



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Antero Sousa Machado, Maria de Fátima; Leite Meirelles Monteiro, Estela Maria; Teixeira Queiroz, Danielle; Cunha Vieira, Neiva Francenely; Teixeira Barroso, Maria Graziela
Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão
conceptual

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 12, núm. 2, março-abril, 2007, pp. 335-342
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012206>

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

redalyc.org

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

Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS –uma revisão conceitual

Integrality, health professional education, health education and SUS proposals – a conceptual review

Maria de Fátima Antero Sousa Machado ¹

Estela Maria Leite Meirelles Monteiro ²

Danielle Teixeira Queiroz ³

Neiva Francenely Cunha Vieira ⁴

Maria Graziela Teixeira Barroso ⁴

Abstract *We understand the integrality in people's care, groups and collectivity having the client as a historical, social and political subject, integrated to his family context, to the environment and the society in which he is inserted. In this scenery the importance of education actions in health is highlighted as an integrating strategy of a collective knowledge that translates in the individual his autonomy and emancipation. Based on this comprehension the study aims to reflect on the principle of the integrality as an axis director of the education actions in health. The education in health as a pedagogical and political process requests the development of a critical and reflexive thinking, allowing to reveal the reality and to propose transforming actions, while historical and social subject able to propose and to give opinions in the decisions of health for his own care, of his family and of the collectivity.*

Key words *Integrality, Education in health, Health promotion*

Resumo *Entendemos a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade tendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e a sociedade na qual se insere. Neste cenário se evidencia a importância das ações de educação em saúde como estratégia integradora de um saber coletivo que traduza no indivíduo sua autonomia e emancipação. Com base nesta compreensão o estudo busca refletir acerca do princípio da integralidade como eixo norteador das ações de educação em saúde. A educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras, enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade.*

Palavras-chave *Integralidade, Educação em saúde, Promoção da saúde*

¹ Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Av Washington Soares 1321, Bairro Edson Queiroz, 60811-905 Fortaleza CE.
fatimaantero@uol.com.br

² Universidade de Pernambuco.

³ Mestre em Enfermagem Comunitária/ UFC.

⁴ Universidade Federal do Ceará.

Introdução

A inexistência de uma definição de fato sobre o que seria a tal “integralidade” é, ao mesmo tempo, uma fragilidade e uma potencialidade. Podemos dizer que a integralidade não é apenas uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetiva” num enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas, por alguns, desejáveis¹. Ainda destaca-se a imagem subjetiva como elemento balizador no sistema de saúde atrelado ao ideário do desejo, repleto de sentimento, de emoção e de motivação para uma construção coletiva na defesa da saúde.

A integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios².

O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional.

Entendemos a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Neste cenário se evidencia a importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno. Com base nessa compreensão, o estudo busca refletir acerca do princípio da integralidade como eixo norteador das ações de educação em saúde.

A integralidade como princípio articulador no sistema único de saúde

A Promoção da Saúde emergiu como marco norteador da Saúde Pública a partir dos anos 70 e, desde então, vem evoluindo e consolidando-se como um modelo das ações de saúde.

No cenário mundial, a discussão acerca da promoção da saúde foi fortalecida através de eventos internacionais, lançando novas propos-

tas na redefinição das políticas públicas, direcionando um novo olhar para o contexto da saúde. Nesta perspectiva, as ações de promoção da saúde devem ser empreendidas por meio de um movimento articulado de políticas sociais que respondam aos problemas dos grupos populacionais nos diversos países.

Dentro dessa abordagem, a Promoção da Saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo³. Neste sentido, incorpora na sua práxis valores como solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria que se constitui numa combinação de estratégias, envolvendo vários atores: Estado, comunidade, família e indivíduo⁴.

Assim, a promoção da saúde não constitui responsabilidade restrita do setor saúde, mas de uma integração entre os diversos setores do governo municipal, estadual e federal, os quais articulam políticas e ações que culminem com a melhoria das condições de vida da população e da oferta de serviços essenciais aos seres humanos⁵.

No nosso país, a luta pela construção de um sistema de saúde universal, acessível e de qualidade se confunde, num primeiro momento, com a própria luta pela redemocratização do país, e assume, no presente, contornos de resistência à guinada conservadora com relação às políticas públicas da última década⁶.

Desse momento político, o movimento de Reforma Sanitária Brasileira foi pautado em uma mobilização reivindicatória alicerçada na necessidade popular de reconstruir uma estrutura normativa que atendesse as reais necessidades da população nas questões de saúde enquanto direito de cidadania. Neste cenário, nasce uma concepção integradora, alvo de grandes revoluções no prisma da compreensão holística do processo saúde-doença.

Assim, a luta pela reforma sanitária foi responsável pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) como um processo social e político que requer um ambiente democrático para a sua construção na arena sanitária, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. Embasado a partir de uma dimensão ideológica, é alicerçado em uma concepção ampliada do cuidado em saúde do indivíduo, família e comunidade⁷.

Do SUS, emergem princípios básicos: acesso universal e igualitário a ações e serviços; participação comunitária; rede regionalizada e hierarquizada; e descentralização, cujas ações de saúde

devem ser desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda a princípios como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie⁸.

Na 11ª Conferência Nacional de Saúde, os princípios da integralidade assistencial, da humanização e da equidade foram reiterados, constituindo-se como objetivos para a consolidação do SUS, como também a necessidade de fortalecer o caráter público das ações e serviços de saúde e a responsabilidade do Estado, definida na Constituição Federal, no provimento da saúde ao povo⁹.

A partir da implementação do SUS, não só foi desencadeado um processo de ampliação na quantidade de serviços de saúde, como também na qualidade destes, já que um de seus princípios é o da integralidade da atenção. Tratava-se então, de buscar um modelo de atenção primária à saúde que desse conta de concretizar a integralidade das ações e dos serviços de saúde, ocupando uma posição de confronto frente ao modelo convencional vigente¹⁰.

Entretanto, não pode ser desconsiderado que o processo de implantação do SUS teve que lidar com inúmeras limitações, visto que representava uma proposta de ação renovada em saúde, quando na verdade os profissionais não haviam sido formados em consonância com o modelo de promoção à saúde, como também os gestores depavam-se com inúmeras dúvidas ao tentar adequar a estruturação de ações básicas de saúde, sem dispor na ocasião de recursos para esta finalidade.

Assim, embora a saúde seja um direito garantido em constituição, a práxis desvela uma enorme contradição entre essas conquistas sociais estabelecidas no plano legal e a realidade de crise vivenciada pelos usuários e profissionais do setor¹¹.

Tal realidade mobilizou, nos últimos anos, o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais a estabelecerem mecanismos capazes de assegurar a concretização dessas conquistas. Várias iniciativas de mudanças nos processos organizativos dos serviços de saúde foram esboçadas; entretanto, consistiam em projetos pontuais e com resultados pouco perceptíveis pela população. Até que a estratégia utilizada

pelo Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 é idealizada, com o propósito de mudança do modelo da atenção à saúde, que passa a ter como núcleo do cuidado às famílias, sendo as mesmas abordadas e compreendidas partir do meio onde vivem¹².

Em seus dez anos de existência, o PSF está sendo visto como modelo inovador, fundamentado em uma nova ética social e cultural, concretizando o ideário de promoção da saúde, na perspectiva da qualidade de vida do povo brasileiro. Entretanto, sua sustentabilidade requer o estabelecimento contínuo de parcerias intersetoriais, articulando ações interdisciplinares de assistência, prevenção e promoção da saúde¹². Dentre as ações do PSF, emergem as ações educativas como ferramenta essencial para incentivar a auto-estima e o autocuidado dos membros das famílias, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e comportamentos.

A atribuição dos profissionais de saúde como agentes de mudança no contexto de atenção à família passa a ser de facilitadores no processo da educação em saúde. Essa perspectiva converge para a formação continuada dos profissionais de saúde visto que “uma profunda renovação das organizações de saúde não se faz sem uma política de educação para o setor”¹³.

A formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde têm como desafio não dicotomizar a atenção individual da atenção coletiva, as doenças e adoecimentos da vigilância da saúde; a qualidade de vida (biologia) do andar da vida (produção subjetiva); não fragmentar os grupos de trabalhadores (da gestão, da atenção e da vigilância); não perder o conceito de atenção integral à saúde e realizar o trabalho educativo junto à população e, finalmente, aceitar que há incerteza na definição dos papéis profissionais, onde há alternância de saberes e práticas de cada núcleo constituído das profissões de saúde e do campo da atenção integral à saúde¹³.

Para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, precisamos exercitar efetivamente o trabalho em equipe, desde o processo de formação do profissional de saúde. É preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não-formais que contribuam para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo.

A discussão sobre integralidade perpassa pela formação profissional e educação permanente, que deve estimular o trabalho em equipe, de modo a favorecer o diálogo entre os profissionais

de saúde, como também a definição coletiva da assistência ao usuário como foco central das ações de saúde. Para prestar uma assistência holística, não podemos acreditar que seremos capazes de fazê-lo individualmente¹⁴.

É nesse nível que uma nova visão das práticas de saúde voltadas para essa formação centrada na atenção à saúde vem ganhando destaque para concretização da integralidade no cuidado, tendo em vista o leque de competências exigidas no processo de trabalho em saúde, o que requer uma visão voltada para a construção de projetos coletivos. A idéia de cuidado integrado em saúde compreende um saber fazer de profissionais, docentes, gestores e usuários/pacientes co-responsáveis pela produção da saúde, feito por gente que cuida de gente. Assim, partilhamos de uma premissa de que o campo da saúde não é privativo de nenhum núcleo profissional, na medida em que o cuidar de pessoas se constitui em espaços de escuta, acolhimento, diálogo e relação ética e dialógica entre os diversos atores implicados na produção do cuidado¹⁵.

Para atingirmos essa realidade, precisamos repensar as maneiras como se estruturam os processos de formação dos profissionais de saúde de hoje, do futuro, a forma como se organizam e operam, devendo ser incorporados como estratégias de mudanças pelas diferentes experiências de mudanças, de conteúdo, de práticas pedagógicas e de cenários de aprendizagem, independentemente do estágio de suas transformações¹⁵.

A noção de integralidade como princípio deve orientar para ouvir, compreender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas, grupos e comunidades num novo paradigma de atenção a saúde.

A integralidade no agir em saúde

É atribuído como herança no atendimento individualizado à saúde o modelo liberal privatista, que é responsável pela estruturação de uma determinada postura de trabalhadores de saúde, pautado no estilo médico que estabelece um atendimento impessoal por parte do profissional de saúde e o usuário e entre os diversos profissionais de saúde¹⁶.

O modelo comumente praticado na saúde em geral consiste em uma prática fragmentada, centrada em produção de atos, predominando a desarticulação entre as inúmeras queixas dos usuários. Para a superação desse cenário, impõe-se um novo referencial, assentado no compromisso éti-

co com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde.

Para se repensar novas modelagens assistenciais na integralidade do cuidado a saúde, há que se aprofundar o debate sob novos fundamentos teóricos, particularmente sobre a natureza do processo de trabalho, especialmente a sua micropolítica e a sua importância na compreensão da organização da assistência à saúde. Daí decorre que serão construídas ações diferenciadas na produção da saúde que operam com tecnologias voltadas para a produção do cuidado, de modo a estabelecer novas relações entre trabalhadores e usuários, tentando construir um devir para os serviços de saúde, centrado nos usuários e suas necessidades e estabelecendo um contraponto à crise vivida pela saúde¹⁷.

A importância de abordar a assistência de forma integrada está fundamentada na articulação de todos os passos na produção do cuidado e no restabelecimento da saúde. Propõe-se mapear a integralidade da assistência pelo acompanhamento da linha do cuidado, evitando-se assim a sua fragmentação. Cada usuário deverá ser acompanhado segundo determinado projeto terapêutico instituído, comandado por um processo de trabalho cuidador, e não por uma lógica “indutora de consumo”¹⁷.

Esta lógica contrapõe-se ao presente cotidiano dos serviços de saúde, onde freqüentemente há confronto entre os profissionais que atuam ou que deveriam atuar com o mesmo objetivo, ou seja, o bem-estar do cliente e o desenvolvimento de ações curativas ou preventivas no processo de saúde/doença¹⁸.

Com base no princípio da integralidade e do agir em saúde, os serviços devem ofertar ações de promoção à saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação segundo a dinâmica do processo saúde-doença, e estas devem estar articuladas e integradas em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde¹⁹.

É nesse contexto que se evidencia a proposta de um modo de organização voltado para a articulação entre assistência e práticas de saúde coletiva. O princípio de integralidade, em um dos seus sentidos, corresponde exatamente a uma crítica da dissociação entre as práticas assistenciais, fomentadas através de distinções cristalizadas entre serviços de saúde pública e serviços assistenciais¹⁸.

A partir da abrangência do conceito de integralidade, desvela a urgência de se corrigir a tendência de um agir em saúde exclusivamente voltado para a atenção básica, em virtude da peque-

na capacidade dos municípios de proverem os investimentos necessários para se prestar serviços de assistência hospitalar ou serviço especializado. Evidencia-se, assim, a necessidade de se construir redes articuladas regionais, na superação da desarticulação e desintegração organizacional e da competição entre órgãos gestores, levando à ineficiência e não resolutividade dos sistemas locais²⁰.

Neste sentido, as instituições de saúde assumem papel estratégico na absorção dos conhecimentos de novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, na medida em que reúnem, num mesmo espaço, diferentes perspectivas, interesses e distintos atores sociais (profissionais de saúde, gestores e usuários). Assim, as instituições de saúde representam um lócus privilegiado de observação e de análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade, seja quanto às práticas terapêuticas prestadas aos indivíduos, seja quanto às práticas de saúde difundidas na coletividade²¹.

Dentro da concepção de integralidade, destacam-se as ações de educação em saúde como estratégia articulada entre a concepção da realidade do contexto de saúde e a busca de possibilidades de atitudes geradoras de mudanças a partir de cada profissional de saúde, do trabalho em equipe e dos diversos serviços que buscam uma transformação no quadro da saúde da população.

A integralidade como eixo norteador das ações de educação em saúde

A educação em saúde como área de conhecimento requer uma visão corporificada de distintas ciências, tanto da educação como da saúde, integrando disciplinas como psicologia, sociologia, filosofia e antropologia. Esse entendimento é reforçado ao se afirmar a educação em saúde como um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade²².

Dessa forma, o conceito de educação em saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais (ausência de doença), ambiental, pessoal e social.

Entretanto, várias pesquisas^{23,24,25} têm demonstrado que na prática verifica-se a predominância de paradigmas de educação em saúde que reforçam práticas reducionistas, requerendo questionamentos para o alcance de ações integradas e participativas.

Uma educação em saúde nos moldes da integralidade inclui políticas públicas, ambientes apropriados para além dos tratamentos clínicos e curativos, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, envolvidas na melhoria da qualidade de vida e na promoção do homem²².

A partir do princípio de integralidade, concebe-se que todos os profissionais que trabalham com o ser humano devem aprimorar uma visão holístico-ecológica, seja na produção do conhecimento ou na prestação de serviços, de modo a resgatar a importância da participação nos contextos onde se constrói a vida; nos ambientes onde os movimentos de aprender e ensinar a tecer a vida se dão²⁴.

Os profissionais de saúde despertaram interesse crescente pela ampliação do foco dos resultados terapêuticos e de cuidados em saúde, para além do estado físico, elegendo a qualidade de vida como um construtor que engloba estados subjetivos de satisfação das pessoas em seu viver diário. Esta atitude incorpora o princípio da integralidade como uma dimensão do cuidar.

É importante que o elemento integralidade esteja inserido na consciência crítica dos profissionais de saúde e da comunidade, para que partindo de um contexto complexo e com o qual estão em constante interação, possibilitem ações transformadoras integralizadas e mútuas².

Vale dizer que quanto mais conscientizados nos tornamos, mais capacitados estamos para ser anunciadores e denunciadores, frente ao compromisso que assumimos, permitindo desvelar a realidade, procurando desmascarar sua mitificação e alcançar a plena realização do trabalho humano com ações de transformação da realidade para a libertação das pessoas^{26,27}. A concepção crítica da educação que pretende ser uma educação para a conscientização, para a mudança, para a libertação solicita uma relação de proximidade entre os profissionais e a população. Nessa relação educativa, a produção do conhecimento passa a ser coletiva, gerando uma modificação mútua, porque ambos são portadores de conhecimentos distintos.

Destaca-se a educação em saúde, como estratégia de promoção à saúde neste processo de conscientização individual e coletiva de responsabili-

dades e de direitos à saúde, estimulando ações que atendam aos princípios do SUS. A partir deste enfoque, eleger estratégias didáticas que conduzam a uma transformação dos indivíduos socialmente inseridos no mundo, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável²⁸.

A prática da educação em saúde como um caminho integrador do cuidar constitui um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade, interferindo no controle e na implementação de políticas públicas, contribuindo para a transformação social²⁸.

O exercício de uma prática educativa crítica, como experiência especificamente humana, constitui uma forma de intervenção no mundo comprometida com o princípio de democracia que rejeita qualquer forma de discriminação, dominação e integra uma atitude de inovação e renovação na crença de que é possível mudar²⁹.

Neste sentido, compreendemos a educação em saúde inspirada nos pensamentos de Freire, “coerente e competente, que testemunha seu gosto pela vida, sua esperança no mundo melhor, que atesta sua capacidade de luta, seu respeito às diferenças da realidade, a maneira consistente com que vive sua presença no mundo”²⁹. Assim, para educar em saúde, se faz necessário estar aberto ao contorno geográfico, social, político, cultural do indivíduo, família e comunidade.

É incontestável o papel do enfermeiro como educador em saúde, seja na sua versão individual ou coletiva. Entretanto, estudo sobre as práticas de educação em saúde no PSF realizadas por esse profissional em Fortaleza, CE identificou um despreparo técnico para exercer esta prática de modo articulado aos princípios do SUS, como também a dominância das ações clínicas, individuais e burocráticas exigidas dentro das Unidades Básicas de Saúde da Família³⁰.

Em outro estudo, também desenvolvido com enfermeiras que atuam em Unidades Básicas de Saúde, evidenciou-se a dificuldade dos profissionais em acreditarem realmente nos seres humanos com os quais interagem, em sua capacidade de aprender e administrar a própria vida. Como proposta, os atores advogam a integração entre conhecimento profissional e saber popular como metodologia orientadora tanto do processo de educação na saúde, como dos programas de educação em saúde³¹.

Assumir a integralidade na educação em saú-

de significa que os profissionais passem a perceber a comunidade como “seres que sabem, sabem que sabem, sabem porque sabem, sabem como sabem, e sabem dizer a terceiros o que sabem e não menos importante, agem consequentemente aos seus saberes”³².

O desenvolvimento desta relação indivíduo/sociedade, com base no princípio democrático e o aprimoramento da relação indivíduo/espécie, no sentido da realização da humanidade; ou seja, a permanência integrada dos indivíduos no desenvolvimento mútuo dos termos da tríade indivíduo/sociedade/espécie, deve constituir um entendimento primordial na busca pela hominização na humanização e pelo acesso à cidadania terrena no caminho de uma comunidade planetária organizada³³.

A construção do processo educativo em saúde que atenda ao princípio da integralidade como eixo norteador das ações de saúde requer a participação ativa da população na leitura e reflexão crítica de sua realidade, das estruturas socioeconômicas como constituintes de acessos na busca por condições humanas dignas, como sujeito histórico e social, possuidor em sua dimensão holística de interfaces integradas e permeadas pelo processo autônomo das descobertas e inquietações frente ao modo de viver em sociedade exercendo sua cidadania.

Reflexões finais

O princípio da integralidade como eixo norteador das ações de educação em saúde deve estar articulado à urgência de se corrigir a tendência de um agir em saúde fragmentado e desarticulado, embasado em uma postura autoritária, verticalizada de imposição de um saber científico descontextualizado e inerte dos anseios e desejos da população no tocante a sua saúde e condições de vida.

Evidencia-se, assim, a necessidade de se perceber a integralidade como princípio em vários níveis de discussões e das práticas na área de saúde, alicerçado em um novo paradigma preparado para ouvir, entender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas, grupos e coletividades.

A evocação apresentada busca configurar uma análise da integralidade da atenção à saúde como eixo estruturante da necessidade da mudança a partir da formação das políticas públicas de saúde, dos serviços, suas práticas e, por fim, dos profissionais de saúde que assim poderão defender

um modelo de atenção à saúde pautado no princípio da integralidade de forma que o relacionamento com o usuário/família seja profissional e sujeito e não profissional e objeto.

A construção do conhecimento com base nas reflexões da práxis de educação em saúde aponta para a necessidade de efetivar um processo educativo em saúde envolvendo a comunidade por meio de um processo participativo que permita uma reflexão crítica da realidade e dos fatores determinantes de um viver saudável.

A educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que

levem o indivíduo a sua autonomia e emancipação enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade.

Colaboradores

MFAS Machado, EMLM Monteiro e DT Queiroz, NFC Vieira MGT Barroso participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde. Integralidade: Resumos. 17/09/04. [acessado 2004 Nov 06]. Disponível em: <www.lappis.org.br/resumos_integralidade.htm>
2. Nietsche EA. *Tecnologia emancipatórias: possibilidade para a práxis de enfermagem*. Ijuí Ed. Unijuí; 2000.
3. Organização Mundial da Saúde. *Carta de Ottawa*. In: Promoção da Saúde e Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz; 1986. p. 158-162.
4. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Rev CS Col* 2000; 5(1):163-77.
5. Araújo MRN, Assunção RS. *Rev Bras Enferm* 2004; 57(1):19-25.
6. Camargo Jr KR. Um ensaio sobre a (In) Definição de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2003.
7. Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec; 1999.
8. Brasil. Constituição. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal. 1988.
9. Brasil. Ministério da Saúde. *XI Conferência Nacional de Saúde*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
10. Mendes EV. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
11. Travesso-Yépez M, Morais NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(1):80-8.
12. Sousa MF. O Programa Saúde da Família: uma visão nacional. In: Fernandes MEL, Dowbor TP, Kretzer MR, Gouveia I, Sucupira AC, Menezes L, Resegue R, organizadores. *AIDS: prevenção porta a porta*. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 41-5.
13. Ceccim RB, Ferla AA. Residência integrada em saúde: uma resposta à formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2003.
14. Araújo CLF. A prática do aconselhamento em DST/ Aids e a integralidade. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2003.
15. Henriques RLM, Pinheiros R. Integralidade na produção de serviços de saúde e as políticas de educação. *Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem* 2004; 3 (1):8.
16. Merhy ER. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: Cecílio LC, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 2004.
17. Malta DC, Cecílio LCO, Merfhi EE, Franco TB, Jorge AO, Costa MA. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *C S Col* 2004; 7(1):61-66.

18. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO; 2003.
19. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *C S Col* 2003; 8(2):509-84.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. *Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Sundswall, Declaração de Adelaide, Declaração de Jaccarta, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Rede de Mega Países, Declaração do México*. Brasília, Ministério da Saúde; 2001.
21. Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO; 2003.
22. Schall VT, Stuchiner M. Educação em saúde: novas perspectivas. *Cad. Saúde Pública* 1999; 2: 4-5.
23. Moura ERF, Rodrigues MSP. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. *Interface-Comunicação S Educ* 2003; 7(13):109-18.
24. Victor JF. *Educação em saúde na unidade básica de saúde da família: atuação do enfermeiro* [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2004.
25. Vasconcelos EM. A medicina como deseducadora. In: *Educação popular nos serviços de saúde*. 3ª. ed. São Paulo: Hucitec; 1997.
26. Patrício ZM. Métodos qualitativos de pesquisa e de educação participante como mediadores na construção da qualidade de vida: novos paradigmas outros desafios e compromissos sociais. *Texto Contex Enferm* 1999; 8(3):53-77.
27. Freire P. *Conscientização: teoria e prática da libertação*; uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. Tradução de Kátia de Melo e Silva. São Paulo: Moraes Ltda; 1980.
28. Catrib AMF, Pordeus AMJ, Ataíde MBC, Albuquerque VLM, Vieira NFC. Promoção da Saúde: saber fazer em construção. In: Barroso GT, Vieira NFC, Varela ZMV, organizadores. *Educação em Saúde: no contexto da promoção humana*. Fortaleza: Demócrata Rocha; 2003.
29. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 2000.
30. Budo MLD, Saupe R. Conhecimentos populares e educação em saúde na formação do enfermeiro. *Rev Bras Enferm* 2004; 57(2):165-9.
31. Donato AF, Mendes R. Relação educativa da equipe de saúde da família com a população. *SANARE Rev Polític Páblí*c 2002; 3(2):35-8.
32. Morin E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. Brasília: Cortez Unesco; 2002.

Artigo apresentado em 18/10/2005

Aprovado em 08/02/2006

Versão final apresentada em 08/08/2006