

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL**

Robianca Munaretti

**Conhecimento e Prática dos Profissionais da Atenção
Primária de Saúde Acerca da Educação em Saúde do
Município de Canoas/RS**

Porto Alegre, 2014

Robianca Munaretti

**Conhecimento e Prática dos Profissionais da Atenção
Primária de Saúde Acerca da Educação em Saúde do
Município de Canoas/RS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde, modalidade profissional.

Orientador: Profº Drº Waldomiro Carlos Manfroi

Porto Alegre, 2014



ATA PARA ASSINATURA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Nível Mestrado Profissional
Ensino na Saúde - Mestrado Profissional
Ata de defesa de Dissertação

Aluno: Robianca Munaretti, com ingresso em 26/09/2012

Título: **CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: O TRABALHO EM EQUIPES E AS INTERVENÇÕES COM/EM GRUPOS**

Orientador: Prof. Dr. Waldomiro Carlos Manfroi

Data: 15/08/2014

Horário: 19:00

Local: FAMED

Banca Examinadora	Origem
Sandra Maria Cezar Leal	UNISINOS
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	UFRGS
Paulo Roberto Antonacci Carvalho	UFRGS

Porto Alegre, 15 de agosto de 2014.

Membros	Assinatura	Conceito	Indicação de Voto de Louvor
Sandra Maria Cezar Leal		AP	_____
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi		AP	_____
Paulo Roberto Antonacci Carvalho		AP	_____

Conceito Geral da Banca: () Correções solicitadas: (X) Sim () Não
Indicação de Voto de Louvor: () Sim () Não

Observação: Esta Ata não pode ser considerada como instrumento final do processo de concessão de título ao aluno.

Aluno

Orientador

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Nível Mestrado Profissional
Av. Ramiro Barcelos,, 2400 2º andar - Bairro Santa Cecília - Telefone 51 33085599
Porto Alegre -

CIP - Catalogação na Publicação

Munaretti, Robianca

Conhecimento e Prática dos Profissionais da
Atenção Primária de Saúde Acerca da Educação em Saúde
do Município de Canoas/RS / Robianca Munaretti. --
2014.

76 f.

Orientador: Waldomiro Manfroi.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-
RS, 2014.

1. Educação em Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde.
3. Serviços de Saúde. 4. Promoção da Saúde. 5. Educação
de Pacientes como Assunto. I. Manfroi, Waldomiro ,
orient. II. Título.

Robianca Munaretti

**Conhecimento e Prática dos Profissionais da Atenção Primária de Saúde
Acerca da Educação em Saúde do Município de Canoas/RS**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação Ensino na Saúde, modalidade profissional, da Faculdade de Medicina, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Porto Alegre, 15 de agosto de 2014.

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de Mestrado, elaborada por Robianca Munaretti, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ensino na Saúde.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª Drª Ramona Fernanda Toazzi _____
Faculdade de Odontologia - UFRGS

Profº Drº Paulo Antoniaci Carvalho _____
Faculdade de Medicina - UFRGS

Profª Drª Sandra Maria Cezar Leal _____
Faculdade de Enfermagem – UNISINOS

Profº Drº Waldomiro Carlos Manfroi _____
Faculdade de Medicina – UFRGS - Orientador

AGRADECIMENTOS

A uma 'Força Maior' que guia meus passos, cuida de mim, me trouxe sorte e realizações nesta fase de crescimento, aprendizado e superação.

Aos meus pais, Roberto e Olenca e aos meus queridos avós Olivio e Olimpia, pelo amor, estímulo, preocupação e força. Desculpem pelas longas ausências e obrigada por trilharem comigo todas as jornadas desta vida.

Ao meu amor Maurício, por compreender minhas preocupações e ansiedades, por ser meu grande incentivador, por estar sempre disposto a tudo, compartilhar a vida comigo e por tornar os meus dias mais felizes.

Ao meu irmão Ruthiano, pelo apoio que sempre me proporcionou, pela preocupação e socorro tecnológico, fundamentais para que esse momento se concretizasse e, claro, pelas palavras sinceras de incentivo: “- Bem vinda à UFRGS!”.

À Dani, pelos momentos em que ficou sem a atenção de seu noivo, pois ele estava achando uma solução tecnológica para que eu conseguisse desenvolver essa pesquisa.

Aos colegas da Secretaria, que estiveram presentes desde a inscrição para a seleção neste Curso, sempre com palavras de apoio.

Aos gestores que permitiram a realização da pesquisa e aos profissionais das Unidades que contribuíram com seus conhecimentos para que juntos possamos qualificar a saúde pública de nosso país.

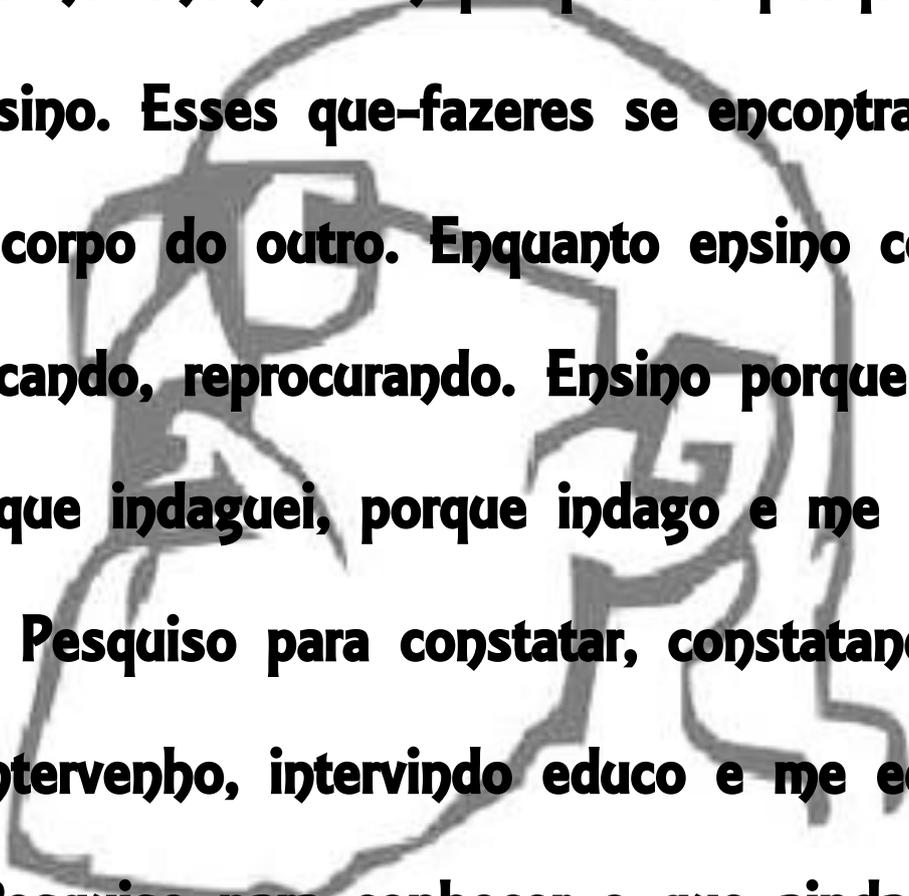
Ao querido Professor Manfroi, meu orientador, pelos conhecimentos compartilhados e pelos momentos de reflexões e aprendizado aos quais me proporcionaram um crescimento tanto acadêmico quanto profissional.

À querida Professora Ramona, pelas suas dicas maravilhosas, pela sua disponibilidade e energia, sempre em alto astral, com palavras de incentivo e carinho.

Aos Professores do Curso pelos ensinamentos e contribuições nos meus estudos aos quais levarei para minha prática como profissional e como pessoa.

Às colegas do Curso pelos momentos de convívio, pelas inúmeras trocas de experiências, expectativas e objetivos.

Todos vocês foram elementos fundamentais para o andamento desta pesquisa e para a conclusão desta nova etapa em minha vida. Muito Obrigada!



“Não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino. Esses que-fazeres se encontram um no corpo do outro. Enquanto ensino continuo buscando, reprocurando. Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquiso para constatar, constatando, intervenho, intervindo educo e me educo. Pesquiso para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade.”

Paulo Freire

2002

RESUMO

Introdução: Atualmente no sistema de saúde brasileiro, como integrante da atenção primária, existem as Unidades Básicas de Saúde com duas formas distintas de atuação. Uma das formas, aqui denominada como modelo “tradicional”, refere-se aos atendimentos previamente agendados, onde os profissionais atendem à demanda espontânea, puramente assistencial e curativa. Outra forma de atuação, presente nas Unidades pesquisadas é a Estratégia de Saúde da Família, constituída por uma equipe multiprofissional que atua em território de abrangência determinados, a estes territórios pertencem todos os usuários que ali residem, bem como tudo que ali acontece. Esses são os ambientes para a ação desta equipe, espaços de aprendizagem em saúde onde a troca e a construção do conhecimento devem permear, buscando mudanças de hábitos/attitudes, onde cada usuário possa construir ‘novos olhares’ frente aos cuidados consigo mesmo e com os outros. Na luz desta ideia, dentro das propostas de intervenção das equipes de estratégia de saúde da família e também do modelo tradicional de atuação, existe a grande dificuldade observada e também verbalizada pelos profissionais no que se refere ao trabalho com educação em saúde. Existe uma fala constante de que é muito difícil realizar este tipo de proposta e que os usuários têm dificuldades de aderir ao que é apresentado. **Objetivo:** O objetivo desta pesquisa, é poder conhecer o quanto essas questões de educação em saúde permeiam o trabalho das equipes de saúde do município de Canoas/RS, o quanto elas se mobilizam por este tipo de intervenção, qual o conhecimento sobre o assunto verificando a presença nos cursos de graduação, o que fazem para conseguir mudar realidades e assim promover saúde atuando em equipes, em ambientes diversificados e não apenas no consultório. **Método:** Este trabalho utilizou como metodologia a aplicação de um instrumento de coleta de dados para todos os profissionais de nível superior de todas as Unidades Básicas de Saúde do município. A análise de dados caracterizou-se por ser quantitativa e permitiu o conhecimento da realidade, da dimensão de como os profissionais atuam com educação em saúde nos mais diferentes aspectos. Como resultado percebeu-se um bom conhecimento sobre o tema, o que possibilita a elaboração de programas a serem construídos junto com todos os envolvidos para que possam aprimorar e tornar mais efetivas essas práticas. Fica a ideia de continuidade desta pesquisa, estruturando estes programas e avaliando sua efetividade e eficácia. **Resultados:** Dos 191 questionários distribuídos 103 retornaram preenchidos.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Serviços de Saúde. Promoção da Saúde. Educação de Pacientes como Assunto.

ABSTRACT

Introduction: Nowadays, in the Brazilian healthcare system, as a member of primary attention, there are Basic Units of Health, with two distinct approaches. One of them, called as “traditional model”, refers to previously scheduled meetings, which professionals work in this spontaneous demand, purely for helping and cure. Another method of work, existed into researched Units, is the Family Health Strategy, composed by a multidisciplinary team, acting in a limited territory, regards with all the people that living there, as well as all the things that happens in such territory. These are the environments of action from these teams, health learning spaces where the interchange and the construction of knowledge must resides, in the search of habit changes, where each user can construct “new sights” about yourself care, as well as with others. With this idea in mind, considering the intervention purposes from Family Health Strategy teams, as well as from the traditional model, there is a difficulty observed and registered from health professionals, about health education work. There is a consensus about the difficulty related to this kind of proposed work, and the users from them hardly adhere to the proposed topics. **Goal:** The goal of this research is the knowledge about such questions from health education into the work of health teams in Canoas city, as well as the mobilization of the people about such kind of intervention, the knowledge about the subject into the university courses, the actions taken to the change of reality and, then, promote health through the acting of teams, considering the diversity of environments, not only in health centers. **Methodology:** This research uses as a methodology a data search instrument for all graduate level professionals, from all the Health Basic Units of such city. The data analysis is characterized in a quantitatively manner, permitting the knowledge of the current reality, as well as the dimension of how such professionals act with health education in several scenarios. As a result, it is perceived a good knowledge about the subject, which makes possible the construction of programs, together with all the people involved, turning possible the improvement of such practices. Finally, the idea of continuity of this research is registered, through the structure of such programs and evaluation of its effectivity and efficiency. **Results:** From 191 surveys sent to the public involved, there were 103 surveys answered.

Keywords: Health Education. First Attention in Health. Health Services. Health Promotion. Patient Education as a Subject.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Ano de formação dos profissionais	40
TABELA 2 – Tempo de Atuação	42
TABELA 3 – Ações de Educação em Saúde	49
TABELA 4 – Ambientes de Aprendizagem	51
TABELA 5 – Conhecimento dos Profissionais sobre Grupos	53
TABELA 6 – Trabalhos nas Escolas	56
TABELA 7 – Momentos de Educação em Saúde nas Equipes	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

ESF – Estratégia de Saúde da Família

PCNs – Parâmetros Curriculares Nacionais

PSE – Programa Saúde na Escola

SUS – Sistema Único de Saúde

UBSs – Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
1	REVISÃO DA LITERATURA	15
1.1	EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	15
1.2	AMBIENTES DE APRENDIZAGEM.....	20
1.3	GRUPOS.....	22
1.4	ESCOLAS.....	25
1.5	EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA EQUIPE DE TRABALHO.....	28
1.6	FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE.....	31
2	OBJETIVOS	36
2.1	OBJETIVO GERAL.....	36
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	36
3	METODOLOGIA	37
3.1	DELINEAMENTO DE PESQUISA.....	37
3.2	PARTICIPANTES.....	38
3.3	AMOSTRAGEM.....	38
3.4	COLETA DE DADOS.....	38
3.5	DESCRIÇÃO DOS DADOS COLETADOS.....	39
3.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	40
4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	41
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
5.1.1	Profissão e Ano de Formação.....	41
5.1.2	Formas de Contratação.....	42
5.1.3	Para você, o que significa “Educação em Saúde”?.....	44
5.1.4	Você acredita na efetividade dos trabalhos de “Educação em Saúde”?.....	46
5.1.5	Você teve contato na sua formação com atividades de educação em saúde?.....	47
5.1.6	Ações consideradas trabalhos efetivos de Educação em Saúde.....	49
5.1.7	Ambientes de aprendizagem nas Unidades de Saúde.....	51
5.1.8	Como é desenvolvido o trabalho nos ambientes de aprendizagem.....	53
5.1.9	Conhecimento dos profissionais sobre os trabalhos com/em grupos.....	53
5.1.10	Quais profissionais têm alguma motivação em desenvolver atividades em grupos no seu local de trabalho.....	55
5.1.11	Realização de atividades em Escolas do território ou próximas à Unidade de Saúde.....	56
5.1.12	Trabalhos que consideram eficientes para as ações de saúde em Escolas.....	57
5.1.13	Momentos de Educação em Saúde nas equipes.....	59
5.1.14	Contribuições dos Profissionais.....	61
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
	REFERÊNCIAS	68

APÊNDICES	73
APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados	73
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	77
APÊNDICE C – Autorização do Gestor	78

INTRODUÇÃO

Pensando no espaço de trabalho que encontramos atualmente na Atenção Primária à saúde brasileira, baseando-se pela experiência e também diante de evidências da literatura, percebemos uma grande carência no que se refere à dificuldade de constituir uma equipe que desenvolva um trabalho efetivo de educação em saúde, sejam estes na própria Unidade ou em Escolas, Centros Comunitários, entre outros. O trabalho relacionado à promoção de saúde, bem como o dispensado no atendimento aos usuários em serviços requer dos profissionais envolvidos uma dedicação diferenciada, visando aos aspectos integrais das ações: promoção da saúde, solução de problemas e enfoque educacional. É sabido que o usuário só adere a um tratamento se identificar real necessidade do que lhe é proposto, seus riscos e benefícios, podendo assim ocorrer uma aprendizagem consistente e significativa que venha gerar mudanças da relação entre profissional e usuário (CARVALHO, 2009). Por outro lado, sabe-se que as pessoas cuidam da sua saúde e mudam hábitos nocivos quando efetivamente entendem a importância de mudar (CARVALHO, 2009). Transferindo essas premissas para a relação de trabalho em grupo, ocorre algo similar: participamos de alguns deles, se estes realmente significarem algo para nós, se eles nos trouxerem informações coerentes, com profissionais envolvidos e se conseguirmos sentir o verdadeiro “sabor” de tudo aquilo que nos foi dito. Conforme refere Rocha (2005) o processo de aquisição do conhecimento envolve uma relação de afeto. Sabe-se que somente se aprende bem aquilo que cativa, com o que se tem afinidade. Desta forma, o ambiente de aprendizado deve ser um local onde não haja contraposição entre o intelectual e o afetivo.

Assim como sugere Paulo Freire (2002), educar não é transmitir informação, logo os trabalhos de educação em saúde devem ser repensados e reestruturados, em todos os momentos, em todos os níveis, em todos os ambientes. Os

profissionais devem ter em mente que, nas trocas, está o processo de ensino-aprendizagem, que permite que um aprenda com o outro.

Para encaminhar mudanças, torna-se indispensável que antes conheçamos em que nível se encontra a formação dos profissionais da área da saúde, mais especificamente, aqueles que atuam nas Unidades. As universidades estarão desenvolvendo um processo didático-pedagógico que auxiliem o futuro profissional a planejar melhor estas atividades, sem depender de uma longa exposição em *power point* e falar sempre das doenças e não da promoção da saúde, por exemplo? Trata-se de poder pensar na integralidade de saberes, das práticas, das vivências e dos espaços de cuidado, além da atenção integral em todos os níveis do sistema, cumprindo por completo um dos princípios do Sistema Único de Saúde. A integralidade poderia ser trabalhada cada vez mais em nível de graduação, com mudança das propostas dos cursos que pressupõem a implementação da integração ensino e serviço, exigindo dos gestores o comprometimento com o trabalho multiprofissional e em equipe, no cuidado com a saúde e com a co-responsabilização das ações.

Para Peduzzi (2001), o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de ação coletiva que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Fortuna et al. (2005) referem que o trabalho em equipe é definido como uma rede de relações entre pessoas, poderes, saberes, afetos e desejo, onde é possível identificar os processos grupais. Os mesmos autores trazem discussões a respeito da equipe multidisciplinar para atenção básica em saúde onde consideram que a divisão do trabalho especializado não é problematizada, desta forma, coloca-se para os trabalhadores o desafio de atuar em equipes para afazeres que eles desconhecem e precisam desbravar, construir e inventar. Todos sabemos quão difícil é trabalhar em equipe e ainda mais poder realizar um trabalho interdisciplinar que envolva toda a prevenção/promoção de saúde da população, de maneira que estes realizem a adesão e preocupem-se com seus cuidados. Desta forma, podemos pensar na construção de uma proposta interdisciplinar que envolva atividades de educação em saúde, onde os participantes façam parte do processo, construam juntos e sintam-se multiplicadores, co-participando, convivendo e colaborando no processo de construção dos conhecimentos em saúde.

1 REVISÃO DA LITERATURA



Figura 1 – Mulher com Criança – Portinari, 1936

1.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

“A Educação é uma forma de intervenção no mundo (FREIRE, 2002).”

A Declaração de Alma Ata (1978) aborda a necessidade de uma educação apropriada para possibilitar a auto-responsabilidade e participação da comunidade em ações de Atenção Primária, tais como planejamento, organização e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros.

Grande parte dos projetos educativos em saúde encontram-se, majoritariamente inscritos na perspectiva de transmissão de um conhecimento especializado onde saber-viver é desconsiderado nestes processos. A educação passa a ser concebida e exercitada como processo de instrução (passiva) para exercício do poder da própria saúde, com o objetivo central de uma mudança (imediata e unilateral) de comportamentos individuais. Os programas e projetos de educação em saúde têm a ideia de que a “falta de saúde” é um problema possível de ser solucionado, desde que se disponha de informações técnico-científicas adequadas e/ou da vontade de sujeitos expostos aos agravos de saúde (MEYER et al., 2006).

A educação passa a ser concebida a partir de reflexão sobre o próprio homem. Este, em constante busca, refletindo sobre sua condição na história, sua condição de sujeito de transformação de si e do mundo. Sua capacidade de compreender a realidade e sua criatividade, tornando-o livre para compreender-se com sua realidade. Isso se torna possível visto que a criatividade é inerente ao próprio homem, pois nasce da sua inconclusão (SILVEIRA, 2011).

No decorrer dos anos, os indivíduos vivenciam constantes modificações no nível do saber, da técnica e da ciência, evidenciando a necessidade de superação do atual paradigma bancário educacional pautado em modelos pedagógicos por vezes estanques, contraditórios e, sobretudo, descontextualizados (FREIRE, 2002). E ao pensar a educação como um processo libertador, em que há um fluir de vivências, experiências e conhecimentos – individuais e coletivos – que constituem o ensino-aprendizagem e pela possibilidade de vislumbrar o indivíduo como um ser inacabado e em *continuum* vir-a-ser (SHAURICH et al., 2007).

Segundo Alves (2005), trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos

profissionais, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas. A educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem as equipes. Espera-se que esta seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adstrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo programas educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos.

Conforme Pereira (2003), a educação e a saúde podem ser considerados espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano, havendo uma intersecção entre estes dois campos em qualquer nível de atenção à saúde e na aquisição contínua de conhecimentos de profissionais. Estes utilizam de maneira inconsciente um ciclo permanente de ensinar e aprender. A prática educativa compreende atividades de educação em saúde voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade de vida e saúde; e atividades de educação permanente voltada aos trabalhadores.

Educação em saúde é uma prática social que contempla um processo de construção compartilhada de saberes, num contexto de interlocução, disputas, igualdade de acesso ao discurso argumentativo, questionamento, articulação e contradição entre múltiplos saberes. É um processo onde há atores ativos e falantes, que trazem para um campo de disputa de saberes sua visão de mundo, os significados que dão aos objetos, se posicionando e fazendo escolhas (SCHWINGEL; CAVENDON, 2004).

Segundo observa Minayo (2004), as campanhas são muito ruins quando são soltas, feitas como se fossem resolver o problema, mas, quando estão articuladas com outras formas de políticas, têm uma influência muito grande.

Na Carta de Ottawa (1986) fica claro que é essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em

outros espaços comunitários. As ações devem se realizar através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais.

A Organização Mundial da Saúde considera que a saúde é um processo muito menos de médico do que uma opção e uma escolha da sociedade. A saúde passa a ser então uma composição de vários fatores, como condições e estilo de vida, meio ambiente, condições sociais e os avanços da biologia e da assistência médica. A convenção de Ottawa supera a ideia da saúde pública e da saúde coletiva de que tudo é social, tudo se resolve pela sociedade. Essa convenção reconhece que na questão saúde há que se considerar os fatores sociais e de responsabilidades individuais. Então, se coloca também o papel e a responsabilidade da pessoa em relação à sua qualidade de vida, à sua saúde, aos seus problemas. Nessa condição se dissolve um pouco essa fronteira entre clínica e saúde coletiva, e se coloca a importância tanto do indivíduo quanto da coletividade (MINAYO, 2004).

A Política Nacional de Educação Popular e Saúde concebe a Educação Popular como práxis político-pedagógica orientadora da construção de processos educativos e de trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à horizontalidade entre os saberes populares e técnico-científicos, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa, ao respeito às diversas formas de vida, à superação das desigualdades sociais e de todas as formas de discriminação, violência e opressão. No campo da saúde a característica de práxis da Educação Popular, no sentido da ação-reflexão-ação, coloca-a como estratégia singular para os processos que buscam o cuidado, a formação, produção de conhecimentos, a intersetorialidade e a democratização do SUS. A Educação Popular não se faz 'para' o povo, ao contrário, se faz 'com' o povo, tem como ponto de partida do processo pedagógico o saber desenvolvido no trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e, procura incorporar os modos de sentir, pensar e agir dos grupos populares, configurando-se assim, como referencial básico para gestão participativa em saúde (BRASIL, 2012).

Se o indivíduo aprende a pensar criticamente, a enfrentar situações novas sem pânico e também de forma mais livre ou criativa, a confiar em si e nos outros, a descobrir e desenvolver suas potencialidades, no sentido de tornar-se mais

autêntico e produtivo, ele estará mais preparado para enfrentar mudanças (ZIMMER, 2005). Na medida em que reconhecemos o valor e a grandeza do que vivenciamos, nos permitimos narrar e fazer conexões as quais possam surpreender o outro e a nós mesmos não apenas pela sua inovação, mas pela articulação de suas ideias, pelo entusiasmo ou pela desacomodação que provoca (JÚNIOR; CASTRO, 2005).



Figura 2 – As moças de Arcozelo – Portinari, 1940.

1.2 AMBIENTES DE APRENDIZAGEM

O ambiente de aprendizado deve ser um local onde não haja contraposição entre o intelectual e o afetivo. A aquisição do conhecimento tem uma influência do afeto. Sabemos que somente aprendemos realmente bem aquilo que nos cativa, que nos tem afinidade (ROCHA, 2005).

MEHRY (1997), apud ELIAS (2009), quando refere que, em espaços coletivos, como arranjo organizacional, quer dizer que são espaços concretos destinados à escuta e a circulação de informações, à elaboração e tomada de decisões que podem tomar a forma de equipes de trabalho ou grupos. Esses espaços revelam desejos, interesses e posições e podem facilitar o desenvolvimento integral das pessoas.

Conforme Porto (2007), através de experiências pessoais em diferentes serviços de saúde, constatou-se que orientações dadas por enfermeiros, em sua maioria, não realizadas em consultórios específicos para este fim, muitas vezes realizadas em salas de sinais vitais ou recepção, não são consideradas consultas de enfermagem, mas sim "palavrinhas" ou "conversinhas" na fala dos usuários. O que se pode afirmar é que prevalece a falta de conciliação entre práticas de consultório e educação em saúde, que pode ser revelada nas definições de procedimentos e ações em saúde que as secretarias de saúde estabelecem para o profissional de enfermagem. Nos documentos, é entendido que as ações de enfermagem consistem em procedimentos e protocolos assistenciais específicos a determinadas demandas dos serviços, ou seja, uma totalidade de ações técnico-curativas, com pouca abordagem educativa. Entende-se que a consulta não se esgota na relação de consultório, mas tem sua efetividade na continuidade da assistência, retomando aspectos educativos e vinculando o usuário ao serviço de saúde, sendo a consulta uma atividade educativa e sendo possível concretizá-la em qualquer local, seja no consultório, no domicílio, junto ao leito do paciente, na rua, nos corredores das instituições de saúde, entre outros.

As novas demandas trazidas para dentro do consultório médico, com questões sociais, tais como a violência, o alcoolismo, o desemprego, exemplificam a necessidade dos profissionais desenvolverem outras habilidades, como a de escuta e de comunicação, que vão além do conhecimento biomédico clássico (KIRST, 2011).



Figura 3 – Catechesis – Portinari, 1941

1.3 GRUPOS

Grupo é definido como o conjunto restrito de pessoas, ligadas entre si por constantes de tempo e espaço e articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe, de forma explícita ou implícita, a uma tarefa que constitui sua finalidade. Nos grupos, ocorrem técnicas defensivas, resistência à mudança, controle onipotente, negação, medo da perda de poder, perda de espaço, perda de reconhecimento, fazendo com que se produza imediatamente o medo do ataque, que consiste em sofrer revides de opiniões contrárias e de represálias dos demais integrantes da equipe. Antes do grupo há um agrupamento, há relações de serialidade, aglomerados de pessoas anônimas que não interagem entre si e não têm objetivos comuns, mas objetivos em comum. A passagem da série ao grupo implica na consciência dos interesses comuns e no reconhecimento da interdependência. O grupo é um todo dinâmico, em movimento, por fazer-se, com relações dialéticas de interioridade entre as partes (PICHON-RIVIÈRE, 2005).

Segundo Zimmer (2005), ao trabalharmos com educação, vamos trabalhando em grupo e podemos enriquecer nosso trabalho aplicando técnicas de dinâmica de grupo, ou seja, exercícios práticos capazes de conscientizar os indivíduos, tornando-os melhores observadores, pela vivência desse trabalho. As dinâmicas de grupo podem também ser consideradas como jogo, onde cada exercício tem uma finalidade, sendo um excelente recurso para o desenvolvimento do trabalho de forma criativa com educação.

Trabalhar com grupos é a estratégia central de uma metodologia participativa e um recurso precioso para os diversos profissionais, uma excelente maneira de compartilhar experiências e de propiciar o diálogo e a reflexão entre seus participantes. Nos encontros podem surgir novas perspectivas e alternativas de ação para os problemas vividos. Participando dos grupos, as pessoas têm a chance de romper com o isolamento, de aprender e ensinar, de aumentar e diversificar sua rede social, e de se mobilizar para a ação. Existem vários tipos de grupos e várias maneiras de coordená-los em função dos objetivos que se quer atingir, dos seus participantes, do tempo disponível e da experiência do facilitador. Essas maneiras são sistematizadas em algumas técnicas e metodologias, com grupos terapêuticos, reflexivos, terapia comunitária, rodas de conversa, dentre muitas outras. Algumas dessas metodologias exigem formação específica. Mas, mesmo não havendo possibilidade de se especializar, alguns princípios podem habilitar profissionais de

diferentes áreas a trabalhar com grupos. A sensibilidade, o planejamento dos objetivos e dinâmicas propostas e uma postura de estímulo à participação são decisivos para a utilização de estratégias grupais de forma eficaz (BRASIL, 2012).

Grupo é um “campo de forças”, um “espaço vital”, cuja dinâmica resulta da interação de seus membros dentro de um contexto. É o campo apropriado para a mudança de ideias, atitudes e prática, não é a soma de indivíduos e nem é o resultado apenas das psicologias individuais, mas sim, um conjunto de relações em constante movimento (AFONSO, 2010).



Figura 4 – Meninos Brincando – Portinari, 1955

1.4 ESCOLAS

“Não haveria criatividade sem a curiosidade que nos move e que nos põe pacientemente impacientes diante do mundo que não fizemos, acrescentando a ele algo que fazemos” (FREIRE, 2002)

A partir dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), a saúde passa a ser assumida como um tema transversal dos currículos escolares da educação básica. Os PCNs elegem e nomeiam como tema transversal aqueles assuntos que deverão ser abordados por todas as áreas que compõem o currículo escolar, pois a saúde deve se dar de forma contextualizada e sistemática para se ter a melhoria dos níveis de saúde pessoais e da coletividade (BRASIL, 1997).

O trabalho de saúde nas escolas vem acontecendo através do Programa Saúde na Escola (PSE) que configura-se como um programa intersetorial – compartilhado por diversos setores, tais como educação e saúde. É desenvolvido pelos Ministérios da Educação e da Saúde, instituído pelo governo federal em 2007. O Programa tem o objetivo de promover a saúde dos alunos brasileiros, atuando dentro dos espaços da escola, pelos profissionais de saúde das Unidades, sendo elas com equipes de Estratégia de Saúde da Família ou não. As equipes vinculadas ao Programa desenvolvem ações nas escolas de sua área de abrangência, sendo acordada e planejada com a equipe da escola. Professores, funcionários, alunos e comunidade promovem e participam de atividades de promoção e prevenção da saúde, com a integração das equipes, bem como os projetos e atividades, devendo tudo estar previsto, de acordo com o Programa, no Projeto Político-Pedagógico das Escolas (BRASIL, 2011).

O PSE compreende ações de saúde bucal, alimentação saudável, atividades físicas, prevenção de violências e de doenças sexualmente transmissíveis, formação de profissionais de saúde e educação para atuar nas Escolas. Todas as ações estão distribuídas nos cinco componentes que integram o PSE: (1) avaliação das condições de saúde de crianças, adolescentes e jovens; (2) promoção da saúde e de atividades de prevenção; (3) educação permanente e capacitação dos profissionais da educação e da saúde e de jovens; (4) monitoramento e avaliação da saúde dos alunos; (5) monitoramento e avaliação do programa. (BRASIL, 2009).

De todas as ações contempladas pelo PSE, o trabalho também promove a aproximação entre os educandos e as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), otimizando os atendimentos. A importância do espaço escolar como viabilizador da interação dos escolares com a equipe de saúde, uma vez que os alunos já estão vinculados aos professores, estas podem facilitar a interação com os profissionais de saúde. Assim, sensibiliza-se também, as famílias para a necessidade de levar

seus filhos às Unidades para uma consulta anual, convocando estes responsáveis, envolvendo-os na agenda da avaliação clínica e psicossocial e ampliando o universo do cuidado (BRASIL, 2011).



Figura 5 – Cambalhota – Portinari, 1958

1.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA EQUIPE DE TRABALHO

“Gosto de ser gente porque, incapado, sei que sou um ser condicionado mas, consciente do incapamento, sei que posso ir mais além dele [...] Gosto de ser gente porque, como tal, percebo afinal que a construção de minha presença no mundo, que não se faz no isolamento, isenta da influência das forças sociais, que não se compreende fora da tensão entre o que herdo geneticamente e o que herdo social, cultural e historicamente, tem muito a ver comigo mesmo (FREIRE, 2002)”.

Segundo Castoriadis (2002), é a coisa mais natural viver numa sociedade onde tudo pode ser questionado, quando, na verdade, isto é o que existe de menos natural no mundo, onde os questionamentos se transformam em queixas-conduta que pouco interferem no prognóstico de vida ou na qualidade de vida das pessoas. De que serve a qualquer ser humano saber que é hipertenso se não vai ter acesso a cuidados baseados no vínculo, na construção de um projeto terapêutico individual, para que ele próprio co-participe da construção de novos estilos de vida para si? A clínica tradicional não tem contribuído na ampliação do grau de autonomia de pacientes e da população em geral. Paciente é concebido como alguém que não sabe e que deve obedecer às prescrições, as quais por sua vez não são negociadas com o sujeito em questão. Os trabalhadores de saúde não conseguem mais perceber que gastam a vida na defesa da vida dos outros. Eles não se perguntam mais para que trabalham.

É de conhecimento geral que há dificuldades por parte dos profissionais em entender o que está sendo dito pelos sujeitos. Os objetivos que os profissionais têm para a atividade de educação em saúde não são os mesmos objetivos daqueles a quem a atividade está direcionada. As reações negativas e a passividade são as manifestações de inconformidade dos sujeitos (SCHWINGEL E CAVEDON, 2004).

O processo de produção do conhecimento e do ensino baseia-se em atividades práticas, em atividades teóricas, nas condições socioeconômicas e nas relações interpessoais. O profissional deve sempre estar com seus horizontes abertos para receber novas propostas, novos questionamentos, para que assim o conhecimento possa chegar a todos e criar mais curiosidades a respeito de questões não bem conhecidas e que se possa gerar a partir daí mais conhecimentos. A atividade médica é uma relação interpessoal na qual a função é cuidar da saúde e não apenas prestar assistência (GOLDFELD, 2011).

As reuniões de equipe, no cotidiano de trabalho, são importantes dispositivos para a estruturação, organização, informação, estabelecimento de diretrizes e espaço de tomada de decisões. É nesses momentos, face-a-face dos trabalhadores, que emergem suas especificidades enquanto sujeitos de diferentes contextos que precisam se relacionar (GRANDO; DALL'AGNOL, 2010).

A problematização é elemento central que pressupõe a leitura crítica da realidade com todas as suas contradições, buscando explicações que ajudem a transformá-la. Sua ênfase é no sujeito prático, que se transforma na ação de problematizar, possibilitando a formulação de conhecimento com base na vivência de experiências significativas como potências de transformação do contexto vivido, produzindo conhecimento e cultura (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Educação Permanente (2009), propõe que esta problematização dos processos de trabalho se dê nos momentos de educação dos trabalhadores da saúde. Ela é a aprendizagem no trabalho, onde o ensinar e o aprender se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A Educação Permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho. Ela acontece a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho. Em outros termos, que no trabalho também se aprende. A situação prevê transformar as condições diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco. Esta perspectiva, não se limita a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe, incluindo médicos, enfermeiros, pessoal administrativo, professores, trabalhadores sociais e todas as variantes de atores que formam o grupo.

No caso da educação permanente em saúde, projetos pedagógicos referem-se a certa organização dinâmica da educação, ampliação e potencialização, dos atos de pensar, aprender e conhecer relativos a um atuar/proceder. A educação permanente como processo de formação, aciona movimentos de estranhamento, de desacomodação, de 'perguntação' e de implicação, potência para um coletivo diferir de si mesmo e de dobrar novas práticas. O desenvolvimento de uma escuta pedagógica no ambiente de trabalho buscaria captar e potencializar os movimentos de interação e construção coletiva, introduziria dispositivos de troca para agenciar as forças que povoam os mundos interpessoais, tendo em vista a invenção de novos territórios ao ser profissional e mobilizaria um ensino-aprendizagem da realidade que fosse produtor de sentidos e capacidades críticas (CECCIM; FERLA, 2009).



Figura 6 – A Descoberta da Terra – Portinari, 1941

1.6 FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção (FREIRE, 2002)”.

As Diretrizes Curriculares Nacionais, aprovadas em 2001 e 2002, para os cursos de graduação da saúde apontam a necessidade de novos perfis profissionais que deem conta da atenção à saúde e da gestão de serviços e sistemas a partir dos princípios e diretrizes do SUS. As propostas de mudanças da formação na graduação fazem parte de um conjunto de políticas públicas apoiadas pelo Ministério da Saúde para o enfrentamento dos problemas de organização e gestão e da atenção em saúde. A educação dos profissionais orientada para a integralidade é parte importante deste processo de mudanças com repercussão na sociedade, na gestão do setor de saúde e na identificação com os usuários dos serviços. Para que a integralidade em saúde possa ser incorporada à formação, é necessário possibilitar aos alunos a apropriação da dimensão cuidadora do trabalho e o conhecimento das condições de vida, de trabalho e culturais dos usuários (BUENO; TSCHIEDEL, 2011). Ou seja, promover transformações na prestação dos serviços de saúde pública à população através do incentivo à mudança do processo de formação e geração de conhecimentos, com base em uma abordagem integral, com ênfase na Atenção Básica.

Em 2001, foram publicadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina, onde se estabeleceu fundamentalmente a mudança de paradigma do ensino e da avaliação, as competências que o profissional deve adquirir e a inserção do aluno e do professor desde os primeiros semestres, nos serviços de saúde. Neste ano de 2014, recentemente, em 23 de junho, foi publicada uma reformulação das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Medicina onde enfatizam a necessária articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso para o futuro exercício profissional do médico, desdobrando-se nas áreas de (1) atenção à saúde, (2) gestão em saúde, (3) educação em saúde. Na atenção à saúde a promoção é tida como estratégia de produção de saúde, articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais. Na educação em saúde, o graduando deverá aprender com autonomia, através da mediação de professores e profissionais do SUS, desde o primeiro ano do curso, com base na reflexão da própria prática e pela troca de saberes (BRASIL, 2014).

Seria oportuno que durante a graduação, fosse desenvolvida uma proposta pedagógica fundamentada numa concepção de educação que vê nos alunos sujeitos em desenvolvimento, capazes de pensar, sentir e construir conhecimentos a respeito de si mesmos e do mundo, fazer uso destes mesmos conhecimentos na construção de suas próprias vidas em sociedade, com os outros, considerando a diversidade como uma característica peculiar a qualquer grupo de estudantes (GARCIA, 2000 apud PEDROSO, 2005). É importante reforçar a necessidade do desenvolvimento de habilidades de raciocínio de ordem superior, como o pensamento crítico, através da Metodologia da Problematização, a qual trabalha com questões complexas e informações associadas a problemas específicos da realidade social (BERBEL; GIANNASI, 1998).

Ceccim e Ferla (2009), referem que faz-se necessário que os educadores abandonem a segurança de um modelo pedagógico orientado pela concepção que estabelece o centro das aprendizagens no hospital, hierarquiza os adocimentos em critérios biologicistas e dissocia clínica e política; e assumam posturas criativas de construção do conhecimento, tendo como referência as necessidades dos usuários, que são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas; lutem por um desenho orientado pelas complexidades locais e pela responsabilização dos profissionais e serviços pelo cuidado e pela cura, singular em cada caso ou realidade.

O novo paradigma de atenção em saúde, fundamentado na integralidade, requer essa mudança no ensino dos profissionais de saúde que deve acontecer com vistas às necessidades sociais, as prioridades que até agora não foram respondidas. A saúde deve alcançar um grau de equidade, ser suficiente e de alta resolução. Para isto, a educação dos profissionais da saúde deve ser relevante, centrada nos problemas prioritários e ser entregue a novas ferramentas educacionais. Isto implica que o estudante deve estar no centro do processo e não o docente, que até agora passava a informação e exigia repetição. Os programas devem buscar uma forma de ter todos os recursos acessíveis aos estudantes e estes deverão estar incluídos e serem capazes de identificar seus próprios métodos de aprendizagem, que variam de pessoa para pessoa (VENTURELLI, 2003).

Vencida esta mudança de paradigma dos cursos de graduação dos profissionais de saúde, pensa-se no trabalho em equipes onde o ser humano só

existe em função de seus inter-relacionamentos grupais. Sempre, desde o nascimento ele participa de diferentes grupos, numa constante dialética entre a busca de sua identidade individual e a necessidade de uma identidade coletiva e social (ZIMERMAN, 2000).

Não se trata de lidar com conhecimentos e informações como objetos já dados ou com técnicas destituídas de seu caráter de produção social, econômica e cultural que são repassadas a receptores passivos. Neste caso, estaríamos no plano de uma formação-consumo, que tem funcionado através do consumo de *kits* ou de técnicas a serem aplicadas e no desenvolvimento de novas habilidades descartáveis e apartadas do cotidiano dos serviços (NEVES; HECKERT, 2004).

Com o intuito de fomentar a formação de profissionais, para que se tornem mais bem preparados para o atendimento às necessidades de saúde da população na perspectiva da integralidade do cuidado, associa-se o ensino e a pesquisa como recurso formativo, devendo estar voltados aos interesses da concretização das políticas públicas de formação de profissionais de saúde e também as singularidades regionais. Com isso, ofertou-se a possibilidade de mestrados profissionais na área de Ensino na Saúde, com a essência de tomar a prática docente como ponto de partida para empreender mudanças no cotidiano do ensinar e aprender no âmbito dos serviços de saúde, em um movimento de ação-reflexão-ação, como um instigante caminho a ser trilhado (BRASIL, 2010)

Como se observa, há uma explícita intenção dos órgãos oficiais de promover mudanças de atitude, tanto das universidades como dos serviços do SUS, visando o desenvolvimento de recursos humanos capacitados a trabalharem em grupo e de forma interdisciplinar, bem como para promover integração entre universidades e serviço.

Como observa-se, a Educação em Saúde é um processo amplo que envolve toda a sociedade: família, escola, comunidade, gestores, profissionais de saúde, formadores de recursos humanos, promotores de políticas e de desenvolvimento e incorporação tecnológica, e que requer a participação integrada de todos.

Para identificarmos como se situam essas interações no município de Canoas/RS, decidimos elaborar o presente estudo que tem os objetivos na sequência relacionados.

2 OBJETIVOS

O assunto abordado é amplo e compreende um contexto complexo. A presente dissertação tem os seguintes objetivos:

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer como os profissionais de saúde com formação de nível superior, entendem e executam ações de educação em saúde em seus locais de trabalho.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar se na formação dos profissionais da área da saúde em algum momento foi abordado o tema Educação em Saúde;
- Conhecer as impressões dos profissionais de saúde envolvidos em atividades de educação em saúde, dentro dos territórios de abrangência das Unidades envolvidas;
- Observar quanto as questões de educação em saúde permeiam o ambiente de trabalho das equipes no município de Canoas/RS;
- Identificar o tipo de mobilização das equipes por ações vinculadas à educação permanente;

3 METODOLOGIAS

A pesquisa apresentada neste trabalho, consta como o primeiro momento de um projeto dividido em três partes, onde caracteriza-se por serem interdependentes e sequenciais. A abordagem de toda a pesquisa, nos seus três momentos, refere-se a uma pesquisa-ação num processo mediatizado pelos saberes e não-saberes dos sujeitos implicados com esta investigação. Nesta pesquisa, utilizou-se a abordagem transversal observacional.

3.1 DELINEAMENTO DE PESQUISA

No primeiro momento da pesquisa, denominado “Conhecimento e Prática dos Profissionais da Atenção Primária de Saúde acerca da Educação em Saúde do Município de Canoas/RS”, foi aplicado um instrumento de coleta (APÊNDICE A), especialmente elaborado para este fim, com os profissionais de nível superior (médicos(as), enfermeiros(as) e cirurgiões-dentistas) que atuam em todas as Unidades de Saúde do município de Canoas/RS. Estes profissionais encontram-se trabalhando nas 26 Unidades de Saúde do município, sendo que destas, 8 (oito) Unidades trabalham com o modelo “tradicional”, com atendimentos agendados previamente, sem vínculo com a comunidade; e 18 (dezoito) Unidades que trabalham no modelo de Estratégia de Saúde da Família.

O instrumento de coleta foi elaborado pela pesquisadora através de uma revisão detalhada da literatura sendo confrontada com a sua experiência empírica. O mesmo contém 11 questões fechadas, algumas de múltipla escolha, podendo assim, o profissional optar por mais de uma resposta em cada questão. Estes instrumentos foram entregues aos participantes pela própria pesquisadora, ou pelos Apoiadores Institucionais que são em um total de quatro, sendo um responsável pelas Unidades

de cada quadrante do município; ou ainda pelos Coordenadores das UBSs, responsáveis pelas questões técnico-administrativas. Para tornar possível, na estratégia de captação dos dados, foi desenvolvido um treinamento pessoal em local adequado, em tempo específico, para que estes demonstrassem conhecimento da proposta do trabalho e capacitação para desenvolvê-lo.

3.2 PARTICIPANTES

O presente estudo procurou conhecer como os profissionais de nível superior, integrantes de uma equipe básica de saúde ou de saúde da família, entendem e utilizam a educação em saúde.

O total de profissionais ao qual o instrumento foi entregue perfaz um número de 191 (cento e noventa e um), sendo estes 101 (cento e um) médicos(as), 62 (sessenta e dois) enfermeiros(as) e 28 (vinte e oito) cirurgiões-dentistas.

3.3 AMOSTRAGEM

O cálculo de tamanho amostral foi feito através do *software Winpepi*, versão 11.32. Foi realizada amostragem simples, com N populacional de 191 profissionais e n de amostra de 97 profissionais em uma proporção de 50% e nível de confiança de 95%, com um percentual de erro de 7%. Não foi realizada amostragem estratificada, por não encontrar diferenciação na literatura e também pela baixa adesão de retorno dos instrumentos de coleta.

Este estudo utilizou metodologia quantitativa, onde foram analisadas as respostas dos pesquisados em suas diferentes modalidades de atuação (odontologia, medicina e enfermagem) e confrontadas com as bibliografias e pesquisas sobre o assunto. Os dados foram analisados através do programa SPSS versão 16.

3.4 COLETA DE DADOS

Os instrumentos de coleta foram entregues em mãos pela própria pesquisadora, ou enviados através dos Apoiadores e/ou Coordenadores das Equipes/Unidades. Durante a entrega/envio foi explicado o objetivo da pesquisa e os momentos em que ela aconteceu.

Os instrumentos para coleta de dados são uma ferramenta operativa, é usado em pesquisas nas quais se investiga de modo sistemático, a opinião de dada população sobre um assunto específico, auxiliando o pesquisador no acesso a eventos ocorridos no passado, na elaboração de perfis de comportamento e de diagnósticos diversos (VASCONCELOS; GUEDES, 2012). Para Silva et al (1997) apud Vasconcelos e Guedes (2012) o instrumento de coleta seria uma forma organizada e previamente estruturada de coletar, na população pesquisada, informações adicionais e complementares sobre determinado assunto a respeito do qual já se detém certo grau de domínio.

De acordo com Mattar (1996), a aplicação de um instrumento para a coleta de dados exerce uma menor pressão para obtenção de respostas, exceto no caso da entrega e recolhimento pessoais. Observa-se nesse caso que os respondentes têm mais tempo para preencher as informações e espera-se que tendam a fazê-lo com mais qualidade informacional.

A coleta de dados teve seu início logo após a aprovação ética, com o parecer consubstanciado da Plataforma Brasil, no mês de dezembro de 2013. Optou-se por iniciar a entrega dos instrumentos para os profissionais estatutários das UBSs, já que o concurso público da Fundação Municipal da Saúde aconteceu neste mesmo mês e os profissionais cooperativados estariam encerrando suas atividades no município (ver item 4.2.2). Desta forma, conseguiu-se distribuir o material de coleta de dados para estes profissionais celetistas, novos em seus locais de trabalho, a partir do momento que assumiram suas funções, isto ocorreu no mês de abril/2014 com o encerramento em junho/2014. Neste período de dois meses de coleta de dados com os profissionais novos, muitos não responderam à pesquisa por estarem recém entrando nas equipes.

3.5 DESCRIÇÃO DOS DADOS COLETADOS

Como já referido anteriormente, foram enviados aos profissionais de nível superior das Unidades Básicas de Saúde, 191 (cento e noventa e um) instrumentos de coleta, destes, retornaram preenchidos 103 (cento e três) instrumentos.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Foram analisados os dados das onze questões fechadas, de múltipla escolha, e confrontadas com ideias de autores a respeito do tema. Destas onze questões, duas delas deram a possibilidade de o profissional descrever algo que ilustrasse suas respostas objetivas. Estas contribuições serão descritas e utilizadas em outros momentos, na continuidade desta pesquisa.

4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Cada participante do estudo, foi informado sobre todas as etapas da pesquisa através de um Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), assinando este documento de duas vias de igual teor, uma das vias ficando com ele.

O presente estudo foi autorizado pelo gestor da Secretaria de Saúde do município de Canoas/RS (APÊNDICE C), logo após enviado para análise e aprovação da Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina, posteriormente analisado e aprovado pela CEP da UFRGS e finalmente pela Plataforma Brasil, através do parecer consubstanciado número 480.142 de 05 de dezembro de 2013.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1.1 Profissão e ano de formação em Instituição de Ensino Superior

Dos 103 instrumentos de coleta recebidos, 21 (vinte e um) – 20,4% são de dentistas; 47 (quarenta e sete) – 45,6% são de enfermeiros e 35 (trinta e cinco) – 34% são de médicos.

Quanto ao ano de formação observa-se um maior número de profissionais com até 15 (quinze) anos de atividade, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Ano de formação dos profissionais

	N	%
1976 a 1986	8	7,8
1987 a 1997	16	15,4
1998 a 2008	41	39,9
2009 a 2013	38	36,9

Cada profissional da equipe deve desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, cujo produto deve ser fruto da contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento. Os integrantes das equipes devem ser capazes de conhecer e analisar o trabalho, verificando as atribuições específicas e do grupo, na unidade de saúde, no domicílio e na comunidade, como também compartilhar conhecimentos e informações (BOLZE, 2007).

Destacamos que a maioria dos profissionais a qual este estudo se refere possuem formação próximas ao período de publicação das DCNs para os cursos da área da saúde, onde ainda estavam em discussão nas Universidades ou em processo de implementação. Para Mattos (2006), a rediscussão do papel do

profissional de saúde dentro do sistema inclui a análise de como os reflexos da sua experiência, quer seja adquirida na formação, quer provenha de sua trajetória de vida, podem agregar valor ao processo de atenção à saúde.

5.1.2 Formas de contratação

Dentre os profissionais que participaram do estudo, 84 (81,6%) são contratados pela Fundação Municipal de Saúde/Cooperativa de Médicos; 12 (11,7%) são estatutários; 6 (5,8%) pertencem ao Programa Mais Médicos; e 1 (1%) é Residente de uma Universidade do município.

Ressalta-se que em 2014 ocorreu uma mudança significativa na forma de contratação dos profissionais de saúde da atenção primária do município de Canoas/RS. Anteriormente a grande maioria era contratado na modalidade de cooperativa de trabalho, o que permaneceram por volta de dez anos consecutivos. Em 2013 foi aprovada a criação da Fundação Municipal de Saúde e em dezembro aconteceu o primeiro processo seletivo para contratação dos profissionais na modalidade de celetista.

No mês de abril/2014 encerrou-se o contrato com a cooperativa e nomeou-se então, os profissionais aprovados no processo. Importante reforçar que uma cooperativa, para contratação específica de médicos, ainda permanece ativa no município.

Segundo pesquisa realizada pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, que analisou as estruturas de recursos humanos na saúde em secretarias de municípios com mais de 100 mil habitantes, evidenciou problemas de necessidade de contratação de pessoal especializado na área de gestão do trabalho, existência de contratos temporários e precários, insatisfação geral dos trabalhadores com as carreiras existentes ou ausência de Planos de Carreira adequados às realidades e baixa remuneração (BRASIL, 2007 apud ARSEGO, 2013)

Conforme Mehry e Franco (2003), todos os atores que se colocam em cena, implicados com a produção da saúde, governam certos espaços, dado o grau de liberdade que existe no agir cotidiano do trabalho em saúde. Isso pressupõe que o modelo assistencial se constitui sempre, a partir de certas contraturalidades entre

estes atores sociais e políticos, mesmo que esta pactuação se dê sob forte tensão, a forma de organização da assistência é produto dela.

O trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas, considerando-se garantias de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e de seu trabalho, tais como, plano de carreira, cargos e salários, vínculos de trabalhos com proteção social, capacitação e educação permanente dos trabalhadores, humanização do trabalho, entre outros (BRASIL, 2012).

TABELA 2 – Tempo de atuação

	Quantidade	%
menos de 6 meses	75	72,8%
6 a 12 meses	7	6,8%
1 a 5 anos	6	5,8%
mais de 5 anos	15	14,6%

Em virtude deste recente processo de mudança das formas de contratação da grande maioria dos profissionais da saúde, verificou-se no estudo, um tempo de atuação nas Unidades Básicas de Saúde bastante recente – 72,8% com menos de 6 meses na UBS, o que pode ter influenciado nas respostas de algumas questões do instrumento, pelo motivo de estarem iniciando um trabalho, reestruturando as equipes, reestabelecendo os processos de vínculo. Quando o projeto deste estudo foi elaborado, os profissionais da rede trabalhavam há bastante tempo, ideia da população-alvo, ocorrendo esta mudança durante o percurso.

Para Franco e Mehry (1996), à equipe se inscreve uma determinada população do território, articulando assim a ideia de vínculo, que tem como princípio a constituição de referências do usuário para com os profissionais que deverão se responsabilizar para o cuidado à sua clientela. Assim, Robbins (2005), trata da rotatividade de profissionais como uma permanente saída e entrada de pessoal na organização, seja ela voluntária ou involuntariamente. Essa rotatividade

normalmente implica na perda de pessoas estratégicas, gerando rupturas e prejudicando a eficiência organizacional.

Medeiros et al (2010), estudaram a rotatividade de profissionais médicos e enfermeiros das equipes da Estratégia de Saúde da Família e consideraram alto este fluxo, principalmente na área médica por conta da implantação da ESF e manteve certa estabilidade em enfermeiros, por conta da realização de concursos públicos na região pesquisada. Entre as motivações que levam estes profissionais a se afastarem dos locais de trabalho estão o vínculo precário nas contratações, dificuldades de relacionamento político entre profissional e gestor, até questões de realização profissional nas atividades desenvolvidas. Assim, os autores sugerem a necessidade de promover a desprecarização dos vínculos trabalhistas, por meio de concurso público e de um plano de cargos e salários que estimule os profissionais à qualificação para o trabalho na ESF, primando por uma formação profissional qualificada, criando espaços de educação permanente em saúde, visando diminuir o impacto da formação fragmentada centrada no modelo biomédico e a desencadear mudanças curriculares.

5.1.3 Para você, o que significa “Educação em Saúde”?

Para pensarmos em ações futuras, tanto de pesquisa, como na educação permanente nas Unidades de Saúde, entendemos que seria importante conhecer qual a ideia que os profissionais, das três áreas definidas para o estudo, têm a respeito de “educação em saúde”.

Como se observa nos resultados, do total, 48 (46,6%) acreditam que educação em saúde é transmitir conhecimentos dos processos de saúde e doença das populações.

Ainda, 47 (45,6%) entendem que devem ouvir o quanto o usuário conhece sobre o fato e a partir disto, ampliar seus conhecimentos sobre saúde.

E, na última alternativa, 77 (74,8%) acreditam na construção coletiva do conhecimento em saúde como consequência da ação de sujeitos respeitados, fortalecidos e valorizados.

Freire (2002), aponta a importância de se respeitar os saberes das populações, saberes socialmente construídos na prática comunitária e poder discutir com seus integrantes, a razão de ser de alguns desses saberes em relação com o ensino, com o conteúdo. Assim, o autor refere (p.33):

Porque não aproveitar a experiência que tem de viver em áreas da cidade descuidadas pelo poder público para discutir, por exemplo, a poluição dos riachos e dos córregos e os baixos níveis de bem-estar das populações, os lixões e os riscos que oferecem à saúde das gentes.

Para Carvalho (2009), as ações de Educação em Saúde desenvolvidas repassam-nos a ideia de que em sua maioria são pensadas na perspectiva de transmissão de um conhecimento especializado, que se detém em quem ensina, para uma população leiga, cujo saber viver é desvalorizado e/ou ignorado nesses processos de transmissão. E assim, assume-se uma perspectiva de que para “aprender”, deve-se “desaprender” grande parte do apreendido no cotidiano da vida. Considerando a problemática das abordagens e das finalidades das práticas educativas comumente desenvolvidas, é importante repensar as práticas de educação em saúde sobre a ótica da promoção da saúde, que tem como finalidade o desenvolvimento de ações que possam garantir a participação da população, considerando suas características da vida cotidiana e não apenas limitadas a reprodução de um comportamento ideal de saúde.

A mesma autora identificou que as atividades educativas desenvolvidas pelas equipes, em sua grande parte, contam com atividades verticalizadas, com temas prontos, permitindo pouca interação com a população, ficando na maioria das vezes a cargo do enfermeiro. Essa educação e saúde desenvolvida, restringe-se a orientações de caráter essencialmente curativo, baseado em um comportamento adequado, relacionado ao uso correto de medicações, ao controle de determinados agravos, esclarecimento de patologias ou ainda sobre as atividades das UBSs. Essa atitude ultrapassa todo um processo de formação dos profissionais de saúde, onde é necessário repensar, requerendo o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras capazes de estimular o indivíduo para a sua autonomia e emancipação, enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si,

de sua família e da coletividade.

O Ministério da Saúde (2010) aborda a promoção da saúde como a produção de estilos de vida diversos, que cultivem a melhoria da qualidade de vida e o aumento da autonomia. Promover saúde é construir práticas que se pautem pela humanização e pelo cuidado integral, entendendo saúde como um movimento contínuo incessante que atravessa diferentes dimensões da condição humana.

Conforme nos apresenta Paulo Freire (2002), a educação deve buscar promover a autonomia do educando, do profissional e promover democracia. Venturelli (2003) fala em não “patologizar” a vida inteira, deve-se ajudar o paciente a aprender a melhor forma de prevenção, tratar-se, conseguir sua reabilitação e mudar seu estilo de vida, uma vida independente, satisfatória e produtiva como um processo de construir saúde.

Se o indivíduo aprende a pensar criticamente, a enfrentar situações novas sem pânico e também de forma mais livre ou criativa, a confiar em si e nos outros, a descobrir e desenvolver suas potencialidades, no sentido de tornar-se mais autêntico e produtivo, ele estará mais bem preparado para enfrentar mudanças (ZIMMER, 2005).

5.1.4 Você acredita na efetividade dos trabalhos de “Educação em Saúde”?

Conhecer o que os profissionais pensam sobre determinado tema é importante, mas consideramos que o fundamental é saber o quanto eles acreditam na efetividade do trabalho. No estudo verificou-se que 100 (97,1%) acreditam na efetividade dos trabalhos de “Educação em Saúde” e que apenas 3 (2,9%) não acreditam nesta efetividade, sendo estes um dentista e dois médicos.

Para Alves (2005), educação em saúde trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas.

Silva et al. (2013), referem na estimulação de uma prática permeada por intervenções, interessadas em instigar os sujeitos a refletirem sobre seu modo de estar no mundo e de ampliarem suas possibilidades em busca da responsabilidade relacional para lidar com questões do cotidiano.

Ceccim e Mehry (2009), tratam da produção da atenção que não se esgota na prestação de práticas biomédicas ou normativo-cuidadoras, envolvendo a capacidade de acolhimento do outro, contando com a alteridade, produção de um dizer-se respeito em que a interação promove práticas de si, nascidas para cada agente em relação, produção de um ambiente-tempo comum ou, cada vez mais, comum entre dois, um momento intensamente intercessor, um encontro onde de um jeito ou de outro, dele esperam seus agentes a mesma coisa: que seja eficaz para resolver ou aplacar sofrimentos tidos como problemas de saúde.

5.1.5 Você teve contato em sua formação com atividades de educação em saúde?

Com a ideia de identificar o quanto o tema permeou os currículos dos cursos de graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde, verificou-se que 90 (87,4%) tiveram contato em sua formação com ações que consideram de educação em saúde e 13 (12,6%) não tiveram este contato – 2 (dois) dentistas, 3 (três) enfermeiros e 8 (oito) médicos.

Nesta questão, foi solicitado que cada profissional descrevesse quais atividades foram desenvolvidas na formação, as quais considera educação em saúde. Abaixo, apresentamos as ações mencionadas:

- ✓ Grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, idosos, alimentação saudável, saúde mental, tabagismo, adolescentes, prevenção aos agravos de saúde, planejamento familiar;
- ✓ Acompanhamento às famílias;
- ✓ Escolas;
- ✓ Reuniões de equipe;
- ✓ Disciplina de saúde coletiva/atenção básica;

- ✓ Consultas de enfermagem;
- ✓ Acolhimento;
- ✓ Disciplina com enfoque em gestão;
- ✓ Educação continuada;
- ✓ Oficinas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- ✓ Palestras;
- ✓ Educação permanente;
- ✓ Grupos de estudos;
- ✓ Troca de conhecimento com a equipe;
- ✓ Visitas domiciliares;
- ✓ Sala de espera;
- ✓ Conselho local de saúde;
- ✓ Discussão de casos;
- ✓ Atendimentos clínicos.

Importante observar que os profissionais identificam como atividades de educação em saúde, promovidas pelos cursos de formação, um número bastante amplo de ações, com características bem distintas, porém com um alto grau de construção de conhecimento, sendo estas ações efetivamente contempladas a educação em saúde.

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação na Área da Saúde apontam que a formação do profissional deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência e o trabalho em equipe (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos e transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estrutura-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de acolhimento e

cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Frente às políticas de formação profissional que têm (re)produzido a fragmentação dos saberes e práticas em saúde, entende-se que a interferência nos modos instituídos de produzir cuidado em saúde demanda da problematização das ações de formação e gestão vigentes. Demanda tomar os processos de trabalho, em seus impasses e desafios, como vetor fundamental na constituição dos processos de formação, uma vez que abordar as práticas de cuidado e de gestão em saúde implica compreender a multiplicidade que as constitui (NEVES; HECKERT, 2007).

As mudanças no ensino dos profissionais de saúde devem ver as necessidades sociais, prioritárias, as que até o momento não se tem resposta. A saúde deve chegar a alcançar um grau de equidade, ser eficiente e de alta qualidade. Para isso, a educação dos profissionais da saúde deve ser relevante, centrada nos problemas prioritários e entregar novas ferramentas educacionais (VENTURELLI, 2003).

Conforme observações empíricas que relatam Rossoni e Lampert (2004), dentre os professores e profissionais da área da saúde, alguns não conhecem com profundidade a estrutura e o funcionamento do nosso sistema de saúde, desta forma, é interessante a proposta de aproximação da comunidade acadêmica ao cenário do SUS desenvolvida pelo Ministério da Saúde através de ações tais como o Ver-SUS, PET-Saúde, entre outros.

As mesmas autoras referem que o Ministério da Saúde coloca entre os principais desafios da formação da área da saúde, a construção de novos modos de fazer saúde com vista à integralidade da atenção através de ações intersetoriais e com o trabalho em equipes. É quase impossível discutir separadamente os aspectos de integralidade da assistência, do trabalho humanizado e em equipe no SUS, principalmente em nível de Atenção Primária. O grande desafio da formação em saúde é amarrar cenários de práticas que possibilitem ao aluno vivências no mundo real.

Conforme observa-se em diversas produções, de diferentes autores, a educação em saúde deverá permear os ambientes de formação dos profissionais, o que, nos questionamentos aos participantes deste estudo fica claro que já está

acontecendo tal abordagem, onde estamos vivenciando um momento de mudança, de transição para o modelo centrado na construção coletiva do conhecimento e na problematização da realidade encontrada.

5.1.6 Ações consideradas trabalhos efetivos de Educação em Saúde

Quando apresentada uma lista de ações que permeiam o cotidiano de uma Unidade de Saúde, os profissionais elegeram aquelas que consideram trabalhos efetivos de Educação em Saúde.

TABELA 3 – Ações de Educação em Saúde

Ações de Educação em Saúde	Respostas
Grupos	101
Trabalho nas Escolas	96
Orientações à comunidade/usuários	92
Palestras	90
Atividades em equipes multidisciplinares	85
Reuniões de Equipe	84
Visita domiciliar	80
Acolhimento	76
Atendimentos Clínicos	61
Atendimentos nas diferentes áreas	55

Como ações de educação em saúde, dentre as que predominaram, destacam-se as atividades em grupos, os trabalhos em escolas, as orientações às comunidades/usuários, palestras. Importante observar que aparecem ações como visitas domiciliares, acolhimento e atendimentos clínicos citados por um quantitativo interessante de profissionais.

Ceccim e Mehry (2009), analisam a prática de atender nos estabelecimentos de saúde, quanto às relações que aí se estabelecem, estão marcadas pela presença de forças externas, antecedentes ao encontro, numa espécie de ausência de interação: relação fria, tecnicista, excessivamente objetiva, centrada em procedimentos, orientada pelo paradigma biologicista, onde as pessoas são

tomadas por objeto, por um diagnóstico de doença, por um histórico de queixas ou por uma situação de risco, entre outras condições que as dessingularizam/reificam.

Os mesmos autores tratam do trabalho vivo, em ato, que faz oposição aos modelos assistenciais impostos ou impositivos, pois na prática do atender, se presentificaria – resistiria – uma ordem do encontro e as condições da interação, não apenas uma ordem profissional e as condições de trabalho.

Ao pensarmos em atendimentos clínicos e atendimentos nas diferentes áreas, deverá se ter cuidado no tipo de ação, na qualidade e efetividade dos processos que dar-se-ão com o usuário e profissional, pois podemos reforçar o que foi descrito por Freire (1959), que no assistencialismo não há responsabilidade, não há decisão; só há gestos que revelam passividade e “domesticação” do homem. O assistencialismo é uma forma de ação que rouba ao homem condições à consecução de uma das condições fundamentais da alma humana – a responsabilidade.

Quando consideramos que a unidade promotora dos serviços de saúde não é um profissional isoladamente, mas a equipe, que o foco da atenção não é o indivíduo exclusivamente, mas a família e seu entorno e que as intervenções necessárias para proporcionar o cuidado em saúde devem sustentar-se no conhecimento que contemple as determinações biopsicossociais da saúde-doença e do cuidado, autonomia e responsabilização dos profissionais com os usuários, família e comunidade, a assistência passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade, bem como a multiprofissionalidade são necessárias (ROSSONI; LAMPERT, 2004).

Freire (2002), afirma que transformar a experiência educativa em puro treinamento técnico é amesquinhar o que há de fundamentalmente humano no exercício educativo: o seu caráter formador – educar é substantivamente formar.

5.1.7 Ambientes de aprendizagem nas Unidades de Saúde

Quando falamos em ambientes de aprendizagem, falamos daquele local onde existe a construção do conhecimento em saúde, onde as ações acontecem e as vivências são problematizadas.

Para os profissionais envolvidos, 88 (85,4%) consideram que existem ambientes de aprendizagem nas Unidades de Saúde conforme tabela 4.

TABELA 4 – Ambientes de Aprendizagem

	Respostas
Sala de espera/recepção	76
Consultórios	72
Sala de reuniões	64
Sala de acolhimento	63
Sala de enfermagem	60
Sala de vacinas	58
Guichê	30
Corredores	26
Refeitório/cozinha	22
Banheiros	6

Pelo que se observa, os principais ambientes considerados, onde a aprendizagem pode acontecer, são a sala de espera/recepção (73,8%), os consultórios (69,9%), seguidos de sala de reuniões (62,1%) e sala de acolhimento (61,2%). Os corredores (25,2%), o refeitório/cozinha (21,4%) e os banheiros (5,8%) são considerados por poucos profissionais, ambientes para a construção do conhecimento. Importante destacar, que um profissional relatou, que mesmo com cartazes, poderemos estar trabalhando com educação em saúde, desta forma justificou a inclusão dos corredores e banheiro em sua lista.

Silva et. al. (2013), abordam que é o momento de ressignificar o espaço-tempo da sala de espera, a partir de uma perspectiva de cuidado humanizado, efetivando e potencializando a aproximação entre a comunidade e os serviços de saúde, proporcionando a partilha de vivências e a troca de saberes e estimulando o cuidado coletivo com a saúde fora das vias cristalizadas e normativas. São espaços de encontro e de diálogo, favorecendo um novo modo de ver, de ouvir e de compreender a si mesmo e ao outro. É um espaço de afetividade, como potência criadora, como composição, como lugar de calor para relações éticas e estéticas.

Segundo entendemos, todos os espaços são ambientes de aprendizagem – pois a construção do conhecimento se dá independente do local, espaço físico, material e recursos disponíveis. O que realmente importa é a qualidade da escuta, da relação horizontalizada. Para Ceccim e Ferla (2009), o aprender e o ensinar têm a ver com o modo de fazer. Como a aprendizagem não é uma operação intelectual de acumulação de informações, mas inclui afetos e supõe atividade dos atores envolvidos, estabelece o enfrentamento de um modo já estabelecido de ver o mundo com outro que é apresentado a partir das (novas) informações.

5.1.8 Como é desenvolvido o trabalho nos ambientes de aprendizagem

Foram propostas quatro alternativas para que os profissionais identificassem nelas como é desenvolvido o trabalho nos ambientes de aprendizagem. Em um total de 80 (77,7%) dos profissionais acreditam que o trabalho deverá ser realizado através de trocas e construção coletiva do conhecimento; 67 (65%) pensam que deverá ser dada orientações simples e claras a respeito das dúvidas do usuário; 48 (46,6%) dos profissionais acreditam que o trabalho deverá ser desenvolvido através da explanação ao usuário sobre a sua doença; e 46 (44,7%) pensam que com materiais impressos sobre o assunto é uma boa forma de se trabalhar em ambientes de aprendizagem.

Como tratado no item anterior, a prática não se limita a um espaço geográfico, nem é responsabilidade isolada de um profissional; não mais se refere a uma especialidade exclusiva dotada do saber, mas é entendida como uma rede de cuidados. Assim, entende-se que é fundamental resgatar o protagonismo dos usuários do serviço, fortalecendo as ferramentas que cada grupo possui para lidar com suas problemáticas (SILVA et al., 2013).

5.1.9 Conhecimento dos profissionais sobre os trabalhos com/em grupos

No estudo, os profissionais que participaram consideram seus conhecimentos sobre o assunto:

TABELA 5 – Conhecimento dos profissionais sobre grupos

	Quantidade	%
Razoável	57	55,3
Muito	24	23,3
Pouco	21	20,4
Nenhum	1	1

Aqueles que consideram seu conhecimento sobre o assunto 'razoável' são 30 (trinta) enfermeiros, 18 (dezoito) médicos e 9 (nove) dentistas; os que consideram 'muito' são 9 (nove) enfermeiros, 9 (nove) médicos e 6 (seis) dentistas; com 'pouco' conhecimento são 8 (oito) enfermeiros, 7 (sete) médicos e 6 (seis) dentistas; e apenas 1 (um) médico considera-se com 'nenhum' conhecimento.

O trabalho com grupo é importante por se constituir em uma 'galeria de espelhos', onde cada um pode refletir e ser refletido nos e pelos outros. Um grupo coeso e bem constituído, exerce uma importantíssima função de ser um continente para as angústias e necessidades de cada um e de todos. O grupo necessita de uma coordenação para que sua integração seja mantida, onde este coordenador deverá estar equipado com uma logística e técnicas definidas, assim como recursos

táticos e estratégicos. O trabalho em grupo é percebido enquanto uma estrutura de vínculos e relações entre pessoas que canaliza em cada circunstância suas necessidades individuais e/ou interesses coletivos. Um grupo é uma estrutura social, uma realidade total, um conjunto que não pode ser reduzido à soma de seus membros. A totalidade do grupo supõe alguns vínculos entre os indivíduos, uma relação de interdependência que é a que estabelece o caráter de estrutura e fazer das pessoas (ZIMERMAN, 2000).

Este processo em que a participação e a reflexão de todos são requisitos fundamentais para a construção coletiva do conhecimento, se diferencia das metodologias tradicionais pois pressupõe relações horizontais e democráticas. Trata-se de um local de trabalho em que as pessoas refletem sobre as suas vivências, elaboram questões e procuram solução, compartilhando experiências, o que favorecerá a consecução dos objetivos propostos (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

Freire (2002), refere que uma das tarefas fundamentais deve ser sensível à leitura e à releitura do grupo, provocá-lo como estimular a generalização da nova forma de compreensão do contexto.

5.1.10 Quais profissionais têm alguma motivação em desenvolver atividades de grupos no seu local de trabalho

Sabe-se que ter conhecimento sobre o assunto é muito importante para o desenvolvimento de qualquer trabalho, porém também é necessário para qualquer atividade se desenvolva a motivação. Dos profissionais que participaram da pesquisa, 94 (91,3%) referem ter motivação para fazer atividades em grupo, porém destes 45 (43,7%) dizem não ter espaço físico para que elas sejam realizadas; 14 (13,6%) referem que a população não frequenta; 22 (21,4%) apresentam a falta de horário na agenda para desenvolver trabalhos de grupos; e 3 (2,9%) sentem a falta do apoio dos colegas para essas ações.

Para Silva et.al (2013), trabalhar em grupos possui um aspecto imprevisível que nunca se desfaz, cada grupo possui uma singularidade, é sempre um desafio. É sempre relevante respeitar cada grupo como responsável e capaz de lidar com as próprias demandas, mais do que responder às colocações geradas, é papel

fundamental dos profissionais que conduzem a atividade problematizar e cuidar para que todos possam opinar, dialogar e realizar trocas, assim a comunidade mostra suas forças, suas histórias de luta, suas potencialidades de superar a dureza do cotidiano, de vislumbrar outras possibilidades de vida e de cuidar do outro.

Para a constituição de um trabalho em grupo considera-se que a figura do coordenador, em termos simbólicos, é similar a de um guarda de trânsito em um grande cruzamento, ou seja, o coordenador ocupa, na comunicação interpessoal, um lugar para onde convergem os diálogos, sendo sua função a distribuição das falas para todos que fazem parte de um grupo, estando atento às consequências dialógicas para a sustentação do tema grupal, na busca de um significado comum para os envolvidos. Assim, o coordenador é um grande organizador de diálogos de sentido. Por isso, é importante reconhecer as habilidades pessoais de comunicação interpessoal e aperfeiçoá-las tecnicamente para o melhor exercício dessa função (MORE; RIBEIRO, 2010).

As mesmas autoras reforçam a importância do planejamento, organização e condução de um grupo, como um tripé central de referência necessário para construir um contexto que contemple tanto o aprendizado individual, através do compartilhamento de experiências na perspectiva interpessoal, como a dimensão terapêutica, no sentido da possibilidade concreta de ressignificação das relações pessoais/sociais que permitam uma melhor qualidade de vida e, por consequência, de saúde, no universo relacional das pessoas.

5.1.11 Realização de atividades em Escolas do território ou próximas à Unidade de Saúde

Dentre os profissionais, 69 (67%) realizam atividades em escolas e 34 (33%) não realizam. Importante ressaltar novamente, que a grande maioria destes trabalhadores são recém chegados aos seus locais de trabalho, conforme visto no item 4.2.2, portanto, muitas atividades irão iniciar no segundo semestre deste ano, com a nova pactuação do Programa Saúde na Escola, ampliando a cobertura para 100% das escolas públicas do município. Esta ampliação está contemplada também no Plano Municipal de Saúde, garantindo assim suas ações.

Na história da Saúde Escolar consolidou-se a ideia de que os programas e ações que dizem respeito aos alunos, incluem-se entre as responsabilidades das escolas e do professor. Hoje, muita gente questiona a falta de abertura da escola para o trabalho com as questões importantes para a sociedade, com o argumento de que a escola deveria destinar mais espaço para os temas chamados “extracurriculares”, como se currículo significasse apenas uma lista de matérias. Para que se permita a construção de algo novo, a parceria entre a Educação e a Saúde precisa ser um espaço de solidariedade no enfrentamento dos problemas e dos conflitos internos aos setores da educação e da saúde. Sem dúvida a escola é um cenário importante na vida das pessoas que nela estudam e trabalham e a saúde é a parte da experiência cotidiana de ser, aprender, viver e conviver. Se a saúde é construída na vida cotidiana, é necessariamente inerente ao dia a dia da experiência escolar. Neste sentido, a escola é um cenário importante para a promoção da saúde porque nela alunos, pais, professores e demais profissionais da educação permanecem e convivem, por isso é preciso valorizar o potencial da escola para promover a saúde no espaço físico, nas formas de organização do currículo, na convivência cotidiana. A escola tem seus méritos e responsabilidades na promoção da saúde e não se torna mais saudável a partir de uma delegação externa. Torna-se mais saudável na medida em que se transforma em uma instituição presente, relevante e integrada em um determinado território, capaz de influir nas condições de vida que geram saúde ou que aumentam a vulnerabilidade das pessoas e grupos sociais às doenças (BRASIL, 2010).

5.1.12 Trabalhos que os profissionais consideram eficientes para as ações de saúde em escolas

Os dados a seguir, referem-se as ações de saúde desenvolvidas nas escolas pelos profissionais pesquisados:

TABELA 6 – Trabalhos nas Escolas

	Quantitativo
Rodas de conversa sobre assuntos de interesse dos educandos e educadores	86
Palestras e orientações aos pais ou responsáveis	81
Capacitação de Educadores	75
Palestras abordando aspectos da doença e formas de prevenção	72
Debates	67
Grupos onde todos participem da construção de um planejamento das ações	62
Gincanas	54
Avaliações clínicas e encaminhamentos quando necessários	50
Fóruns	43

Ao questionar os profissionais pesquisados sobre os trabalhos que consideram ser relevantes de se realizar em escolas 86 (83,5%) escolhem as rodas de conversa sobre assuntos de interesse dos educandos e educadores; 81 (78,6%) acreditam que são eficientes as palestras e orientações para pais; 75 (72,8%) pensam em capacitações de educadores; 67 (65%) em debates; 62 (60,2%) marcaram que é o desenvolvimento de grupos onde todos participam da construção de um planejamento das ações; 54 (52,4%) optaram pelas gincanas como ações de educação em saúde; 50 (48,5) pensam que avaliações clínicas dos alunos com encaminhamentos quando necessário e 43 (41,7%) pensam em fórum como atividades produtivas.

Sabe-se que o PSE possui quatro componentes, com ações fechadas de avaliação clínica, promoção e prevenção em saúde, porém cabe aos profissionais de cada equipe, juntamente com os professores e equipe pedagógica das escolas, planejar como irão ser desenvolvidas essas atividades, principalmente as de promoção e prevenção em saúde, para que sejam realmente significativas, eficientes e eficazes.

Para Silva et. al. (2013), as atividades de educação em saúde, bem como as de promoção de saúde não buscam a aplicação de técnicas e métodos estabelecidos para a resolução de dificuldades e de carências da comunidade, mas

busca potencializar sujeitos e coletivos, guiados pelo objetivo de (re) ativar potências, articular vivências, aprender, ensinar, gerar reflexões, sensações e (re) significações. A prática aprende na vivência do dia a dia como constituir grupos com usuários do serviço e ainda buscar constante articulação com outros profissionais da unidade.

Os mesmos autores apresentam como proposta a troca de conhecimentos, sensações e ideias, desconstruindo uma linguagem informativa de palestras e a ideia de que somos possuidores do conhecimento ou da razão. Tem-se a intenção de abordar variados temas concernentes aos desejos e às necessidades de um grupo no instante daquela relação, por isso existem acordos para o momento posterior ao encontro ou a continuação de um assunto do encontro anterior. É possível tratar de temas como drogas, famílias, maternidade, saudade, amor, gravidez, viagens, injustiça e outros, cabendo sempre ao responsável pela atividade estabelecer as conexões e as diferenciações nas experiências relatadas, explorando e fazendo circular os saberes e as vivências antes naturalizados como verdades únicas ou intransponíveis, traçando um caminho para que então estas possam ser entendidas como modos possíveis e criativos de existir.

As fronteiras recíprocas entre ensino e cidadania se imbricam, posto que todo ensinar tem por finalidade construir uma potência que coloca um indivíduo ou coletivo em ato de cidadania e todo ato de cidadania configura uma potência ao saber. Se o que ensinamos for cidadania e se cidadania for ensino, não há um exato conteúdo a transmitir, colocamo-nos como aprendizes, esse aprender é cognitivo e afetivo, assim arma cidades e, por isso, é produtor de cidadania (CECCIM; FERLA, 2009).

5.1.13 Momentos de Educação em Saúde nas Equipes

É importante verificar o quanto e quando se trata do tema nas equipes de trabalho das Unidades de Saúde e se porventura o assunto não for abordado, o quanto estes profissionais, por sua vontade, estudam/pesquisam sobre o assunto e em qual momento.

TABELA 7 – Momentos de Educação em Saúde nas Equipes

	Quantitativo
Reunião de equipe	70
Fora do horário de trabalho	27
Ainda não trabalhamos	22
Cursos de pós-graduação	10
Intervalos dos atendimentos	10
Matriciamento	8
Não tem tempo para o tema	4
Horários de almoço	3
Interconsulta	1

De acordo com o estudo, 70 dos profissionais consideram as reuniões de equipes como momentos de educação em saúde; 27 vivenciam momentos fora do horário de trabalho; 22 ainda não desenvolvem nenhuma atividade de educação em saúde nas equipes; 10 participam nos intervalos entre os atendimentos e nos cursos de pós-graduação; 8 referem que no matriciamento estão desenvolvendo ações e apenas 1 considera as interconsultas como momentos de aprendizagem; 4 referem não ter tempo e 3 utilizam o horário de almoço para estudos e educação em saúde.

Silva et.al. (2013) referem que a promoção de saúde acontece a partir da oportunidade que os sujeitos têm de ouvir a si mesmos e aos outros e de reformular, recriar seus modos de pensar e de estar no mundo, confrontando concepções por vezes enrijecidas e adoecedoras.

Neves e Heckert (2004), afirmam que os processos de trabalho são campos de produção de saber em que não se aprende por si mesmo, mas onde estão em cena redes de saberes formulados coletivamente. Se reduzirmos o trabalho ao emprego, ao desempenho de uma tarefa formulada por outrem (cisão entre planejar e fazer, cuidar e gerir), focaliza-se somente uma das formas que o trabalho assumiu em nossa sociedade. Neste caso, gerir seria sinônimo de administrar, e trabalhar seria o correlato de executar meramente prescrições já formuladas. Porém, o trabalho é exercício da potência de criação do humano, é inventar a si e o mundo. Trabalhar é gerir e colocar à prova experiências, saberes, prescrições; é lidar com a

variabilidade e imprevisibilidade que permeia a vida, criando novas estratégias, novas normas. Ao gerir o trabalho, os sujeitos criam e recriam saberes sofisticados e necessários ao seu fazer.

Peduzzi (2001), propõe a tipologia de “equipe integração”, caracterizando-se pela articulação das ações e a integração dos agentes, fomentando a integralidade pela via de uma sofisticada rede de comunicações mediadas pela construção de um vocabulário comum. A autora trabalha com o conceito de “flexibilização” da divisão do trabalho, que seria a coexistência de ações privativas das respectivas áreas profissionais e aquelas comuns, executadas por agentes de diferentes campos de atuação. Ela enfatiza que quanto mais ênfase é dada à flexibilização, mais próximo é possível chegar da equipe integração. Essas propostas significam uma revisão profunda sobre o sentido das práticas em saúde e a forma de articulação do trabalho em equipe, ampliando a noção do cuidado além dos procedimentos restritos às configurações de cada profissão isoladamente, para um entendimento que inclui a proposta de participação coletiva e integrada.

Pensando nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Curso de Graduação na Área da Saúde, em vários itens no artigo quinto, reiteram a importância da formação superior, propiciando competências e habilidades para o trabalho em equipe multiprofissional e para atuar de forma a garantir a integralidade da assistência (ROSSONI; LAMPERT, 2004).

Matriciamento é entendido como um novo modo de produzir saúde em um processo de construção compartilhada, com uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica, em uma mudança da lógica tradicional dos sistemas de saúde – encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação, para ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes em diferentes níveis assistenciais. É a oferta de um suporte técnico especializado a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, tendo na interconsulta a sua principal ferramenta como uma prática interdisciplinar para a construção do modelo integral do cuidado, onde os saberes de áreas distintas permitem que se construa coletivamente a compreensão integral do processo, facilitando a troca de conhecimentos, sendo assim um instrumento potente de educação permanente (CHIAVERINI et al., 2011).

5.1.14 Contribuições dos profissionais

Ao final de cada instrumento de coleta, possibilitou-se a cada profissional dar a sua contribuição para o estudo, opinando com algum comentário ou descrevendo alguma informação que julgar importante e significativa para o desenvolvimento da pesquisa e posteriores intervenções. Abaixo estão descritas as principais contribuições, que na presente pesquisa não serão analisadas, mas servirão de material de apoio para o planejamento das próximas ações e posterior estudo.

- ✓ *“A secretaria tirou os horários que tínhamos para grupos (médicos), mal tempos tempo para atender a agenda, atualmente o que interessa são os números e não o nosso conhecimento. Não há incentivo para nos especializarmos em nada”.*
- ✓ *“Acredito muito na educação em saúde e acho muito importante as atividades em grupos, porém como muitas vezes nos deparamos com uma população que não frequenta, acredito que é de fundamental importância as atividades realizadas nas escolas, afinal a população já está lá reunida e fica muito mais fácil o andamento das atividades”.*
- ✓ *“Acredito que a educação em saúde insira-se na atenção básica como um modelo novo de agir, a construção de saberes e o empoderamento, tanto da equipe quanto do usuário, acontece em cada momento e se fortalece quando a equipe acredita nele, ao contrário do modelo antigo em que repassávamos conhecimentos (que ainda mantem valor e espaço)”.*
- ✓ *“Acredito que a educação em saúde seja fundamental para abranger várias pessoas (famílias) e consegue reduzir níveis de doenças sistêmicas e melhorar a qualidade de saúde bucal. Além disso é uma ferramenta simples e econômica para ser realizada pelos profissionais de saúde em seu ambiente de trabalho”.*
- ✓ *“Acredito que não existe saúde sem informação do seu público alvo. É muito importante, somente atividades clínicas, no consultório, não tem a mesma efetividade. Atividades, principalmente com crianças, possibilita uma melhora do futuro da saúde”.*

- ✓ *“Apesar da tentativa de repaginar a ESF (pactos, PNH, PMAQ, etc.) a atenção básica continua com caráter extremamente curativo, assistencialista e sensível a mudanças, conforme as necessidades político-partidárias e não conforme necessidades populacionais locais”.*
- ✓ *“Atenção em saúde está focada no quantitativo, não existindo no atual momento, espaço para grupoterapia, por mais contraditório que possa parecer”.*
- ✓ *“Devido ao alto número de pacientes nas UBS, os trabalhos em grupo, na minha opinião, é de difícil execução. Os profissionais têm dificuldades de focar em trabalhos preventivos”.*
- ✓ *“Do meu ponto de vista, tem que estar relacionado a educação de comunidade, devendo ser em pequenos grupos para se ter resposta e controle da proposta”.*
- ✓ *“Educação em saúde é muito importante para elevar o nível de conhecimento das populações e melhorar os índices de saúde, principalmente materno-infantil”.*
- ✓ *“Especificamente na UBS que atuo, observo que a equipe de saúde que aqui encontrei tem boa experiência em atividades de grupos, estando motivados nestes momentos. O apoio da gestão pública seria muito benéfico às nossas atividades, porém não deixaremos de buscar atingir metas próprias estabelecidas em grupos. Uma das ações que objetivam sistematizar nossas ações é a implantação ou reativação do Conselho Local de Saúde, que será fundamental para realizarmos várias ações coletivas em prol da saúde da nossa comunidade”.*
- ✓ *“Espero que a partir da implantação da ESF da forma como foi planejada acredito que possa haver uma melhora na situação de saúde da população e que haja estas equipes em zonas mais necessitadas e não em áreas que não necessitem atenção. E que haja vontade política e pessoal comprometido com a política da ESF”.*

- ✓ *“Estou chegando na Unidade (20 dias), ainda estou me inteirando dos fluxos e rotinas, tentando organizar a UBS. Percebo que a saúde de Canoas está em construção, lenta e que há pouca sintonia entre a equipe médica, enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os trabalhos estão pouco interligados. Por isso, antes de iniciarmos os trabalhos em grupos, precisamos organizar várias coisas internas e levantamento de dados”.*
- ✓ *“Infelizmente existe sobrecarga de trabalho, o que faz com que nós médicos, tenhamos que dar atenção às demandas dos pacientes com consultas agendadas e alguns pronto-atendimentos na Unidade. Mesmo assim procuro utilizar os horários de reuniões de equipe para discutirmos situações clínicas que se apresentam, esclarecendo em conjunto as estratégias terapêuticas”.*
- ✓ *“No meu entender o uso de equipes para educação em saúde é para áreas pequenas, de fácil controle e acompanhamento, áreas carentes onde a saúde ainda não chegou, onde planos sanitários e urbanos não foi atendido. Não se pode fazer isto em uma cidade inteira – tem alto custo”.*
- ✓ *“No meu local de trabalho anterior, em Porto Alegre, existia momentos de educação em saúde. Aqui somos servidores novos, estamos construindo estes espaços”.*
- ✓ *“O que ocorre é a não adesão de alguns pacientes/usuários”.*
- ✓ *“Precisamos tempo dedicado a essas atividades dentro da Unidade. Praticamente temos muito tempo só em consultas médicas”.*

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos objetivos e metodologias que conduziram o presente estudo, podemos concluir que este trabalho não se esgota, e que os outros dois momentos, aos quais foram planejados concomitantes com este que foi desenvolvido, fazem-se muito necessários para que seja construída uma análise do processo e posterior problematização das intervenções dos profissionais envolvidos.

Nota-se que estes profissionais, em sua maioria, contam com mais de 10 anos de formação na área da saúde e que relatam terem vivenciados momentos de Educação em Saúde em sua formação. Este dado traz a uma reflexão de que parte do que é preconizado e sugerido nas DCNs está acontecendo nas instituições de ensino superior. Fica de sugestão para próximos estudos a avaliação da forma como isto está se dando, qual a qualidade e o reflexo de sua eficácia junto aos usuários do sistema de saúde. Cabe ressaltar, de que a grande maioria dos profissionais pesquisados acredita na efetividade dos trabalhos de educação em saúde, sendo esta crença a motivadora de mudanças nos processos, tornando-os horizontalizados com foco na construção coletiva e escuta de saberes.

Fica clara outra necessidade, que é a de investigar como são realizados os trabalhos nas unidades de saúde, como são elaborados, planejados, construídos e executados. Se toda a forma de construção se dá de maneira participativa, onde todos os atores, sejam profissionais ou usuários, se mantêm ativos no processo, onde a promoção e a prevenção acontecem de maneira onde seus envolvidos atuam para desenvolver o seu autocuidado, sendo ativos e objetivando a integralidade.

Conforme percebido inicialmente, do qual foi o grande motivador da construção do projeto inicial gerando esta pesquisa, ouvia-se muito a queixa de que era difícil desenvolver um trabalho de educação em saúde, de que os profissionais não tinham motivação e nem conhecimento para tal. Contudo, verificou-se

profissionais motivados e conhecedores do tema o que reforça o quanto é necessário possibilitar e fomentar que atividades de educação permanente sejam instituídas para que cada vez mais sejam qualificadas as intervenções. Assim como tratamos da valorização do saber dos usuários, acreditamos ser primordial a valorização do saber de cada profissional, rico de contribuições para o desenvolvimento das pesquisas posteriores. Temos que deixar de atuar com o centro na queixa, no não-saber, e direcionar as forças de ação para o fortalecimento dos saberes existentes, com estímulo e valorização.

No que se refere aos tipos de trabalhos de educação em saúde, grupos e atividades em escolas ainda são consideradas como as principais formas de se atuar no presente tema, porém acredita-se que deverá ter uma atenção especial nos atendimentos clínicos, onde também ocorrem ricos processos educativos que poderão levar o usuário a intervenções positivas com sua saúde, aderindo ao tratamento, por exemplo.

Durante a revisão de literatura, observou-se poucos estudos referentes aos ambientes de aprendizagem, onde podemos pensar que a construção dos conhecimentos se dão independente do espaço físico em que eles acontecem, onde a relação entre os seres envolvidos é o principal neste processo, em encontros que muitas vezes não são considerados, por não serem “oficializados” e passam por “conversas” ou “pequenas orientações” quando a sua eficácia e resolutividade acabam por ali acontecer.

E por fim, tem-se que utilizar este “acreditar” nos trabalhos em educação em saúde, aos quais os profissionais demonstraram, para desenvolver ainda mais no dia a dia. Deixar de lado o foco na doença e no assistencialismo e promover ações que não somente as reuniões de equipe, como momentos para construção de conhecimentos. Proporcionar matriciamentos e interconsultas, investir na educação permanente em saúde, são alternativas que podem viabilizar esta mudança de paradigmas e possibilitar que outras atividades sejam instituídas.

Desta forma, fica como reforço a importância de continuidade da pesquisa, nos dois momentos seguintes: *“Trocando ideias, construindo conhecimentos acerca da educação em saúde nas equipes”* e *“Propostas de trabalho de educação em saúde e os sentimentos dos envolvidos”*, como forma de fazer valer a qualidade dos

trabalhos e poder mensurar sua eficácia, diretamente com o usuário. Acreditamos ser necessária a definição de temas para que isso aconteça, como forma de delimitar os objetivos aqui propostos.

REFERÊNCIAS

AFONSO, M.L. O trabalho com grupos na saúde: um diálogo teórico. In: AFONSO, M.L. **Oficina em dinâmica de grupo na área da saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

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

BERBEL, N.A.N.; GIANNASI, M.J. **Metodologia da Problematização como Alternativa para o Desenvolvimento do Pensamento Crítico em Cursos de Educação Continuada e à Distância**. Inf., Londrina, v.3, n.2, p. 19-30, jul/dez. 1998.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do Trabalho na Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. Apud. ARSEGO, L.R. **A Valorização do Trabalhador da Saúde Pública: a agenda brasileira**. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: UFRGS, 2013.

BRASIL, Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina**. Conselho Nacional de Educação. Brasília: Seção 1, p. 38, 2001.

BRASIL, Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina**. Conselho Nacional de Educação. Brasília, 2014.

BRASIL, Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais**. Brasília: MEC/SEF, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Metodologia para o Cuidado de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília, MS, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Administrativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola**. Cadernos de Atenção Básica, n.24. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a Passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Políticas e Ações**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série Pactos pela Saúde, MS: v.9, 2009.

BRASIL, Ministério da Educação e da Saúde. **Recomendações para Elaboração de Projetos de Mestrados Profissionais em Ensino na Saúde**. Ministérios da Saúde e da Educação: Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério de Educação e da Saúde. **Saúde e Prevenção nas Escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e educação**. Ministérios da Saúde e da Educação: Brasília, 2010

BOLZE, M. G. **Distribuição Geográfica dos Vínculos Empregatícios de Médicos de Família e Comunidade no Brasil**. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

BUENO, D.; TSCHIEDEL, R. (Org.) **A Arte de Ensinar e Fazer Saúde: UFRGS no Pró-Saúde II: relatos de uma experiência**. Porto Alegre: Libretos, 2011.

CAMPOS, G.W. Co-gestão de Autonomia: o Sujeito em Questão. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2006.

CARVALHO, P.M.G. **Práticas Educativas em Saúde: ações dos enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família**. Dissertação de Mestrado: Universidade Federal do Piauí: 2009.

CAVALHEIRO, M.T.P.; GUIMARÃES, A.L. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço. **Caderno FNEPAS**. V. 1, dezembro, 2011.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação e Saúde: Ensino e Cidadania como Travessia de Fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**. v.6, p. 443-456, nov. 2008/ fev.2009.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. In: **Physis – Revista Saúde Coletiva**. V.14, n.1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, R.B.; MEHRY, E.E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. In: **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**. V. 13, supl.1, p. 531-42, 2009.

CHIAVERINI, D.H. (Org.) **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Mental, Ministério da Saúde: Brasília, 2011.

Declaração de Alma Ata – disponível em: www.saude.mt.gov.br/arquivo/2224

FREIRE, P. **Educação e Atualidade Brasileira**. Teste de concurso para a cadeira de história e filosofia da educação. Escola de Belas Artes de Pernambuco: Recife, 1959.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários para à Prática Educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

GOLDFELD, P.R.M. Uso da teoria e técnicas de dinâmica de grupo no desenvolvimento do manejo de situações de estresse em estudantes de medicina. In: MACHADO, C.L.B.; MANFROI, W.C. **Caminho do Novo e as Resistências**. Porto Alegre: Itapuy, 2011.

GRANDO, M.K.; DALL'AGNOL, C.M. Desafios do Processo Grupal em Reuniões de Equipe da Estratégia de Saúde da Família. In: **Revista Esc. Anna Nery**. 14(3), p. 504-510, jul-set, 2010.

KIRST, M. Humanização do Ensino Médico: um novo desafio. In: MANFROI, W. C.; MACHADO, C.L.B. **Caminho do Novo e as Resistências**. Porto Alegre: Itapuy, 2011.

JÚNIOR, C.C.; CASTRO, F.C.A. A Experiência Criativa. In: MACHADO, C.L.B.; MANFROI, W.C. **Prática Educativa em Medicina**. Porto Alegre: DaCasa Editora, 2005.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de Marketing: metodologia e planejamento**. São Paulo: Editora Atlas, 1996. 336 p., Volume 1, 3ª edição.

MATTOS, D. **As Novas Diretrizes Curriculares e a Integralidade em Saúde: Uma análise das possíveis contribuições da Odontologia para o trabalho em equipe**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

MEDEIROS, C.R.G.; JUNQUEIRA, A.G.W.; SCHIWINGEL, G.; CARRENO, I.; JUNGLES, L.A.P.; SALDANHA, O.M.F.L. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. V. 15, 521-1531, 2010.

MEHRY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. In: **Saúde em Debate**. Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez, 2003.

MEHRY, E.E.; FRANCO, T.B. Programa de Saúde da Família: Contradições de um Programa Destinado à Mudança de um Modelo Tecnoassistencial. In: **Saúde da Família: Uma Estratégia de Organização nos Serviços de Saúde**.

MEHRY, E. Agir em Saúde: um desafio para o público. Apud: ELIAS, C.E.L. **Educação Permanente no Cotidiano das Equipes de Saúde da Família: Possibilidades de Ensinar e Aprender**. Trabalho de Especialização: Universidade Federal de Minas Gerais, 2009. Mimeo: Brasília, 1996.

MEYER, D.; MELLO, D.F.; VALADÃO, M.M.; AYRES, J.R.C.M. "Você Aprende. A Gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 22(6): 1335-1342, jun, 2006.

MINAYO, C.; MINAYO-GÓMEZ, C. Dífceis e Possíveis Relações entre Métodos Quantitativos e Qualitativos nos Estudos de Problemas de Saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A. **O Clássico e o Novo: Tendências, Objetos e Abordagens em Ciências Sociais e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

MINAYO, C. Entrevista sobre Violência por Giovana de Paula. **Revista Conasems**, São Paulo, Ano 1, n.4, p. 07-12, março de 2004.

MORE, C.L.O.O.; RIBEIRO, C. **Trabalhando com Grupos na Estratégia de Saúde da Família**. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2010.

NEVES, C.A.B.; HECKERT, A.L.C. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2007.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). **Carta de Ottawa**: Primeira Conferência Internacional para Promoção da Saúde, 1986.

PEDROSO, S.R.S. Análise de uma Prática Educativa em Saúde. In: MANFROI, W.C.; MACHADO, C.L.B. **Prática Educativa em Medicina**. Porto Alegre: Da Casa Editora, 2005.

PEDUZZI, M. **Equipe Multiprofissional em Saúde: Conceito e Tipologia**. Revista de Saúde Pública, USP. São Paulo, 35(1): 103-9, 2001.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O Processo Grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

PEREIRA, A.L.F. As Tendências Pedagógicas e a Prática Educativa nas Ciências da Saúde. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 19(5), 1527-1534, set-out, 2003.

PORTO, G.B. **Do Corredor ao Consultório: diversidade e multifuncionalidade da consulta de enfermagem na atenção básica de Porto Alegre/RS**. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

- ROBBINS, S.P. **Comportamento Organizacional**. Prentice Hall: São Paulo, 2002.
- ROCHA, N.S. O Silêncio na Sala de Aula: Reflexões sobre o filme: “Fale com Ela”. In: MACHADO, C.L.B.; MANFROI, W.C. **Prática Educativa em Medicina**. Porto Alegre: Da Casa Editora, 2005.
- ROSSONI, E.; LAMPERT, J. Formação de Profissionais para o Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares. In: **Boletim da Saúde**. V.18, n. 1. Porto Alegre: jan/jun, 2004.
- SILVA, G.G.S.; PEREIRA, E.R.; OLIVEIRA, J.O.; KODATO, Y.M. Um momento dedicado à espera e à promoção da saúde. In: **Psicologia: Ciência e Profissão**, 33 (4), 1000 – 1013. Universidade Federal de Uberlândia, 2013.
- SILVEIRA, C.R.M.; A Prática Educativa em Movimento. In: MANFROI, W.C.; MACHADO, C.L.B. **Caminho do Novo e as Resistências**. Porto Alegre: Itapuy, 2011.
- SHAURICH, D.; CABRAL, F.B.; ALMEIDA, M.A.; **Metodologia da Problematização no Ensino em Enfermagem: uma reflexão do vivido no PROFAE/RS**. Escola Ana Néry R. Enferm. Jun, 11(2): 318-24, 2007.
- SCHWINGEL, B.; CAVEDON, N.R.; Representações Sociais dos Médicos, Enfermeiros e Cirurgiões Dentistas de Equipes de Saúde da Família sobre Educação em Saúde. In: MISOCZKY, M.C.; BORDIN, R. **Gestão Local em Saúde: Práticas e Reflexões**. Porto Alegre: Da Casa Editora, 2004.
- Vasconcelos L, Guedes LFA. E-Surveys: **Vantagens e limitações dos questionários eletrônicos via internet no contexto da pesquisa científica**. [Internet] [acesso em 2014 Jun 19]. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/Semead/10semead/sistema/resultado/trabalhosPDF/420.pdf>.
- VENTURELLI, J. Los Cambios: Campo de Curiosidade, Desafios y Creación. In: VENTURELLI, J. **Educación Médica: Nuevos Enfoques, Metas y Metodos**. Washington: Organización Panamericana de La Salud, 2003.
- ZIMMER, M. Uso de Técnicas de Dinâmica de Grupo como Recurso Didático. In: MACHADO, C.L.B.; MANFROI, W.C. **Prática Educativa em Medicina**. Porto Alegre: DaCasa Editora, 2005.
- ZIMERMAN, D. Importância e Conceituação de Grupo. In: ZIMERMAN, D. **Fundamentos Básicos das Grupoterapias**. Porto Alegre, ArtMed, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados

Este instrumento de coleta é parte integrante da Pesquisa: **Conhecimentos dos Profissionais de Saúde acerca da Educação em Saúde**. Responda conforme solicitado e entregue à pesquisadora na data agendada.

Profissão: _____

Ano de Formação: _____ Local de Formação: _____

Unidade de Saúde que atua: _____

Forma de contratação:

1. () Estatutário 2. () Cooperativa/Fundação Municipal de Saúde

3. () Outra. Qual? _____

Tempo de atuação na UBS:

1. () menos de 6 meses

2. () 6 a 12 meses

3. () 1 a 5 anos

4. () mais de 5 anos

Marque as alternativas que julgares adequada para cada questão:

1. Para você, o que significa “Educação em Saúde”?

1.1() transmitir conhecimentos dos processos de saúde e doença às populações.

1.2() ouvir o quanto o usuário conhece sobre o fato e a partir disso, ampliar seus conhecimentos sobre a saúde.

1.3() construção coletiva do conhecimento em saúde como consequência da ação de sujeitos respeitados, fortalecidos e valorizados.

2. Você acredita na efetividade dos trabalhos em Educação e Saúde?

2.1() Sim

2.2() Não

3. Na sua formação (graduação/pós-graduação) você teve contato com atividades de Educação em Saúde?

3.1() Sim

3.2() Não

Qual? _____

4. Quais das ações listadas abaixo você considera trabalhos efetivos de educação em saúde?

4.1() grupos

4.2() reuniões de equipe

4.3() atendimentos clínicos

4.4() acolhimento

4.5() visita domiciliar

- 4.6() orientações à comunidade/usuários
- 4.7() palestras
- 4.8() atividades em equipes multidisciplinares
- 4.9() atendimentos nas diferentes áreas
- 4.10 () trabalho nas escolas
- 4.11 () nenhuma das alternativas acima

5. Na sua opinião, existem ambientes de aprendizagem (para profissionais e usuários) nas Unidades de Saúde?

- 5.1() Sim
- 5.2() Não

Se sim, quais são eles?

- 5.1.1 () guichê
- 5.1.2 () sala de espera/recepção
- 5.1.3 () refeitório/cozinha
- 5.1.4 () sala de enfermagem
- 5.1.5 () sala de acolhimento
- 5.1.6 () consultórios
- 5.1.7 () corredores
- 5.1.8 () sala de reuniões
- 5.1.9 () banheiros
- 5.1.10 () sala de vacinas
- 5.1.11 () outro: _____

6. Como você acredita que seja desenvolvido o trabalho nestes ambientes de aprendizagem?

- 6.1() com explanação ao usuário sobre a sua doença
- 6.2() com trocas e construção coletiva do conhecimento
- 6.3() com orientações simples e claras a respeito das dúvidas dos usuários
- 6.4() com materiais impressos sobre o assunto
- 6.5() outro: _____

7. Tens algum conhecimento sobre trabalhos com/em grupos?

- 7.1() muito
- 7.2() razoável
- 7.3() pouco
- 7.4() nenhum

8. Tens alguma motivação em desenvolver atividades em grupos no seu lugar de trabalho?

- 8.1() Sim
- 8.1.1 () sim, mas não dispomos de espaço físico
- 8.1.2 () sim, mas a população não frequenta
- 8.1.3 () sim, já realizo
- 8.1.4 () sim, mas existe falta de horários disponíveis na agenda
- 8.1.5 () sim, mas não tenho formação para tal
- 8.1.6 () sim, mas sinto falta do apoio dos colegas
- 8.1.7 () sim, mas sinto falta do apoio da gestão

8.2() não

9. Você já realizou algum tipo de trabalho nas Escolas do território ou próximas de sua Unidade de Saúde?

9.1() sim

9.2() não

10. Que tipo de trabalho você considera eficiente e eficaz para as ações de saúde nas escolas?

10.1 () palestras abordando aspectos da doença e formas de prevenção

10.2 () rodas de conversa sobre assuntos de interesse dos educandos e educadores

10.3 () debates

10.4 () fóruns

10.5 () capacitação de educadores

10.6 () palestras e orientações aos pais ou responsáveis

10.7 () avaliações clínicas e encaminhamentos quando necessário

10.8 () grupos onde todos participem da construção de um planejamento das ações

10.9 () gincanas

10.10 () outro: _____

11. Existe algum momento em que se trabalha a temática Educação em Saúde na Equipe?

11.1 () Sim

Se sim, que momento é este:

11.1.1 () reunião de equipe

11.1.2 () matriciamento

11.1.3 () interconsulta

11.1.4 () outro: _____

11.2 () Não

Se não, você sozinho realiza momentos de estudo?

11.2.1 () sim, fora do horário de trabalho

11.2.2 () sim, estou cursando pós-graduação

11.2.3 () sim, nos intervalos dos atendimentos

11.2.4 () sim, nos horários de almoço

11.2.5 () sim, outro: _____

11.2.6 () não tenho tempo

- Sinta-se à vontade para fornecer alguma informação ou fazer algum comentário:

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, em uma pesquisa cujo título **Conhecimentos dos Profissionais de Saúde acerca da Educação em Saúde**. Essa investigação tem o objetivo de identificar como se desenvolve o trabalho de Educação em Saúde nas Unidades Básicas, que tenham a presença ou não de equipes de Estratégia de Saúde da Família.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine o final deste documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar da pesquisa basta preencher os seus dados e assinar este Termo de Consentimento. O instrumento de coleta de dados, com onze questões fechadas de múltipla escolha, poderá ser preenchido no tempo que tiver disponível e em local que desejar e que for mais conveniente, tendo como prazo de sete dias para devolução aos pesquisadores. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa.

O seu nome permanecerá em anonimato e as informações coletadas serão utilizadas para uso da pesquisa e suas decorrências. Você deverá retirar-se do estudo a qualquer momento. Os benefícios a todos os participantes da pesquisa serão os dados resultantes, aos quais será possível repensar a prática, problematizar as ações cotidianas, instrumentalizar a promoção e prevenção à saúde.

Toda e qualquer participação em pesquisa acarreta risco ao participante, mesmo que desconhecidos e que para proteger sua identificação, os dados originais da pesquisa serão utilizados somente pelos dois pesquisadores envolvidos no estudo, sempre garantindo privacidade e anonimato.

Desde já agradecemos a sua colaboração e colocamos-nos à disposição para qualquer esclarecimento.

Telefones para contato:

Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS: 51 3308.3738

Pesquisador Responsável: Dr. Waldomiro Carlos Manfroi – 51 9982.0786

Estudante da Pós-Graduação: Robianca Munaretti – 51 8129.0450

Nome do profissional voluntário: _____

Local de Trabalho: _____

Data: ____/____/2014.

Nome e assinatura do profissional voluntário

Nome e assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE C – Autorização do Gestor



SECRETARIA DA SAÚDE

CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Eu, _____, abaixo assinado, Secretário de Saúde do município de Canoas/RS, autorizo a realização do estudo “Conhecimentos dos Profissionais de Saúde acerca da Educação em Saúde”, a ser conduzido pela pesquisadora Robianca Munaretti e orientada pelo Prof. Dr. Waldomiro Carlos Manfroi. Fui informado pelos mesmos sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa. Com isso será garantido o anonimato de todos os envolvidos.

Canoas, ____ de _____ de ____.

Assinatura e carimbo