de 20 horas, durante cinco turnos, concentrados em três dias da semana (Tabela 1). Essa prerrogativa deveu-se a um acordo firmado entre o gestor e os trabalhadores, legitimando essa carga horária para todos os profissionais de nível superior da ESF. Vê-se, aí, uma dissonância com as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica, que prevê uma carga horária de 20 horas semanais somente para os profissionais médicos (Brasil, 2011). Apenas o profissional temporário trabalhava durante quatro dias da semana, cumprindo 32 horas semanais. O tempo de formação variou entre cinco e 35 anos e a maioria estava há mais de quatro anos na ESF. Todos os participantes possuíam pós-graduação *lato sensu* em diferentes áreas da saúde; entretanto, nenhuma na área de saúde pública ou saúde da família.

Essas informações trazem a reflexão sobre a influência da não formação específica dos profissionais para trabalhar com o tema abordado, podendo gerar fragilidades no serviço, mesmo tendo, a maioria deles, formação de generalista. Trabalhar com saúde da família exige um conhecimento complexo, porque são indivíduos e famílias que apresentam singularidades em um coletivo.

**Tabela 1**

Distribuição de profissionais segundo algumas características profissionais.  
Pau dos Ferros, Rio Grande do Norte. 2014.

Variáveis		Nº	%
<b>Sexo</b>	Fem Masc	12 06	67 33
<b>Carga horária (horas semanais)</b>	20 32	17 01	95 5
<b>Pós-graduação</b>	Sim Não	18 00	100 0
<b>Tempo de formação (anos)</b>	Entre 10 e 35 Até 10	16 02	89 11
<b>Tempo na ESF (anos)</b>	Mais de 4 Mais de 1	15 03	83 17

Fonte: Os autores.

### A percepção sobre educação em saúde

Os profissionais da ESF percebem, em muitos casos, a educação em saúde de forma limitada/restrita, como transmissão de conhecimentos, utilizando de forma intercambiável os termos educar, orientar ou informar a população. Esses, por sua vez, devem ser assimilados e reproduzidos pelos usuários com vistas a modificação e alinhamento de comportamentos. No discurso dos entrevistados, orientação, informação e educação se tornam sinônimos, o que demonstra a fragilidade desses profissionais em compreender o processo de educação em saúde e, por conseguinte, organizar movimentos de educação em saúde robustos para que os resultados esperados se concretizem.

Educação em saúde é uma forma de educar as pessoas a como programar a saúde, a como viver de forma saudável, ver saúde de forma inteira. Mas não só a questão de medicar, mais de prevenção na verdade, prevenção e saúde (Profissional, 13, CD).

Nesse processo de transmissão de conhecimentos o educador é aquele que detém o saber e o educando aquele que deve assimilar e reproduzir, sem questionar, ancorando os novos conhecimentos em experiências prévias. Na maioria das vezes, não compreender o porquê daquela nova forma de fazer e de agir que lhe é solicitada. Nessa relação o usuário assume uma postura passiva e a responsabilidade de cuidar da sua saúde, culpabilizado ainda pelo seu adoecimento (Besen et al., 2007; Bornstein e Stotz, 2009; Freire, 2011b).

Besen et al. (2007) identificaram em seus estudos que as práticas educativas na ESF têm o foco nas patologias e nas relações autoritárias e impositivas entre profissionais e usuários. Elas se apresentam, em sua maioria, pontuais e priorizam a adoção de novos comportamentos. A relação profissional/usuário é linear, tornando-se, dessa forma, uma prática normativa.

As práticas educativas em foco ocorriam de modo verticalizado, isto é, de maneira prescritiva, com pouca ou nenhuma escuta das necessidades dos usuários, como preconizado no referencial da Educação Popular em Saúde (Vasconcelos, 2007). Senão, vejamos:

Todo o comportamento do paciente, do cliente com relação à percepção da sua doença, ou da prevenção passa pela educação em saúde, a gente trabalha, ainda, com uma sociedade muito (...) ignorante com relação à melhor forma de se cuidar. Por mais que haja muita informação, as pessoas não estão abertas a essa informação. Então (...) a gente não consegue sucesso com nossas condutas, se a gente não educar a população para segui-las, para se prevenir e se cuidar melhor (Profissional, 06, E).

A narrativa expressa uma conduta autoritária onde o profissional constitui o centro do processo educativo, cabendo aos usuários escutar e seguir as prescrições para mudar hábitos nocivos à saúde e adotar uma nova conduta. Tal postura não permite que o usuário assuma um papel ativo no processo educativo, impossibilitando, por conseguinte, “o dever principal da educação [que] é de armar cada um para o combate vital, para a lucidez” (Morin, 2011, p. 31).

Os profissionais de saúde disponibilizam informações e conhecimentos, objetivando instrumentalizar os usuários na expectativa de que estes assumam o cuidado com a sua saúde, desconsiderando a realidade concreta de vida desses sujeitos, das suas necessidades e limitações. Tal concepção pode ser capturada durante as observações da prática, onde as gestantes eram induzidas a adotar comportamentos e atitudes considerados ‘corretos’ pelos profissionais, como, por exemplo, realização de atividades físicas, alimentação saudável, meditação, entre outros. Orientações que desconsideravam a realidade social, o contexto familiar e a singularidade de cada gestante. Entretanto, há que se ressaltar que um dos profissionais observados tentava dar voz aos usuários, buscando compreender seus conhecimentos prévios sobre o tema abordado, mas deixava de fora outros elementos fundamentais à produção de uma educação emancipadora, uma vez que também prescrevia os ‘comportamentos adequados’.

Os comportamentos tidos como inadequados são interpretados como problemas culturais ou de desconhecimento sobre formas saudáveis de vida. Assim, os novos conhecimentos científicos, transmitidos, buscam reverter

tais comportamentos, devendo ser prontamente assimilados pelos usuários. Nesse campo, os profissionais são sujeitos ativos e aos usuários resta a condição de passividade no processo, cabendo somente a absorção de informações (Freire, 2011b; Gazzinelli et al., 2005).

Estudos como os de Westphal (2006) e de Pedrosa (2006) mostram que os objetivos de práticas educativas autoritárias e orientadas para a prevenção de doenças é enquadrar as pessoas em comportamentos tidos como saudáveis, sustentados pelo paradigma biomédico, desconsiderando as ações de promoção da saúde que estimulam autonomia e o empoderamento dos sujeitos sociais. Esse empoderamento social diz respeito à capacitação da população para o exercício da cidadania e para a assunção do papel ativo na elaboração das políticas e agendas da saúde, superando dessa forma a “desigualdade de poder que predomina na relação entre os profissionais e o usuário” (Carvalho e Gastaldo, 2008, p. 2.033).

Questiona-se, dessa forma, o fato de as práticas educativas, em foco, estarem atreladas, predominantemente, às ações preventivas. Sabe-se que a prevenção das doenças é importante; no entanto, este não deve ser o principal objetivo da educação em saúde, correndo o risco de serem ofertadas práticas de saúde reducionistas.

Entre os entrevistados, dois profissionais se destacaram ao afirmarem que a educação em saúde deve ser um instrumento capaz de promover a corresponsabilização e o empoderamento.

Ah! Educação em saúde genuína é muito importante, porque faz os usuários do SUS adquirirem mais segurança naquilo que realmente precisam em termos de cuidados com a saúde. Aí se corresponsabilizam com sua própria saúde. Mas a gente tem um peso grande nesse processo como profissional. Temos certeza, consciência, que a educação em saúde deve fazer parte do processo de trabalho (Profissional, 08, CD).

Há diferença de concepções entre os profissionais investigados. Poucos conseguem vislumbrar a educação em saúde de maneira mais ampla aproximando-se da genuína educação, ou seja, uma prática capaz de instrumentalizar a população para que ela se torne autônoma e coparticipe na produção de sua saúde, apontando para o exercício da cidadania, sem eximir, entretanto, a responsabilidade dos profissionais.

Contudo, apesar de as fálias revelarem, em parte, essa compreensão, as práticas educativas observadas caminhavam, hegemonicamente, no sentido oposto, isto é, contradiziam o discurso manifesto, uma vez que propunham normatizar a vida das pessoas, por meio de prescrições de comportamentos, além de responsabilizá-las pelos seus problemas de saúde. Puderam-se constatar muitas contradições entre o dizer e o fazer, entre o discurso retórico,

construído para convencer, e influenciar a ação e a prática. Essas ‘contradições’ são, no entanto, inerentes às representações sociais. As representações são totalidades articuladas na interseção do subjetivo e do objetivo, sendo formuladas e reformuladas continuamente, na adversidade das experiências concretas, vivenciadas pelos sujeitos em relações de afirmação e negação. Não se negando, entretanto, a estabilidade necessária à representação social de um objeto, mas se afirmado a necessidade de sua potencial transformação, ou seja, sua não cristalização (Madeira, 1991).

Compreende-se que a educação em saúde deva fazer parte do processo de trabalho dos profissionais de saúde, devendo ser de responsabilidade de toda a equipe de profissionais da ESF (Alves, 2005; Brasil, 2012).

Pode-se dizer que as concepções aqui elencadas servem para demonstrar que os profissionais compreendem “orientação, informação, educação e responsabilização/empoderamento” como objetos semelhantes. Entretanto, apesar da interface existente, há distinções entre elas, isto é, aquela que apenas orienta/informa (diz como fazer) e aquela que possibilita o verdadeiro empoderamento, fazendo uso de estratégias metodológicas que oportunizam a construção do conhecimento e, por vezes, a mudança de hábitos e comportamento de forma consciente, compreensão incipiente na realidade em tela.

### **As ações educativas realizadas**

As ações de educação em saúde, de cunho individual, são ofertadas aos usuários da ESF de Pau dos Ferros pelos profissionais das equipes; entretanto, observou-se que as práticas educativas de cunho coletivo estão associadas ao processo de trabalho dos enfermeiros e dos cirurgiões-dentistas que têm como público-alvo as gestantes, as crianças, os adolescentes e, por vezes, o público presente na sala de espera das unidades de saúde.

Para crianças e adolescentes predominam as ações efetivadas por meio do Programa de Saúde na Escola (PSE). “A gente trabalha muito nas escolas, a gente trabalha o projeto saúde nas escolas” (Profissional, 05, E).

As atividades desenvolvidas no PSE, instituído pelo decreto presidencial n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007, fazem parte da rotina de serviços de saúde da ESF, sendo de responsabilidade dos profissionais de saúde e dos profissionais de educação. O PSE deve oferecer ações de prevenção e de promoção da saúde, aí contempladas as práticas de educação em saúde (Brasil, 2009, p. 10).

Para que o PSE contribua com a efetivação de sujeitos autônomos, para o exercício da cidadania, faz-se necessário que as práticas educativas sejam orientadas pela educação problematizadora, por meio de uma ação dialógica entre saberes onde profissionais e usuários aprendam juntos, ultrapassando a prática educativa autoritária e normativa. Assim, ao se implantarem práticas educativas no espaço escolar, os usuários devem ser considerados

como sujeitos-atores do processo educativo, e não como meros objetos do processo ensino-aprendizagem (Ferraro, 2011).

Contudo, verificou-se que na maioria das vezes as ações desenvolvidas pelos profissionais restringiam-se a palestras e orientações, onde um ‘pacote’ de informações era transmitido (Freire 2011b; Vasconcelos, 2007). Ao serem indagados sobre as principais metodologias utilizadas foram emitidas as seguintes respostas:

(...) São essas que eu estava explicando pra você, é palestra e muita orientação, e a gente faz essa parte prática mesmo de ensinar a escovação, porque a criança tem dificuldade para escovar os dentes. Então a gente orienta e diz como se faz (Profissional, 11, CD).

As palestras estão atreladas ao modelo tradicional de educação em saúde que concretizam um monólogo, onde o profissional de saúde fala e dita ordens a ser cumpridas e as crianças/adolescentes concordam e procuram assimilar e reproduzir o que é ensinado. Nesse processo de transmissão vertical deixam de ser considerados as experiências, os saberes prévios e as singularidades dessa clientela (Ferraro, 2011; Figueiredo, Rodrigues Neto e Leite, 2012; Freire, 2011b; Vasconcelos, 2010).

Observou-se ainda que os médicos não compartilhavam as atividades do PSE, as quais ficavam a cargo dos enfermeiros, cirurgiões-dentistas e acadêmicos de enfermagem em estágio na USF. As ações dos médicos se concentram no atendimento clínico dentro da USF.

(...) A questão de tempo... ou se consulta ou faz educação, por quê? Porque o trabalho aqui é mais direcionado pra atendimento, tenho que ser sincero a dizer. (Profissional, 17, M)

(...) A parte da educação em saúde, porque fica mais a critério do enfermeiro, mas, assim, [o médico] particularmente é só mais consultas. (Profissional, 12, M)

A ausência dos médicos durante as ações educativas pode ser justificada pela quantidade, insuficiente, de médicos no município, onde algumas USF não contavam com o profissional na equipe, ocasionando sobrecarga de trabalho para os médicos em atividade, haja vista a significativa demanda por consultas médicas. A solução para essa problemática parecia estar a caminho, à medida que se encontrava, em curso, a pactuação para a implantação do programa Mais Médicos.

A Política Nacional da Atenção Básica refere que compete a todos os profissionais da ESF ofertar ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação (Brasil, 2012).

(...) o PSE na verdade é um Programa Saúde na Escola, que deveria se chamar enfermeiro na escola, porque só o enfermeiro que vai, a nossa dentista também vai, ela é bem aberta para as atividades educativas, mas a gente conta com poucos profissionais (Profissional, 05, E).

O médico e o dentista nunca apareceram para fazer o planejamento; então, eu faço a minha parte, jogo as temáticas que o programa propõe, aleatoriamente no mês, e entrego à diretora da escola, eles olham e pronto (Profissional, 03, E).

Dentre os vários entraves para a efetivação das ações do PSE foi citada a sobrecarga de trabalho do profissional enfermeiro, que assume dentro da ESF várias responsabilidades, isto é, ações burocráticas, atividades de assistência, prevenção e promoção da saúde:

Estou sozinha para fazer todas essas ações porque, infelizmente, na prática o médico não assume as ações educativas, o agente de saúde, por mais capacitado que seja, ele sabe que tem capacidade de dar uma palestra, mas não faz. Toda a parte educativa, organização de eventos, tudo, fica a cargo do enfermeiro. E a gente tem o PMAQ [Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica] também, tem a nossa rotina e isso nos sobrecarrega (Profissional, 06, E).

É sabido que o enfermeiro da ESF assume diversas responsabilidades dentro da equipe, dentre elas a educação em saúde. Tal situação torna-se mais grave pelo fato de esse profissional trabalhar somente 20 horas semanais – fruto de acordo com o gestor municipal –, como citado anteriormente. Esse acordo talvez se deva ao fato das baixas remunerações percebidas pelos profissionais.

O espaço físico inadequado foi citado, por alguns profissionais, como um fator limitante para a efetivação do processo educativo no interior da maioria das unidades de saúde pesquisadas, à exceção de uma USF. A adaptação de pequenas residências para sediar as USF constitui uma realidade bastante frequente no Nordeste brasileiro, com espaços e condições insuficientes no tocante à infraestrutura, inviabilizando dessa forma os encontros grupais. Os discursos revelam essa condição:

Os profissionais do NASF fazem ações educativas com o grupo de gestante em todas as unidades do município, mas aqui não fazem, porque não tem espaço. E eu só tenho 12 gestantes. Mesmo assim não tem lugar para colocar as 12 gestantes (Profissional, 14, E).

Grande parte dos encontros com as gestantes aconteciam em salas improvisadas com cadeiras dispostas em fileiras, não propiciando o diálogo nem as relações horizontais entre os sujeitos envolvidos. A observação direta

nas unidades de saúde, objeto do estudo, permitiu verificar que de fato as USFs não possuem espaço físico adequado para reuniões em grupos que permitam a utilização de dinâmicas e metodologias ativas, como, por exemplo, as práticas corporais. Nessa direção, se a ação educativa contemplar um grande número de usuários, o espaço disponível não é capaz de acomodar as pessoas de forma confortável. Ressalta-se que grande parte das USFs funciona em casas alugadas, com espaços inadequados ao funcionamento das unidades de saúde. Dessa forma, não se observou dinâmica de descontração/sensibilização, nem tampouco estímulo à verbalização dos saberes e experiências prévias do grupo, sendo valorizado, como estratégia metodológica, o uso de *datashow* no formato de aula expositiva. Não foi observado também nenhum momento que permitisse uma avaliação do processo educativo por parte dos usuários que haviam vivenciado a ação.

O município possui um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) tipo I que apoia duas ESFs investigadas no estudo, isto é, há uma parceria entre ESF e NASF. Entretanto, a este último cabia, apenas, a execução do planejamento das ações a serem ofertadas às gestantes, ficando a cargo desse núcleo a elaboração do cronograma semestral com as temáticas que deveriam ser abordadas pelos profissionais da USF. Senão, vejamos:

A gente trabalha com o grupo de gestantes, mas quem faz a programação é o NASF, mas a gente também participa (Profissional, 05, E).

Eu acho que os temas que nós trabalhávamos antes do NASF eram mais bem direcionados, porque a gente não fazia o que a gente queria, mas o que elas (as gestantes) sugeriam e de acordo com as necessidades delas. A gente não tinha nada fechado (Profissional, 18, E).

Os temas geradores do processo de educação devem emergir da realidade de vida dos sujeitos, preferencialmente suscitados por eles, possibilitando uma aprendizagem mais significativa, isto é, a partir de suas vivências. Assim, as temáticas devem ser provenientes das necessidades e especificidades dos sujeitos e do território, pois “investigar o tema gerador é investigar, repitamo, o pensar dos homens referido à realidade, é investigar seu atuar sobre a realidade, que é sua práxis” (Freire, 2011b, p. 136).

Apesar de as ações de educação em saúde fazerem parte das atribuições das equipes da ESF, não foi vista uma efetiva participação de qualquer dos profissionais – até mesmo dos enfermeiros que estavam à frente das ações – sugerindo o caráter secundário dessas ações dentro das USFs. Esse pressuposto ganha relevância na medida em que as ações direcionadas às gestantes eram definidas pelos profissionais do NASF, onde alguém planejava para alguém executar.

Os temas ofertados relacionavam-se ao binômio mãe-filho, com foco na prevenção de possíveis intercorrências que podem acontecer durante a gestação, sempre tomando por base as orientações dos programas ministeriais. Contudo, temáticas sobre atividades físicas, fé e autoestima também foram observadas. No geral, a ênfase era pautada na prevenção de patologias e em orientações clínicas, assemelhando-se a práticas educativas higienistas, conforme a educação tradicional, tal como já foi observado em diversos estudos (Albuquerque, 2004; Alves, 2005; Silva, Dias e Rodrigues, 2009).

As metodologias utilizadas, por sua vez, tinham por prioridade a transmissão de informações e conhecimentos: palestras, exposição de vídeos, além de orientações sobre exercícios de relaxamento e postura adequada, com prescrição de normas, desconsiderando as individualidades e a realidade social (Alves, 2005; Vasconcelos, 2007).

Revela-se aqui uma prática orientada pela pedagogia da transmissão, podendo ser classificada como uma educação bancária, incapaz, portanto, de despertar a autonomia do grupo, priorizando a reprodução de posturas e saberes (Bordenave, 1999; Freire, 2011a). Apesar de algumas gestantes se pronunciarem durante as atividades, era patente a condição de passividade – ouvintes de informações –, uma vez que ‘o processo educativo’ está além dos processos de informação ou comunicação (Silva, Dias e Rodrigues, 2009, p. 145), ou seja, devendo ser capaz de despertar a compreensão, a reflexão crítica dos educandos e a reconstrução de saberes (Freire, 2011b; Morin, 2011).

Aprendeu-se ainda, durante a observação direta das práticas, a presença da pedagogia do condicionamento. Haja vista que, para concretizar as atividades junto ao grupo de gestantes, a Secretaria Municipal de Saúde ofertava um ‘kit enxoval’ destinado aos bebês, objetivando estimular a participação das gestantes e garantir as suas adesões (Bordenave, 1999). O acompanhamento das gestantes que aderiam às atividades de grupo era feito por meio de um cartão onde o profissional, responsável pela condução da atividade, colocava sua assinatura e a data do evento. Para caracterizar a adesão e a contemplação com o ‘kit enxoval’ a gestante precisava se fazer presente em, pelo menos, quatro práticas educativas. A respeito dessa perspectiva, o enfermeiro, reflete:

(...) as gestantes vêm porque elas têm direito de ganhar o *kit* ao final da gestação. Por isso que eu estou dizendo, tudo tem que ter algum bônus, um estímulo... Elas vêm, recebem e têm que assinar. Tem que ter uma quantidade x de presença. Por isso que nós temos um grupo bem consolidado (Profissional, 03, E).

Em um estudo realizado junto a usuários da ESF, na cidade de Montes Claros, Minas Gerais, foi observada a oferta de teste de glicemia capilar e a troca de receituários e medicamentos para pressão arterial como fator de

estímulo à participação de grupos de usuários nos processos educativos realizados pelos profissionais da ESF (Figueiredo, Rodrigues Neto e Leite, 2012).

Um aspecto apontado pelos profissionais da equipe, para a desvalorização das ações de educação em saúde, diz respeito à ausência de interlocução/planejamento entre eles, contribuindo para um determinado desmantelamento do trabalho em equipe e, consequentemente, para a valorização do trabalho individual, com produção de práticas educativas fragmentadas.

Eu vejo como ponto negativo a fragmentação da equipe, porque não existe diálogo. Não existe... Por exemplo, um projeto que vai se fazer para o PSE... não tem uma adesão dos profissionais, mas eu atribuo isso também à gestão, à secretaria... Ela não promove essa articulação, está entendendo, ela própria está solta (Profissional, 04, E).

Embora nem todos os profissionais tenham citado a fragmentação da equipe como uma dificuldade para concretizar as ações educativas, nas entrelinhas fica claro que a prática dialógica se constitui em um desafio, principalmente em relação à programação e ao planejamento em equipe para que se consolidem e implementem estratégias efetivas de educação em saúde.

Evidenciam-se assim algumas fragilidades no processo; entretanto, ressalta-se a importância de alguns profissionais já identificarem os gargalos existentes nas ações educativas. Faz-se necessário, portanto, estimular esses sujeitos para contribuir com a formação de novos grupos e incrementar aqueles já existentes, criando espaços de comunicação para expressão de suas necessidades. Vislumbra-se o diálogo entre profissionais, usuários e gerentes de saúde, valorizando saberes e vivências que permitam disparar um processo educativo de aprendizagem mútua que fomente a construção de autonomia e o empoderamento dos sujeitos para lidar com os problemas de saúde (Dias, Silveira e Witt, 2009; Silva et al., 2006).

As instituições representantes dos serviços, por iniciativa do nível central ou do local, devem se responsabilizar por promover a capacitação dos profissionais que já se encontram nos serviços de saúde, de modo a possibilitar a construção de uma consciência crítica sobre as práticas de saúde. Nesse sentido, a educação continuada deve pautar-se na Política Nacional de Educação Permanente, que propõe considerar as necessidades regional e local para o desenvolvimento do trabalho em saúde. Um estudo que analisou as experiências de educação permanente no Brasil constatou que poucas seguem a política dessa área em seus pressupostos (Stroschein e Zocche, 2011).

Algumas ações de educação em saúde eram realizadas de forma esporádica na sala de espera tanto por enfermeiros quanto por acadêmicos de enfermagem que se encontravam em estágios nas USFs.

As ações educativas que são feitas aqui, são realizadas pelos alunos da UERN, que tem uma participação minha tem, eu assisto, (...) a gente senta e vejo as necessidades. A ação educativa é feita no dia do atendimento, porque, se for agendada, não vai comparecer ninguém, essa é a verdade. Então, chegando o pessoal para fazer o dia de prevenção, a gente aproveita aquele grupo que tem ali e já faz, se chegou mãe pra fazer C e D [crescimento e desenvolvimento], a gente já aproveita aquele grupo que tem ali e já faz e vamos fazendo desse jeito, sala de espera... porque se você agendar não vem (Profissional, 09, E).

Os espaços pequenos das salas de espera não eram apropriados para a execução das atividades, dificultada pelos ruídos provenientes das conversas entre os usuários, pela circulação de pessoas, tornando as práticas educativas difíceis, com valorização do diálogo e do uso de metodologias participativas (Albuquerque e Stotz, 2004; Melo, Santos e Terezza, 2005). Apenas uma USF possui sala de espera ampla, bem como espaço apropriado para ações com grupos.

As práticas educativas, nas salas de espera da USF, eram, geralmente, realizadas pelos acadêmicos da UERN. Aos enfermeiros competia elencar as temáticas a serem debatidas. As temáticas prioritárias estavam relacionadas à prevenção de doenças e àquelas que compunham o calendário nacional da saúde, como, por exemplo, o dia do diabetes, dia de combate ao tabagismo, outubro rosa, entre outras.

Bem, eu vou falar por mim, que é meio complicado falar pela equipe! Aqui, eu tenho o apoio dos alunos da UERN e eu me programo de acordo com o calendário da saúde, tipo: o dia do hipertenso, o dia do diabético... uma temática que está na moda, uma doença que está com índice elevado... ou que a gente percebe que a população precisa ser esclarecida naquele momento (Profissional, 03, E).

Estudos, como os de Melo, Santos e Terezza (2005) e Roecker, Budo e Marcon (2012), mostraram que as atividades de educação em saúde não têm sido rotina dentro das ESF, realidade corroborada por esta pesquisa. Nessa direção, as falas dos entrevistados deixaram claro, em sua maioria, que as ações educativas eram realizadas quinzenal, mensal ou semestralmente, variando de acordo com a dinâmica de cada USF. Nessa direção, durante o período investigado, identificou-se que as ações direcionadas às gestantes e aos adolescentes das escolas (PSE) ocorriam mensalmente.

Apesar de serem crescentes as reflexões trazidas pela literatura acerca da importância de se desenvolver uma educação em saúde que contribua com a autonomia dos sujeitos, percebe-se que a prática educativa centrada na transmissão de conhecimentos ainda é uma realidade presente na ESF,

constituindo-se em um desafio a ser superado. Dessa forma, tais reflexões têm encontrado dificuldade de se materializarem nos serviços de saúde (Gazzinelli et al., 2005).

### **Considerações finais**

As práticas de educação em saúde fazem parte do cotidiano das equipes da ESF no município estudado. Entretanto, as temáticas abordadas relacionam-se à prevenção de doenças, conduzidas de forma verticalizada e desfocada das necessidades de saúde dos usuários, uma vez que estes não participam do processo de planejamento das ações.

Essas ações são, eminentemente, realizadas por acadêmicos de enfermagem com pouca participação dos enfermeiros, sendo planejadas pelos profissionais do NASF. Há predomínio de metodologias tradicionais, por meio de palestras e exposição visual com uso de projetor multimídia e, por vezes, descontextualizadas da realidade dos usuários. O público-alvo é constituído, preferencialmente, por mulheres, crianças e adolescentes.

A concepção de educação em saúde distancia-se da prática educativa libertadora à medida que não promove a reflexão, a criticidade e a tomada de consciência por parte dos usuários. É solicitada aos usuários a reprodução de informações, de ideias, os comunicados, os *slogans*, os depósitos, ‘a manipulação’ (Freire, 2011b). Essa concepção tradicional de educação em saúde é ancorada na transmissão de conhecimentos, distanciando-se da prática educativa emancipatória, uma vez que não consegue superar a ‘educação bancária’. Dessa forma, é incapaz de possibilitar aos sujeitos a autonomia de tomarem as rédeas de suas vidas, de sua história, de sua saúde.

Pode-se dizer que as práticas educativas são fragmentadas, de cunho mecanicista, contribuindo para a manutenção do *status quo*, onde os sujeitos tornam-se incapazes de refletir e agir de forma autônoma e consciente, ou seja, se comportam como meros espectadores, reproduzindo, quando possível, os ensinamentos transmitidos. Esse tipo de educação não possibilita a transformação social nem tampouco a mudança de comportamento. Igualmente, contribui para a perpetuação de sujeitos passivos e alienados do processo social, incapacitados de refletir, agir e superar os problemas apresentados (Morin, 2011).

A partir do exposto, pode-se concluir que a educação em saúde não foi ainda incorporada como uma estratégia fundamental ao processo de trabalho das equipes da ESF. Nos conceitos, valores, imagens, enfim, no conteúdo das ações educativas desenvolvidas pelos profissionais, ele é entendido de forma fragmentada, na medida em que apenas se iniciam alguns movimentos neces-

sários a uma educação emancipatória, isto é, usuário-centrada, ficando de fora todos os outros elementos fundamentais à produção de sujeitos autônomos.

Por fim, sugere-se que a prática prescritiva dos profissionais em tela está integralmente associada à formação acadêmica tradicional, fazendo-se necessário haver investimentos, por parte do poder público, na qualificação profissional com vistas à ressignificação das concepções e práticas vigentes.

### **Colaboradores**

Andezza Karine Araújo de Medeiros Pereira foi responsável pela elaboração do manuscrito, participou da elaboração do projeto, coleta de dados, análise dos dados e redação do artigo. Maísa Paulino Rodrigues orientou todas as etapas do trabalho e participou da revisão e redação do projeto e do artigo. Geórgia Sibele Nogueira da Silva, Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer e Renata de Sousa Alves participaram da redação final do artigo. As autoras declaram não possuir nenhum conflito de interesse, atual ou potencial, de ordem financeira, pessoal ou institucional.

**Resumen** Este estudio presenta las concepciones y prácticas de la educación en salud de profesionales de la estrategia Salud de la Familia de un pequeño municipio en el estado de Río Grande do Norte, Brasil. La investigación se realizó con 18 profesionales de nivel superior: médicos, enfermeros y cirujanos dentistas, entre octubre y diciembre de 2013. Se utilizó la entrevista semiestructurada y la observación orientada en principios etnográficos. El análisis de contenido de Bardin contribuyó al análisis del material. Los resultados indican que las concepciones y prácticas de educación en salud están orientadas por una ‘educación bancaria’, guiada en la trasmisión y reproducción de conocimientos. Las acciones educativas están, eminentemente, dirigidas a la prevención de enfermedades y conducidas, mayoritariamente, por enfermeros y estudiantes de pregrado haciendo pasantías en las Unidades de Salud de la Familia. Se observó que la educación en salud practicada no brinda a los usuarios instrumentos para desarrollar su autonomía y que puedan volverse sujetos de sus vidas, de su historia.

**Palabras clave** educación en salud, salud de la familia, práctica profesional.

## Notas

<sup>1</sup> Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermagem, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

<andrezza\_kam@hotmail.com>

Correspondência: Rua Mariana Guedes do Rêgo, 10, Zeca Pedro, CEP 59.900-000, Pau dos Ferros, Rio Grande do Norte, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

<maisarodrigues13@gmail.com>

<sup>3</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Humanas Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

<gsibebe@uol.com.br>

<sup>4</sup> Fundação Oswaldo Cruz, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, Ceará, Brasil.

<anyavieira10@gmail.com>

<sup>5</sup> Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas, Fortaleza, Ceará, Brasil.

<renatasalves@gmail.com>

## Referências

ALBUQUERQUE, Paulette C.; STOTZ, Eduardo N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 259-274, 2004.

ALVES, Gehysa G.; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.

ALVES, Vânia S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2010.

BESEN, Candice B. et al. A Estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 57-68, 2007.

BORDENAVE, Juan E. D. Alguns fatores pedagógicos. In: SANTANA, José P.; CASTRO, Janete L. (Org.). *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos CADRHU*. Natal: Ministério da Saúde, 1999. p. 261-268.

BORNSTEIN, Vera J.; STOTZ, Eduardo N. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencedora e a transfor-

- madora. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 457-480, nov. 2008/fev. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de Saúde da Família: 2001-2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde na escola*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção básica e saúde da família: os números*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 set. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Seção 1, 24 out. 2011, p. 48-55.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CARDOSO, Marcelle O.; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia M. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 1273-1284, 2012.
- CARVALHO, Patrícia M. G. *Práticas educativas em saúde: ações dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família*. 2009. 85 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Piauí, Teresina, 2009.
- CARVALHO, Sergio R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004.
- CARVALHO, Sergio R.; GASTALDO, Denise. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2.029-2.040, 2008.
- DEMO, Pedro. *A educação do futuro e o futuro da educação*. 2. ed. Campinas: Coleção Educação Contemporânea, 2005.
- DIAS, Valesca P.; SILVEIRA, Denise T.; WITT, Regina R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 221-227, 2009.
- FERRARO, Maísa R. M. As concepções de professores sobre saúde na escola. 2011. 124 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2011.
- FIGUEIREDO, Maria F. S.; RODRIGUES NETO, João F.; LEITE, Maisa T. S. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 16, n. 41, 2012.
- FREIRE, Paulo. *Educação e mudança*. 34. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011a.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011b.
- GAZZINELLI, Maria F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.
- HENRIQUE, Flavia; CALVO, Maria C. M. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1.359-1.365, 2009.
- MADEIRA, Margot C. Representações sociais: pressupostos e implicações. *Revista Brasileira*

- de Estudos Pedagógicos*, Brasília, v. 71, n. 171, p. 129-144, 1991.
- MELO, Gilberto; SANTOS, Regina M.; TE-REZZA, Maria C. S. F. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 58, n. 3, p. 290-295, 2005.
- MINAYO, Maria C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MOREIRA, Laura M. C. et al. Políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade infantil: uma história de desafios. *Revista Médica de Minas Gerais*, Minas Gerais, v. 22, supl. 7, p. 48-55, 2012.
- MORIN, Edgar. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: Unesco, 2011.
- MOUTINHO, Cinara B. et al. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de Saúde da Família. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 253-272, maio-ago., 2014.
- PEDROSA, Jose I. S. Promoção da saúde e educação em saúde. In: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Opas, 2006. p. 77-95.
- ROECKER, Simone; BUDO, Maria L. D.; MARCON, Sonia 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.
- SILVA, Cheila P.; DIAS, Maria S. A.; RO-DRIGUES, Angelo B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1.453-1.463, 2009.
- SILVA, Maria A. et al. Enfermeiro & grupos em PSF: possibilidade para participação social. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 11, n. 2, p.143-9, 2006.
- SOUZA, Maria F.; HAMANN, Edgard M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1.325-1.335, 2009.
- STROSCHEN, Karina A.; ZOCCHE, Denise A. A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 505-519, nov.-fev., 2011.
- SZWARCWALD, Célia L.; MENDONÇA, Maria H. M.; ANDRADE, Carla L. T. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 643-655, 2006.
- VASCONCELOS, Eymard M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 18-30. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- VASCONCELOS, Eymard M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- WESTPHAL, Marcia F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, Gastão W. S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 615-634.

---

Recebido em 16/06/2014

Aprovado em 16/06/2015