



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CÉLIA MARIA GOMES LABEGALINI

**A EVOLUÇÃO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE:
UM CAMINHO PARA SUPERAÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS**

**MARINGÁ
2015**

CÉLIA MARIA GOMES LABEGALINI

**A EVOLUÇÃO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE:
UM CAMINHO PARA SUPERAÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Área de concentração: Gestão do cuidado em saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera.

**MARINGÁ
2015**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá, PR, Brasil)

610.73 Labegalini, Celia Maria Gomes
L116e A evolução das práticas educativas em saúde: um
caminho para superação de saberes e práticas / Celia
Maria Gomes Labegalini. - - Maringá, 2015.
162 f. : il., tabs., figs., quadros.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Vanessa Denardi
Antoniassi Baldissera.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual
de Maringá, Centro de Ciências da Saúde,
Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, 2015.

1. Educação continuada - Enfermagem. 2. Educação
em saúde. 3. Serviços de saúde. 4. Enfermagem. I.
Baldissera, Vanessa Denardi Antoniassi, orient. II.
Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências
da Saúde. Departamento de Enfermagem. Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 22. ed.610.736

MGC-001841

CÉLIA MARIA GOMES LABEGALINI

**A EVOLUÇÃO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE: UM CAMINHO
PARA SUPERAÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS**

Aprovado em: 1º de Dezembro de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera (Orientadora)
Universidade Estadual de Maringá

Prof^a. Dr^a. Vera Maria Saboia (Titular)
Universidade Federal Fluminense

Prof^a. Dr^a. Ieda Harumi Higarashi (Titular)
Universidade Estadual de Maringá

Prof^a. Dr^a. Maria Dalva de Barros Carvalho (Suplente)
Universidade Estadual de Maringá

Prof^a. Dr^a. Laura Misue Matsuda (Suplente)
Universidade Estadual de Maringá

Dedico esse trabalho a todos os enfermeiros, sejam eles: docentes, pesquisadores, assistenciais ou gestores, que se engajam na construção de um serviço de saúde público cada vez mais humano e de qualidade.

AGRADECIMENTOS

"Ninguém cruza nosso caminho por acaso e nós não entramos na vida de alguém sem nenhuma razão"
Chico Xavier

A Deus, pela vida e família maravilhosas, pela saúde e por me permitir sempre ter novas possibilidades, experiências e olhares.

Aos meus amados pais Carlos e Cyrene e irmão Ícaro, e a toda a minha família, em especial meus avós paternos Mercedes e Alberto [in memoriam], e maternos, Célia [in memoriam], Maria e Ezequiel, pelo cuidado e apoio de sempre.

À minha querida orientadora professora Vanessa D. A. Baldissera, fundamental na construção desse trabalho e na minha formação profissional e pessoal, obrigada pelas marcas que você deixou em minha vida e por todas as oportunidades que me propiciou.

À minha banca avaliadora, composta pela doce e competente professora Ieda Harumi Higarashi e pela amável e abalizada professora Vera Maria Saboia, e as solícitas professoras suplentes Laura Mitsue Matsuda e Maria Dalva de Barros Carvalho. Suas contribuições enriqueceram meu trabalho e me ajudaram a ter certeza que estava no caminho correto, obrigada.

Ao meu querido Washington, pela amizade, companheirismo e carinho.

Aos meus amigos adquiridos ao longo da vida, que não os cito pelo receio de esquecer algum, obrigada pela parceria de sempre. E aos amigos do mestrado, em especial Roberta e Michele, e minhas irmãs científicas: Clície, Marina e Tereza, obrigada por fazer desse momento das nossas vidas mais fácil, leve e divertido. Sempre é muito bom tê-los comigo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, e aos professores: se não fossem os esforços e dedicação de cada um de vocês, muitos de nós nunca teríamos nossos sonhos realizados. Obrigada por tentarem construir um programa e uma enfermagem cada vez melhor. E a nossa secretária Cristiane de Azevedo Druciak, pela dedicação, ajuda e solicitude.

Aos alunos e profissionais da Universidade Aberta a Terceira Idade da Universidade Estadual de Maringá, por enriquecerem minha vida.

A todos dos grupos de pesquisa Núcleo de Ensino Avançado e Pesquisas sobre Envelhecimento e Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Práticas

Educativas em Saúde pelo aprendizado constante no desenvolvimento de milhares de atividades.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela bolsa de incentivo à pesquisa durante a realização deste mestrado.

Ao Escritório de Cooperação Internacional da Universidade Estadual de Maringá, pela bolsa de mobilidade para a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra-Portugal.

À Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, através da Assessoria de Formação e Capacitação dos Trabalhadores da Saúde, representado pela Lourdes Tomé, muitíssimo obrigada pelo apoio e parceria, e aos gestores participantes do estudo, agradeço a disponibilidade, sem vocês esse trabalho não seria concretizado.

“Não há realidade histórica – mais outra obviedade – que não seja humana. Não há história sem homens, como não há uma história para os homens, mas uma história de homens que, feita por eles, também os faz, como disse Marx.”

Paulo Freire (Pedagogia do Oprimido, p.75)



LABEGALINI, C.M.G. **A evolução das práticas educativas em saúde: um caminho para superação de saberes e práticas.** 162 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera. Maringá, 2015.

RESUMO

Educação e saúde se tratam de práticas sociais intimamente relacionadas. No Brasil, a educação no âmbito da saúde, insere-se como conquista constitucional, por meio da Constituição de 1988, na qual expressa as atribuições do setor saúde na educação dos profissionais, intitulada de educação na saúde, e da comunidade, nomeada de educação em saúde como diretrizes do Sistema Único de Saúde. A fim de intensificar a inserção e efetivação da educação, várias políticas, programas e ações em saúde foram sendo implementadas, tornando a educação no âmbito da saúde uma constante construção. Nesse sentido, delinear o perfil histórico das práticas educativas de um município polo de uma região, como é o caso do lócus desse trabalho, fez-se relevante em função do contingente populacional expressivo envolvido e a possível influência na macrorregião. Além disso, as ações de educação e saúde impactam no trabalho em saúde e repercutem na atenção à saúde. Sua efetividade, entretanto, depende de como ela é concebida e construída pelo município. Dessa forma, objetivou-se analisar a evolução histórica das práticas educativas em saúde desenvolvidas em um município localizado no noroeste do estado do Paraná-Brasil, no período de 2006 a 2015. Tratou-se de pesquisa social aplicada, de caráter qualitativo, descritivo e exploratório, desenvolvida em um município polo de saúde localizado a noroeste do estado do Paraná-Brasil. A coleta e análise dos dados se deram por duas técnicas: pesquisa documental, com 47 documentos da gestão municipal; e entrevistas, com os 16 gestores municipais de saúde. Os dados foram debatidos à luz das premissas de Freire e Gramsci, materialistas históricos contemporâneos, no que se refere à hegemonia, contra-hegemonia, libertação, dialogicidade e problematização na educação em saúde e na educação na saúde. A pesquisa foi realizada seguindo todos os preceitos éticos vigentes, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, possui parecer favorável do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Número: 897.950/2014 - CAAE: 38820914.4.0000.0104) e do órgão competente da Secretaria Municipal de Saúde e os participantes manifestaram o aceite por meio do termo de consentimento livre e esclarecido. A análise dos dados evidenciou o desenvolvimento de práticas educativas hegemônicas, seguindo as características da educação bancária, seja com os profissionais – educação na saúde - como com a população – educação em saúde. Contudo, movimentos estimulados por políticas, programas e ações em saúde, desenvolvidos pela União e pelo Estado, estão inserindo contra-hegemonicamente a dialogicidade, a problematização e a libertação nas práticas educativas. Conclui-se que o município encontra-se em um momento tímido de transição de modelos educativos, mais focado nas ações de planejamento do que propriamente na construção de práticas educativas em saúde.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Educação Continuada; Gestão em Saúde; História.

LABEGALINI, C.M.G. **The evolution of educational practices in health: towards overcoming knowledge and practices.** 162 sheets. Dissertation (Mastership in Nursing) – State University of Maringá. Supervisor: Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera. Maringá, 2015.

ABSTRACT

Education and health are social practices. In Brazil, education and health are a constitutional achievement, inserted in the 1988 Constitution, which expresses the health sector allocations in the education of professionals and in the education of the community, following the National Health System guidelines, in order to enhance the integration and effectiveness of education, various policies, programs and health actions have been assembled, making education and health a constant construction. In this regard, outline the historical profile of educational practices a pole city of a region, such as the focus of this work, it was significant due to the significant population group involved and the possible influence on the macro-region. Also, the education and health actions impact on health work and resonate in health care. Their effectiveness; however, depends on how it is designed and built by the municipality. Thus, this study aimed to analyzing the historical evolution of educational practices in health developed in a municipality located in the northwest of the State of Parana, Brazil, from 2006 to 2015. There was applied social research, of a qualitative, descriptive and exploratory character, developed in a health pole city located northwest of the State of Parana. The collection and analysis of data is given by two techniques: documentary research, with 47 documents of municipal management; and interviews with 16 local health managers. The data were discussed in the light of the premises of Freire and Gramsci, contemporary historical-materialists, with regard to the hegemony, counter-hegemony, liberation, dialog and questioning skills on health and health education. The research was conducted following all applicable ethical rules, according to Resolution 466/2012 of the National Health Council thus it has favorable opinion of the Standing Committee on Ethics in Research Involving Human Beings of the State University of Maringa (Number: 897 950 / 2014 - CAAE: 38820914.4.0000.0104) and the competent body of the Municipal Health Secretariat, the participants expressed accepted through free and informed consent. Data analysis revealed the development of hegemonic educational practices, following the characteristics of banking education, either with professionals – to be skilled on health - as with the population - health education. However, movements stimulated by policies, health and actions programs developed by the Union and the State are inserting counter-hegemonic dialogicity, the questioning and the release in educational practices. We conclude that the municipality is in a shy moment of transition of educational models, most focused on planning actions than properly on the construction of health educational practices.

Keywords: Health Education; Continuous Education; Health Management; History.

LABEGALINI, C.M.G. **El desarrollo de las prácticas educativas en salud:** una forma de superar los conocimientos y prácticas. 162 f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Universidad Estadual de Maringá. Líder: Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera. Maringá, 2015.

RESUMEN

La educación y la salud son prácticas sociales estrechamente relacionadas. En Brasil, la educación en salud, es un logro constitucional, inserta en la Constitución de 1988, que expresa las asignaciones del sector de salud en la formación de profesionales y en la educación en salud y la comunidad, siguiendo los lineamientos del Sistema Nacional de Salud. Con el fin de mejorar la integración y la eficacia de la educación, las diversas políticas, programas y acciones de salud se han reunido, por lo que la educación y salud es una construcción constante. En este sentido, delinear el perfil histórico de las prácticas educativas desarrolladas en una ciudad polo de una región, tales como el lugar de este trabajo, fue significativo debido al grupo de población involucrado y la posible influencia en la macro-región. Además, las acciones de la educación y la salud impactan en el trabajo en la salud e en la atención a la salud. Su eficacia, sin embargo, depende de la forma en que está diseñado y construido por el municipio. Así, este estudio tuvo como objetivo analizar la evolución histórica de las prácticas educativas en salud desarrolladas en un municipio situado en el noroeste del estado de Paraná, Brasil, de 2006 a 2015. Esta es una investigación social aplicada, cualitativa, descriptiva y exploratoria, desarrollada en un municipio polo de la salud, situado al noroeste del Estado de Paraná, Brasil. La recopilación y análisis de datos viene dada por dos técnicas: la investigación documental, con 47 documentos de la gestión municipal; y entrevistas con 16 gerentes de salud locales. Los datos fueron discutidos a la luz de los supuestos de Freire y Gramsci, materialistas-históricos contemporáneos, con respecto a la hegemonía, contra-hegemonía, de liberación, de diálogo y cuestionamiento en el preparo en educación para la salud y la educación en salud. La encuesta se llevó a cabo siguiendo todas las normas éticas aplicables, según Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud; así un dictamen favorable de la Comisión Permanente de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Universidad Estatal de Maringá (Número: 897 950 / 2014 - CAAE: 38820914.4.0000.0104) y el órgano competente de la Secretaría Municipal de Salud, los participantes expresaron aceptar con el consentimiento libre e informado. El análisis de los datos reveló el desarrollo de prácticas educativas hegemónicas, siguiendo las características de la educación bancaria, ya sea con los profesionales – conocimientos para la educación en salud - como con la población - educación para la salud. Sin embargo, los movimientos estimulados por las políticas, programas y acciones de salud desarrollados por el sindicato y el Estado están insertando contra-hegemónicamente la dialogicidad, el cuestionamiento y la liberación en las prácticas educativas. Llegamos a la conclusión de que el municipio se encuentra en un momento de transición tímido de los modelos educativos, más centrados en la gestión en salud.

Palavras clave: Educación en Salud; Educación Continua; Gestión en Salud; Historia.

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação se desenvolveu pautada à luz do materialismo histórico contemporâneo, segundo Freire e Gramsci. Teve como objetivo analisar a evolução histórica das práticas educativas em um município localizado no noroeste do estado do Paraná-Brasil, no período de 2006 a 2015.

Dessa forma, utilizou duas técnicas para a coleta e análise dos dados: pesquisa documental, com 47 documentos da gestão municipal; e entrevistas, com os 16 gestores municipais de saúde.

A dissertação está estruturada nos seguintes tópicos: “Trajetória Pessoal e Acadêmica”, “Introdução”, “Referencial Teórico”, “Percurso Metodológico”, “Resultados e Discussão”, “Considerações Finais”, “Implicações do estudo para o ensino, a pesquisa e a prática da enfermagem”, Referências”, “Apêndices” e “Anexos”.

Os resultados são apresentados na forma de quatro manuscritos, elaborados seguindo as normas das revistas científicas, a saber:

Manuscrito 1: “Hegemonia, Contra-Hegemonia e Libertação nas Práticas Educativas em Saúde”, que retrata as tendências pedagógicas utilizadas para organizar as práticas educativas.

Manuscrito 2: “A educação na saúde: percurso de um caminho em construção”, o qual apresenta a evolução histórica das práticas educativas na saúde.

Manuscrito 3: “Educação em saúde: caminhos na construção de suas práticas”, apresenta a evolução histórica das práticas de educação em saúde.

Manuscrito 4: “Práticas educativas marcadas pela história da construção do Sistema Único de Saúde”, que retrata as políticas e programas que influenciaram o desenvolvimento das práticas educativas desenvolvidas no âmbito da saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APSUS	Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PAN	Programação Anual de Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Gestão
RCE	Relatório de Cursos e Eventos
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Passos metodológicos da pesquisa documental. Maringá-PR-BR, 2015.....	36
Figura 2	Análise, seleção e descarte dos documentos disponíveis no Sistema Gestor. Maringá-PR-BR, 2015.....	37
Figura 3	Método de cadeias com os gestores municipais envolvidos no processo de educação e saúde. Maringá-PR-BR, 2014-2015.....	52
Figura 4	Políticas, programas e ações em saúde que influenciaram as práticas educativas desenvolvidas em um município do noroeste do Estado do Paraná-BR, 2015.....	123
Quadro 1	Classificação das fontes documentais de acordo com a tipologia, periodicidade e quantidade analisada. Maringá-PR-BR, 2015.....	35
Quadro 2	Fontes documentais e quantidade analisada pela leitura seletiva. Maringá-PR-BR, 2015.....	39
Quadro 3	Características da educação na saúde segundo as categorias de Análise. Município do Município do noroeste do Estado do Paraná-Brasil, 2015.....	82

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA DO ESTUDO	15
2 INTRODUÇÃO	18
2.1 JUSTIFICATIVA	22
2.2 OBJETIVO	23
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
4 PERCURSO METODOLÓGICO	29
4.1 TIPO DE PESQUISA	29
4.2 LOCAL DE ESTUDO	30
4.3 RECORTE TEMPORAL.....	31
4.4 FONTE DE DADOS	32
4.4.1 Documentais	32
4.4.2 Coleta e análise de dados documentais.....	34
4.4.2.1 Localização e identificação.....	35
4.4.2.2 Leitura e pré-análise do material	36
4.4.2.2.1 <i>Leitura exploratória</i>	36
4.4.2.2.2 <i>Leitura seletiva</i>	37
4.4.2.2.3 <i>Leitura analítica</i>	38
4.4.2.2.4 <i>Leitura interpretativa</i>	38
4.4.2.3 Identificação e organização dos documentos	40
4.4.2.4 Análise do material	41
4.4.2.4.1 <i>Levantamento da Unidade de Análise</i>	42
4.4.2.4.2 <i>Caracterização da maneira de analisar o material</i>	42
4.4.2.4.3 <i>Categorias de análise</i>	43
4.4.2.4.3.1 Categorias iniciais	43
4.4.2.4.3.2 Categorias parciais.....	43
4.4.2.4.3.3 Categorias finais.....	44
4.5 PARTICIPANTES DO ESTUDO	44
4.5.1 Entrevistados.....	44
4.5.2 Coleta e análise de dados.....	44
4.5.2.1 Coleta dos dados	44

4.5.2.2 Análise dos dados das entrevistas	47
4.6 CONSTITUIÇÃO FINAL DAS CATEGORIAS	49
4.7 ASPECTOS ÉTICOS ENVOLVIDOS NO ESTUDO	49
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS FONTES DOS DADOS	50
5.1.1 Caracterização dos documentos	50
5.1.2 Caracterização dos entrevistados	54
5.2 MANUSCRITO 1.....	55
HEGEMONIA, CONTRA-HEGEMONIA E LIBERTAÇÃO NAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE	55
5.3 MANUSCRITO 2.....	76
A EDUCAÇÃO NA SAÚDE: PERCURSO DE UM CAMINHO EM CONSTRUÇÃO	76
5.4 MANUSCRITO 3	97
EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CAMINHOS NA CONSTRUÇÃO DE SUAS PRÁTICAS	97
5.5 MANUSCRITO 4.....	117
PRÁTICAS EDUCATIVAS MARCADAS PELA HISTÓRIA DA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	117
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
7 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM	137
REFERÊNCIAS.....	139
APÊNDICES	149
ANEXOS	163

1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA DO ESTUDO

Meu nome foi escolhido em homenagem as minhas duas avós maternas. Talvez, por isso, minha família seja meu porto seguro e companhia que mais gosto de vivenciar.

Estudei praticamente toda minha vida em uma escola pública estadual (apenas 3 anos em uma escola particular) de pequeno porte em um município de aproximadamente 5.000 mil habitantes, onde minha mãe, duas tias e avó lecionam. Acredito que o porte da escola e o envolvimento de minha família tornaram o ambiente escolar familiar e acolhedor; assim, sempre foi muito prazeroso estudar. Envolvi-me em projetos e gincanas escolares; porém, sem nenhum envolvimento científico formal. Ao terminar o ensino médio, sabia que poderia fazer uma graduação, contudo não tinha certeza do que fazer e a escolha da enfermagem deu-se de forma imprevista.

Iniciei a graduação em Enfermagem em 2010, no Centro Universitário de Maringá, e foi nessa instituição que tive meu primeiro contato com a pesquisa, através do programa de iniciação científica. Antes disso, já tinha uma experiência um tanto quanto negativa com a disciplina de Metodologia de Pesquisa, quando me vi diante da necessidade imposta pela disciplina de construir um temido projeto de pesquisa. Cumpre destacar o quanto me senti despreparada e ansiosa para tal feito.

Como a ansiedade nos move, me dediquei à leitura de livros e artigos e normas nessa temática. Foi nessa época que conheci os oportunos tutoriais disponíveis na *internet*, aprendi a utilizar o editor de texto *Microsoft Word*® e, após algumas orientações, me senti realizada, pois consegui vencer o desafio e elaborar o primeiro projeto de pesquisa. Nesse contexto, senti que uma ‘sementinha’ brotava em mim, um encanto sobre a pesquisa surgia, mas este só se concretizou no ano seguinte, quando tantas outras sementinhas surgiam.

No segundo ano da graduação tivemos uma disciplina denominada ‘Educação e Enfermagem’, com a professora que hoje tenho a felicidade de ter como minha orientadora no mestrado. Lembro-me que um dia, no final da aula, disse a ela que gostaria de fazer um projeto sobre sexualidade na adolescência.

Ela pediu que eu formalizasse, por meio de uma sistemática escrita, o que eu pensava em pesquisar. Fiquei realizada, já que entendi o aceite em me orientar. Rapidamente organizei minhas ideias juntamente com uma amiga que cursava pedagogia. Enviamos o projeto para a Diretoria de Pesquisa e o projeto foi aprovado no Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica (PIBIC), classificado em primeiro lugar em relevância social e científica, entre tantos projetos da área da saúde; foi uma alegria enorme!

Apesar de ser um projeto voltado à Promoção da Saúde, versava sobre educação dialógica e emancipatória – sem muito compreender sua complexidade, já que foram direcionamentos da orientadora. Desenvolvi o projeto, com outra orientadora - que felizmente esteve comigo nos projetos subsequentes e no meu Trabalho de Conclusão de Curso. Ela também desconhecia essa perspectiva de educação e saúde e, juntas, passamos a lançar novos olhares. Acredito que esse processo me aproximou ainda mais da educação dialógica de Freire, pois estava associada à minha realidade de pesquisa prática; logo me identifiquei com as ideias freireanas e sei o quanto ainda tenho a aprender. O que mais me encanta nas palavras de Freire é a leveza e simplicidade com que a educação é retratada e a preocupação e carinho em relação às pessoas.

Desde essa primeira experiência exitosa com a pesquisa voltada para a educação e saúde, concluí outras 5 durante a graduação e posso afirmar minha realização ao pesquisar, cuidar e aprender-ensinar.

Ingressar no mestrado foi a realização de um sonho que me propicia inúmeros momentos de aprendizado, de ação-reflexão-ação. Contrariando o pensamento acadêmico de muitos, a pós-graduação é para mim um momento de felicidade, de encontro com o novo, de crescimento e amadurecimento pessoal-acadêmico.

Tive a oportunidade de realizar diversas disciplinas no meu programa de pós-graduação e algumas na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, nas quais conheci professores, pessoas e principalmente novos olhares sobre a enfermagem e sobre a pesquisa, foram momentos de grande aprendizado e construção de conhecimento.

Também as atividades realizadas no grupo de pesquisa foram enriquecedoras para o meu desenvolvimento acadêmico e inserção efetiva no ensino, pesquisa e extensão.

O mestrado propiciou uma oportunidade única de realizar uma mobilidade para a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em Portugal, no período de 40 dias; conheci diversos pesquisadores dos países de língua portuguesa envolvidos na pesquisa-ação e na pesquisa participante. Foram dias de muito aprendizado e encantamento, pelos novos saberes e pelo velho continente.

A escolha desse tema de projeto foi também um encontro, pois em um momento de indecisão encontramos um capítulo de um livro que me interessou e inspirou para a delimitação temática que escolhemos, pois estava certa de que não queria deixar a área da educação e, ao mesmo tempo, me agradava a possibilidade de aprofundar na gestão do cuidado. Centramos nossa pesquisa no resgate histórico das práticas educativas desenvolvidas em um município localizado no noroeste do estado do Paraná-Brasil. Definir essa temática, escrever o projeto com toda a criticidade e aparato científico exigente está sendo um desafio prazeroso.

A 'sementinha' plantada no começo do meu percurso acadêmico, retratado nos primeiros parágrafos desse texto, cresceu e floresceu. Estou certa que existem muitas outras: umas crescendo, outras sendo plantadas... E é assim a vida e o aprendizado, para mim, uma constante construção e renovação.



2 INTRODUÇÃO

O objeto do estudo é as práticas educativas em saúde desenvolvidas em um município localizado no noroeste do estado do Paraná-Brasil, desde 2006, na percepção dos gestores envolvidos e a partir de documentos oficiais do município.

A educação e a saúde constituem-se em saberes e práticas distintos que, em diversos momentos e contextos (STOTZ, 2007), articulam-se retratando a íntima relação com seus conceitos ancorados em referenciais teóricos, que são historicamente construídos (SILVA et al, 2010).

Aplica-se nas práticas de saúde, tanto nas ações educativas destinadas à população, denominadas de educação em saúde, quanto naquelas voltadas para os trabalhadores de saúde, intituladas de educação na saúde (FALKENBERG et al, 2014). Assim, denomina-se de práticas educativas em saúde, toda a atividade desenvolvida em conjunto com grupos sociais, derivados de conhecimentos que compõem as áreas interdisciplinares da saúde e da educação (ACIOLI, 2008).

Por sua relação estreita com o trabalho, já que se concretiza por práticas profissionais, não se concebe discutir as práticas educativas sem a incorporação do trabalho. Assim, referem-se a um campo de disputas de projetos sociais e de visões de mundo, explícitos nas formas de conceber e organizar os discursos e as práticas relativas à educação no campo da saúde (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2008; KLEIN, SILVA, 2014).

Educação, saúde e trabalho – ou práticas educativas em saúde - são, portanto, práticas sociais que fazem parte do modo de produção da existência humana, precisando ser abordados historicamente como fenômenos constituintes - produtores, reprodutores ou transformadores - das relações sociais (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2008).

Dessa forma, é um campo oportuno para ligações entre perspectivas individuais, projetos governamentais e as práticas de saúde, sendo um instrumento essencial na construção histórica da assistência integral requerida na atenção primária à saúde (SABOIA; VALENTE, 2010; BRASIL, 2006; SILVA; MORAIS; CAMPOS, 2013). Por isso, afirma-se que as práticas educativas são norteadas com base nas políticas públicas vigentes e servem para a gestão e organização dos

serviços de saúde, em especial no que tange o desenvolvimento das ações programáticas e estratégicas.

As práticas educativas enquanto práticas sociais sofreram influências dos movimentos de gestão e atenção em saúde, desencadeados por iniciativas de reformas na saúde, em especial pelo Pacto pela Saúde, pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde.

O Pacto pela Saúde foi regulamentado pela Portaria GM/MS nº399, de 22 de fevereiro de 2006 do Conselho Nacional de Saúde, que objetivou promover a melhoria dos serviços ofertados à população e a garantia de acesso a todos (BRASIL, 2006). Esse pacto subdivide-se em três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto pela Vida reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados, estabelece um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuado de forma tripartite, a ser implementado pelos entes federados. Contém os objetivos e metas prioritárias, segundo a Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008: Atenção à saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS; Promoção da saúde; Fortalecimento da atenção básica; Saúde do trabalhador; Saúde mental; Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência e a Saúde do homem (BRASIL, 2006).

O Pacto em Defesa do SUS expressa os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação do processo da Reforma Sanitária Brasileira e articula as ações que visem qualificar e assegurar o SUS como política pública. Além do movimento de politização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social e buscar um financiamento compatível com as necessidades de saúde por parte dos entes Federados, inclui regulamentação da emenda constitucional nº 29 pelo Congresso Nacional (BRASIL, 2006).

O Pacto de Gestão do SUS valoriza a relação solidária entre gestores, definindo as diretrizes e responsabilidades, contribuindo para o fortalecimento da gestão em cada eixo de ação. São eles: Descentralização, Regionalização,

Financiamento do SUS, Planejamento no SUS, Programação Pactuada Integrada (PPI), Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial, Participação e Controle Social, Gestão do Trabalho na Saúde e Educação na Saúde (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, regulamentada pela Portaria MS/GM nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, foi publicada em 2009, na série Pactos pela Saúde, cujo intento foi aproximar as políticas de educação e saúde do trabalho em saúde. Possui dentre suas diretrizes, o desenvolvimento de estratégias voltadas à formação e desenvolvimento dos profissionais do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009; CARDOSO, 2012).

Esta política propõe que as atividades educativas direcionadas aos trabalhadores os incluam no processo de ensino-aprendizado, que deve ser ativo e problematizado, por meio de atividades educativas que se realizem de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar. Seguindo esses pressupostos, estimula que as práticas profissionais das equipes de saúde sejam transformadas através da reflexão crítica do processo de trabalho e da *práxis* que se insere na reflexão-ação-reflexão (FREIRE, 2011). Precisa considerar e valorizar as características reais do serviço e dos profissionais, levantando as necessidades específicas na sua formação. Para viabilizar esses pressupostos, a política prevê também a integração dos diversos atores do cenário da saúde: trabalhadores, gestores dos serviços e população (BRASIL, 2009; CARDOSO, 2012).

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde, aprovada em 2012, constitui uma conquista recente no campo da educação e saúde nacional. Esta política reafirma os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e vem efetivar a participação popular. É voltada aos usuários e organizações sociais que participam do SUS, em articulação com os serviços de saúde. Tem como foco romper com o modelo vigente de 'educação em saúde', embasando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde pelo diálogo entre a diversidade de saberes e a valorização dos conhecimentos populares. Suas diretrizes dão sentido e coerência à *práxis* da saúde (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, junto com o Pacto pela Saúde, vieram oportunizar e viabilizar espaços de diálogos e mudanças nas práticas em saúde, configurando uma nova perspectiva de gestão que ampliou conceitos e práticas. Podem ser

efetivadas nos serviços de saúde por meio de práticas educativas ancoradas nas concepções dialógicas, libertárias e autônomas de Paulo Freire.

No entanto, ainda se afirma a hegemonia do sanitarismo, ressaltando a necessidade de superação dessas visões. Cumpre destacar que o sanitarismo e o higienismo fazem parte de uma prática preventivista que, embora iniciada no século XX, ainda está presente nas políticas de saúde do Estado, influenciando as práticas de saúde. Esse modelo possui cunho normatizador e pauta suas ações na padronização de hábitos e costumes a fim de manter a saúde. Suas atividades educativas utilizam como método a educação tradicional, por acreditar que os indivíduos são seres que podem e devem ser moldados (MOTA; SCHRAIBERLL, 2013).

Trata-se, portanto, de um modelo cuja prática educativa assume caráter opressor e culpabilizante, pois a população é considerada responsável pelo seu adoecimento. Para manter a saúde e redução de danos, cabe às pessoas seguir todas as prescrições e normas propostas pelos serviços de saúde (MOTA; SCHRAIBERLL, 2013).

No presente estudo será utilizado o conceito contra-hegemônico, mais amplo e atual de práticas educativas, refutando a educação e a saúde como práticas preventivistas e sanitaristas - educação sanitária - ou como atividades educacionais aplicadas na saúde - educação em saúde - ou ainda, como educação para a saúde – educar-se para ser e manter-se saudável (ACIOLI, 2008; SILVA et al, 2011).

Dessa forma, será adotada a articulação entre educação, saúde e trabalho, valorizando uma abordagem que contextualiza as experiências e saberes dos envolvidos, integrando-os nos processos de aprendizagem que levem às mudanças individuais e coletivas (ACIOLI, 2008; BRASIL, 2009; BRASIL, 2012) do pensar e fazer. Esta concepção de educação e saúde está ancorada no enfoque crítico, que estimula o reconhecimento do caráter histórico dos determinantes sociais, políticos e econômicos do processo saúde-doença. Rompe o modelo normatizador, trazendo movimento contínuo de diálogo e troca de experiências, de forma a articular as dimensões individual e coletiva do processo educativo.

Para tal, compreenderá as pessoas implicadas no movimento educativo como protagonistas de produção de conhecimentos, e não apenas como meros receptores de informações (HIGARASHI et al, 2011; ACIOLI, 2008; BRASIL, 2009; BRASIL, 2012), assumindo que somos seres históricos determinados, mas não

condicionados pelo contexto vivido e, por isso, capazes de transformar o mundo pela superação de seus saberes e práticas (FREIRE, 2011).

Tal abordagem implica no diálogo autêntico que respeita o universo cultural dos envolvidos e, principalmente, suas ideias e seus saberes. Valoriza tanto o saber popular como o científico, integrando-os de forma dinâmica, ou seja, relacionando-os no movimento de ação-reflexão-ação (FREIRA, 1992; FREIRE, 2011). Transforma a educação em um processo de interação contínua, com postura aberta e atenta para a construção compartilhada do conhecimento, que determinará especificidade nas formas de cuidado a partir dessa construção (ACIOLI, 2008).

Essa perspectiva de práticas educativas em saúde é apontada como capaz de colaborar para a melhoria na qualidade dos serviços ofertados na saúde, para a democratização do conhecimento, para a utilização de tecnologia simplificada e para a participação da população na gestão das atividades, por meio da definição dos problemas de saúde, prioridades e estratégias a serem implementadas (BRASIL, 2007; SILVA; MORAIS; CAMPOS, 2013).

É preciso mais uma vez reforçar que essa perspectiva de prática educativa em saúde deve envolver tanto as ações voltadas à população, como as direcionadas aos profissionais de saúde (ACIOLI, 2008), consolidando os ideais da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009) e da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2012).

2.1 JUSTIFICATIVA

A realização deste estudo justificou-se por seu ineditismo no local de sua realização que permitiu desvelar a realidade temática e, dessa forma, poderá colaborar com a gestão municipal nos movimentos de reflexão, planejamento e avaliação das práticas educativas.

Como se trata de temática que não deve ser simplesmente quantificada houve necessidade de descrição e análise qualitativa minuciosa e detalhada dos caminhos percorridos no âmbito das práticas educativas. Por tratar-se de estudo exploratório e descritivo, permitiu-se o diagnóstico inicial da temática, assegurando o fomento a pesquisas futuras.

Afirma-se que delinear o perfil histórico das práticas educativas de um município que influencia toda uma região, como é o caso do *lócus* desse trabalho, fez-se relevante em função do contingente populacional expressivo envolvido. Além disso, as ações de educação e saúde são largamente incentivadas pelas políticas de saúde, visto seu impacto no trabalho em saúde e suas repercussões na atenção à saúde, sejam na educação popular em saúde como na educação permanente em saúde. Sua efetividade, entretanto, depende de como ela é concebida e construída pelo município.

Assim, analisar documentos históricos e vivências dos atores da gestão municipal envolvidos no processo educativo permitiu a compreensão do processo gerencial, planejamento, avaliação e trabalho em saúde do município, colaborando com a construção das práticas educativas em saúde.

A enfermagem aproxima-se ao planejamento e execução das práticas educativas no âmbito da saúde, dada à natureza de sua *práxis*. Dessa forma, este estudo fortalecerá o papel do enfermeiro na gestão das práticas educativas, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde, **justificando seu desenvolvimento junto a um programa de pós-graduação *stricto-sensu* em enfermagem.**

Considerando relevante compreender os movimentos de incorporação dos referenciais das práticas educativas, ao longo dos tempos e, sobretudo, após o Pacto pela Saúde, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e Política Nacional de Educação Popular em Saúde, a presente pesquisa pautou-se nas seguintes questões de estudo: Como vem sendo desenvolvidas as práticas educativas em saúde em um município localizado no noroeste do estado do Paraná-Brasil, no que tange aos avanços e mudanças? Quais tendências educacionais ou pedagógicas são observadas nas propostas formuladas pela gestão municipal?

2.2 OBJETIVO

Este estudo objetivou analisar a evolução das práticas educativas em saúde desenvolvidas no Município de Maringá- Paraná-Brasil, no período de 2006 a 2015.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Educação, saúde e trabalho são práticas sociais inter-relacionadas e, como tal, são sensíveis às forças de dominação e libertação, especialmente quando se relaciona à ideologia e cultura (BALDISSERA, 2013; GRAMSCI, 1981; FREIRE, 2011).

Assim, educação e saúde são campos de lutas e mobilizações que levam às principais transformações sociais, segundo as concepções dos humanistas e materialistas históricos Antonio Gramsci e Paulo Freire. Estes autores possuem grande relevância nos discursos de um processo educativo dialético, que valorize e pautar-se nos saberes dos sujeitos, levando-os à consciência ética, política e crítica do mundo. Dessa forma, desenvolveram suas ideologias por meio da teoria e da prática – *práxis* –, na qual Gramsci influenciou o desenvolvimento do conceito de hegemonia e contra-hegemonia (GRAMSCI, 1981) e Freire, no âmbito da libertação e dialogicidade (FREIRE, 2011). Esses teóricos se pautavam no humanismo cristão e no pensamento socialista (BRASIL, 2012).

Antonio Gramsci foi um filósofo, político, comunista e antifascista italiano que se destacou no movimento marxista contemporâneo pelos seus pensamentos de dialética e hegemonia no momento de transição entre a primeira geração do marxismo. Gramsci escreveu mais de 30 cadernos durante sua prisão, conhecidas como "Cadernos do Cárcere" e "Cartas do Cárcere", cujo conteúdo aponta traços do nacionalismo italiano e algumas ideias em relação à teoria crítica e educacional (BARATTA, 2011; ALVES, 2010).

A grande contribuição de Gramsci ao marxismo refere-se aos debates sobre a hegemonia, no qual ele inseriu as percepções de que a mesma é o modo como se estabelece e se mantém a dominação, na qual dominado e opressor possuem uma inter-relação de dependência social.

Gramsci (1981) ressalta que a hegemonia se mantém pela dominação, não somente econômica, mas também ideológica e cultural. Nesse sentido, os movimentos hegemônicos são mutáveis e adaptáveis às lutas e reivindicações das classes subalternas, como estratégias para manter o equilíbrio estrutural e o poder (GRAMSCI, 1981; BARATTA, 2004; BARATTA 2011).

A contra-hegemonia é a capacidade de romper com o modelo vigente, utilizando a práxis da sua realidade, por meio da construção de novos olhares e saberes sobre o mesmo fenômeno (GRAMSCI, 1981; BARATTA, 2011). Trata-se de uma nova forma de atuar sobre eventos antigos (BARATTA, 2011).

As noções de pedagogia crítica e instrução popular de Gramsci foram teorizadas e praticadas décadas mais tarde por Paulo Freire, no Brasil (ALVES, 2010). Paulo Freire foi um educador e teórico educacional brasileiro, desenvolveu seus pensamentos pautados no materialismo dialético, com enfoque na libertação dos sujeitos por meio da educação, das palavras e da realidade. Foi exilado durante o regime militar e, nesse período escreveu uma de suas principais obras, a Pedagogia do Oprimido (VIVERO-ARRIAGADA, 2014; CRUZ; BIGLIARDI, 2014), em que apresenta a libertação como resultada da luta dos oprimidos contra a realidade instalada pelos opressores, que se dá na comunhão dos homens permeados pela educação pautada na práxis (FREIRE, 2011).

O pensamento freireano trata da autonomia das pessoas alcançada pela educação e considera o ensinar e aprender como indissociáveis, pois aquele que ensina também aprende e quem aprende passa a ensinar. Nessa perspectiva, não há saberes mais importantes, mas há saberes distintos que se completam na transformação do homem e do mundo. Deste modo, todo processo educativo impacta não somente os participantes diretos, mas todos aqueles que com eles se relacionam no mundo social (FREIRE, 2011).

A concepção bela e encantadora da educação por Freire, a define com simplicidade e humanitarismo, perpassando a dimensão ético-solidária. Uma ética que deve moldar as práticas educativas com justiça, coerência, autenticidade e livre de qualquer preconceito ou discriminação. É essa educação que se torna força de mudanças, justamente por enfatizar e valorizar o conhecimento empírico advindo das experiências pessoais como caminho para a superação de saberes e práticas. Ao educador cabe, portanto, desenvolver verdadeiros cidadãos pelo estímulo ao senso crítico, munidos não só de inteligência, mas também de valores que transformem a realidade vivida (FREIRE, 1992; FREIRE, 2011).

As ideias de Freire e Gramsci parecem permear os pressupostos da Política Nacional de Educação Popular em Saúde e da Política de Educação Permanente em Saúde, em que se reafirmam os princípios do SUS e o compromisso com a garantia do direito à saúde por meio de práticas contextualizadas e resolutivas

(BRASIL, 2009; BRASIL, 2012). Deste modo, estas foram utilizadas como complementares às discussões do estudo.

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde pode ser considerada como a contribuição do setor saúde aos esforços do governo federal para a erradicação da pobreza no Brasil, reafirmando que, para a conquista de um país sem miséria, é imprescindível o fortalecimento do protagonismo popular na defesa dos direitos e garantias sociais. Diversas ações foram desenvolvidas por intermédio de iniciativas populares para a transformação da cultura organizacional do setor saúde, qualificando os modos de gestão, os processos de trabalho e a participação popular no SUS (BRASIL, 2012). Para a permanência dessas mudanças é necessário investimento em ações e políticas capazes de intensificar a mobilização e o protagonismo popular na defesa do direito à saúde, valorizar a diversidade de saberes e culturas, integrando os saberes populares ao cotidiano dos serviços de saúde (BRASIL, 2012).

Essa política foi inspirada nos movimentos de Educação Popular, cujo processo histórico evidencia o elemento inspirador de formas participativas, críticas e integrativas, no que tange o pensar e fazer saúde. Seus conhecimentos técnicos, metodológicos e éticos são significativos para o processo atual de implementação do SUS (BRASIL, 2012).

Na área da saúde, destacam-se esses mesmos movimentos coletivos – por isso chamado de movimentos de educação popular em saúde - que vêm promovendo reflexões e tem construído conhecimentos e ações num processo de diálogo entre serviços, movimentos populares e espaços acadêmicos, consolidando um projeto de sociedade e de saúde mais justo e equânime (BRASIL, 2012).

Conhecer o histórico e o referencial teórico da Educação Popular, contextualizando esse modo de pensar e produzir saúde em relação com as práticas do SUS, bem como seus objetivos, pressupostos teórico-metodológicos e eixos estratégicos, é importante para estabelecer responsabilidades e atribuições. Por isso, a educação popular em saúde é apresentada como referência prática, estratégia política e metodológica para as ações e serviços de saúde (BRASIL, 2012).

É, pois, considerada como caminho capaz de contribuir com metodologias, tecnologias e saberes para a constituição de novos sentidos e práticas no âmbito do SUS, interagindo não apenas no que diz respeito à educação e saúde, mas,

sobretudo, no delineamento de princípios éticos orientadores de novas posturas no cuidado, na gestão, na formação e na participação social em saúde (BRASIL, 2012).

A educação popular em saúde tem proposto que se reveja o processo de trabalho em saúde, mobilizando redes sociais, envolvendo setores governamentais, não governamentais e sociedade para o enfrentamento da exclusão social e promoção da qualidade de vida e da cidadania. Deve assim, atuar no sentido da inclusão social, e para isso requer, além do reconhecimento da realidade e da cultura local, uma sociedade civil organizada e participativa, relações horizontais e ações complementares entre os participantes (ALVES; AERTS, 2011).

O exercício da prática de educação popular em saúde pressupõe: abertura, disponibilidade para ouvir o outro, horizontalidade na relação interpessoal e na ação educativa em si, pois, o ato participativo é humanizado. Neste espaço de relações, quem educa é dialeticamente educado, trazendo muito do referencial teórico de Paulo Freire. Isto porque, não existe um saber verdadeiro, todo saber é relativo, negado, superado ou complementado por outros saberes, advindo sua noção de inacabado, de incompletude, pois existe sempre algo mais a se saber ou a ser reformulado por outros saberes (FREIRE, 2011; ALVIM; FERREIRA, 2007).

Mesmo com os esforços e incentivos do Ministério da Saúde para a aplicação da educação popular nos serviços de saúde, em especial na atenção básica, os trabalhadores da saúde têm grande dificuldade em atuar com o conceito ampliado de saúde, tanto na assistência como na gestão das práticas, e acabam não contribuindo para a diminuição das iniquidades sociais (ALVES; AERTS, 2011).

Isso implica na manutenção de práticas educativas verticalizadas, centradas no preventivismo, e os trabalhadores da saúde continuam a prescrever comportamentos adequados para manutenção de saúde e prevenção de danos. Nessa prática, a população paciente, depositária de um saber externo que desvaloriza seus conhecimentos (FREIRE, 2011) não questiona ou relaciona os conteúdos da ação educativa, que se torna distante da sua realidade (ALVES; AERTS, 2011).

Contrário a isso, a prática dialógica dos profissionais no contexto da educação popular em saúde anuncia um discurso transformador, mediado pela participação do sujeito de forma ativa, crítica e questionadora e não por uma participação por extensão. Essa prática educativa se coloca em posição contrária àquela cunhada ao modelo verticalizado, em que não há troca de informações, de

saberes e de práticas, mas se perpetua pela presença de um discurso monológico, em que uma pessoa fala à outra e não “com” a outra (ALVIM; FERREIRA, 2007).

Sabe-se, entretanto, que a transformação das práticas requer mudanças também na formação dos trabalhadores da saúde. Para que as equipes de saúde possam embasar suas ações na educação popular, estimulando o empoderamento da população e a sua autonomia para decidir sobre sua vida e sua saúde, é necessário que os pressupostos da educação permanente sejam utilizados como norteadores dos processos formativos dos profissionais de saúde (ALVES; AERTS, 2011).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é regulamentada pela Portaria MS/GM nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 e visa estabelecer base normativa para a organização dos processos de educação na saúde, nas diferentes esferas de gestão (BRASIL, 2009). Problematiza as responsabilidades da gestão da educação na saúde por meio de instrumentos de compromisso presentes no Pacto de Gestão integrante do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2009).

A educação permanente deve ser entendida como uma habilidade a desenvolver-se continuamente na formação profissional, tendo como consequência o aprimoramento pessoal e profissional, diante da evolução do processo de trabalho (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

Apesar do esforço do sistema de saúde em desenvolver esta política, sabe-se das suas dificuldades operacionais. Um estudo realizado com enfermeiros mostrou a dificuldade para diferenciar os termos educação permanente, continuada e em serviço (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007). Essa fragilidade conceitual implicou, portanto, em obstáculos para a superação das práticas educativas verticalizadas e descontextualizadas.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Tratou-se de uma pesquisa social aplicada de natureza qualitativa do tipo exploratória e descritiva, que se utilizou de documentos da gestão municipal de saúde e de entrevistas junto aos gestores municipais de saúde que possuem envolvimento com as práticas educativas em um município localizado no noroeste do estado do Paraná-Brasil.

Esta pesquisa teve como escopo a aplicabilidade de seus conhecimentos e descobertas na realidade local e atual das práticas educativas em saúde, caracterizando-se deste modo como uma pesquisa social aplicada. Preocupou-se menos com o desenvolvimento de teorias universais e sim, com a aplicação voltada à realidade local e imediata (GIL, 2008) das configurações educativas em saúde.

Para tanto, foi realizado um delineamento metodológico constituído em pesquisa exploratória e descritiva, que almejou descrever minuciosamente o fenômeno das práticas educativas em saúde, dando precedência ao caráter representativo sistemático (MARCONI; LAKATOS, 2006). Destaca-se que o caráter descritivo desse estudo, juntamente com o exploratório, é o mais realizado habitualmente nas pesquisas sociais (OLIVEIRA, 1997; GIL, 2008).

Assim, como pesquisa exploratória procurou desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias acerca das práticas educativas em saúde, de modo a estabelecer a problemática que envolve educação e saúde na perspectiva de seu constructo histórico, permitindo que outras hipóteses indagáveis surgissem para pesquisas posteriores, propiciando uma visão geral e aproximada da temática em tela (GIL, 2008).

Considerando que o tema desse estudo é ainda pouco discutido, a exploração constituiu a primeira etapa dessa investigação, em um sentido mais amplo, propiciando a definição do problema de pesquisa. O produto final deste processo passou a ser uma realidade mais esclarecida, passível de investigação mediante procedimentos sistematizados, proporcionando uma nova visão do problema (GIL, 2008).

Recorreu-se ainda, à pesquisa descritiva, cujo foco foi descrever o contexto social, e identificar diferentes formas do fenômeno da educação e saúde, sua ordenação e classificação, além das suas características, por meio da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (OLIVEIRA, 1997; GIL, 2008).

A abordagem qualitativa, tal qual inerente a este trabalho, não pretendeu numerar ou medir unidades ou categorias homogêneas, em virtude de focar-se às situações complexas e estritamente particulares (OLIVEIRA, 1997; GIL, 2008) que envolvem as práticas educativas em saúde.

Com essa abordagem, pôde-se descrever a complexidade do problema, analisar interação, compreender e classificar processos dinâmicos, contribuir no processo de mudança, e permitir, com maior grau de profundidade, a interpretação das particularidades (OLIVEIRA, 1997; CHIZZOTTI, 2000) que envolveu a evolução histórica da educação e saúde.

De fato, há algumas situações que exigem a abordagem qualitativa, dentre elas: investigação de fatos do passado ou estudos de grupos que possuem poucas informações; observação do funcionamento de estruturas sociais; e estudos que buscam compreender aspectos psicológicos complexos (OLIVEIRA, 1997), tal qual esse trabalho.

Enquanto pesquisa qualitativa, não buscou a generalização, e sim a compreensão mais intensa do fenômeno de interesse (APPOLINÁRIO, 2009), a fim de obter uma interpretação mais ampla dos dados, mediante a ligação harmônica com os conhecimentos disponíveis (GIL, 2008).

O pesquisador foi integrante do processo de conhecimento, interpretou e atribuiu significados às práticas educativas que, enquanto objeto, também não foi neutro (CHIZZOTTI, 2000).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em um município localizado na região Noroeste do Estado do Paraná-Brasil, com área territorial total de 487,052 Km² e população estimada, em 2014, de 391.698 habitantes (IBGE, 2014). Constitui-se na terceira maior cidade do estado, sendo polo da 15^a Regional de Saúde que engloba 30 municípios (MARINGÁ, 2010).

Quanto ao saneamento básico, 99% dos domicílios de Maringá estão ligados à rede de água tratada e coleta de lixo, enquanto 71,2% têm cobertura de rede de esgoto, sendo a cobertura de energia elétrica nos domicílios de 99% (MARINGÁ, 2010).

A economia maringaense é predominante na área do comércio varejista e na prestação de serviços, devido a sua localização, em um entroncamento viário, promovendo seu crescimento e a instalação de indústrias e grandes empresas. Com isso, o município atrai populações de várias regiões brasileiras que procuram novas oportunidades de trabalho (MARINGÁ, 2010).

Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano, o município ocupa a 2ª posição em relação aos demais municípios paranaenses e a 23ª posição em relação aos municípios brasileiros (IDHM - 0,808), com índices acima das médias do Estado e do País (MARINGÁ, 2014).

A rede de saúde pública maringaense é composta de 32 Unidades Básicas de Saúde, 01 Centro Integrado de Saúde Mental (03 Centros de Atenção Psicossocial-CAPS: 01 CAPS Álcool e Drogas, 01 CAPS II e 01 CAPS Infantil), 01 equipe de Consultório na Rua, 01 Laboratório Municipal de Análises Clínicas, 01 Clínica de Odontologia, 02 Policlínicas, 2 Unidades de Pronto Atendimento e 02 hospitais públicos (Hospital Municipal e Hospital Universitário), além dos privados. Possui também o Serviço de Assistência Especializada e o Serviço de Urgência e Emergência (MARINGÁ, 2014).

Sua organização possui estreita relação com a realidade loco-regional e, devido a isso, suas ações refletem e influenciam uma gama de serviços de saúde locais e regionais (MARINGÁ, 2010). Além dessa característica, seu histórico de engajamento com o SUS confluiu para a eleição deste local para o estudo.

4.3 RECORTE TEMPORAL

O estudo delimitou-se aos movimentos de organização de práticas educativas a partir de 2006. Este recorte temporal justifica-se devido às alterações nas concepções da Atenção Básica e, conseqüentemente, nas práticas educativas em saúde, especialmente com a implementação do Pacto pela Saúde em 2006 pelo

Ministério da Saúde, visando promover a melhoria dos serviços ofertados à população e a garantia de acesso a todos (BRASIL, 2006).

Esta pactuação, denominada Pacto pela Saúde, é subdividida em três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. Tal Pacto reformou a atenção básica, inserindo a educação de modo intrínseco ao seu desenvolvimento. A partir dele, iniciaram os pensamentos no que tange às políticas e programas de educação popular em saúde e de educação permanente no SUS.

4.4 FONTE DE DADOS

4.4.1 Documentais

O uso de documentos em pesquisa deve ser apreciado e valorizado. A riqueza de informações que deles podemos extrair e resgatar justifica o seu uso em várias áreas das Ciências Humanas e Sociais, porque possibilita ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural (PIMENTEL, 2001).

Nas ciências sociais, o documento escrito é insubstituível quando se almeja reconstituir a história, pois é através dele que se encontram os vestígios do passado humano de determinado período, ou este é o único relato dessas atividades. Deste modo, ele é uma fonte extremamente preciosa (CELLARD, 2008).

Outra justificativa para o uso de documentos em pesquisa é que ele permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social. A análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros (CELLARD, 2008).

Os documentos públicos municipais oficiais e administrativos são os mais indicados para esse tipo de método, pois mesmo que estes percam sua vigência, servem de fonte histórica, pois tiveram relação direta e estreita com os eventos, tornando-se materiais de grande importância investigativa, visto que nortearam as práticas passadas e influenciaram as futuras (BOAVENTURA, 2011; MARCONI; LAKATOS, 2006).

Em relação à fonte, os documentos podem ser classificados como primários ou secundários. As fontes primárias de informações são os dados brutos, onde há informação para retirar as conclusões, são documentos que nunca passaram por análise e que são elaborados durante o evento (BOAVENTURA, 2011).

Ademais, quando se faz uma análise histórica, é uma regra utilizar fontes primárias, pois a mesma tem relacionamento direto com o evento, bem como o registro escrito ou a informação que vem através do pesquisador ou entrevistado (BOAVENTURA, 2011).

Ressalta-se que o pesquisador necessita ser mais cuidadoso ao analisar na pesquisa documental, pois os documentos de fontes primárias nunca passaram por nenhum tratamento científico (OLIVEIRA, 2009).

Além das fontes primárias, algumas secundárias foram utilizadas, pois as fontes secundárias, mesmo não tendo sido registradas e preparadas durante o evento, acrescentam um conhecimento posterior que auxilia o pesquisador na avaliação final e podem ser utilizadas para identificar as fontes primárias ou quando as mesmas não estiverem disponíveis (BOAVENTURA, 2011).

Dessa forma, com relação à caracterização dos 156 documentos que compõem o estudo (Quadro 1), 17 documentos tratam-se de fontes primárias divididos em três tipos de documentos (Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e Planilhas de Cursos e Eventos) e 139 documentos de fontes secundárias, também divididos em três tipos de documentos (Relatório Anual de Gestão, Relatórios das atividades educativas e Protocolos e Manuais), totalizando 06 tipos de documentos. Os documentos possuem, em sua maioria (N-04), periodicidade anual.

Quadro 1 – Classificação das fontes documentais de acordo com a tipologia, periodicidade e quantidade analisada. Maringá-PR-BR, 2015.

Fontes	Documento	Período	Periodicidade	Quantidade
Primárias	Plano Municipal de Saúde	2006 a 2017	4 anos	03
	Programação Anual de Saúde	2009 a 2015	Anual	07
	Planilhas de Cursos e Eventos	2009 a 2015	Anual	07
Secundárias	Relatório Anual de Gestão	2006 a 2014	Anual	09
	Relatórios das atividades educativas	2006 a 2015	Anual	10
	Protocolos e Manuais	2006 a 2014	Conforme necessidade de atualização.	120

Fonte: as autoras.

A análise de folders e materiais educativos confeccionados pela Secretaria Municipal de Saúde, e fotos e convites para os eventos estavam previstas, contudo a referida instituição não conta com o acervo desses materiais, impossibilitando o acesso aos mesmos.

4.4.2 Coleta e análise de dados documentais

Foi utilizada pesquisa documental como técnica para coleta e análise de dados, conforme descreve Pimentel (2001) e Cellart (2008), que implica em trazer para a discussão uma metodologia que é pouco explorada, não só na área da educação como em outras áreas das ciências sociais (LÜDKE; ANDRÉ, 2012).

Pode ser compreendida como forma de pesquisa, de método, de análise ou como técnica, dependendo da visão dos autores. Entretanto, os mesmos concordam que para analisar documentos, necessita-se buscar informações metodicamente definidas, seja de documentos já analisados ou não. Os autores ressaltam ainda ser um método que elimina qualquer influência, seja ela relacionada pela presença ou intervenção do pesquisador (MAY, 2004; CELLARD, 2008; PIMENTEL, 2001).

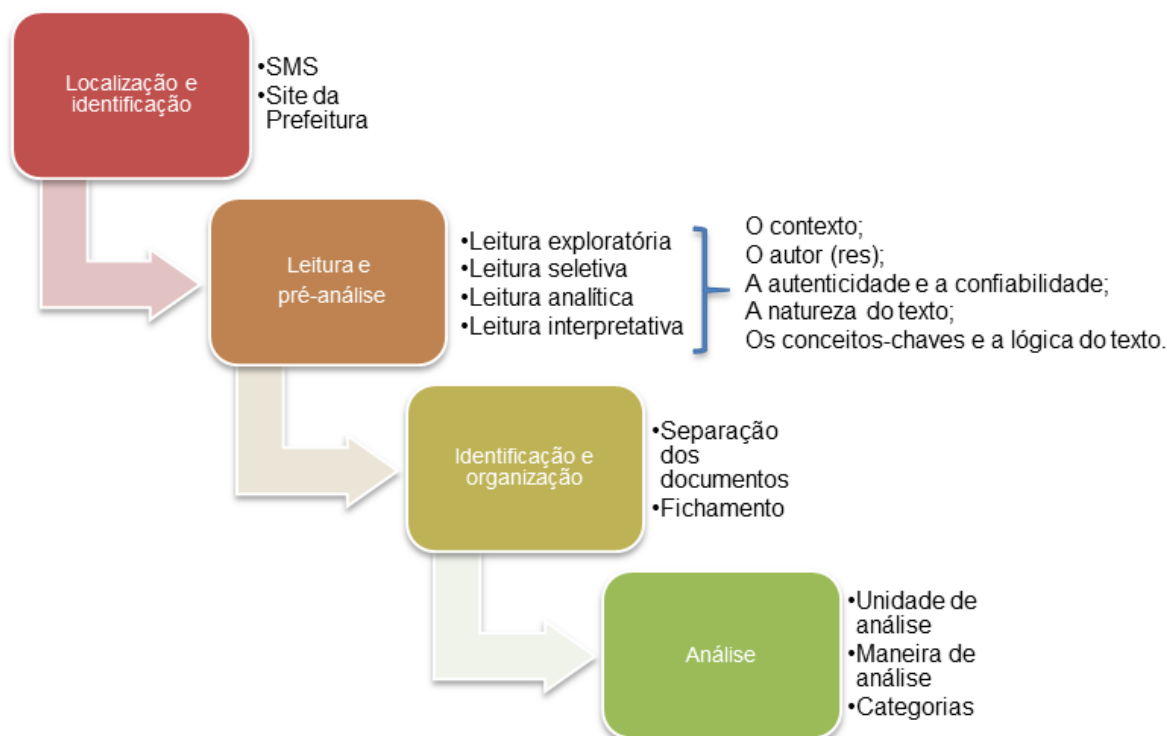
Neste trabalho se utilizaram os pressupostos e concepções de Pimentel (2001) e Cellard (2008), que descrevem esta abordagem como técnica e como forma de análise. Estes autores propõem e descrevem os instrumentos e meios de realização para análise documental, apontando o percurso e técnicas de manuseio de documentos: desde a organização e classificação do material, até a elaboração das categorias de análise.

A pesquisa documental, enquanto procedimento para coleta e análise de dados, se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos (documentos oficiais, banner, folder, convite, vídeo, som, fotografia), sendo essa sua principal diferença em relação à pesquisa bibliográfica, que se restringe à análise de documentos (FIGUEIREDO, 2007).

Além disso, a pesquisa bibliográfica remete para as contribuições de diferentes autores sobre o tema, atentando para as fontes secundárias, enquanto a pesquisa documental recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias (CELLARD, 2008).

De modo a facilitar e exemplificar a realização do método segue o esquema ilustrando os passos metodológicos (Figura 1).

Figura 1 – Passos metodológicos da pesquisa documental. Maringá-PR-BR, 2015.



Fonte: as autoras.

4.4.2.1 Localização e identificação

Os documentos que descrevam a evolução das práticas educativas foram localizados junto a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), por ser o órgão que os detém junto a um acervo dos quais fazem parte os planos, programações e relatórios que seriam pertinentes a esse estudo.

Além desses, também interessava os protocolos e manuais, para os quais foi realizada uma busca no sistema de informação em saúde e prontuário eletrônico municipal, que recebe o nome de Sistema Gestor. Apenas esses documentos passaram por um processo de análise e descarte.

De posse dos documentos localizados no acervo municipal e no Sistema Gestor, procedeu-se ao seu arquivamento em pastas, organizando-os segundo tipologia.

4.4.2.2 Leitura e pré-análise do material

De posse dos documentos, utilizou-se da seguinte questão para nortear a análise: Como se desenvolveram as práticas educativas em saúde no município de Maringá-PR-BR desde o Pacto pela Saúde?

Posteriormente, procedeu-se à leitura do material, que foi constituída por quatro fases:

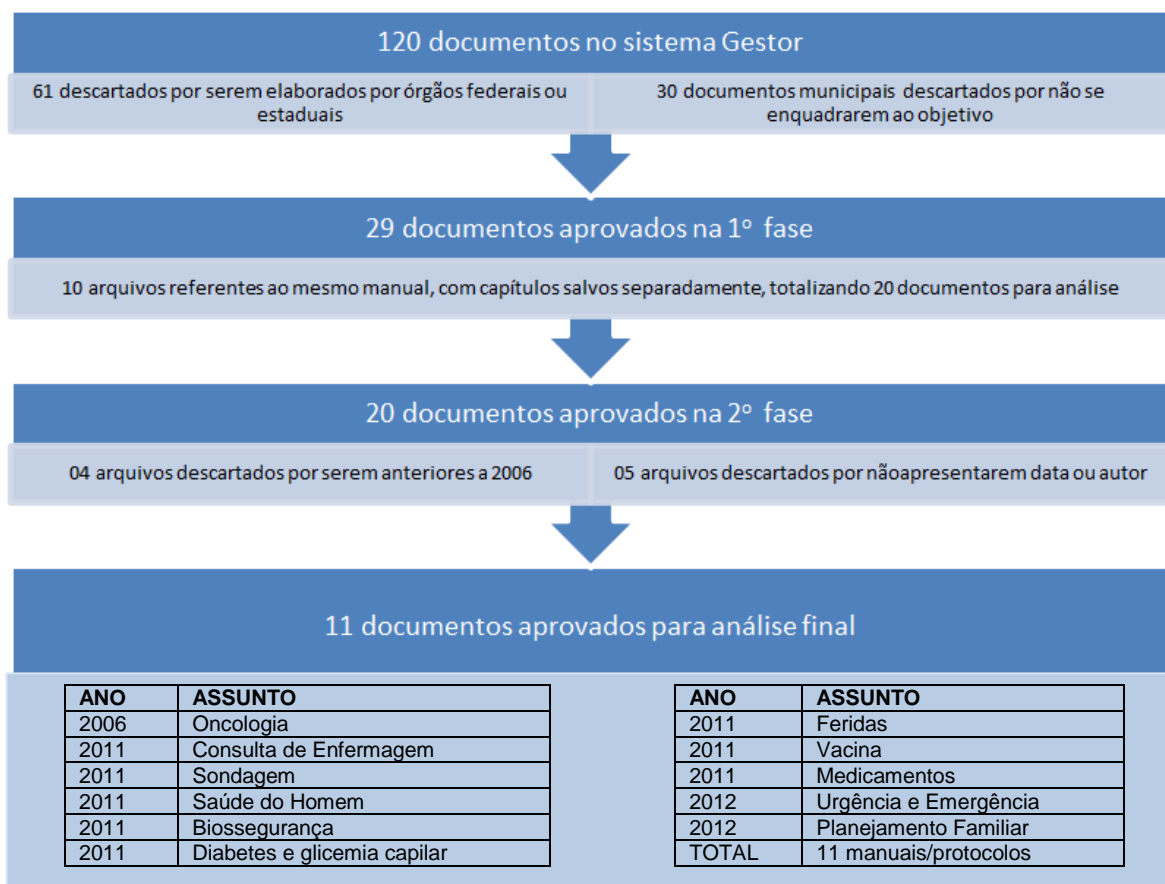
4.4.2.2.1 *Leitura exploratória*

A leitura exploratória se aplicou a todo o material selecionado, porém nem tudo foi integralmente lido, pois nem todos os documentos disponíveis atendiam aos objetivos da pesquisa. Nessa etapa, o que convém é entrar em contato com a obra em sua totalidade, lendo o sumário, o prefácio, a introdução, as "orelhas", algumas passagens esparsas do seu texto. Deste modo, o que não se mostrou representativo para o estudo foi descartado (GIL, 2008).

Neste momento, os documentos disponíveis no Sistema Gestor foram separados, analisados e descartados segundo o escopo do estudo (Figura 2). São disponibilizados um total de 120 documentos no Sistema Gestor. Destes, 61 foram descartados após leitura exploratória por serem elaborados por órgãos federais ou estaduais; e 30 documentos municipais foram descartados por não se enquadrarem no objetivo da pesquisa, sendo estes 22 procedimentos operacionais padrão e 08 outros (arquivos integrantes de outros documentos e orientações).

Na leitura exploratória de 29 arquivos, percebeu-se que 10 arquivos referiam-se a um mesmo manual, pois os capítulos estavam salvos separadamente, dessa forma 20 protocolos foram analisados e somente 11 foram aprovados para análise final. Os 11 manuais e protocolos referiam-se a várias temáticas e em anos distintos de publicação (FIGURA 2).

Figura 2 – Análise, seleção e descarte dos documentos disponíveis no Sistema Gestor. Maringá-PR-BR, 2015.



Fonte: as autoras.

4.4.2.2 Leitura seletiva

Foi realizada após a definição dos textos que seriam pesquisados. Trata-se de leitura mais aprofundada das partes que realmente interessam ao estudo (GIL, 2008). Destina aos seguintes documentos:

Quadro 2 – Fontes documentais e quantidade analisada pela leitura seletiva. Maringá-PR-BR, 2015.

Documento	Quantidade
Plano Municipal de Saúde	03
Programação Anual de Saúde	07
Planilhas de Cursos e Eventos	07
Relatório Anual de Gestão	09
Relatórios das atividades educativas	10
Protocolos e Manuais	11

Fonte: as autoras.

4.4.2.2.3 *Leitura analítica*

Esta leitura objetiva ordenar e resumir as informações contidas nas fontes, de forma que possibilitem a obtenção de respostas da pesquisa. Neste momento é que se dá a identificação das ideias-chaves do texto, a sua ordenação e, finalmente, a sua síntese.

4.4.2.2.4 *Leitura interpretativa*

Esta leitura ocorreu juntamente com a leitura analítica, pois foi neste momento em que se visou estabelecer relação entre o conteúdo das fontes pesquisadas e outros conhecimentos, permitindo conferir um alcance mais amplo aos resultados obtidos com a leitura analítica.

Com as leituras, a primeira etapa de toda a análise documental foi realizada, considerando cinco dimensões: o contexto, o autor (ou os autores), a autenticidade e a confiabilidade do texto, a natureza do texto e os conceitos-chave e a lógica interna do texto (CELLARD, 2008).

A dimensão **contexto** foi a primeira a ser levantada e dela partiram as demais, pois neste momento a pesquisadora analisou os documentos com base no período histórico no qual os mesmos foram elaborados, compreendendo sua organização e evitando interpretações em função de valores modernos (CELLARD, 2008).

Para conhecer as influências e os interesses ocultos ao texto é importante ter **identidade do autor ou autores** do mesmo, compreender se o mesmo escreve por si, ou por uma instituição, possibilitando assim, apreender algumas posições do texto. Nesse momento, o pesquisador deve “ver pelos olhos do autor” e buscar a compreensão de por que tivemos conservado esse documento ou por que esse documento foi publicado. Ressaltando-se que as publicações seguem padrões e imposições sociais que, por vezes, não expressam a realidade social e sim, a influência política (CELLARD, 2008).

A **autenticidade e confiabilidade** devem ser analisadas para dar confiabilidade ao texto (CELLARD, 2008). Esta avaliação foi feita analisando os interesses particulares do autor ou instituição, atentando se os mesmos foram testemunhas diretas do caso ou apenas relatores, destacando que por serem textos de documentos de gestão, não estão descritas falas de outras pessoas, nem julgamentos, apenas em alguns trechos relatos de eventuais dificuldades para o alcance e desenvolvimento de metas.

Os textos analisados se tratam dos Planos Municipais de Saúde, das Programações Anuais, dos Relatórios de Gestão, das Planilhas de Cursos de Eventos, dos Relatórios de Cursos de Eventos e dos Protocolos e Manuais Municipais, estes são documentos produzidos pela gestão municipal de saúde, alguns por exigência ministerial, mas todos com a finalidade de organizar o processo de administração e planejamento em saúde. Os documentos estão arquivados na Secretaria Municipal de Saúde do município, alguns se encontram disponíveis na *internet*, na página da Secretaria de Saúde, de modo a dar transparência ao processo administrativo, facilitando o acesso aos mesmos. Todos os documentos utilizados neste estudo foram fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Dessa forma, não restam dúvidas quanto à **autenticidade** dos textos.

Em relação à **confiabilidade**, o conteúdo inspira veracidade, pois os documentos: Plano de Saúde, Programações Anuais e Relatório de Gestão devem ser aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde, que tem o caráter de avaliar, com base no interesse da sociedade civil, os planejamentos e relatórios em saúde. Os demais documentos: Planilhas de Cursos e Eventos, Relatórios de Cursos de Eventos e Protocolos e Manuais Municipais, embora não tenham sido submetidos à apreciação do Conselho Municipal de Saúde, possuem a mesma confiabilidade por serem documentos oficiais da gestão municipal. Quanto à **natureza do texto**, por serem documentos da gestão municipal de saúde, presume veracidade e constitucionalidade aos documentos (BRASIL, 1988), garantindo autenticidade e confiabilidade aos escritos.

O tipo de documento e a quem se destinam, são aspectos que restringem e delimitam suas informações. Com isso, conhecer a natureza do texto se faz necessário. Nesta pesquisa como se tratam de documentos de gestão, os sentimentos e percepções dos envolvidos não é perceptível, dada a rigidez e formatação que caracterizam os documentos de gestão municipais (CELLARD, 2008).

Os **conceitos-chave e a lógica interna** do texto foram tratados com sensibilidade, pois devem ser compreendidos no contexto do autor e do documento, para evitar compreensões equivocadas. Contextualizar a lógica interna auxiliou na comparação de documentos semelhantes, e isso foi feito através dos questionamentos: como se desenvolve o argumento? Quais as principais partes da argumentação? Quais são os tópicos do texto? Outras questões podem ser

definidas quando de posse do material e após os processos de leituras (CELLARD, 2008). As quais não foram necessárias neste estudo.

Buscaram-se os **conceitos-chave do texto**, que se referiam às práticas educativas. Dessa forma, identificou-se: “prevenção” de doenças, “promoção” da saúde e “capacitação” de profissionais e da população.

A dificuldade em compreender os conceitos-chave e a lógica do texto ocorre, especialmente, quando se tratam de documentos muito antigos, com linguajar específico (CELLARD, 2008). Contudo, a proximidade das autoras com a temática e o marco temporal relativamente recente, do ano de 2006, facilitaram a compreensão dos textos reduzindo a possibilidade de vieses na interpretação, posto tratarem-se de assuntos que permeiam as práticas educativas.

No que tange à estrutura lógica dos textos, cabe ressaltar que os documentos de Gestão: Plano Municipal de Saúde, Relatório Anual de Gestão e Programação Anual de Saúde, compõem o Sistema de Planejamento do SUS, e como tal, devem seguir normas de estrutura e organização (BRASIL, 2013).

4.4.2.3 Identificação e organização dos documentos

Nessa fase, foi realizada a tomada de apontamentos, como forma de identificação e organização de todos os documentos. Fez-se necessário o tratamento dos dados de fonte primária, os quais não receberam tratamento analítico.

Além disso, foi realizada organização do material, onde se tornou indispensável olhar para o conjunto de documentos de forma analítica, buscando averiguar como se deve proceder para torná-lo inteligível, de acordo com o objetivo da investigação (CELLARD, 2008).

Organizar o material significa processar a leitura segundo critérios da análise de conteúdo, comportando algumas técnicas, tais como fichamento, levantamento quantitativo e qualitativo de termos e assuntos recorrentes, criação de códigos para facilitar o controle e manuseio (PIMENTEL, 2001).

Os elementos importantes obtidos a partir do material foram anotados, pois eles constituem a matéria-prima do trabalho de pesquisa. Embora possam ser feitas anotações no próprio texto, recomenda-se que sejam transcritas em fichas de documentação (GIL, 2008).

As leituras e fichamentos tiveram papéis centrais nessa fase. Para cada documento foi criada uma ficha de leitura contendo resumo, referência bibliográfica da publicação, além de algumas transcrições de trechos que poderiam ser utilizados posteriormente (PIMENTEL, 2001).

Foram elaborados dois tipos de fichas: bibliográficas e de apontamentos, modelo disponível no Apêndice A. A primeira é utilizada para anotar as referências bibliográficas, bem como para apresentar um sumário e a apreciação crítica de uma obra. A segunda, para anotar as ideias obtidas a partir da leitura de determinado texto (GIL, 2008).

Ambas possuem três partes: cabeçalho, referências bibliográficas e texto. O cabeçalho é constituído pelo título e subtítulo correspondente aos itens definidos no plano provisório do trabalho. As referências bibliográficas são constituídas pelas informações necessárias para identificar a fonte pesquisada. O corpo da ficha é constituído do sumário e da apreciação crítica da obra. Já no caso das fichas de apontamentos, pode ser constituído de transcrição fiel de trechos da obra, de esquemas, resumos e de anotações pessoais (GIL, 2008).

Após a elaboração das fichas, as mesmas foram organizadas por ordem de afinidade temática (GIL, 2008).

Além das fichas, estruturaram-se quadros, que se constituíram num banco de dados de informações, cuja vantagem consiste em poder relacioná-las, sem perder de vista a contextualização de toda a obra (PIMENTEL, 2001).

4.4.2.4 Análise do material

A análise foi desenvolvida através da discussão que os temas e os dados suscitaram e incluíram: o *corpus* da pesquisa, as referências bibliográficas e o modelo teórico (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

Para a análise, se utilizou de quadros elaborados durante a organização do material, estes foram: Quadro de autores (Apêndice B) e Quadro de termos-chave (Apêndice C e Apêndice D).

Também foram empregadas técnicas usuais da análise de conteúdo para decifrar, em cada texto, o núcleo emergente que serviu a cada propósito da pesquisa. Essa etapa consistiu num processo de codificação, interpretação e de inferências sobre as informações contidas nas publicações, desvelando seu conteúdo manifesto e latente.

4.4.2.4.1 Levantamento da Unidade de Análise

Existem dois tipos de Unidade de Análise: a Unidade de Registro e a Unidade de Contexto. Na Unidade de Registro o investigador pode selecionar segmentos específicos do conteúdo para fazer a análise, determinando, por exemplo, a frequência com que aparece uma palavra, um tópico, um tema, uma expressão, uma personagem ou um determinado item, no texto como um todo. Esta operação usa a quantificação dos termos (LUDKE; ANDRÉ, 2012).

Os termos elencados neste, direcionam-se ao objetivo do estudo, e foram no primeiro momento: Promoção, Educação, Educação em Saúde, Educação Popular e Educação Permanente (Apêndice C). Contudo, com a análise, verificou-se a necessidade de alterar os termos buscando encontrar temas que atendessem ao escopo do estudo e que possuíssem maior frequência de uso no texto, dessa forma a segunda unidade de registro estudada foi: Prevenção, Promoção /Prevenção, Promoção, Capacitação, Treinamento, Curso, Oficina e Educação (Apêndice D).

Baseados nestes termos seguiram-se para a Análise de Contexto, pois o uso dos tipos de Unidade de Análise depende dos objetivos e das perguntas de investigação. Nesse estudo, verificou-se a necessidade e importância de explorar não somente a frequência dos termos, mas, também, o contexto em que uma determinada unidade ocorria (LUDKE; ANDRÉ, 2012).

Assim, considerando os métodos de codificação escolhidos, objetivando atender ao problema de pesquisa e o arcabouço teórico da pesquisa delineou-se primeiramente as Unidades de Registro, aprofundando-as com a utilização das Unidades de Contexto (LUDKE; ANDRÉ, 2012).

4.4.2.4.2 Caracterização da maneira de analisar o material

Após organizar os dados, num processo de numerosas leituras e releituras, a pesquisadora voltou a examiná-los para tentar detectar temas e temáticas mais frequentes nesse processo que é, essencialmente, indutivo, e que vai culminar na construção de categorias. Para isso, a pesquisadora utilizou-se da técnica de recorte e agrupamento do material semelhante (LUDKE, ANDRÉ, 2012).

4.4.2.4.3 *Categorias de análise*

4.4.2.4.3.1 Categorias iniciais

Estas surgiram inicialmente, através da teoria em que se apoia a investigação. O conjunto preliminar de categorias foi modificado e aprimorado ao longo do estudo, num processo dinâmico de confronto constante entre empirismo e teoria, o que permitiu a gênese de novas concepções e, por consequência, novos olhares sobre o objeto e o interesse do investigador (LUDKE; ANDRÉ, 2012).

Não existem normas fixas nem procedimentos padronizados para a criação de categorias, mas acredita-se que um quadro teórico consistente auxiliou na criação de uma seleção inicial, mais segura e relevante. Inicialmente, fez-se o exame do material, procurando encontrar os aspectos relevantes, verificando certos temas, observações e comentários que aparecem e reaparecem em contextos variados, vindos de diferentes fontes e diferentes situações (LUDKE; ANDRÉ, 2012).

Esses aspectos que apareceram com certa regularidade foram a base para o primeiro agrupamento da informação em categorias. Os dados que não puderam ser agregados foram classificados em um grupo à parte, para serem posteriormente examinados (LUDKE; ANDRÉ, 2012).

Com as categorias iniciais organizadas, foi realizada uma avaliação desse conjunto, para avaliar se estas refletiram os propósitos da pesquisa. A avaliação pautou-se nos seguintes critérios: a homogeneidade interna, a heterogeneidade externa, inclusividade, coerência e plausibilidade (PIMENTEL, 2001).

Em categorias que abrangeram um único conceito, todos foram homogêneos, ou seja, estavam coerentemente integrados. Além do mais, as categorias devem ser mutuamente exclusivas, de modo que as diferenças entre elas ficassem bem claras (LUDKE; ANDRÉ, 2012).

4.4.2.4.3.2 Categorias parciais

As categorias foram enriquecidas através do processo divergente, incluindo as seguintes estratégias: aprofundamento, ligação e ampliação. Baseado nos dados obtidos, o material, no intuito de aumentar o conhecimento, foi reanalisado a fim de descobrir novos ângulos e aprofundar a sua visão (LUDKE; ANDRÉ, 2012).

Foram também exploradas as ligações existentes entre os vários itens, tentando estabelecer relações e associações, passando então a combiná-los, separá-los ou reorganizá-los. Finalmente, pode-se ampliar o campo de informações

identificando os elementos emergentes que precisaram ser mais aprofundados (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

4.4.2.4.3.3 Categorias finais

A etapa final consistiu-se em um novo julgamento das categorias quanto à sua abrangência e delimitação. Esta ocorreu quando todos os documentos foram analisados, quando a exploração de novas fontes levou à redundância de informação ou a um acréscimo muito pequeno, em vista do esforço despendido, e quando ocorreu um sentido de integração na informação já obtida (LUDKE; ANDRÉ, 2012).

Essas categorias, denominadas de finais, foram posteriormente agrupadas às categorias elencadas nas entrevistas, configurando as categorias temáticas do estudo.

4.5 PARTICIPANTES DO ESTUDO

4.5.1 Entrevistados

Os participantes foram 16 gestores municipais de saúde que possuíam envolvimento com as práticas educativas no município de Maringá-Paraná-Brasil. Os critérios de inclusão foram: ter vínculo com a secretaria Municipal de Saúde de Maringá e ter sido indicado pelos participantes do estudo, conforme a técnica *snowball*, descrita adiante.

4.5.2 Coleta e análise de dados

4.5.2.1 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas utilizando um roteiro semiestruturado (Apêndice E). O roteiro possui duas partes: uma primeira parte, com questões de caráter mais objetivo, destinada à caracterização dos sujeitos; e uma

segunda parte, com questões abertas, voltada ao desenvolvimento da temática central do estudo.

Conhecer a história de um passado recente pode ser facilitado por meio da entrevista de atores envolvidos neste processo. Assim, a entrevista pode ser entendida como conversa oral, que visa obter informações importantes e compreender a perspectiva e experiências dos entrevistados, de forma sistemática. Como se trata de um roteiro semiestruturado, a entrevista foi conduzida pela entrevistadora/pesquisadora de modo a explorar mais as questões. A entrevista possibilitou a coleta de dados não disponíveis nos documentos (MARCONI; LAKATOS, 2011).

Por se tratar de estudo qualitativo, optou-se pela coleta de dados por conveniência, de modo a buscar selecionar os personagens “ricos” em informações sobre o tema, e com maior probabilidade de responder a questão central do estudo. Deste modo, uma via para a execução desse trabalho foi a técnica metodológica *snowball*, também conhecida por *snowball sampling* (“Bola de Neve”) ou método de cadeias (OLIVEIRA, 2009; HECKATHORN, 2011; BALDIN; MUNHOZ, 2014).

Neste estudo, os participantes foram escolhidos intencionalmente com critérios, isto é, foram selecionados indivíduos com maior probabilidade de oferecer informações pertinentes à temática, de acordo com os critérios previamente definidos, considerados importantes para o entendimento do assunto (OLIVEIRA, 2009; BALDIN; MUNHOZ, 2014).

Essa técnica é uma forma de amostra não probabilística utilizada em pesquisas sociais, onde o participante inicial do estudo indicou novos participantes, que por sua vez indicaram novos participantes, e assim sucessivamente, até o alcance do objetivo proposto, ou seja, o “ponto de saturação” (OLIVEIRA, 2009; HECKATHORN, 2011; BALDIN; MUNHOZ, 2014).

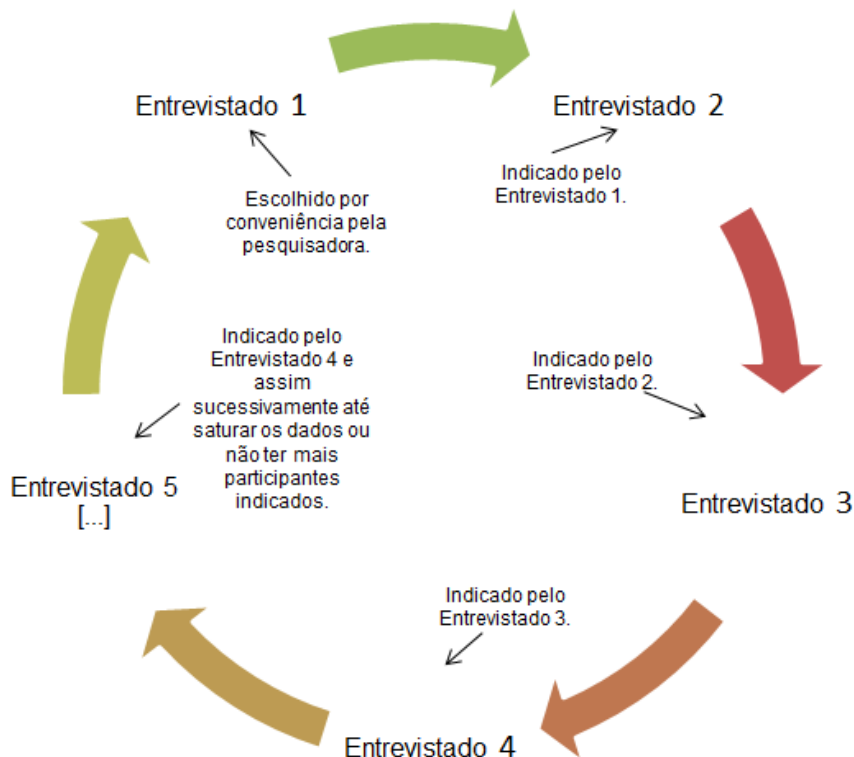
O “ponto de saturação” foi, então, atingido quando os novos entrevistados passam a repetir os conteúdos já obtidos em entrevistas anteriores, sem acrescentar novas informações relevantes à pesquisa (OLIVEIRA, 2009; BALDIN; MUNHOZ, 2014).

A amostra não probabilista é obtida a partir do estabelecimento de algum critério de inclusão, e nem todos os elementos da população alvo possuíam a mesma oportunidade de serem selecionados para participar da amostra. Este

procedimento tornou os resultados não passíveis de generalização (OLIVEIRA, 2009; BALDIN; MUNHOZ, 2014).

De modo a facilitar e exemplificar a realização do método segue o esquema ilustrando os passos metodológicos (Figura 3).

Figura 3 – Método de cadeias com os gestores municipais envolvidos no processo de educação e saúde. Maringá-PR-BR, 2015.



Fonte: as autoras.

Considerou-se sujeito primário aquele que primeiramente foi contatado e abordado quanto ao interesse de participação no estudo. Ele foi selecionado, conforme previamente apontado, pelos critérios de atuação na área (OLIVEIRA, 2009; BALDIN; MUNHOZ, 2014).

A partir deste, os demais contatos foram efetuados por meio telefônico ou pessoalmente, conforme indicação do sujeito anterior. Foram explicados os objetivos e métodos do estudo e, somente após a manifestação de interesse e aceite na participação, foi solicitado o agendamento das entrevistas, conforme a data, o horário e o local de conveniência/preferência dos entrevistados (OLIVEIRA, 2009; BALDIN; MUNHOZ, 2014).

Os dados foram coletados sem predeterminação do número de participantes, pois a quantidade de indivíduos foi determinada pela saturação dos dados e/ou alcance dos objetivos. Considerou-se que a validade do indicante de sujeitos está na sua potencialidade para informar sobre o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões, pois na busca qualitativa o pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão do grupo a ser investigado (CALDEIRA; GONÇALVES, 2009).

Uma das vantagens dos métodos que utilizam cadeias de referência é que, em redes sociais complexas, torna-se mais fácil um membro da população conhecer outro membro, do que os pesquisadores identificarem os mesmos, o que se constitui em fator de relevância para as pesquisas que pretendem se aproximar de situações sociais (BALDIN; MUNHOZ, 2014).

Porém, como fragilidade, pode ser apontado o potencial de dar visibilidade a atores sociais específicos e relevantes já conhecidos. Outra fragilidade apresenta-se na relação de que terão um número pequeno de sujeitos, mas com muitas informações sobre os mesmos. Não obstante, considera-se que as fragilidades não apresentam risco ao desenvolvimento do trabalho (BALDIN; MUNHOZ, 2014).

Os dados foram registrados utilizando um gravador e posteriormente os relatos foram transcritos na íntegra, no sentido de preservar a fidedignidade das informações. Previamente à utilização do instrumento de coleta de dados, o roteiro foi avaliado por uma banca de especialistas no tema, para certificação da pertinência das questões em relação aos objetivos do estudo.

4.5.2.2 Análise dos dados das entrevistas

Para análise dos dados, utilizou-se a distribuição em frequência simples e percentual dos dados de caracterização dos sujeitos. Estes dados quantitativos servem apenas para a finalidade de identificar tendências da população, assim como os coadjuvantes no processo de compreensão do fenômeno estudado (BARDIN, 2011).

Os dados qualitativos do instrumento, coletados por meio da transcrição das entrevistas, passaram por processo analítico e descritivo a partir da técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2011).

Utilizou-se a análise do conteúdo proposta por Bardin (2011): onde os elementos fundamentais da comunicação foram identificados, numerados e categorizados. Posteriormente, as categorias encontradas foram analisadas em face de uma teoria específica (APPOLINÁRIO, 2009).

Ressalta-se que a análise de conteúdo é uma forma dentre as diferentes formas de interpretar o conteúdo de um texto, adotando normas sistemáticas de extrair significados temáticos ou os significantes lexicais, por meio dos elementos mais simples do texto (BARDIN, 2011).

Consiste em relacionar a frequência da citação de alguns temas, palavras ou ideias em um texto para medir o peso relativo atribuído a um determinado assunto pelo seu autor. Pressupõe, assim, que um texto contém sentidos e significados, patentes ou ocultos, que podem ser apreendidos por um leitor que interprete a mensagem contida nele por meio de técnicas sistemáticas apropriadas (BARDIN, 2011).

A mensagem foi apreendida, decompondo-se o conteúdo do documento em fragmentos mais simples, que revelaram sutilezas contidas no texto. Os fragmentos foram palavras, termos ou frases significativas de uma mensagem (CHIZZOTTI, 2006).

Bardin (2011) apresenta três etapas básicas referentes à análise temática:

- (1) pré-análise, correspondente ao momento da organização propriamente dita do material e tem o objetivo de tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais relacionadas ao objeto de estudo;
- (2) exploração do material, consiste na administração sistemática das decisões tomadas, seja por codificação, desconto ou enumeração objetivando compreender como se deu processo de evolução das práticas educativas; e
- (3) tratamento dos resultados, cujo objetivo é o estabelecimento de relações entre a realidade que é vivenciada com a intuição e reflexão, aprofundando conexões de ideias e formulando propostas básicas de transformações nos limites das estruturas específicas e gerais, através da correlação dos achados com a literatura.

Na análise, o ponto de partida é a mensagem, mas foram consideradas as condições contextuais como um dos principais requisitos, como pano de fundo, no sentido de garantir a relevância dos resultados encontrados (MAY; 2004).

4.6 CONSTITUIÇÃO FINAL DAS CATEGORIAS

De posse das categoriais finais de análise, elencadas na análise documental, realizou-se a junção com as categorias temáticas de Bardin, advindas das entrevistas com os gestores, dando origem às categorias de análise temática que originaram e compuseram os manuscritos desse estudo.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS ENVOLVIDOS NO ESTUDO

Para realização desta pesquisa foram observadas todas as diretrizes estabelecidas pela norma ética vigente, Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e Complementares (BRASIL, 2014).

Para isso, a pesquisa somente iniciou-se após parecer favorável do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP/UEM), sob número 897950 / CAAE:38820914.4.0000.0104 (Anexo 1), previamente autorizada pelo órgão competente da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, mediante a assinatura da declaração de autorização para a realização das entrevistas e o acesso aos documentos que não fossem de domínio público (Anexo 2).

Os participantes foram incluídos no estudo após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice F), o qual contém a identificação das pesquisadoras, os objetivos do estudo e o desenvolvimento da pesquisa, deixando claras as garantias e os direitos relativos à livre participação, bem como total liberdade de desistirem a qualquer momento do estudo, assegurando-lhe o anonimato das informações obtidas.

O TCLE foi assinado pelo participante e pela pesquisadora em duas vias, ficando cada um com uma via. Para assegurar o anonimato dos participantes, estes foram identificados com a letra E de 'entrevista' e números arábicos referentes o segmento da transcrição das entrevistas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS FONTES DOS DADOS

5.1.1 Caracterização dos documentos

Os documentos foram elaborados em contexto político e organizacional similar, mesmo com o espaço histórico de quase dez anos. A análise do contexto engloba os fatores políticos que, usualmente, exercem grande influência na gestão municipal. Dessa forma, conhecer a ideologia do partido político vigente se faz necessário. Nesse sentido, também, é imprescindível considerar as políticas ministeriais implantadas no momento objeto de análise.

Em 2006, o município de Maringá-PR-BR estava no segundo ano do mandato do prefeito Silvio Magalhães Barros II, reeleito por dois mandatos consecutivos, permanecendo na direção da prefeitura no período de 2005 a 2012, quando foi substituído pelo seu vice, Carlos Roberto Pupin (2013-2016). Dessa forma, a lógica de governo e o plano diretor mantiveram-se na mesma linha de gestão, bem como o Secretário Municipal de Saúde (MARINGÁ, 2015).

O partido político hegemônico trata-se do Partido Progressista, com origens ligadas ao processo de redemocratização do Brasil, fundado através da fusão de diversos partidos, mas com a nomenclatura atual em 4 de abril de 2003 (PP, 2015).

O Partido Progressista tem como ideologia a construção de sociedade livre, democrática, justa, pluralista, solidária e participativa, ressaltando o absoluto respeito à dignidade da pessoa humana. Pauta-se no povo brasileiro a orientação de sua ação política e parlamentar, sustentado nos princípios: 1 - Sistema econômico livre, que atenda as regras de mercado, mas que se fundamente no bem-estar e na eliminação das desigualdades sociais brasileiras; 2 - Ação econômica pautada nos valores sociais com vistas à criação de riquezas de forma equitativa, por meio de: geração de empregos, renda poupança e o funcionamento de efetiva economia social de mercado; e 3 - Liberdade de culto religioso, garantia da inviolabilidade, da privacidade, o direito ao trabalho digno, ao salário justo à moradia, à educação, à alimentação, à segurança, como, também, o exercício de uma imprensa sem censura e responsável, e preocupação ambiental (PP, 2015).

Assim, os documentos: Plano Municipal de Saúde, Programações Anuais de Saúde e Relatório Anual de Gestão, inserem-se no Sistema de Planejamento do SUS, criado e regulamentado pela Portaria nº 3.085, de 1º de Dezembro de 2006 e complementado pela Portaria nº 3.332/GM/MS, de 28 de dezembro de 2006, que normatiza sua elaboração (BRASIL, 2006b).

Durante o período histórico estudado, o Sistema de Planejamento do SUS foi alterado diversas vezes, pelas seguintes Portarias: nº 376/GM/MS, de 16 de fevereiro de 2007; nº 1.510/GM/MS, de 25 de junho de 2007; nº 1.885/GM/MS, de 9 de setembro de 2008; nº 2.327/GM/MS, de 6 de outubro de 2009, e a nº 1.964/GM/MS, de 23 de julho de 2010, referentes ao processo de financiamento do Sistema.

A Portaria nº 3.176/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008, aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão (políticas públicas/período) e quanto às informações sobre o Plano de Saúde (BRASIL, 2008).

Todas as portarias previamente citadas foram revogadas pela Portaria nº 2.135, de 25 de Setembro de 2013, que estabelece as novas diretrizes para o processo de planejamento e elaboração dos Planos de Saúde, Programações Anuais e Relatórios de Gestão, no âmbito do SUS (BRASIL, 2013b).

Os demais documentos, apesar de não serem obrigatórios se fazem necessários para a organização e planejamento em saúde municipal, e foram fundamentais para a construção desse estudo.

Em nossa pesquisa, os autores são representados por funcionários públicos, que exercem cargos por vários anos, de modo que os textos mantem-se coerente à mesma linha de pensamento.

Dessa forma, os textos são documentos de gestão municipal, elaborados por trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde, alguns contam com a parceria de profissionais da 15ª Regional de Saúde e da Universidade Estadual localizada no município. O quadro completo de autores encontra-se no apêndice B.

Os enfermeiros compõem metade dos autores dos documentos e apenas em 02 documentos, referentes aos protocolos de Saúde do Homem e Diabetes e Glicemia Capilar, o enfermeiro não estava presente na sua elaboração. Em geral, têm-se como autores profissionais de várias formações, tais como: odontologia, psicologia, medicina, medicina veterinária, farmácia, engenharia civil, nutrição,

educação física, geografia, assistencial social e outros profissionais que desenvolvem funções administrativas.

Nos Planos Municipais de Saúde conta-se com a participação de equipe multiprofissional com predominância de profissionais da gestão municipal de saúde e parceria com profissional da regional de saúde e da universidade. Apenas o plano de 2010-2013 refere-se à participação das unidades básicas e do Conselho Municipal de Saúde. Pelas análises dos documentos e das entrevistas, se nota que a participação das unidades básicas e do Conselho Municipal de Saúde ocorreu em mais processos, contudo sua inclusão como autor só se dá nesse documento. Nesse sentido, por mais que a participação popular e a coparticipação dos profissionais estejam sendo estimuladas, a visão dos mesmos como coautoria ainda não ocorrem.

A Programação Anual de Saúde do ano de 2009 foi realizada por apenas uma enfermeira da gestão municipal de saúde. A partir do ano de 2010, a programação foi elaborada por uma equipe multiprofissional composta por profissionais da gestão municipal de saúde, que não se resumem as profissões da área da saúde.

As Planilhas de Cursos e Eventos e os Relatórios das Atividades Educativas foram elaborados pelo enfermeiro responsável pelo setor destinado ao desenvolvimento das práticas educativas.

Os Relatórios Anuais de Gestão foram elaborados por uma equipe multiprofissional da gestão municipal de saúde. Somente no ano de 2006 foi elaborado apenas por enfermeiras, também da gestão municipal de saúde.

Os Protocolos e Manuais municipais foram elaborados, em sua maioria, por equipe multiprofissional, composta por profissionais da gestão municipal e da assistência da secretaria de saúde.

Os Planos Municipais de Saúde (PMS) analisados possuem: capa, lista de autores, sumário, caracterização sociodemográfica e de saúde do município e sua população, sendo essas informações ampliadas a cada plano. O PMS de 2006-2009 pauta-se nas ações estratégicas, o PMS 2010-2013 na formulação dos objetivos, diretrizes e metas, enfocando os objetivos e no PMS 20-2017 ressalta-se as diretrizes. As ações, diretrizes, metas e objetivos, estruturantes dos planos se referem às normativas e pactuações direcionadas pelo Ministério da Saúde.

Os Planos Municipais de Saúde tratam-se do instrumento central do planejamento. Nele pautam-se as definições de todas as iniciativas no âmbito da

saúde para o período de quatro anos. O plano explicita os compromissos para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população. Configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção (BRASIL, 2013).

As Programações Anuais de Saúde (PAS) analisadas possuem capa, lista de autores, apresentação, objetivos e tabelas detalhadas, a de 2009 conta com programas, ações e estratégias/metade de cada área estratégica do SUS. Na tabela de 2010 os temas eram organizados por estratégias/metade do Plano Municipal de Saúde, ações e Recursos, na PAS de 2011 foram incluídos parceiros. Na PAS de 2012 e na de 2013 divide-se em objetivo, diretriz e ação/metade programadas, descrevendo os recursos. Desde 2014, organiza-se em diretriz, objetivo e meta com recursos. Cada diretriz é descrita detalhadamente e justificada.

A Programação Anual de Saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano Municipal de Saúde e almeja viabilizar as metas do mesmo e prever a alocação dos recursos orçamentários. Contém a definição das ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde (BRASIL, 2013).

O Relatório de Gestão possui os seguintes itens: as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; as metas da PAS previstas e executadas; a análise da execução orçamentária; e as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos no planejamento. Trata-se do instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde (BRASIL, 2013).

As Planilhas de Cursos e Eventos possuem a descrição de todos os cursos e eventos programados para o ano vigente, além de informações de período (mês e duração) local, evento/objetivo, número de participantes, público-alvo e recursos. Em 2011, constavam apenas as informações de tema e órgão responsável, separados por mês. Em 2012, seguiu-se separado por mês, mas organizado na forma de tabela, com informações de data, ações, atividades, local/horário e parcerias. Em 2013, informações estão dispostas na forma de tabela, e estas são: período, local, setor e público-alvo. Em 2014, foi organizada pelos meses de duração, seguido de setor, evento e público-alvo. A planilha de 2015 apresenta os seguintes dados: setor,

evento, período e público-alvo. Apesar de diferentes configurações as planilhas possuem dados semelhantes que permitem vislumbrar os eventos e cursos anuais.

Os Relatórios das atividades educativas possuem todos os cursos e eventos realizados no ano, e descrição detalhada com informações de: clientela, data, carga horária e número de participantes. A partir de 2009, começou a constar também: local, período, objetivo e recursos. O item recursos esteve presente apenas nos relatórios de 2009 e 2010.

Os Protocolos e Manuais possuem: capa, lista de autores, descrição dos documentos, introdução e o texto. Apenas um possui sumário e objetivo.

5.1.2 Caracterização dos entrevistados

Com relação à caracterização dos participantes do estudo, todos são do sexo feminino, com idade entre 31 e 54 anos e média de 45,9 anos. Possuem formação profissional na área da saúde, sendo 10 enfermeiras, 02 farmacêuticas, 02 psicólogas, 01 nutricionista e 01 odontóloga.

No que tange ao nível de escolaridade, todos possuem especialização *Latus-sensu* e 04 também possuem especialização *Stricto-sensu*, sendo 03 em nível de mestrado e 01 em nível de doutorado. Os profissionais exercem função de gestão ou coordenação de programas de saúde, com tempo de trabalho entre 03 e 27 anos e média de 18,7 anos.

Os resultados desse estudo estão apresentados na forma de 04 manuscritos, a saber:

- Manuscrito 1: HEGEMONIA, CONTRA-HEGEMONIA E LIBERTAÇÃO NAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE
- Manuscrito 2: A EDUCAÇÃO NA SAÚDE: PERCURSO DE UM CAMINHO EM CONSTRUÇÃO
- Manuscrito 3: EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CAMINHOS NA CONSTRUÇÃO DE SUAS PRÁTICAS
- Manuscrito 4: PRÁTICAS EDUCATIVAS MARCADAS PELA HISTÓRIA DA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

5.2 MANUSCRITO 1

HEGEMONIA, CONTRA-HEGEMONIA E LIBERTAÇÃO NAS PRÁTICAS
EDUCATIVAS EM SAÚDEHEGEMONY, COUNTER-HEGEMONY AND RELEASE IN THE PRACTICES
HEALTH EDUCATIONHEGEMONÍA, CONTRA HEGEMONÍA Y LIBERACIÓN EN LAS PRÁCTICAS DE
EDUCACIÓN PARA LA SALUD

RESUMO: Objetivou-se analisar práticas educativas em saúde hegemônicas, contra hegemônicas e libertadoras. Tratou-se de pesquisa social aplicada, de caráter qualitativo, descritivo e exploratório, desenvolvida em um município polo de saúde localizado a noroeste do estado do Paraná-Brasil. A coleta e análise dos dados se deram por duas técnicas: pesquisa documental, com 47 documentos da gestão municipal; e entrevistas, com os 16 gestores municipais de saúde. Os dados foram debatidos face à teoria dialética e hegemônica de Gramsci e a teoria libertadora de Freire. A pesquisa foi realizada seguindo os preceitos éticos vigentes. Os resultados do estudo são apresentados nas seguintes categorias temáticas: A hegemonia da teoria e da *práxis* nas práticas educativas em saúde é caracterizada por correntes tradicionais de gestão e educação, e Reflexões teóricas das práticas contra hegemônicas: um caminho em construção. A análise das narrativas permitiu identificar o desenvolvimento de práticas educativas hegemônicas, contra-hegemônicas e libertadoras no âmbito da saúde.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Educação Continuada.

ABSTRACT: The objective of examining educational practices in health, against hegemonic and hegemonic liberating. It was applied social research, qualitative, descriptive and exploratory character, developed in a municipality health pole located to the Northwest of the State of Paraná-Brazil. The collection and analysis of data were by two techniques: documentary research, with 47 municipal management documents; and interviews with the 16 municipal health managers. The data were discussed in the light of the dialectic theory and hegemonic of Gramsci and Freire's theory of liberating. The survey was conducted following the ethical precepts. The results of the study are presented in the following thematic categories: hegemony theory and praxis in educational practices in health is characterized by traditional chains and management education, and theoretical Reflections against hegemonic practices. The analysis of narrative has identified the development of hegemonic educational practices, and incorporated into liberating in the field of health.

Key-words: Health Education; Education, Continuing.

RESUMEN: El objetivo de examinar las prácticas educativas en salud, contra hegemónico y hegemónica liberador. Se aplicó la investigación social, carácter cualitativo, descriptivo y exploratorio, se convirtió en un polo de salud municipio situado al noroeste del estado de Paraná-Brasil. La recogida y análisis de los datos fueron mediante dos técnicas: investigación documental, con los documentos de

gestión municipal 47; y entrevistas con los directores municipales de salud 16. Los datos fueron discutidos a la luz de la teoría dialéctica y hegemónica de Gramsci y de Freire teoría de la liberación. La encuesta fue realizada siguiendo los preceptos éticos. Los resultados del estudio se presentan en las siguientes categorías temáticas: teoría de la hegemonía y la praxis en las prácticas educativas en salud se caracteriza por las tradicionales cadenas y gestión de la educación y reflexiones teóricas contra prácticas hegemónicas. El análisis de la narrativa ha identificado el desarrollo de las prácticas educativas hegemónicas y se incorporaron liberadoras en el campo de la salud.

Palabras-chaves: Educación en Salud; Educación Continua.

Introdução

A educação e a saúde são áreas distintas, com saberes articulados e complementares, especialmente quando o foco é a promoção da saúde da população e a formação de profissionais transformadores (BALDISSERA, 2013). A saúde que se constrói com a educação, contudo, pode ser uma forma de dominação e poder, sobretudo quando impõe ideologia e cultura (GRAMSCI, 1981).

Assim, educação é um campo de lutas e mobilizações que levam às principais transformações sociais, segundo as concepções dos humanistas e materialistas históricos Antonio Gramsci e Paulo Freire. Estes autores possuem grande relevância nos discursos de um processo educativo dialético, que valorize e paute-se nos saberes dos sujeitos, levando-os à consciência ética, política e crítica do mundo. Dessa forma, desenvolveram suas ideologias por meio da teoria e da prática – *práxis* –, na qual Gramsci influenciou no desenvolvimento do conceito de hegemonia e contra-hegemonia e Freire no âmbito da libertação (VIVERO-ARRIAGADA, 2014).

Antonio Gramsci foi um filósofo, político, comunista e antifascista italiano que se destacou no movimento marxista contemporâneo pelos seus pensamentos de dialética e hegemonia no momento de transição entre a primeira geração do marxismo (GRAMSCI, 1981; BARATTA, 2011). Gramsci escreveu mais de 30 cadernos durante sua prisão, conhecidas como "Cadernos do Cárcere" e "Cartas do Cárcere", cujo conteúdo aponta traços do nacionalismo italiano e algumas ideias em relação à teoria crítica e educacional (BARATTA, 2011; ALVES, 2010).

A grande contribuição de Gramsci ao marxismo refere-se aos debates sobre a hegemonia, no qual ele inseriu as percepções de que a mesma é o modo como se estabelece e se mantém a dominação, na qual dominado e opressor possuem uma inter-relação de dependência social (GRAMSCI, 1981; BARATTA, 2011). A contra-hegemonia é a capacidade de romper com o modelo vigente, utilizando a *práxis* da

sua realidade, por meio da construção de novos olhares e saberes sobre o mesmo fenômeno (GRAMSCI, 1981; BARATTA, 2011). Trata-se de uma nova forma de atuar sobre eventos antigos (BARATTA, 2011).

As noções de pedagogia crítica e instrução popular de Gramsci foram teorizadas e praticadas décadas mais tarde por Paulo Freire, no Brasil (ALVES, 2010). Paulo Freire foi um educador e teórico educacional brasileiro, desenvolveu seus pensamentos pautados no materialismo dialético, com enfoque na libertação dos sujeitos por meio da educação, das palavras e da realidade. Foi exilado durante o regime militar e, nesse período escreveu uma de suas principais obras, a *Pedagogia do Oprimido* (VIVERO-ARRIAGADA, 2014; CRUZ, BIGLIARDI, 2014), em que apresenta a libertação, como resultado da luta dos oprimidos contra a realidade instalada e os opressores, que se dá na comunhão dos homens permeados pela educação pautada na *práxis* (FREIRE, 2011).

No contexto da educação e saúde, assim como nas demais estruturas sociais, acredita-se na presença de modelos hegemônicos, contra-hegemônicos e de libertação. Nesse sentido, o presente estudo pautou-se na seguinte questão norteadora: As tendências pedagógicas formuladas pela gestão municipal possuem relação com modelos hegemônicos, contra-hegemônicos e de libertação?

Para atender a esse questionamento, o presente estudo teve como objetivo analisar práticas educativas em saúde hegemônicas, contra hegemônicas e libertadoras na *práxis* da gestão municipal de saúde.

Método

Tratou-se de uma pesquisa social aplicada de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo. A fonte de dados foram os documentos e depoimentos de gestores, ambos da secretaria municipal de saúde, envolvidos com as práticas educativas de um município polo regional localizado do noroeste do Estado do Paraná-Brasil, de 2006 a 2015. Este recorte temporal justifica-se pelo Pacto pela Saúde, promulgado em 2006, que reorganizou as práticas de gestão no SUS (BRASIL, 2006) e, supostamente, tenha influenciado as práticas educativas em saúde.

A coleta e análise dos dados se deram por duas técnicas: a pesquisa documental – que favoreceu a observação do processo de evolução dos conhecimentos, permitindo acrescentar a dimensão do tempo à compreensão social

(CELLARD, 2008), e as entrevistas - que foram uma opção procedimental por acreditar que conhecer a história de um passado recente pode ser facilitado por meio dos diálogos com atores envolvidos neste processo (MARCONI; LAKATOS, 2011).

A Secretaria Municipal de Saúde disponibilizou 156 documentos relacionados ao escopo do estudo. Os mesmos foram agrupados segundo o tipo. Em seguida foi realizada a pré-análise dos mesmos por meio de leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa, levantando cinco dimensões: o contexto, o(s) autor (es), a autenticidade e a confiabilidade do texto, a natureza do texto, os conceitos-chave e a lógica interna do texto. Após esse processo 109 documentos foram descartados: 61 por serem elaborados por órgãos federais ou estaduais, 30 documentos por não se enquadrarem ao objetivo do estudo, nove arquivos por serem referentes a um mesmo manual, quatro por serem anteriores a 2006 e cinco arquivos por não possuírem informações de data ou autor.

Dessa forma, foram selecionados para análise 47 documentos, a saber: três Planos Municipais de Saúde, sete Programações Anuais de Saúde, sete Planilhas de Cursos e Eventos, nove Relatórios Anuais de Gestão, 10 Relatórios das atividades educativas e 11 Protocolos e Manuais. Os documentos selecionados passaram por um processo de levantamento das unidades de análise e, em seguida, definição das categorias de análise, durante fevereiro e maio de 2015. Os documentos foram identificados pelas suas iniciais, seguido do ano de publicação e número da página, da qual o determinado trecho ou segmento foi retirado.

Para a seleção dos entrevistados foi utilizada a técnica 'bola-de-neve' (HECKATHORN, 2011), na qual participante inicial foi escolhido por conveniência, devido à íntima relação com o foco de estudo; em seguida, ele indicou o segundo entrevistado, que indicou o terceiro, e assim sucessivamente, até que se atendeu ao objetivo da pesquisa.

Assim, participaram do estudo 16 gestores municipais de saúde, todos do sexo feminino, com idades variando entre 31 e 54 anos (média 45,9 anos), com formação profissional na área da saúde, sendo: 10 enfermeiras, duas farmacêuticas, duas psicólogas, uma nutricionista e uma odontóloga. No que tange ao grau de escolaridade, todos os profissionais possuíam especialização *Latu-sensu* e quatro possuíam especialização *Stricto-sensu*, sendo três em nível de mestrado e uma de doutorado. Os profissionais exerciam função de gestão ou coordenação de

programas de saúde, com tempo de trabalho variando entre 03 e 27 anos (média 18,7 anos). As entrevistas ocorreram durante o mês de dezembro de 2014, utilizando um roteiro semiestruturado. Foram transcritas na íntegra e analisadas segundo análise de conteúdo temática, seguindo etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (BARDIN, 2011). As entrevistas foram identificadas com a letra E, de entrevistado, seguido de número arábico referente à ordem de realização das entrevistas.

As categorias de análise dos documentos foram agrupadas às categorias temáticas de Bardin (BARDIN, 2011) dando origem às categorias de análise temática. Posteriormente, as categorias foram analisadas face à teoria dialética e hegemônica de Gramsci (GRAMSCI, 1981) e à teoria libertadora de Freire (FREIRE, 2011).

Gramsci e Freire são pensadores teóricos contemporâneos marxistas, e nesse estudo são debatidos seus pensamentos em relação ao materialismo dialético. As reflexões pautaram-se na educação enquanto prática social, que são consideradas como manifestações humanas, e por meio delas o ser humano evolui em relação ao conhecimento e à racionalidade, tanto social como cultural (VIVERO-ARRIAGADA, 2014; CRUZ, BIGLIARDI, 2014).

A pesquisa foi realizada seguindo as diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e resolução Complementares. Possui parecer favorável do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Número: 897.950/2014 - CAAE: 38820914.4.0000.0104), e do órgão competente da Secretaria Municipal de Saúde.

Resultados e Discussão

As análises evidenciaram práticas educativas hegemônicas, contra-hegemônicas e libertadoras no âmbito da saúde, retratadas em duas categorias e subcategorias temáticas articuladas de forma reflexiva com o princípio da hegemonia ideológica de Gramsci (GRAMSCI, 1981) e da libertação de Freire (FREIRE, 2011), que passarão a ser apresentadas e discutidas:

Categoria 1: A hegemonia da teoria e da *práxis* nas práticas educativas em saúde é caracterizada por correntes tradicionais de gestão e educação

A hegemonia se mantém pela dominação, não somente econômica, mas também ideológica e cultural. Nesse sentido, os movimentos hegemônicos são mutáveis e adaptáveis às lutas e reivindicações das classes subalternas, como estratégias para manter o equilíbrio estrutural e o poder (GRAMSCI, 1981; BARATTA, 2011).

Nesse sentido, no campo da educação e saúde, evidenciou-se que a força hegemônica esteve presente na gestão municipal de saúde, ancorando conceitos e práticas educativas, tanto na sua organização, quanto na sua execução.

Subcategoria 1.1: Hegemonia da gestão na organização das práticas educativas

A gestão em saúde influencia o planejamento das atividades educativas, pois *[...] atualmente no início do ano nós fazemos toda a programação de capacitações.* (E9), visto que *as atividades educativas sempre estão voltadas a atender o que a política solicitava naquele momento, [...] sempre tem a diretriz da política, o que o ministério preconiza.* (E13).

Os recortes apresentam que a gestão em saúde ainda está ancorada em métodos e estratégias de gestão tradicionais, procedentes da teoria clássica da administração, e que são calcados em ações centralizadoras, hierarquizadas e burocratizadas, tornando a capacidade gerencial distante das necessidades reais e complexidade do setor saúde (LORENZETTI et al, 2014). As práticas tradicionais, ainda hegemônicas, possuem ‘força’ pela sutileza com que impõem sua ideologia, por vezes distanciada da realidade e voltada aos anseios dos governantes (BARATTA, 2011).

Essa influência da administração tradicional está muito presente na organização das atividades educativas, expressa pela normatividade no planejamento das ações que são desenvolvidas anualmente e propostas pelos profissionais gestores.

Segundo os *profissionais [...] o foco hoje é educar em serviço e a educação da população é a construção do SUS. Não tem outro jeito, porque hoje, com a globalização, as atualizações vêm tão rapidamente, e se você não abraçar essa perspectiva e não contempla-las na sua planilha de ações, no seu plano de gestão, no seu planejamento anual, passa batido.* (E2). Nota-se que a educação encontra-se inserida como um instrumento de gestão, não na sua essência como uma atividade

de construção de saberes e práticas, mas direcionada a atender cobranças políticas em detrimento de sua relevância social e política.

Os gestores referem que a Secretaria possui um órgão específico para o planejamento das atividades, e este se apresenta como um dispositivo que, para eles, facilita o processo de trabalho: *Os cursos e as capacitações são vinculados a um setor específico e, anualmente nós encaminhamos para esse setor quais são as nossas necessidades de capacitações. Nós enquanto gestores, para os servidores.* (E11), pois *Aqui (na secretaria de saúde) tem uma facilidade que é ter um setor específico que organiza todas as atividades.* (E2). Dessa forma, *esse setor deve elaborar plano anual de necessidades de pessoal para as unidades, serviços e Equipes de Saúde da Família, contemplando todas as unidades e serviços de apoio, apresentando ao Conselho Municipal de Saúde.* (RAG 2012, p.52).

Delegar a um setor e a um estrato profissional a organização das práticas educativas permite reforçar o caráter hegemônico presente na ideologia destes gestores que, supostamente, possuem distanciamento da realidade e da prática dos serviços de saúde, dificultando que as ações tenham direcionamento às necessidades e especificidades dos profissionais e da população. Ao possuir consciência do resultado de suas ações e, por meio dessa consciência, vislumbrar no mundo subjetivo o que desejam produzir no mundo real (CRUZ; BIGLIARDI, 2014), esses gestores estabelecem a lógica dominante da sua ideologia. O planejamento, por certo, não é imparcial e neutro, mas nesse contexto expressa a dominação. Nesse sentido, hegemonicamente, o planejamento não favorece a libertação, visto que o processo de libertação se dá através da tomada de consciência crítica, ou seja, a capacidade de ver o mundo e sua realidade com criticidade cultural e política, através da ação e da reflexão sobre a mesma (FREIRE, 2011).

Planejar ações anuais e delegar a um serviço/grupo profissional o papel de organizá-las evidencia o caráter de gestão tradicional e das relações de poder no processo de trabalho, fato que se relaciona com a comum relação de imposição cultural e ideológica (GRAMSCI, 1981; BARATTA, 2011) factível nesse estudo. Dessa forma, toda relação de hegemonia, no qual um estrato possui ideologia dominante e poder, nesse caso organizacional, tem seu caráter impositivo e de dominação, mesmo que o mesmo seja sutil e imperceptível aos envolvidos

(GRAMSCI, 1981), como na definição doutrinada por regulamentos, protocolos, manuais e todas as outras formas de direcionamento da *práxis*.

Uma classe hegemônica, por ser dirigente e dominante ao mesmo tempo (GRAMSCI, 1981; BARATTA, 2011), organiza as práticas e exerce sua supremacia através do “domínio” da “direção intelectual e moral”, tal qual feito pela gestão municipal em saúde. Esse direcionamento intelectual e moral repercute negativamente na configuração de coletivos, pois subestima os saberes e práticas individuais, desvaloriza suas crenças e conhecimentos e enaltece o saber dominante, de forma a impedir os movimentos de reflexão e criticidade, que levariam à libertação (FREIRE, 2011).

Subcategoria 1.2: Desenvolvimento de atividades educativas por meio da abordagem da pedagogia tradicional

A hegemonia na organização das atividades educativas imbuída dos preceitos da administração tradicional reflete no seu desenvolvimento marcado por uma abordagem pedagógica vertical, tradicional ou bancária. Assim, evidenciamos que a hegemonia das práticas educativas tradicionais está presente constantemente nos discursos, seja quando relata atividades educativas com população, como com os profissionais, ilustrada nas falas a seguir: *Em alguns momentos fazemos atividades de capacitação mesmo, dentro de auditório, chamando algumas pessoas para fazer ministrações, palestras. Na realidade a maioria das vezes é dessa forma. (E9); Possuem-se metas: Realizar 1 capacitação anual para implantação da Rede de Atenção às Doenças Crônicas. (PAS 2014, p.14). Lembrando que a população também pode ser chamada em alguns momentos de educação em saúde, nós pensamos apenas no nosso profissional, mas a nossa população tem que ser educada também para ela ter a corresponsabilidade dela, em relação à prática, em manter a saúde. (E1)*. A segunda fala evidencia o caráter de transmissibilidade do conhecimento e da responsabilização do sujeito pelo seu processo de adoecimento, pois, por vezes a educação em saúde é confundida como prevenção da saúde.

A hegemonia de correntes tradicionais dá-se pelas práticas pedagógicas onde as novas gerações entram em contato com as práticas e experiências das antigas gerações, absorvem seus valores historicamente construídos sem o processo de reflexão, amadurecimento e desenvolvimento de uma personalidade própria, histórica e culturalmente superior (GRAMSCI, 1981; ALVES, 2010). A adoção de

práticas educativas tradicionais no contexto desse estudo pode, certamente, encontrar alicerces nessa lógica de manutenção de correntes pedagógicas dominantes.

A abordagem pedagógica tradicional, pautada na transmissão do conhecimento, ainda não foi superada, especialmente no âmbito escolar e no seu entorno, como nas práticas educativas em saúde, mostrando-se um modelo bastante consolidado. Nessa abordagem impõe-se, como forma de aprendizagem, a repetição (BALDISSERA, 2011). Assim, mostra-se como uma importante ferramenta de alienação e garantia de manutenção das ideias, conceitos e práticas dominantes.

Os discursos dos participantes evidenciaram a influência dessa abordagem por meio de linguagem pelo qual descreviam as ações educativas e o processo de ensino-aprendizagem. Os termos frequentemente utilizados pelos depoentes e autores dos documentos que explicitam essa inferência foram: transmissão, capacitação e palestras. O termo 'capacitação' foi recorrente e esteve presente 578 vezes no conteúdo analisado: 19 nas entrevistas e 559 nos documentos. Cabe ressaltar que a linguagem é o contíguo da cultura e da filosofia, dessa forma ela orienta as abordagens e correntes ideológicas (GRAMSCI, 1981).

As narrativas demonstram que as capacitações são organizadas por temas pontuais e sem relação com a prática, mais voltados às necessidades da gestão. Essas falas apontam o direcionamento temático: *Com os profissionais eu acho que ainda está muito focado na educação continuada, chamá-los para participar de cursos, as palestras possuem temas, ainda são muito focados [...] principalmente aqui na epidemiologia, falamos por doença, por agravo. Exemplo: hoje vamos falar da AIDS, semana que vem Tuberculose, é muito focado e separado [...].* (E3). Nas atividades com a população, as falas demonstram a mesma descontextualização com as necessidades reais, pois *eles [trabalhadores das unidades básicas] fazem "sala de espera", durante o próprio atendimento educam, através de grupos de discussões de diversas patologias, de assuntos programáticos, através de atividades relativas às datas comemorativas, relacionado ao dia mundial de saúde, mês de prevenção a obesidade infantil e alguns eventos, basicamente dessa forma.* (E5).

A realidade na qual a pessoa está inserida, seus anseios e práticas, devem ser o *lócus* da atividade educativa, bem como a linha norteadora das temáticas educativas a serem abordadas. Somente se constroem novos conhecimentos a partir de novos olhares para a realidade, pois através da reflexão crítica da mesma

se chega à libertação, mas para isso os homens precisam estar em conjunto (FREIRE, 2011).

Predominantemente, a educação em saúde é realizada em determinados momentos em que a comunidade se concentra em grupos específicos, conforme os excertos a seguir: *No âmbito das práticas educativas com a população, houve um incentivo muito maior por parte da gestão, pelos próprios indicadores, que tem que desenvolver. Nós temos o compromisso de cumprir esses indicadores, de desenvolver com a educação em saúde, com as atividades em grupo.* (E8); As atividades educativas englobam as metas do planejamento, pois é preciso *realizar orientações nutricionais e sobre atividades físicas, aos participantes dos grupos programáticos em todas as unidades, por meio dos profissionais em 100% NASF.* (PAS 2013, p.13); *Realizar capacitação dos profissionais das unidades para a formação dos grupos; Construir instrumentos de avaliação e monitoramento dos grupos.* (RAG 2009, p.09). Dessa forma, *hoje estamos trabalhando muito em grupos educativos que são estabelecidos por condições de saúde, essas ações tem que ser feitas, mas essa forma de grupo muitas vezes não atinge nossos indicadores* (E7).

A formação de tais grupos é orientada pelo Ministério da Saúde (MS) e as ações educativas são programadas de acordo com as "datas comemorativas" estabelecidas nacionalmente, isto é, dias em que são realizadas ações em massa relacionadas a determinados problemas. As temáticas, portanto, são genéricas, sem fundamentar-se em peculiaridades e necessidades do território, o que indica que as ações educativas são fortemente orientadas por um programa predefinido.

Assim, as temáticas tratadas nas ações educativas se voltam para o preventivismo, focadas nas doenças mais prevalentes ou com os cuidados com a terapêutica, sobretudo, medicamentosa. Essa abordagem é condizente com o modelo educacional tradicional, vinculado a uma visão biologicista e positivista (BALDISSERA, 2013), reforçando seu caráter hegemônico.

Os chamados grupos de educação em saúde comumente são organizados para transmissão de informação, centradas em doenças, com concepções pedagógicas tradicionais que fragilizam a integração e discussão coletiva, ainda predominante. Em geral, são também desenvolvidos com poucas condições materiais e escasso apoio da gestão. Estes não permitem a problematização e construção coletiva de saberes e práticas, tampouco a autonomia dos participantes (FORTUNA et al, 2013). Nesse sentido, esses grupos podem ser formas de

dominação e controle, por estimular e direcionar comportamentos e práticas, seguindo a ideologia intelectual e moral de seus idealizadores (GRAMSCI, 1981; ALVES, 2010).

Dessa forma, os gestores ressaltam que *a população [...] é acomodada, ela tem que entender que tem o papel dela e, eu acho que a minha dificuldade é mais lidar com a pessoa do que montar as atividades, ir atrás de alguém para dar uma capacitação.* (E1); *Vejo que a população tem um conhecimento muito maior hoje sobre a saúde, mas ela não faz, não desenvolve algumas coisas, muitas vezes porque não quer, porque não assimila aquilo como importante.* (E8) ou *porque a população [...] busca mais o atendimento curativo.* (E5). *Com relação à educação em saúde para a população, observa-se uma falta de adesão da mesma aos grupos informativos e às medidas protetivas.* (PMS 2010-2013, p.30) Essa postura revela afastamento e verticalização do processo educativo, evidenciando também o preventivismo e a responsabilização, pois desvaloriza os saberes dos grupos, por meio da culpabilização, mantendo a hegemonia e o poder do grupo dominante (GRAMSCI, 1981; BARATTA, 2011; ALVES, 2010) e engrandecendo o seu saber. Nessa direção, reforçam a hegemonia das práticas em saúde centradas na doença e no preventivismo.

Nesse sentido, os profissionais e a população, desvalorizados e desacreditados em seus saberes e práticas, são levados a assumir uma postura de subordinação com relação à gestão, e a adotar a concepção do mundo deste, mesmo que ela esteja em contradição (GRAMSCI, 1981) com a sua realidade de vida ou trabalho.

Culpabilizar as pessoas pelas suas condições de vida e saúde, traduz um modelo hegemônico na saúde, fortemente influenciado pelo sanitarismo e pelo higienismo. O conhecimento sobre risco, apresentado no relatório Lalonde, em 1974, iniciou o movimento de prevenção de doenças direcionadas aos grupos com mais alto risco, visando reduzir à exposição a riscos específicos para indivíduos através de mudanças comportamentais levando à culpabilização da vítima por não aderir às ações (SOUSA; FRANCO; MENDONÇA, 2014).

Ademais, esta concepção do mundo imposta mecanicamente é desprovida de consciência crítica e coerência, é desagregada e ocasional. Assim a adoção acrítica de uma concepção do mundo de outro grupo social, resulta um contraste entre o pensar e o agir do indivíduo e o imposto, levando à coexistência de duas

concepções do mundo, a do indivíduo e a imposta pela sociedade hegemônica, que se manifestam nas palavras e na ação efetiva (BARATTA, 2011; ALVES, 2010).

Romper com essa lógica é um processo moroso, por envolver mudança não somente no paradigma de saúde, mas de adoecer, de cuidar e, especialmente, de educar. O modelo de ensino vigente no país segue a lógica autoritária e de transmissão do saber, sendo esse o modelo no qual os profissionais foram formados, dificultando o processo de mudança no cuidar e no promover saúde. O modelo autoritário, normativo e mecânico de ensino é reforçado pelo capitalismo e pelo neoliberalismo vigentes (WANDERLEY, 2010).

O valor das atividades grupais está colocado pela concepção de que os homens aprendem em conjunto. Contudo, para serem efetivas, devem ser espaços para o desenvolvimento de papéis e valores, devem estimular trocas e compartilhamento de saberes e práticas (FREIRE, 2011).

Categoria 2: Reflexões teóricas das práticas contra hegemônicas: um caminho em construção

Os movimentos contra-hegemônicos são sutis e discretos, desenvolvem-se lentamente por meio da contradição, até que a transformação real e visível aconteça. Nesse momento, transcende-se o fenômeno e este se torna outro, não mais semelhante em sua essência⁵. Esses movimentos somente desenvolvem-se pelos homens organizados em conjunto, reconhecedores de seu contexto e reflexivos em sua realidade (GRAMSCI, 1981; FREIRE, 2011). Esses movimentos foram sutilmente observados na realidade pesquisada.

As mudanças nos padrões hegemônicos necessitam, primeiramente, da consciência da existência de outras formas de ação e de organização em saúde. As correlações de poder devem ser substituídas por relações de autonomia e parceria entre as classes. Para tal é necessária a construção da consciência crítica coletiva, caminhando na direção da autogestão e de uma consciência autônoma. Esses movimentos não são simples, por envolverem relações de poder e dominação historicamente hegemônicas (GRAMSCI, 1981; ALVES, 2010). Apreendemos, nessa direção, que novas construções educativas estão surgindo no município.

Subcategoria 2.1. Estratégias da gestão para estimular a mudança

As narrativas apontam avanços na autonomia do município, evidenciando práticas em saúde contra-hegemônicas. Segundo os participantes, *antes de 2006 [...] as capacitações aconteciam de acordo com o estado, depois de 2006, nós desenvolvemos as nossas políticas em cima da necessidade da nossa população, nós levantamos as necessidades e elaboramos alguns protocolos.* (E1); *Então, com a municipalização, acredito que o município assumiu mais a responsabilidade de realizar a capacitação dos profissionais, com assessoria do estado, mas com maior autonomia.* (E7) *Conseguimos desenvolver os protocolos de acordo com a necessidade da população, estar mais próximos dos profissionais e trabalhar com cogestão. O objetivo não é impor um protocolo, uma educação, mas fazer que esse funcionário construa material e refletir sobre a importância dele estar mudando todo o processo e a prática.* (E5).

Ainda no sentido de fortalecer a educação em saúde participativa, o município tem mobilizado esforços para a construção de ações e programas locais voltados às necessidades da população, não abrangentes nas ações ministeriais, por meio de protocolos e manuais municipais. Estes são construídos e/ou adaptados à realidade local, por uma comissão multiprofissional composta por funcionários da Secretaria Municipal de Saúde (gestão e assistência) e docentes das instituições de ensino superior do município. A presença contra-hegemônica dos profissionais de saúde na elaboração dos protocolos, para além dos gestores, reforça as concepções de Gramsci de que todo homem é um intelectual (GRAMSCI, 1981), nesse sentido valoriza os saberes dos profissionais.

Dessa forma, nota-se que a gestão nacional de saúde tem estimulado ações para a cogestão, seguindo os princípios da descentralização do SUS, ofertando aos municípios, a oportunidade de organizar suas atividades pautadas nas necessidades e realidades locais. Essa lógica rompe com modelos tradicionais de administração e vai ao encontro à construção de novas práticas, instaurando a contra-hegemonia.

Os protocolos são elaborados considerando a realidade do serviço, no que tange os recursos humanos, materiais, físicos e organizacionais, de forma que a teoria não se distancie da prática, e realmente auxilie no processo de trabalho local. A correspondência entre os interesses e as necessidades dos profissionais e do serviço, é um elemento fundamental no processo de construção desses materiais, pois a qualidade das informações, a adequação da linguagem, o vocabulário claro e de fácil compreensão, são aspectos relevantes e influenciam na qualidade e

efetividade dos protocolos enquanto material educativo (REBERTE; HOGA; GOMES, 2012), bem como possibilita mudanças de práticas de saúde.

O processo de mudança efetivo deve pautar-se primordialmente na valorização da linguagem e desenvolvê-la alicerçada em uma bagagem intelectual do homem-coletivo, com base idêntica e comum de concepção de mundo (GRAMSCI, 1981). Nesse sentido, a construção coletiva de um material voltado à realidade dos próprios atores é caminho viável para uma mudança efetiva no agir e pensar em saúde.

Incidados pela realização dos próprios manuais e protocolos, a gestão municipal estimulou a autonomia dos serviços de saúde locais, conforme narrativa: *Hoje nós temos buscado muito mudanças [...] nos temos várias propostas e estamos tentando mudar esse processo [de planejamento]. Temos tentado fazer com que as unidades e os serviços façam [planejamento de atividades educativas] de iniciativa própria, que eles consigam visualizar as necessidades do serviço e do processo de trabalho deles [...]* (E9).

A autonomia leva à emancipação e ao empoderamento do outro que, após adquirir a sua independência, estimula a dos demais. Contudo, planejar suas próprias ações exige dos profissionais e serviço criticidade. Pois estes precisam tomar consciência do mundo ao qual se relacionam e refletir sobre o mesmo, passando da consciência ingênua, econômico-corporativa, para a consciência crítica, ético-política, dos processos de dominação e de poder no qual estão inseridos. Assim, somente em comunhão conseguirão reorganizar a *práxis* e alterar os movimentos de dominação, inserindo-se no bloco ideológico, para isso exige-se um processo de busca do próprio profissional e de uma reorganização dos processos de trabalho (GRAMSCI, 1981; FREIRE, 2011; SILVA et al, 2011).

A construção da consciência crítica coletiva permitiu que a gestão concebesse as práticas educativas como estratégias de autonomia e emancipação. Conforme afirmam os gestores, as atividades com a população iniciaram-se em *setores que tinham hipertensos e diabéticos, começamos a fazer grupos mais formais e a trabalhar educação e saúde com a comunidade.* (E10) Contudo, *o foco hoje, é você colocar a autonomia para esse paciente, informar para ele que medicação vai estar aqui nessa consulta e que o grupo é outra coisa, é uma promoção, é uma educação para qualidade de vida, essas coisas. Estamos fazendo isso?! Não muito! Ainda não muito!* (E2), mas para possibilitar processos educativos

é necessário que se atente para o fato que [...] *you make your orientations turned towards you, and this makes you seem like a record. You bring that knowledge and play for your user and don't want to know if that is being assimilated or not, and this is not education in health, this is not an exchange between user and professional, [...] you are playing with knowledge, but the other is not receiving that knowledge, because it is not simply receiving a knowledge, you have to assimilate the knowledge. And for him to assimilate, he also has to be part of his life context.* (E9)

Assim, uma gestão que direciona as ações considerando os seus desejos, da população, profissionais e serviços que ele gerencia, se faz a principal forma de romper, realmente, com as práticas hegemônicas e alcançar a contra hegemonia na gestão das práticas educativas em saúde (GRAMSCI, 1981; FREIRE, 2011).

Subcategoria 2.2: Disposição à mudança nas práticas educativas em saúde

Os gestores percebem que as práticas educativas estão em construção, entretanto o caminho para uma mudança global deve pautar-se, inicialmente, na *práxis* (GARISTA et al, 2015). A percepção de outras formas de agir já é precursora do processo de mudança.

As mudanças só ocorrem se desejadas pelas pessoas envolvidas. Por meio do debate da realidade e da consciência crítica todos têm a capacidade de promover grandes mudanças (GRAMSCI, 1981). Nesse sentido, são perceptíveis novos olhares dos gestores às práticas educativas em saúde. Eles notam que em relação à *questão de educação permanente, ela ainda está bem longe, ainda temos muito que fazer [...] se diretrizes de gestão estivessem efetivamente acontecendo, seguindo o que a gestão preconiza; que é a educação permanente, eu acho que seria melhor.* (E3); Contudo, *a Secretaria de Saúde tem buscado a implantação gradativa da Educação Permanente em Saúde [...].* (PMS 2014-2017, p.33). Dessa forma, *com o passar dos anos acho que nós ainda temos muito a evoluir ainda, mas estamos caminhando para a educação permanente.* (E1).

Desta forma, alguns profissionais, ampliando o olhar do cuidado em saúde, consideram que *a educação em saúde com a população não tem hora, não tem local e ela não tem quem é que vai fazer isso, até no corredor eu posso abordar uma pessoa, eu posso fazer esse contato com ela, identificar alguma necessidade.* (E1) E que *“A prática educativa está no seu dia-a-dia, na tua conversa, no teu acolhimento,*

na forma de assistência. (E14); A gente tem que ver o individual, mas nunca esquecer o coletivo, de capacitar nossa população, de empoderar, de fazer com a saúde da família faça o autocuidado apoiado, mostrar para a família que eu estou aqui do lado, eu tenho que ter a longitudinalidade do cuidado.” (E1). Assim, altera-se a visão hegemônica e a educação começa a ser entendida como processo contínuo e transversal às práticas de saúde (LORENZETTI et al, 2014; FORTUNA et al, 2013).

A educação em saúde possui perspectiva teórica orientada para a prática educativa e o trabalho social emancipatórios, almejando a promoção da autonomia das pessoas, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa e à superação das desigualdades sociais. Nesse sentido, suas ações não se concretizam apenas em momentos grupais específicos, mas sim, na organização do serviço de saúde, na forma de cuidar e nas relações entre as pessoas, através da valorização da cultura popular, viabilizada pelo respeito às iniciativas, ideias, sentimentos e interesses de todas as pessoas (GRAMSCI, 1981; GARISTA et al, 2015). Os gestores compreendem que toda a mudança tem seu tempo e que a mesma é necessária para efetivar a educação em saúde, tanto que todos relatam que o processo está em construção.

Nessa compreensão de inacabamento, os participantes do estudo afirmam: *Porque você vai fazer um grupo de hipertenso, além da educação, você tem que estimular ele à sua autonomia, ele tem que conhecer a sua doença e ter o autocuidado e a corresponsabilidade (E10), pois, a educação é para você fazer com que um profissional mude, transforme, melhore a sua prática ou que a população venha mudar o comportamento, mudar suas práticas, seus hábitos de vida, eu vejo dessa forma. (E9);* Os gestores ressaltam que a *visão que se tem que ter hoje, é de trabalhar com grupos, fazendo promoção da saúde. (E3)* e que *A vigilância em saúde possui uma ação educativa muito forte com a população, pois se têm que educar a população para a questão da promoção da saúde e da prevenção de doenças. (E7).*

Valorizando a construção coletiva e constante de saberes e práticas, os participantes conseguem vislumbrar a necessidade de mudanças no processo de educação em saúde, para que este estimule a autonomia e ressaltam as práticas educativas como fundamentais para a promoção da saúde da população. A promoção da saúde não pode ser entendida como um conjunto de procedimentos

para reduzir os riscos de doenças, pois este conceito se trata de prevenção, e ao focar os fatores de risco restringe-se a visão dos determinantes sociais, voltando maior atenção às doenças do que à saúde e ao indivíduo (SOUZA et al, 2014; BRASIL, 2010). Nesse sentido, as ações estratégicas, direcionadas pelo MS, impedem o cuidado integral, equânime, resolutivo, humanizado e dialógico (SOUZA et al, 2014; BRASIL, 2010).

Os valores e princípios das práticas educativas populares implicam em considerar que estas contribuem significativamente para a promoção da autonomia do cidadão no que se refere à sua condição de pessoas de direitos, corresponsáveis pelos seus projetos de saúde e modos de estar na vida (BRASIL, 2010). Nesse sentido, a reorganização só se efetiva se for precedida por mudanças de mentalidade, assim as mudanças devem iniciar-se nos teóricos e nos influentes (GRAMSCI, 1981; ALVES, 2010; MAGLARAS, 2013), representados aqui pelos gestores municipais.

Destarte, as práticas educativas devem ser constantes, dinâmicas e aliadas ao trabalho, não devem ser uma coisa distante do que é o dia-a-dia, por que senão, as pessoas vêm, ouvem uma coisa ideal e chegam ao trabalho e não conseguem aplicar, a gente tem que se esforçar para fazer uma coisa bem próxima da realidade, próxima da necessidade que os profissionais sentem, para que realmente tenha efeito (E6). Deve-se buscar fazer a educação dentro do próprio trabalho, no momento em que eles estão trabalhando, realizar troca de experiência dentro do próprio ambiente de trabalho deles, entre os profissionais que estão inseridos no trabalho, não tirar do ambiente de trabalho deles para trazer gente de fora, a não ser que seja uma coisa bem específica, seja alguma coisa assim uma novidade (E9). Tem momentos de educação continuada, tem, de revisão de protocolo, vai ter, mas caminhar sempre, porque a política nacional da educação básica fala, educação permanente em lócus, mais perto da comunidade. (E1). Assim, para sintetizar, eu percebo que teve uma evolução muito grande no sentido de aproximação com o trabalhador, hoje, aqui na secretaria, nós temos entre as obrigações a facilidade de usar a educação com os trabalhadores para a mudança nas condições de trabalho. (E2).

Em contrapartida a tantos avanços, cabe ressaltar que a confusão nos conceitos educativos é evidente, conforme o recorte a seguir: *Acredito que a forma de transmitir o conhecimento está um pouco mais ativa, ao invés de palestras tem*

sido feito oficinas, levando o participante a pensar mais e construir um conhecimento em conjunto e não só aceitar aquilo que eles estão ouvindo, acho que a metodologia tem sido mais ativa. (E6). Apesar de tentar expressar uma abordagem pedagógica mais aberta e participativa o recorte traz conceitos da pedagogia tradicional, evidenciando a força dessa abordagem na cultura educacional. A dificuldade em definir as características das diversas abordagens pedagógicas causa confusão não somente conceitual, mas também, prática no momento de operacionalizar as atividades educativas (SILVA-ARIOLI et al, 2013), podendo ser entraves para efetivamente romper com a lógica hegemônica.

A consciência crítica só será obtida através de uma disputa de hegemonias contrastantes, primeiro no campo da ética, depois no âmbito político, culminando, finalmente, na elaboração de uma concepção do real e única (GRAMSCI, 1981). Assim, as mudanças nos conceitos, nas concepções e nas ideologias são necessárias para a alteração na *práxis* da gestão e da educação em saúde, iniciando pelos atores responsáveis para a consolidação da educação e saúde no SUS, os profissionais.

Considerações Finais

Esse estudo apreendeu que a hegemonia da *práxis* educativa em saúde é reforçada por correntes tradicionais de gestão e educação. As gestões municipal, estadual e federal são responsáveis pela organização das práticas educativas, configurando-as de forma vertical e dominante. A abordagem pedagógica tradicional é a principal abordagem utilizada para o desenvolvimento das atividades educativas, seja com os profissionais ou com a população.

Entretanto, nota-se que os profissionais da gestão possuem momentos de reflexão sobre sua *práxis*, lançando mão de práticas contra-hegemônicas. Esses momentos são estimulados pela gestão por meio de políticas e programas e versam, sobretudo, sobre a mudança de práticas de educação em saúde e paradigmas educativos. Os profissionais envolvidos mostram abertura e desejo de mudança, de modo que as práticas educativas se encontram em construção no município, porém em ritmo lento, motivado em parte, por confusões de ordem conceitual, que se repercutem na *práxis*.

Os participantes preocupam-se com o desenvolvimento de práticas educativas inovadoras e reconhecem suas dificuldades. O município encontra-se

desenvolvendo práticas educativas hegemônicas, mas avançando na construção de práticas educativas contra hegemônicas e libertadoras.

Referências

ALVES, A. R. C. O conceito e hegemonia: de Gramsci a Laclau e Mouffe. *Lua Nova*, São Paulo, v. 80, p. 71-96, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n80/04.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

BALDISSERA, V. D. A. Modelo radical de educação em saúde: possibilidades e desafios. *Cienc. Cuid. Saude*, Maringá, v.10, n.1, p. 7-12, jan./mar. 2011. Disponível em:<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15692/pdf>>. Acesso em: 4 ago. 2015.

BARATTA, G. **Antonio Gramsci em contraponto**: diálogos com o presente. Trad. Jaime Clasen. São Paulo: Ed. da Unesp, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF, 2006.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008. p. 295-316.

CRUZ, R. G.; BIGLIARDI, R. V. A dialética materialista de Paulo Freire como método de pesquisa em educação. **Conjectura**: Filos. Educ., Caxias do Sul, v.19, n. 2, p. 40-54, maio/ago. 2014.

FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B.; CAMARGO-BORGES, C.; KAWATA, L. S.; MISHIMA, S. M. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, jul./ago. 2013. 08 telas. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0990.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

GARISTA, P.; SARDU, C.; MEREU, A.; CAMPAGNA, M.; CONTU, P. The mouse gave life to the mountain: Gramsci and health promotion. **Health Promot. Int.**, Eynsham, v. 30, no.3, p.746-55, 2015. Disponível em: <[10.1093/heapro/dau002](https://doi.org/10.1093/heapro/dau002)>. Acesso em: 15 set. 2015.

GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Moderna, 1981.

HECKATHORN, D. D. Comment: Snowball versus Respondent-Driven Sampling. **Sociol. Methodol.**, Bethesda, v. 41, no.1, p. 355-366, 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9531.2011.01244.x/full>>. Acesso em: 18 jul. 2015.

LORENZETTI, J.; LANZONI, G. M. M.; ASSUITI, L. F. C.; PIRES, D. E. P.; RAMOS, F. R. S. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-425, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.index-f.com/textocontexto/2014/23222.php>>. Acesso em: 29 jul. 2015.

MAGLARAS, V. Consent and submission: Aspects of gramsci's theory of the political and civil society. **SAGE Open**, [S.l.], p. 1–8, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://sgo.sagepub.com/content/spsgo/3/1/2158244012472347.full.pdf>> Acesso em: 30 ago. 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica: ciência e conhecimento científico, métodos científicos, teoria, hipóteses e variáveis, metodologia jurídica**. São Paulo: Atlas, 2011.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n.1, jan./fev. 2012. 8 telas. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_14.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2015.

SILVA, L. A. A.; FRANCO, G. P.; LEITE, M. T.; PINNO, C.; LIMA, V. M. L.; SARAIVA, N. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 340-348, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200017&lng=pt>. Acesso em: 29 jul. 2015.

SILVA-ARIOLI, I. G.; SCHNEIDER, D. R.; BARBOSA, T. M.; ROS, M. A. Promoção e educação em saúde: uma análise epistemológica. **Psicol. Ciênci. Prof.**, Brasília, DF, v. 33, n. 3, p. 672-687, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n3/v33n3a12.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2015.

SOUSA, M.F.; FRANCO, M.S.; MENDONÇA, A.V.M. **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014.

VIVERO-ARRIAGADA, L.A. A reading from Gramsci of Paulo Freire's thought. **Cinta de moebio.**, Santiago. n.51, p.127-136, 2014. Disponível em: <<http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/51/vivero.html>>. Acesso em: 23 set. 2015.

WANDERLEY, L.E.W. **Educação popular: metamorfoses e veredas**. São Paulo: Cortez, 2010.

5.3 MANUSCRITO 2

A EDUCAÇÃO NA SAÚDE: PERCURSO DE UM CAMINHO EM CONSTRUÇÃO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD: CAMINO DE UNA CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS

HEALTH EDUCATION: PATH OF A ROAD UNDER CONSTRUCTION

RESUMO: Objetivou-se analisar a evolução histórica da educação na saúde. Tratou-se de pesquisa social aplicada, de caráter qualitativo, descritivo e exploratório, desenvolvida em um município polo de saúde localizado a noroeste do estado do Paraná-Brasil. A coleta e análise dos dados se deram por duas técnicas: pesquisa documental, com 47 documentos da gestão municipal; e entrevistas, com os 16 gestores municipais de saúde. Os dados foram debatidos à luz das premissas da educação dialógica de Freire. A pesquisa foi realizada seguindo os preceitos éticos vigentes. Os resultados do estudo são apresentados nas seguintes categorias temáticas: Práticas de educação na saúde em processo de superação; Práticas de educação na saúde atuais; e Práticas de educação na saúde em construção. A educação na saúde no município em questão está em um processo de constante construção e caminha para a efetivação da educação permanente.

Palavras-chave: Educação Continuada; Pessoal da Saúde; Educação.

RESUMEN: El objetivo de analizar la evolución histórica de la educación en salud. Se aplica la investigación social, carácter cualitativo, descriptivo y exploratorio, se convirtió en un polo de salud municipio situado al noroeste del estado de Paraná-Brasil. La recogida y análisis de los datos fueron mediante dos técnicas: investigación documental, con los documentos de gestión municipal 47; y entrevistas con los directores municipales de salud 16. Los datos fueron discutidos a la luz de las premisas de la educación dialógica de Freire. La encuesta fue realizada siguiendo los preceptos éticos. Los resultados del estudio se presentan en las siguientes categorías temáticas: prácticas de Educación de la salud en el proceso de superación; Prácticas de Educación de salud actuales; y prácticas de educación para la salud en la construcción. Educación para la salud en el municipio en cuestión se encuentra en un proceso de constante construcción y camina a la terminación de la educación permanente.

Palabras-clave: Educación Continua; Personal de Salud; Educación.

ABSTRACT: The objective of analyzing the historical evolution of education on health. It is applied social research, qualitative, descriptive and exploratory character, developed in a municipality health pole located to the Northwest of the State of Paraná-Brazil. The collection and analysis of data were by two techniques: documentary research, with 47 municipal management documents; and interviews with the 16 municipal health managers. The data were discussed in the light of the premises of the dialogical education of Freire. The survey was conducted following the ethical precepts. The results of the study are presented in the following thematic

categories: health education practices in the process of overcoming; Current health education practices; and health education practices in construction. Health education in the municipality in question is in a process of constant construction and walks to the completion of the permanent education.

Keywords: Education, Continuing; Health Personnel; Education.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), em constante construção, somente é capaz de desenvolver-se por meio de um processo permanente de formação profissional que coadune com seus princípios e diretrizes. As práticas educativas voltadas aos profissionais de saúde, que têm sido denominadas de educação na saúde (FALKENBERG et al, 2014), podem colaborar nesse sentido, desde que superem a abordagem pedagógica tradicional que comumente é empregada.

Essa superação pode se dar quando pautada no diálogo, na emancipação, na realidade e necessidade do trabalho e dos trabalhadores. Intervenções dessa natureza são capazes de mobilizar e construir novos conhecimentos e novas formas de atuação em saúde, contribuindo para a valorização e qualificação dos profissionais de saúde, melhoria dos processos de trabalho e do cuidado e para a efetivação e consolidação do SUS (FRANCO; KOIFMAN, 2010; BATISTA; GONÇALVES, 2011).

A educação dos profissionais é atribuição do SUS, desde sua criação por meio da Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino, a fim de auxiliar na formação e nos processos de educação na saúde (BRASIL, 2009).

Tamanha é a necessidade de alavancar a educação na saúde, que diversas iniciativas foram implantadas, sobretudo a partir do ano de 2003, quando se criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com a responsabilidade de viabilizar a implantação das políticas voltadas para esse contexto profissional. Nesse mesmo ano, pactuou-se a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, iniciando as discussões sobre a educação na saúde, clivando o termo educação permanente em saúde (BRASIL, 2009).

Ainda em 2003, os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS foram aprovados como Política Nacional para a Gestão do Trabalho e a Educação no SUS, vislumbrando a valorização do trabalhador do SUS e o engajamento das equipes de saúde no trabalho interdisciplinar e multi-setorial (BRASIL, 2009). Isso

permitiu que o percurso educativo fosse contextualizado na realidade cotidiana do trabalho e permeado pelo diálogo entre equipe, balizando distintos saberes e práticas.

Esses movimentos culminaram, em 2004, na efetivação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), com foco nos polos de educação permanente em saúde (BRASIL, 2009). Em 2006, com o Pacto pela Saúde, foi reforçada a necessidade de reorganizar o processo de trabalho em saúde destacando a relevância de uma educação profissional que pudesse transformar as práticas (BRASIL, 2006). Em 2009, a PNEPS passou por um processo de reconstrução, inserindo a problematização da realidade como linha guia para o desenvolvimento das ações com os profissionais (BRASIL, 2009).

Essa retratação histórica faz compreender que a educação na saúde possui alicerces em estratégias e políticas voltadas à formação e qualificação dos trabalhadores de saúde, vocacionada para o desenvolvimento do SUS e qualificação das práticas de saúde. Entretanto, por ser prática social, é inacabada, construída cotidianamente meio às tensões contraditórias que a regulam. Seria ingênuo acreditar que a simples existência de uma política seria suficiente para concretizar sua existência tal qual sugerem seus princípios e diretrizes.

Nesse sentido, e considerando o histórico das práticas educativas voltadas aos trabalhadores de saúde nas últimas décadas em um município do polo regional localizado no Estado do Paraná-Brasil, o presente estudo foi idealizado a partir das seguintes questões norteadoras: Quais as características da educação na saúde que vem sendo formuladas pela gestão municipal de saúde?

O estudo justifica-se pela necessidade de se conhecer a organização das práticas educativas, sobretudo no que diz respeito às mudanças e influências das políticas de saúde. Seus resultados possibilitarão compreender o processo de construção da educação na saúde e, com isso, subsidiar novas estratégias e pesquisas que permitam alavancar suas práticas.

Dessa forma, objetivou-se analisar a evolução histórica da educação na saúde na referida realidade.

Metodologia

Tratou-se de uma pesquisa social aplicada de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo. A fonte de dados foram os documentos e depoimentos de

gestores, ambos da secretaria municipal de saúde, envolvidos com as práticas educativas de um município polo regional localizado do noroeste do Estado do Paraná-Brasil, de 2006 a 2015. Este recorte temporal justifica-se pelo Pacto pela Saúde, promulgado em 2006, que reorganizou as práticas de gestão no SUS (BRASIL, 2006) e, supostamente, tenha influenciado as práticas educativas em saúde.

A coleta e análise dos dados se deram por duas técnicas: a pesquisa documental – que favoreceu a observação do processo de evolução dos conhecimentos, permitindo acrescentar a dimensão do tempo à compreensão social (CELLARD, 2008), e as entrevistas - que foram uma opção procedimental por acreditar que conhecer a história de um passado recente pode ser facilitado por meio dos diálogos com atores envolvidos neste processo (MARCONI; LAKATOS, 2011).

A Secretaria Municipal de Saúde disponibilizou 156 documentos relacionados ao escopo do estudo. Os mesmos foram agrupados segundo o tipo. Em seguida foi realizada a pré-análise dos mesmos por meio de leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa, levantando cinco dimensões: o contexto, o(s) autor (es), a autenticidade e a confiabilidade do texto, a natureza do texto, os conceitos-chave e a lógica interna do texto. Após esse processo 109 documentos foram descartados: 61 por serem elaborados por órgãos federais ou estaduais, 30 documentos por não se enquadrarem ao objetivo do estudo, nove arquivos por serem referentes a um mesmo manual, quatro por serem anteriores a 2006 e cinco arquivos por não possuírem informações de data ou autor.

Dessa forma, foram selecionados para análise 47 documentos, a saber: três Planos Municipais de Saúde, sete Programações Anuais de Saúde, sete Planilhas de Cursos e Eventos, nove Relatórios Anuais de Gestão, 10 Relatórios das atividades educativas e 11 Protocolos e Manuais. Os documentos selecionados passaram por um processo de levantamento das unidades de análise e, em seguida, definição das categorias de análise, durante fevereiro e maio de 2015. Os documentos foram identificados pelas suas iniciais, seguido do ano de publicação e número da página, da qual determinado trecho ou segmento foi retirado.

Para a seleção dos entrevistados foi utilizada a técnica 'bola-de-neve' (HECKATHORN, 2011), na qual o participante inicial foi escolhido por conveniência, devido à íntima relação com o foco de estudo; em seguida, ele indicou o segundo

entrevistado, que indicou o terceiro, e assim sucessivamente, até que se alcançou o objetivo da pesquisa.

Assim, participaram do estudo 16 gestores municipais de saúde, todos do sexo feminino, com idades variando entre 31 e 54 anos (média 45,9 anos), com formação profissional na área da saúde, sendo: 10 enfermeiras, duas farmacêuticas, duas psicólogas, uma nutricionista e uma odontóloga. No que tange ao grau de escolaridade, todos os profissionais possuíam especialização *Latu-sensu* e quatro possuíam especialização *Stricto-sensu*, sendo três em nível de mestrado e uma de doutorado. Os profissionais exerciam função de gestão ou coordenação de programas de saúde, com tempo de trabalho variando entre 03 e 27 anos (média de 18,7 anos). As entrevistas ocorreram durante o mês de dezembro de 2014, utilizando um roteiro semiestruturado. Foram transcritas na íntegra e analisadas segundo análise de conteúdo temática, seguindo etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (BARDIN, 2011). As entrevistas foram identificadas com a letra E, de entrevistado, seguido de número arábico referente à ordem de realização das entrevistas.

As categorias de análise dos documentos foram agrupadas às categorias temáticas de Bardin dando origem às seguintes categorias de análise temática: Práticas de educação na saúde em processo de superação; Práticas de educação na saúde atuais; e Práticas de educação na saúde em construção.

A discussão dos dados se deu à luz das premissas da educação dialógica de Freire (FREIRE, 2011), no que se refere a sua capacidade de aglutinar saberes e práticas. Segundo esse referencial, a educação é um ato político; a educação problematizadora, contrapondo a educação bancária, é participativa e dialógica e, como resultado do processo, transforma saberes e práticas (FREIRE, 2011; KASH; DESSINGER, 2010; GADOTTI, 2012).

A pesquisa foi realizada seguindo as diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e resolução Complementares. Possui parecer favorável do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Número: 897.950/2014 - CAAE: 38820914.4.0000.0104), e do órgão competente da Secretaria Municipal de Saúde.

Resultados e Discussões

As análises dos documentos e das entrevistas levaram à configuração da evolução histórica das práticas educativas na saúde, permitindo elencar as categorias de análise, elucidar os órgãos que direcionaram suas ações, os focos, as estratégias, os termos educativos empregados e a respectiva abordagem educativa (Quadro 3).

Quadro 3 – Características da educação na saúde segundo as categorias de Análise. Município do noroeste do Estado do Paraná-Brasil, 2015.

CATEGORIAS DE ANÁLISE	CARACTERÍSTICAS					
	DIREÇÃO	FOCO	ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS	TERMO EDUCATIVO	ABORDAGEM EDUCATIVA	LÓGICA EDUCATIVA
Práticas de educação na saúde em processo de superação	Ministério da Saúde Secretaria Estadual de Saúde Secretaria Municipal de Saúde	Políticas, programas e ações	Palestra e capacitação	Educação em serviço	Vertical	Prevenção e sanitário
Práticas de educação na saúde atuais	Secretaria Estadual de Saúde Secretaria Municipal de Saúde Ministério da Saúde	Políticas, programas e ações considerando a realidade local	Capacitação e oficina	Educação em serviço Permanente em saúde	Vertical e Horizontal	Prevenção e promoção
Práticas de educação na saúde em construção	Unidades de saúde Secretaria Municipal de Saúde Secretaria Estadual de Saúde Ministério da Saúde	Necessidade do serviço e dos profissionais	Oficina e curso	Educação Permanente em saúde Educação em serviço	Transversal	Promoção e prevenção

Fonte: as autoras

Para melhor compreender as configurações de cada categoria, estas serão analisadas e discutidas a seguir.

Categoria 1: Práticas de educação na saúde em processo de superação

Apreendeu-se que existem atividades educativas direcionadas aos profissionais de saúde que estão em processo de superação. Essas são

direcionadas por órgãos superiores (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Municipal de Saúde) e, por isso, focadas em políticas, programas e ações de saúde predefinidas. Tal realidade foi encontrada na seguinte fala, que evidencia o caráter centralizador das práticas educativas:

“As atividades educativas sempre estavam voltadas a atender o que a política solicitava naquele momento, [...] sempre tem essa diretriz da política, o que o Ministério preconiza”. (E13)

Os documentos e as entrevistas analisadas permitiram compreender que o Ministério da Saúde (MS) e a Secretaria Estadual de Saúde (SESA) possuíam, exclusivamente, o papel de norteadores das atividades educativas em torno das políticas, programas e ações em saúde que se desejava implantar no país/estado por meio dos municípios.

Destacam-se atividades desenvolvidas nas formas de palestras e capacitações que versavam sobre o Pacto pela Saúde, o Programa Saúde da Família, o Programa Cadastro Único, o Plano Nacional do Programa de Controle da Tuberculose no ano de 2006, a Política Nacional de Humanização, em 2007 e diversos cursos sobre urgência e emergência, em 2010. Além dessas, as temáticas mais abordadas nas ações educativas, apresentadas nos documentos analisados, foram: vigilância sanitária; saúde mental; assistência farmacêutica; atenção à saúde do trabalhador; vigilância epidemiológica e prevenção da saúde. Percebe-se que essas temáticas refletem as prioridades elencadas pelo Pacto pela Vida (BRASIL, 2006) e permitem inferir que possuem íntima relação com as políticas, programas e ações da gestão federal e estadual.

Quanto às estratégias educativas, desenvolvem-se com palestras, sob uma abordagem vertical de ensino. Nesse sentido, desconsiderava os saberes dos profissionais de saúde. Essas estratégias, ancoradas na abordagem vertical, foram intituladas por Freire de educação bancária (FREIRE, 2011), sendo aquela que considera os educandos como seres passivos e vazios, que devem ser “preenchidos” por conhecimentos que são transmitidos do educador; é dito vertical porque é direcionado a partir de quem sabe mais para quem sabe menos ou nada sabe.

Outra estratégia mencionada foi a capacitação, cujo objetivo é melhorar o desempenho pessoal no processo de produção, desenvolvendo novas competências

e servindo de base para transformações culturais de acordo com as novas tendências. Há de se destacar, contudo, que ainda é calcada em referenciais pedagógicos tradicionais, que desvalorizam os saberes dos profissionais (BRASIL, 2009; FREIRE, 2011), tal qual se encontrou nessa pesquisa, uma vez que a principal estratégia foi a palestra e a capacitação. O termo capacitação pode levar à interpretação de que se capacita quem não é capaz, desvalorizando a capacidade e os saberes dos sujeitos (FREIRE, 2011).

Essas práticas certamente deixam uma lacuna educativa nas questões relacionadas ao processo de trabalho, pois não permitem a qualificação dos profissionais para a melhoria de suas próprias práticas, voltadas para as demandas reais do cotidiano, que somente são compreendidas e modificadas por um processo contínuo de reflexão e ação sobre a realidade (FREIRE, 2011). Tal experiência reforça o distanciamento entre ação educativa e necessidades reais, impedindo a formação crítica que se traduz em transformações de saberes e fazeres (FREIRE, 2011; KASH; DESSINGER, 2010).

Esses dados permitem considerar que o enfoque da educação na saúde pautava-se em preparar para o trabalho e, dessa forma, estava relacionado com o que se denomina de Educação em Serviço, cujo objetivo é o desenvolvimento de habilidades cognitivas, psicomotoras e relacionais dos trabalhadores, no que se refere ao processo de trabalho (PEIXOTO et al, 2013). Tal premissa é voltada às questões recorrentes do próprio ambiente de trabalho que, nesse caso, mais se pautavam nas necessidades e problemas previamente elencados pela gestão estadual ou federal. Dessa forma, ressalta-se que as ações educativas corriam o risco de estarem desconectadas das necessidades reais do município e dos profissionais de saúde.

Isto visto, há que se esclarecer que as capacitações e palestras desenvolviam-se na lógica preventivista e sanitária:

“Realizar capacitações para os Núcleos de Vigilância em Saúde (NVS) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)”. (PMS 2010-2013, p.47)

“Os NVS e NASF deverão ser fortalecidos para continuar desenvolvendo ações para o enfrentamento dos problemas sanitários relacionados ao meio ambiente, incluindo as zoonoses”. (PMS 2010-2013, p.46)

O setor de Vigilância em Saúde obtinha a responsabilidade de realizar as capacitações, seguindo as áreas prioritárias definidas pela gestão. Isso reforça que os modelos médico privatista e assistencial sanitarista eram, e em alguns momentos, ainda são, hegemônicos no que se refere à assistência e prevenção em saúde (FALKENBERG et al, 2014).

O caráter preventivista pode ser confirmado no reforço frequente do termo prevenção em relação ao termo promoção: prevenção foi citada 24 vezes e promoção, 16 vezes no Plano Municipal de Saúde (PMS) de 2006-2009; no PMS 2010-2013 prevenção é citada 46 vezes e promoção, 31 vezes. De fato, o histórico político e social brasileiro, apesar da conquista social do SUS, é fortemente arraigado aos modelos tradicionais de ensino - a educação bancária (FREIRE, 2011; GADOTTI, 2012), e este modelo tem influenciado a organização das atividades de educação com os profissionais de saúde pautadas no sanitarismo e no preventivismo no contexto investigado por esse estudo.

Categoria 2: Práticas de educação na saúde atuais

Denominou-se de práticas atuais, pois são as mais expressivas no momento atual, contudo parecem estar em um movimento de transição, superando as tradicionais e já desvelando outra perspectiva, mais dialógica, em percurso de construção.

Dessa forma, os dados analisados demonstram que a direção das atividades educativas está sendo ampliada aos municípios, considerando as necessidades educativas do local e dos profissionais e não somente as demandas das políticas, programas e ações ministeriais e estaduais.

Assim, atualmente, a organização das atividades educativas cabe à secretaria de saúde do município, que instituiu, por exigência do MS, um setor específico como responsável por organizar as atividades de educação na saúde desenvolvidas pela instituição, conforme falas abaixo:

“Os cursos e as capacitações são vinculados a um setor específico da secretaria e nós anualmente encaminhamos para esse setor quais são as nossas necessidades de capacitações, nós enquanto gestores, para os servidores.” (E11)

“O setor específico da secretaria deve elaborar plano anual de necessidades de pessoal para as unidades, serviços e Equipes de Saúde

da Família, contemplando todas as unidades e serviços de apoio, apresentando ao Conselho Municipal de Saúde.” (RAG 2012, p.52)

Esse órgão municipal é importante no planejamento de ações de educação em serviço e continuada ou, ainda, para apoiar os serviços de saúde na efetivação da educação permanente em saúde. Nesse sentido, verificou-se que o município tem tido mais liberdade e autonomia para os processos de educação dos seus trabalhadores, permitindo que as temáticas sejam contextualizadas no universo cotidiano do trabalho.

Contudo, esse processo precisa de cautela ao se desenvolver, pois delegar a apenas um setor a responsabilidade de organizar e planejar as ações educativas, não permite que a educação se desenvolva permeada pelo diálogo e pela cogestão. O município pode tornar-se impositivo e as práticas educativas, verticalizadas.

Dessa forma, as estratégias educativas caminharam para a dialogicidade, visto que entre 2006 e 2009 o termo mais utilizado nos documentos para denominar as atividades educativas era capacitação, citada 23 vezes no PMS de 2006-2009 e 19 vezes no PMS de 2010-2013; o uso do termo oficina teve um aumento progressivo, citada 09 vezes no PMS de 2006-2009 e 15 vezes no PMS de 2010-2013 e, atualmente, igualam-se no PMS de 2014-2017.

O uso do termo “oficina” para denominar atividade educativa, vem ao encontro com uma pedagogia participativa e construtivista, premissas da educação permanente em saúde, pois tem como ideologia a construção, no caso de novos conhecimentos e práticas, corroborando com o preconizado pela educação permanente.

Nesse sentido, o município ainda adota a educação em serviço, contudo caminha gradualmente para inserir a educação permanente como eixo estruturador das ações educativas com os profissionais. Esta foi incorporada na organização das ações educativas aos profissionais, no município em questão, pela primeira vez, pelo PMS de 2006-2009, conforme recorte abaixo:

“Diretrizes gerais da Gestão e Organização dos serviços: [...] Adotar a Política de Educação Permanente em Saúde nas capacitações; [...]”. (PMS 2006-2009, p.43)

A PNEPS, conforme já descrito, foi criada em 2004 e alterada em 2007. Esse excerto faz menção à política de 2004, que objetivava a formação e o

desenvolvimento de trabalhadores da saúde por meio de um Colegiado de Gestão, configurado como Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS. Nesse momento a política previa a integração: gestão municipal, acadêmica e serviços de saúde; almejando criar núcleos de educação permanente (BRASIL, 2009). A política era centrada na lógica da capacitação, voltada para a educação em serviço e, distante da realidade local.

A PNEPS, implantada como estratégia de gestão em saúde, foi estimulada pelo Pacto pela Saúde, que inseriu a educação permanente como diretriz de atuação em todas as áreas prioritárias, e reforçava sua adoção para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2006). Somente em 2007, a problematização foi incluída na política (BRASIL, 2009).

Outro fato que incentivou a PNEPS, foi a obrigatoriedade da mesma estar presente no planejamento em saúde, por meio dos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS (Planeja SUS). Sua inserção, no município, se deu em 2010.

Desde então, o termo educação permanente ganhou destaque nos documentos de gestão, no que se refere à educação com os profissionais, sendo citado apenas 01 vez no Plano Municipal de Saúde (PMS) de 2006-2009, 07 vezes no PMS 2010-2013 e 14 vezes no PMS 2014-2017. O aumento ocorreu concomitantemente nos demais documentos.

Conforme citado a PNEP foi reformulada em 2007, e a partir de então, passou a focar a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, pautando-se na problematização da realidade e na qualidade do trabalho em cada serviço de saúde (BRASIL, 2009), conforme nota-se nos recortes:

“ [...] Essa chamada educação permanente em saúde, é realizada na linha do trabalhador, na observação dele, onde você não vai só ensinar, vai construir em conjunto essa nova prática”. (E3)

“Nós gostaríamos muito de trabalhar a educação permanente. Identificar a necessidade, o momento, as percepções de necessidades do grupo, e nesse momento trabalhar aquela necessidade [...]”. (E8)

Nesse momento, o município encontra-se em transição, desenvolvendo atividades de educação em serviço e de educação permanente. Dessa forma, as análises permitiram identificar que atividades educativas são realizadas com os profissionais em grupos, que podem ser compostos por profissionais de determinada área específica ou miscigenados. Esse fato é adequado para conduzir à educação

problematizadora, que leva à mudança de paradigmas por considerar que saberes distintos que podem ser dialogados, consolidando a comunhão dos participantes que se educam em conjunto, permeados pela realidade (FREIRE, 2011). A esse respeito, afirma-se que atividades em grupos multiprofissionais promovem a interação e evitam a fragmentação disciplinar (BRASIL, 2009). Dessa forma, as discussões são mais ricas e permitem a melhoria global no processo de trabalho, além de seguirem as premissas da PNEPS.

Grupos educativos, desenvolvidos com a estratégia educativa de oficina, seguem abordagem horizontal de ensino, pois nessa lógica todos os envolvidos possuem saberes e práticas valiosas para a construção dos saberes do grupo (FREIRE, 2011), pautados na problematização da realidade, premissas da educação permanente.

Quanto ao conteúdo educativo, o que antes predominava na prevenção de doenças, atualmente iguala-se à promoção da saúde, segundo o PMS 2014-2017, quando apenas uma vez os dois termos são utilizados agrupados. Os dados demonstram também, que no ano de 2012, ocorreu a implantação de atividades de educação permanente no Hospital Municipal e se iniciaram as oficinas do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS) no município. Desde 2014, são realizadas ações para o encaminhamento racional e necessário de pacientes para as especialidades.

Almejando fortalecer a educação permanente, ações pautadas no diálogo e na reflexão têm sido estimuladas pela gestão municipal. Dessa forma, o município tem mobilizado esforços para a construção de ações e programas locais voltados às necessidades da população, não abarcadas em suas especificidades pelas ações ministeriais, por meio de protocolos e manuais municipais, segundo recorte abaixo:

“Antes de 2006 [...] as capacitações aconteciam de acordo com o estado, depois de 2006, nós desenvolvemos as nossas políticas em cima da necessidade da nossa população, nós levantamos as necessidades e elaboramos alguns protocolos. O Ministério da Saúde lança um protocolo e Maringá [...] o adequa, pautado nas nossas necessidades”. (E1)

Estes são construídos e/ou adaptados, considerando-se a realidade do serviço, no que tange os recursos humanos, materiais, físicos e organizacionais, por uma comissão multiprofissional composta por funcionários da SMS (gestão e

assistência) e docentes das instituições de ensino superior do município, estimulando a cogestão e participação multiprofissional.

A correspondência entre os interesses e as necessidades dos profissionais e do serviço, é um elemento fundamental no processo de construção de materiais educativos. A qualidade das informações, a adequação da linguagem, o vocabulário claro e de fácil compreensão, são aspectos relevantes e influenciam na qualidade e efetividade do material educativo (REBERTE; HOGA; GOMES, 2015). É por meio da palavra, dita ou escrita, que os homens expressam a sua humanidade, e no encontro entre eles que, por meio do diálogo, se encontra o outro, construindo a humanidade, os saberes e as práticas culturais e relevantes para aquele grupo (FREIRE, 2011; RULE; BAKHTIN, 2011).

Dessa forma, o diálogo não se faz somente na oralidade, mas na postura e na organização (RULE; BAKHTIN, 2011). Nesse sentido, almejando facilitar o acesso aos protocolos e manuais locais, e a diversos outros documentos, os mesmos se encontram disponíveis no sistema de informações do município o sistema Gestor, facilitando o acesso dos profissionais aos materiais. De acordo com os profissionais:

“O próprio sistema gestor, o nosso prontuário eletrônico, acaba sendo uma ferramenta educativa. Todos os nossos protocolos, estão dentro do sistema gestor”. (E7)

Além das ações previamente estimuladas, o município desenvolve ações na área de Saúde do Homem, tendo um protocolo próprio, além de possui um ambulatório de asma, seguindo as necessidades de saúde locais.

Deste modo, no PMS 2014-2017 percebe-se com maior destaque a incorporação da PNEPS na lógica das práticas educativas em saúde desenvolvidas no município e as inserir, pela primeira vez, no capítulo Gestão do trabalho e educação em saúde, a fundamentação teórica da política, além de apresentar as estratégias utilizadas para sua implementação:

“A Secretaria de Saúde tem buscado a implantação gradativa da Educação Permanente em Saúde (EPS), principalmente por meio dos profissionais dos NASF, adotando-a em algumas oportunidades [...]”. (PMS 2014-2017, p.33)

“Necessita-se aperfeiçoar e fortalecer o processo educacional permanente para os trabalhadores do SUS, buscando humanizar e qualificar as práticas e o cuidado em saúde, bem como contribuir para a construção e/ou implementação das RAS no município. Para tanto, a Secretaria de Saúde estará implementando o processo de educação permanente e investindo em

capacitações voltadas às principais necessidades do serviço”. (PMS 2014-2017, p.47)

Atualmente a educação permanente não é vista somente como uma política de educação na saúde, mas como um processo de ensino e aprendizagem que inclui a participação ativa e efetiva de todos os atores envolvidos no processo de trabalho (BALDISSERA; BUENO, 2014).

Essa nova visão e todos os avanços em direção à educação permanente foram estimulados por diversas ações, segundo os dados analisados. Dessa forma, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), implantados desde 2008 no município, merecem destaque:

“A implantação dos NASF contribuiu muito com a implementação do processo de trabalho dentro das unidades, permitindo reflexões entre a equipe sobre os principais problemas de saúde locais e as pactuações para o alcance das metas [...]”. (RAG 2010, p.53)

“Vejo que os NASFS são na verdade geradores para a modificação do processo, de educação em saúde [...]”. (E14)

Em relação ao NASF, o mesmo estimulou a cogestão e a independência, especialmente no desenvolvimento das ações de planejamento através da educação permanente. Os profissionais do núcleo, constituem-se, de modo, em grandes apoiadores e desenvolvedores da formação dos recursos humanos na saúde.

No período de 2010 a 2013 pode-se ressaltar o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde e o Humaniza SUS, ambos do MS, que estimularam a gestão participativa na construção do serviço de saúde.

Nesse sentido, o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS) do estado do Paraná merece destaque, pois teve grande impacto nas práticas de saúde, segundo os excertos a seguir:

“O APSUS são oficinas que aconteceram, [...] onde nós planejamos conhecimentos e falamos de conceitos. Integramos os profissionais da atenção básica, da urgência e emergência, da saúde mental. Discutiram-se novos protocolos, e todos construíram e mandamos para o estado como é que os profissionais de Maringá pensam em construir as redes de saúde. [...]”.(E1)

“A adesão do município ao Plano Diretor de Atenção Primária do Estado do Paraná por meio do APSUS, para formação e qualificação dos profissionais da atenção básica, tem proporcionado uma reflexão e implementação nos processos de trabalho das equipes, na prática da educação permanente”.(PMS 2014-2017, p.33)

O APSUS foi inovador no que se refere à incorporação das premissas da PNEPS no desenvolvimento de Redes de Atenção à Saúde, com vistas à reorganização da Atenção Primária à Saúde, aproximando as relações entre Estado e Municípios, fortalecendo a assistência e a gestão (PARANÁ, 2015). Trata-se de uma política de ação que foi capaz de romper com a educação em serviço, alcançando a educação permanente e a horizontalidade nas ações.

O programa foi desenvolvido de modo a permitir aos participantes vivenciar atividades educativas grupais, interdisciplinares, problematizadoras, ativas e dialógicas. Trata-se de uma importante ferramenta para as mudanças de paradigmas, visto que a participação permite ao profissional presenciar e verificar, na prática, a efetividade de outros modelos educativos, aproximando teoria e prática.

O processo educativo e formativo, estimulado pela PNEPS, deve subsidiar meios para que as pessoas consigam estruturar suas experiências, expandindo sua compreensão sobre o mundo, seus anseios, dúvidas e certezas. O foco não deve ser o conhecimento em si, mas a forma de alcançá-lo (FREIRE, 2011; VIEIRA, 2014). Por isso o nome permanente, pois a educação deve ser um processo constante e cotidiano na vida das pessoas.

Portanto, a educação permanente permite superar as lacunas educacionais. Nesse sentido, para a efetividade das ações, os profissionais de saúde mediadores/tutores, do APSUS, participaram de oficinas prévias de preparação para desenvolver as atividades, a fim de estarem sensibilizados com a proposta e aptos para conduzirem metodologias ativas, valorizando o trabalho em equipe e a construção coletiva (GOMES; FRANCISCHETTI; PARPINELI, 2014). Esse processo é necessário, pois se não realizado, têm-se o risco da atividade ser superficial e automatizada (GOMES; FRANCISCHETTI; PARPINELI, 2014).

Estas ações contribuíram na reorganização do processo de trabalho, contribuíram significativamente para reverter a lógica educativa e integrar os profissionais na construção de saberes e práticas pautados na sua realidade, além de auxiliar na implantação das Redes de Atenção a Saúde idealizadas no Plano Diretor de Atenção Primária do Estado do Paraná (PARANÁ, 2015).

Nesse sentido, considerando todos esses agentes influenciadores, nota-se que o Pacto pela Saúde não pode ser considerado como único nem mais importante fator de mudanças, mas sim, como influenciador de um processo de mudança, contínuo e multifatorial.

Categoria 3: Práticas de educação na saúde em construção

Denominou-se de práticas em construção porque são iniciativas ainda pouco expressivas, mas que sinalizam para sua consolidação, superando as práticas tradicionais.

A fim de incorporar as premissas da PNEPS, o município prevê adotar as necessidades das unidades de saúde como norteadores para o planejamento educativo em saúde, conforme recorte:

“Temos tentado estimular com que as unidades e os serviços tenham iniciativa própria nas práticas educativas, que eles consigam visualizar as necessidades do serviço,[...] para que ele as levante e passe para nós (gestores municipais) e que essa necessidade passe a ser desenvolvida dentro do trabalho deles, essa capacitação. E que a secretaria de saúde passe a ser esse suporte. Eu tenho tentado discutir isso dentro da secretaria de saúde, e isso é uma coisa que vai levar muito tempo ainda”.
(E4)

Essa estratégia parece ser efetiva para conduzir a novas práticas, e ao diálogo na educação em saúde, rompendo com a hegemonia das atividades educativas direcionadas pelo MS e pelas secretarias estaduais e municipais de saúde. Dessa forma, possibilitará o reconhecimento das reais necessidades do serviço e dos profissionais, por meio da problematização e da construção coletiva, alcançando a educação permanente (BRASIL, 2009). Deste modo, alcançando a transversalidade na educação, que pode ser entendida como a inclusão da educação quando prática diária, envolvida e indissociável do processo de trabalho, com temáticas levantadas, debatidas e reconstruídas no âmbito do serviço de saúde (BRASIL, 2009; RULE; BAKHTIN, 2011).

Para tal, as atividades passaram a ser desenvolvidas utilizando como estratégias educativas, oficinas e cursos. As atividades grupais desenvolvidas com as premissas da educação permanente em saúde permitem que os profissionais envolvidos analisem suas relações e seu processo de trabalho. Este processo de reflexão e análise pode produzir mudanças importantes nas práticas de trabalho (KASH; DESSINGER, 2010; RULE; BAKHTIN, 2011).

Por este fato, o termo capacitação deve entrar em desuso, ou ser utilizado para denominar ações educativas em serviço. A educação permanente, como estratégia sistemática e global, pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação, mas não o inverso. Mesmo que os termos reflitam

processos educativos de melhoria das práticas, com objetivos semelhantes, a capacitação, nem sempre, constituem estratégia efetiva de mudança institucional, e não se pauta na problematização da realidade - orientação essencial nos processos de educação permanente (BRASIL, 2009; GOMES; FRANCISCHETTI; PARPINELLI, 2014).

Cabe frisar que todo processo de educação permanente requer elaboração, desenho e execução pautado em uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde no qual se insere (BRASIL, 2009; BALDISSERA; BUENO, 2014).

Assim, vale destacar que a educação permanente em saúde foi apontada como alicerce em que se pretende pautar a educação na saúde nos próximos anos. Apesar dessa afirmação e dos esforços lançados, sabe-se que o processo de construção da educação permanente em saúde é moroso, e necessita de diversas ações para se estruturar quanto lógica local e não somente instrumento de gestão. A educação sozinha não estrutura as práticas profissionais, contudo se for problematizadora poderá auxiliar na sua redefinição (FREIRE, 2011; GADOTTI, 2012).

No plano de 2010-2013, o município reconheceu as dificuldades no processo de execução da educação permanente em saúde, embora tenha ressaltado que deva ser a norteadora das práticas com profissionais:

“[...] educação em saúde para os servidores tem se intensificado, mas ainda se mostra tímida diante da necessidade de educação permanente e capacitação em muitas áreas de atuação específica [...]”. (PMS 2010-2013, p.25)

“No tocante à gestão do trabalho e da educação em saúde, deverão ser adotadas como estratégias o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde [...]”. (PMS 2010-2013, p.50)

A dificuldade de efetivar a educação permanente em saúde é geral no estado do Paraná (NICOLETTO et al, 2013) , em especial no que se refere à descentralização das ações, pois exigiu dos trabalhadores autonomia e tomada de decisão, e em relação à compreensão e incorporação de novas formas de fazer ações educativas. A fim de alterar essa lógica é imprescindível, por parte dos gestores, uma postura de avaliação constante e de mudança do modelo gerencial verticalizado (NICOLETTO et al, 2013).

Destarte, a fim de aproximar as práticas da realidade, os participantes do estudo ressaltam que a intenção é a elaboração dos protocolos com a participação dos profissionais que atuam diretamente na atenção à saúde, a fim de que as reformulações sejam cada vez mais próximas da realidade, valorizando os saberes e práticas dos profissionais, bem como os recursos financeiros existentes. Essa intencionalidade caminha para que as transformações do trabalho sejam implantadas efetivamente, pois quando engendradas às necessidades reais, há mais garantias de que os envolvidos atuem no contexto no qual estão inseridos (FREIRE, 2011). Nesse sentido, a problematização da realidade é uma estratégia capaz para consolidar saberes e práticas e promover uma reorganização no processo de trabalho.

Todas essas prerrogativas parecem ser um caminho viável para inserir a promoção da saúde como lógica norteadora das atividades educativas e da gestão em saúde. Nesse sentido, a SMS possui parceria para realizar ações educativas com diversas instituições, organizações e secretarias, dentre elas destaca-se a Secretaria de Educação, atuando em conjunto nas temáticas: aleitamento materno; sexualidade humana, IST's e gravidez na adolescência, e no Centro de Atenção Psicossocial Infantil. Essas atividades destinam-se aos profissionais da educação e são conduzidas pelos profissionais da saúde, ainda muito voltados ao preventivismo. A intersetorialidade e o trabalho conjunto entre secretarias fazem-se necessários para a efetivação da integralidade do cuidado, e da educação com vistas a um conceito amplo de saúde, abrangendo a promoção da saúde.

Considerações Finais

Enquanto percurso pode-se afirmar que a educação na saúde no município em questão inicialmente era direcionada pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde, atendendo demandas das políticas e programas de saúde, desenvolvida por meio de educação em serviço, com traços da educação tradicional no que se refere às estratégias utilizadas e à abordagem educativa adotada.

A PNEPS tem influenciado o processo de mudança educacional. Destaca-se o grande estímulo da gestão para a implementação dessa política, em âmbito nacional, incentivada pelo Pacto pela Saúde e Planeja SUS e, no âmbito estadual, pelo APSUS. Deste modo, além da educação em serviço, a educação permanente passou a ser desenvolvida, utilizando abordagem educativa, ora vertical, ora

horizontal, por meio de capacitações e oficinas. O município caminha para a efetivação da educação permanente, com o levantamento das necessidades do local e de seus profissionais, com abordagem transversal, executando oficinas e cursos.

O processo de mudança é lento e gradual, em especial quando se refere à mudança de paradigmas hegemônicos e históricos. Seguindo as premissas da gestão, o município caminha para a superação e construção de ações de educação na saúde problematizadoras.

Referências

BALDISSERA, V. D. A.; BUENO, S. M. V. A educação permanente em saúde e a educação libertária de Paulo Freire. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v.13, n. 2, p. 191-192, 2014. Disponível em: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/bce-sdi/Meus%20documentos/Downloads/26545-113078-1-PB.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BATISTA, K. B. C.; GONCALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF, 2006.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008. p. 295-316.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 847-852, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00847.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2015.

FRANCO, C. M.; KOIFMAN, L. Produção do cuidado e produção pedagógica no planejamento participativo: uma interlocução com a Educação Permanente em Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 673-682, set. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 out 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

GADOTTI, M. Por que continuar lendo pedagogia do oprimido? **R. Pol. Públ.**, São Luiz, v.16, n. 2, p. 459-461, 2012. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321129114017>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

GOMES, C. P. M. L.; FRANCISCHETTI, I.; PARPINELI, V. L. F. Capítulo 2 - Educação permanente na academia (EPA) e Educação permanente em saúde (EPS): confluências. In: LAZARINI, C. A.; PIO, D. A. M.; ROLIN, L. M. G.; SOARES, M. O. M.; PARPINELI, V. L. F. **Educação permanente na academia: da teoria à prática**. Curitiba: Ed. CRV, 2014. p. 29-35.

GONZÁLEZ, A.D.; MENDONÇA, F.F.; BREVILHERI, E.C.L.; CARVALHO, G.S. Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v.22, n.4, p.1094-1105, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400012&lng=en&tlng=pt>. Acesso em: 18 ago. 2015.

HECKATHORN, D. D. Comment: Snowball versus Respondent-Driven Sampling. **Sociol. Methodol.**, Bethesda, v. 41, no.1, p. 355-366, 2011. Disponível em:<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9531.2011.01244.x/full>>. Acesso em: 11 set. 2015.

KASH, S.; DESSINGER, C. J. Paulo Freire's relevance to online instruction and performance improvement. **Perfor. Improv.**, San Francisco, v. 49, no. 2, p.17-21, Feb. 2010.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia Científica: ciência e conhecimento científico, métodos científicos, teoria, hipóteses e variáveis, metodologia jurídica**. São Paulo: Atlas, 2011.

NICOLETTO, S. C. S.; BUENO, V. L. R. C.; NUNES, E. F. P. A.; CORDONI JÚNIOR, L.; GONZÁLEZ, A.D.; MENDONÇA, F. F.; BREVILHERI, E. C. L.; CARVALHO, G. S. Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1094-1105, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400012&lng=en&tlng=PT>. Acesso em: 15 mar. 2015.

PEIXOTO, L. S.; GONÇALVES, L. C.; COSTA, T. D.; TAVARES, C. M. M.; CAVALCANTE, A. C. D.; CORTEZ, E. A. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enferm. Global**, v. 12, n. 29, p. 324-339, enero 2013. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_revision1.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2015.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n.1, jan./fev. 2012. 8 telas. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_14.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2015.

RULE, P. Bakhtin and Freire: dialogue, dialectic and boundary learning. **Educ. Philosophy and Theory**, [S.l], v. 43, no. 9, p. 924-942, Nov. 2011.

5.4 MANUSCRITO 3

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CAMINHOS NA CONSTRUÇÃO DE SUAS PRÁTICAS

HEALTH EDUCATION: PATHWAYS TO BUILD THEIR PRACTICES

Resumo: Objetivou-se analisar a evolução histórica da educação em saúde. Tratou-se de pesquisa social aplicada, de caráter qualitativo, descritivo e exploratório, desenvolvida em um município pólo de saúde localizado a noroeste do estado do Paraná-Brasil. A coleta e análise dos dados se deram por duas técnicas: pesquisa documental, com 47 documentos da gestão municipal; e entrevistas, com os 16 gestores municipais de saúde. Os dados foram debatidos à luz das premissas da educação dialógica de Freire. A pesquisa foi realizada seguindo os preceitos éticos vigentes. Os resultados permitiram elencar o preventivismo como perspectiva marcante nas práticas educativas desenvolvidas à população, contudo novas perspectivas educativas estão em processo de construção pelos gestores, estas ainda no campo da reflexão. Dessa forma, conclui-se que a educação em saúde no município em questão está em um processo de constante construção e caminha para o desenvolvimento de estratégias e práticas educativas dialógicas e emancipatórias no âmbito da saúde.

Descritores: Educação em Saúde; Educação da População; Gestão em Saúde.

Abstract: The objective of analyzing the historical evolution of health education. It was applied social research, qualitative, descriptive and exploratory character, developed in a municipality health pole located to the Northwest of the State of Paraná-Brazil. The collection and analysis of data were by two techniques: documentary research, with 47 municipal management documents; and interviews with the 16 municipal health managers. The data were discussed in the light of the premises of the dialogical education of Freire. The survey was conducted following the ethical precepts. The results list the preventivismo as striking perspective on educational practices developed, however new educational prospects are in the process of construction by managers, these still in the field of reflection. Thus, it is concluded that the health education in the municipality in question is in a process of constant construction and walks to the development of strategies and dialogical educational practices in the field of health and emancipatory.

Descriptors: Health Education; Population Education; Health Management.

Introdução

Os movimentos de práticas educativas voltadas para a população, hoje denominadas de educação em saúde, datam de período anterior à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido pela Constituição Federal (BRASIL, 2012). A história da educação em saúde no Brasil, portanto, é tão antiga quanto a própria organização da saúde pública e configurou-se de diferentes formas e termos.

Dito isso, pode-se afirmar que a educação em saúde possui uma longa construção histórica, seguindo as mudanças sociais, econômicas e estruturais da

sociedade. Pode ser dividida em três gerações, que se sobrepõem, pois a superação de um modelo educativo pressupõe a absorção das mudanças que acompanham a educação, saúde e sociedade (FEIO; OLIVEIRA, 2015).

Recorrendo a esse percurso histórico, se descreve que em meados dos anos 20, desenvolvia-se a primeira geração da educação em saúde. Suas ações educativas pautavam-se na fiscalização e controle, motivado pelos transtornos econômicos que as epidemias causaram à exportação. Foi quando se deu início à ideia de pedagogia higiênica no Brasil (SILVA et al, 2010). Mais a frente, ainda na década de 20, instaurou-se a denominada Educação Sanitária, cujas atividades passaram a ser realizadas nos centros de saúde, escolas e residências, pelos educadores sanitários e professores. O foco das atividades eram as famílias e os escolares, e se objetivava divulgar o saber médico higienista e convencer a população a seguir padrões de comportamento para combater as epidemias (SILVA et al, 2010; FEIO; OLIVEIRA, 2015).

A partir dos anos 50, desenvolveu-se a segunda geração da educação em saúde ou Educação para a saúde, permeada pelas novas tecnologias educativas americanas e as práticas ultrapassaram o campo da saúde e se tornaram intervenção social, buscando maneiras de modificar comportamentos e almejando mudanças culturais (SILVA et al, 2010). Nas décadas seguintes, os projetos de medicina comunitária e cuidados primários em saúde permitiram uma nova configuração da educação em saúde, que passou a ser direcionada a grupos específicos e escolares, desenvolvidas nos serviços de saúde e nas escolas, por equipes de saúde multiprofissionais, almejando capacitar o educando para o autocuidado, através do treinamento, com metodologia tradicional de ensino (SILVA et al, 2010; PEDROSA, 2014; FEIO; OLIVEIRA, 2015).

Contudo, o descaso do Estado frente às necessidades de saúde da população, a segregação dos serviços de saúde e as péssimas condições de trabalho na saúde, foram os precursores para a união entre profissionais de saúde e população. Estes, pautados no diálogo entre o saber popular e o saber científico, se mobilizaram e iniciaram movimentos sociais para reivindicar um novo modelo de saúde, sob a influência dos pressupostos de educação popular de Paulo Freire (SILVA et al, 2010).

Foi por isso que, a partir dos anos 80, desenvolveu-se a terceira geração da educação em saúde, que passou a ser denominada de educação popular em saúde,

sobretudo após a VIII Conferência Nacional de Saúde e a consolidação da Constituição Federal. A Lei Orgânica da Saúde, composta pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, inseriu a prerrogativa de atividades educativas voltadas a toda sociedade e desenvolvidas através da problematização com a população na busca de problemas e propostas de soluções compartilhadas. Desde então, suas ações foram realizadas em campos distintos, sobretudo unidades básicas de saúde, escolas, conselhos e espaços comunitários (SILVA et al, 2010; BRASIL, 2012; FEIO; OLIVEIRA, 2015).

Entretanto, essa perspectiva de educação em saúde não se consolidou em sua totalidade, necessitando de novos movimentos expressos especialmente nas Conferências Nacionais de Saúde, com destaque à 12ª de 2004, à 13ª de 2008 e à 14ª de 2011, nas quais foi debatida a implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2013), já defendida desde 2007 por meio de iniciativas como a publicação do Caderno de Educação Popular e Saúde e constituição do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2012). A Política Nacional de Educação Popular em Saúde foi apresentada e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em julho de 2012, e no ano seguinte foi apresentada no Grupo Técnico de Gestão da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para discussão, pactuação e aprovação (BRASIL, 2012).

O breve histórico faz compreender que a educação em saúde possui alicerces em diversas lutas e movimentos sociais, vocacionados para o desenvolvimento do SUS e qualificação das práticas de saúde. Contudo, por ser prática social, é inacabada, e precisa ser construída cotidianamente. Dessa forma, seria ingênuo acreditar que a simples existência de uma política seria suficiente para concretizar sua existência tal qual sugerem seus princípios e diretrizes.

Nesse sentido, e considerando o histórico das práticas educativas voltadas à população nas últimas décadas, justifica-se a realização do presente estudo que pretendem contribuir para compreender o processo de construção da educação em saúde no município e, com isso, estimular novas estratégias e pesquisas em relação à temática.

Assim, a pesquisa foi idealizada a partir das seguintes questões norteadoras: Como vem sendo desenvolvida a educação em saúde? Quais tendências pedagógicas são observadas nas propostas formuladas pela gestão municipal? Dessa forma, objetivou-se analisar a evolução histórica da educação em saúde.

Metodologia

Tratou-se de uma pesquisa social aplicada de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo. A fonte de dados foram os documentos e depoimentos de gestores, ambos da secretaria municipal de saúde, envolvidos com as práticas educativas de um município polo regional localizado do noroeste do Estado do Paraná-Brasil, de 2006 a 2015. Este recorte temporal justifica-se pelo Pacto pela Saúde, promulgado em 2006, que reorganizou as práticas de gestão no SUS (BRASIL, 2006) e, supostamente, tenha influenciado as práticas educativas em saúde.

A coleta e análise dos dados se deram por duas técnicas: a pesquisa documental – que favoreceu a observação do processo de evolução dos conhecimentos, permitindo acrescentar a dimensão do tempo à compreensão social (Cellard, 2008), e as entrevistas - que foram uma opção procedimental por acreditar que conhecer a história de um passado recente pode ser facilitado por meio dos diálogos com atores envolvidos neste processo (MARCONI; LAKATOS, 2011).

A Secretaria Municipal de Saúde disponibilizou 156 documentos relacionados ao escopo do estudo. Os mesmos foram agrupados segundo o tipo. Em seguida foi realizada a pré-análise dos mesmos por meio de leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa, levantando cinco dimensões: o contexto, o(s) autor (es), a autenticidade e a confiabilidade do texto, a natureza do texto, os conceitos-chave e a lógica interna do texto. Após esse processo 109 documentos foram descartados: 61 por serem elaborados por órgãos federais ou estaduais, 30 documentos por não se enquadrarem ao objetivo do estudo, nove arquivos por serem referentes a um mesmo manual, quatro por serem anteriores a 2006 e cinco arquivos por não possuírem informações de data ou autor.

Dessa forma, foram selecionados para análise 47 documentos, a saber: três Planos Municipais de Saúde, sete Programações Anuais de Saúde, sete Planilhas de Cursos e Eventos, nove Relatórios Anuais de Gestão, 10 Relatórios das atividades educativas e 11 Protocolos e Manuais. Os documentos selecionados passaram por um processo de levantamento das unidades de análise e, em seguida, definição das categorias de análise, durante fevereiro e maio de 2015. Os documentos foram identificados pelas suas iniciais, seguido do ano de publicação e número da página, da qual determinado o trecho ou segmento foi retirado.

Para a seleção dos entrevistados foi utilizada a técnica 'bola-de-neve', na qual o participante inicial foi escolhido por conveniência, devido à íntima relação com o foco de estudo; em seguida, ele indicou o segundo entrevistado, que indicou o terceiro, e assim sucessivamente, até que se alcançou o objetivo da pesquisa (HECKATHORN, 2011).

Assim, participaram do estudo 16 gestores municipais de saúde, todos do sexo feminino, com idades variando entre 31 e 54 anos (média 45,9 anos), formação profissional na área da saúde, sendo: 10 enfermeiras, duas farmacêuticas, duas psicólogas, uma nutricionista e uma odontóloga. No que tange ao grau de escolaridade, todos os profissionais possuíam especialização *Latu-sensu* e quatro possuíam especialização *Stricto-sensu*, sendo três em nível de mestrado e uma de doutorado. Os profissionais exerciam função de gestão ou coordenação de programas de saúde, com tempo de trabalho variando entre 03 e 27 anos (média de 18,7 anos).

As entrevistas ocorreram durante o mês de dezembro de 2014, utilizando um roteiro semiestruturado, foram transcritas na íntegra e analisadas segundo análise de conteúdo temática, seguindo etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (BARDIN, 2011). As entrevistas foram identificadas com a letra E, de entrevistado, seguido de número arábico referente à ordem de realização das entrevistas.

As categorias de análise dos documentos foram agrupadas às categorias temáticas de Bardin originando os resultados do estudo.

As análises dos documentos e das entrevistas levaram à configuração da evolução histórica das práticas educativas em saúde no município, atentando para a coexistência das três gerações da educação em saúde, sobretudo para as premissas da educação dialógica de Freire (2011). Segundo esse referencial, a educação é um ato político; a educação problematizadora, contrapondo a educação bancária, é participativa e dialógica e, como resultado do processo, constrói conhecimentos e transforma saberes e práticas (FREIRE, 2011).

A pesquisa foi realizada seguindo as diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e resolução Complementares. Possui parecer favorável do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Número: 897.950/2014 - CAAE: 38820914.4.0000.0104), e do órgão competente da Secretaria Municipal de Saúde.

Resultados e Discussões

As análises dos documentos e das entrevistas levaram às seguintes categorias temáticas:

1. Preventivismo: perspectiva marcante nas práticas educativas

Apreendeu-se que as atividades educativas mais expressivas, são norteadas pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Secretaria Estadual de Saúde, conforme recortes:

O que temos hoje, como meta, é fazer com que [...] a ação educativa para a população seja vinculada as linhas prioritárias que nós temos, definidas pelo APSUS. (E2)

O foco, hoje é a educação da população, é a construção do SUS, não tem outro jeito, porque hoje a globalização é tão grande e as atualizações vêm tão rapidamente, que se você não abraça isso e não contempla isso na sua planilha, no seu plano de gestão, no seu planejamento anual, você passa batido. (E2)

A primeira e a segunda geração da educação em saúde possuem como característica a normatização das ações, desenvolvidas para as pessoas e municípios (FEIO; OLIVEIRA, 2015). Dessa forma, os recortes demonstram que o processo de planejar ainda é afastado do executar, e que, as práticas educativas são fortemente influenciadas pela gestão. Mesmo com os esforços das políticas públicas para a cogestão e gestão participativa, ainda não se alcançou a horizontalidade nas ações em saúde, distanciando--se das ações dialógicas a que se propõe a terceira geração.

A construção conjunta - municípios, estados e união - de políticas de saúde é preconizada para que a formulação de políticas locais seja direcionada aos determinantes de saúde às populações e, não somente direcionada com base em áreas estratégicas. A união dos demais setores sociais é importante para a formulação e efetivação de políticas que entendam o ser humano integralmente inserido em um contexto familiar e social (ROCHA; AKERMAN, 2014).

Nesse sentido as ações educativas, segundo os dados do estudo, são desenvolvidas nas unidades básicas de saúde, pelos profissionais do Programa Saúde da Família, concentrando-a na atenção primária:

A população às vezes é resistente a algumas informações, e daí é necessário um trabalho lento e gradual de educação. Esse é feito pelo PSF, quando visitam as residências, eles fazem essa educação à população, é responsabilidade deles e, também no dia-a-dia da unidade, é uma prática comum. (E16)

Eu vejo que para você educar a população em relação à saúde é um trabalho muito árduo, porque você vai mudar o conceito dela de vida, de saúde. Por isso, a unidade de saúde e a Equipe Saúde da Família tem que ter um vínculo muito bom, para que ela eduque as pessoas. (E11)

Capacitar as ESF, visando a orientação da população quanto aos riscos da automedicação e estimulando a devolução de medicamentos não utilizados e/ou vencidos. (PMS 2010-2013, p.43)

O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, realmente foi desenvolvido com o cunho de reorganizar o modelo assistencial a partir da atenção básica, pautado nos princípios do SUS. Seu desenvolvimento foi estimulado pelo momento histórico-social, no qual o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atendia mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas (BRASIL, 2001; FORTUNA et al, 2013).

Entretanto, o desenvolvimento de ações educativas em espaços de saúde determinados – unidades básicas e hospitais – seguem a primeira geração da educação em saúde, caracterizada pela transmissão de informações, por meio de uma pedagogia bancária e autoritária (FREIRE, 2011; FEIO; OLIVEIRA, 2015) e não rompem com o modelo educativo tradicional e preventivista.

Cumprido destacar que o PSF se apresentou como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente. Introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde, na medida em que não espera o adoecer da população, pois age preventivamente sobre ela, a partir de um novo modelo de atenção (BRASIL, 2001; FORTUNA et al, 2013), ainda muito relacionado ao modelo biomédico, centrado na doença e na prevenção de seus fatores de risco, caracterizando a primeira geração da educação em saúde.

Como o PSF, foi o primeiro programa com a responsabilidade de atuar juntamente à comunidade, desenvolvendo atividades grupais e coletivas de prevenção e promoção da saúde, pode-se inferir que os profissionais da gestão, erroneamente, associaram à atenção básica como espaço responsável para realização de atividades educativas, distanciando essas práticas dos demais serviços de saúde.

Nesse sentido, as atividades educativas desenvolvidas com a população seguem a lógica dos grupos, direcionados às pessoas por doenças comuns ou vulnerabilidade, conforme recortes:

As atividades com a população acontecem dentro das unidades, através dos grupos, tem grupo de HiperDia, [...] (E15)

No âmbito das práticas educativas com a população, houve um incentivo muito maior por parte da gestão, pelos próprios indicadores, que têm que desenvolver. Nós temos o compromisso de cumprir esses indicadores, de desenvolver com a educação em saúde, com as atividades em grupo. (E8)

Realizar orientações nutricionais e sobre atividades físicas, aos participantes dos grupos programáticos em todas as unidades, por meio dos profissionais em 100% NASF. (PAS 2013, p.13)

Realizar capacitação dos profissionais das unidades para a formação dos grupos; Construir instrumentos de avaliação e monitoramento dos grupos. (RAG 2009, p.09)

Essas ações são voltadas ao controle e acompanhamento dos indicadores epidemiológicos de saúde do município e entrega de medicação, além de palestras alusivas às condições de saúde. Entretanto, grupos educativos voltados à transmissão de informação, centrados em patologias, com concepções pedagógicas tradicionais e verticalizadas, fragilizam a integração e discussão coletiva, além de reforçar a educação bancária, por não permitir o compartilhamento de saberes e práticas e a construção coletiva de novas formas de se autocuidar (FREIRE, 2011); este modelo ainda é predominante nos serviços de saúde.

Em geral, os grupos são, também, desenvolvidos com poucas condições materiais e escasso apoio da gestão. Estes não permitem a problematização e construção coletiva de saberes e práticas, tampouco a autonomia dos participantes (SANTOS; CASTRO, 2011; FORTUNA et al, 2013).

Estes grupos foram idealizados como espaços para a prevenção de doenças e promoção da saúde e são muito importantes na estruturação da educação em saúde no SUS (BRASIL, 2001; FORTUNA et al, 2013). Contudo, o caráter preventivista pode ser confirmado no reforço frequente do termo prevenção, em relação aos termos promoção e prevenção foram citados 24 vezes, e promoção 16 vezes, no Plano Municipal de Saúde (PMS) de 2006-2009, no PMS 2010-2013 prevenção é citada 46 vezes e promoção, 31 vezes.

Outras estratégias educativas, além dos grupos, são realizadas com a população. Conforme narrativas:

Elas [trabalhadores das unidades básicas] fazem sala de espera, durante o próprio atendimento, através de grupos de discussões de diversas patologias, de assuntos programáticos, através de atividades relativas às datas comemorativas, relacionado ao dia mundial de saúde, mês de prevenção a obesidade infantil e alguns eventos, basicamente dessa forma.
(E5)

E estamos começando também, um novo foco, que é a saúde do trabalhador, de estar indo até as empresas, fazendo educação em saúde, tudo isso é diretriz da secretaria municipal, promoção e prevenção. E só se alcança isso, educando a população e capacitando os nossos profissionais.
(E1)

Dessa forma, dentre as atividades descritas se destacam: atividades em sala de espera e realização de eventos pontuais, o que indica que as ações educativas são fortemente orientadas por um programa predefinido pelo MS.

As temáticas desenvolvidas com a população, apreendidas nos dados do estudo são de cunho sanitário e com caráter preventivo, as ações são voltadas as áreas estratégicas do MS, especialmente à Saúde Mental, Saúde da Mulher e Aleitamento Materno, Prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis e hábitos de vida saudáveis.

Além dessas temáticas engessadas, a população é convidada a participar de eventos pontuais realizados pela secretaria envolvendo comunidade, profissionais de saúde e acadêmicos. Nesses eventos destaca-se a Semana Maringaense da Amamentação e Semana Mundial da Amamentação, realizada desde 2007, e a Semana Alusiva ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial, desenvolvida em 2008 e 2013.

Além dessas ações de nível municipal são desenvolvidas atividades nos serviços de saúde, as temáticas das ações educativas desenvolvidas frequentemente nas unidades de saúde reforçam o modelo preventista, destacando atividades para prevenir Influenza A H1N1 e doenças respiratórias; nutrição infantil; incentivo parto normal; uso adequado dos serviços de urgência e emergência; controle de zoonoses; e educação ambiental para controle da dengue. A Secretaria de Saúde, também realiza parceria, desde 2010, com a Secretaria de Educação almejando a prevenção da saúde bucal com escolares.

Dessa forma, as ações englobam a primeira e a segunda geração da educação em saúde no município, direcionadas às ações de vigilância sanitária: ações de controle de pragas urbanas, zoonoses, alimentação saudável, conscientização da automedicação e da qualidade da água. Isso reforça que os modelos médico privatista e assistencial sanitarista eram, e alguns momentos ainda são, hegemônicos no que se refere à assistência e cuidado em saúde (FALKENBERG et al, 2014).

Nesse sentido, cabe citar as ações educativas desenvolvidas no período histórico analisado, em 2007 pautou-se na campanha Carnaval, direcionada à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis; uma palestra sobre alimentação saudável, atividade física e saúde; Conferência Municipal de Saúde; a Semana do Idoso (Seminário de Gerontologia), e o Dia de Luta contra AIDS.

No ano de 2008, ocorreu a Conferência Local de Saúde do Hospital Psiquiátrico de Maringá, uma atividade do Grupo de Trabalho Intersetorial do Programa Maringá Saudável e Projeto Academia da Terceira Idade. Em 2009, foi desenvolvido a Feira de Serviço em Comemoração ao Dia de Atividade Física e Dia Mundial da Saúde e, em 2010, capacitação para Conselheiros Municipais e Locais da Saúde.

Em 2011 ocorreu: Maratona: Cidade em defesa da vida, I Mostra de Talentos em Saúde Mental. No ano de 2014 ocorreu uma atividade do Programa sobre o nascer no Brasil e em Maringá.

As ações educativas que visam à mudança nas formas de pensar e fazer, devem ter seus temas definidos em conjunto com os principais envolvidos e pautados na realidade dos mesmos (FREIRE, 2011), dessa forma, a predeterminação de temas impossibilita que a população direcione seu olhar à sua

realidade e às suas necessidades, permitindo que o mesmo as conheça e por meio dela desvele formas de atuar sobre ela.

De fato, o histórico político e social brasileiro, apesar da conquista social do SUS, é fortemente arraigado aos modelos tradicionais de ensino - a educação bancária (FREIRE, 2011), expressa pela verticalidade, normatividade e autoritarismo presente nas falas dos gestores. Este modelo tem influenciado a organização das atividades de educação em saúde pautadas no sanitarismo e no preventivismo no contexto investigado por esse estudo.

Destarte, nota-se que as práticas educativas seguem a educação tradicional – pedagogia bancária –, com as premissas do autoritarismo muito arraigado, conforme evidenciado em falas que responsabiliza as pessoas pelo seu adoecimento:

Lembrando que a população também pode ser chamada em alguns momentos de educação em saúde também, a gente pensa no nosso profissional, mas a nossa população tem que ser educada também para ela ter a corresponsabilidade dela, em relação á prática, e manter a saúde.(E1)

E, também, pelo ‘desinteresse’ nas atividades educativas:

Com relação à educação em saúde para a população, observa-se uma falta de adesão da mesma aos grupos informativos e às medidas protetivas. (PMS 2010-2013, p.30)

Acho de difícil nisso é resgate dessa população para essa educação, porque nós temos uma cultura muito difícil, no entanto dá para ver na educação hoje, a educação é truncada, a educação clássica, a primeira, a segunda série, as pessoas tem alguma resistência, então é cultural, só que dentro de serviço a gente coloca como obrigatório, porque está em serviço, mas como foco, principalmente seguindo a Política de Humanização. (E2)

Com a população, eu acho que dificuldade não, em geral a população busca mais o atendimento curativo e não a questão de prevenção e promoção que seria mais educativo até, participando quando existem atividades de educação, mas o mais importante é a cultura de procurar quando a doença já está instalada. (E5)

Vejo que a população tem um conhecimento muito maior hoje sobre a saúde, mas ela não faz, não desenvolve algumas coisas muitas vezes porque não quer, porque não assimila aquilo como importante. [...] (E9)

Culpabilizar as pessoas pelas suas condições de vida e saúde, segue o modelo hegemônico na saúde, fortemente influenciado pelo sanitarismo e pelo higienismo, característicos da primeira e segunda geração da educação em saúde. O conhecimento da população de risco, apresentado no relatório Lalonde, em 1974, iniciou o movimento de prevenção de doenças direcionadas aos grupos com mais alto risco, visando reduzir a exposição a riscos específicos para indivíduos através de mudanças comportamentais levando a culpabilização da vítima por não aderir às ações (ROCHA; AKERMAN, 2014; FEIO; OLIVEIRA, 2015).

Romper com essa lógica é um processo moroso, por envolver mudança não somente no paradigma de saúde, mas de adoecer, de cuidar e, especialmente, de educar. O modelo de ensino vigente no país, segue a lógica autoritária e de transmissão do saber, sendo esse o modelo no qual os profissionais foram formados, dificultando o processo de mudança no cuidar e no promover saúde. O modelo autoritário, normativo e mecânico de ensino é reforçado pelo capitalismo e pelo neoliberalismo vigentes (WANDERLEY, 2010).

Os cuidados em saúde, envolvem tratamento farmacológico, desenvolvimento de práticas educativas e continuidade do cuidado. Para isso os profissionais precisam estar preparados e motivados para o desenvolvimento dessas atividades, o que não ocorre para a realização da educação em saúde. Em um estudo internacional esse fato se justifica, pois nessa pesquisa os trabalhadores de saúde apresentam-se desestimulados com o impacto da educação na saúde da população, contudo os mesmos possuem conhecimentos frágeis sobre o processo de modificação do estilo de vida, possuem habilidades de aconselhamento pobres e, ainda, precisam trabalhar com tempo e espaço físico inadequados (MASH et al, 2015).

2. Novas perspectivas educativas em processo de construção

A análise dos dados evidenciou reflexões sobre a terceira geração da educação em saúde, a educação em saúde crítica. Conforme falas abaixo:

A educação em saúde com a população não tem hora, não tem local e ela não tem quem é que vai fazer isso, até no corredor eu posso abordar uma pessoa, eu posso fazer esse contato com ela, identificar alguma necessidade. (E1)

A prática educativa está no seu dia-a-dia, na tua conversa, no teu acolhimento, na forma de assistência.(E14)

A gente tem que ver o individual mas nunca esquecer o coletivo, de capacitar nossa população, de empoderar, de fazer com a Saúde da Família faça o autocuidado apoiado, mostrar para a família que eu estou aqui do lado, eu tenho que ter a longitudinalidade do cuidado. (E1)

A educação em saúde possui perspectiva teórica orientada para a prática educativa e o trabalho social emancipatórios, almejando a promoção da autonomia das pessoas, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa e à superação das desigualdades sociais (FREIRE, 2011; FEIO; OLIVEIRA, 2015).

Nesse sentido suas ações não se concretizam apenas em momentos grupais específicos, mas sim, na organização do serviço de saúde, na forma de cuidar e nas relações entre as pessoas, através da valorização da cultura popular, viabilizada pelo respeito às iniciativas, ideias, sentimentos e interesses de todas as pessoas (BRASIL, 2012).

Essas narrativas associam-se às premissas da educação popular em saúde (EPS), esta se desenvolve em contraposição aos saberes e práticas autoritárias, afastadas da realidade social, orientadas por uma cultura medicalizante imposta à população e centralizada nas decisões das instituições de saúde. As atividades de educação popular ecoam a busca pela integração entre o saber científico e os saberes populares, de modo compartilhado e dialógico com as práticas profissionais de saúde instituídas no SUS (BRASIL, 2012). Considera-se, portanto, que a EPS tem se desenvolvido segundo a educação dialógica de Freire (2011).

Nesse sentido, vislumbramos que desde o ano de 2014 a Secretaria de Saúde tem tentando ampliar o olhar para o desenvolvimento de práticas educativas menos punitivas, com caráter participativo e horizontal. A partir de então, começaram a utilizar o termo curso para designar atividades com a população, ao invés do hegemônico de capacitação.

Além disso, a promoção da saúde ganhou espaço nas análises, ainda que de forma reflexiva e pautada no ideal, conforme recortes:

A visão que se tem que ter hoje, é de trabalhar com grupos, fazendo promoção da saúde. (E3)

A vigilância em saúde possui uma ação educativa muito forte com a população, pois se têm que educar a população para a questão da promoção da saúde e da prevenção de doenças. (E7)

Para fazer esse papel de orientação, eles trabalham muito com grupos, mas eu vejo que em alguns momentos isso não está muito amadurecido para a promoção da saúde. (E7)

O presente plano foi construído no contexto da proposta do governo municipal de instituir a promoção à saúde como eixo norteador da política pública, sob a perspectiva de município saudável. (PMS 2006-2006, p. 07)

A promoção da saúde não pode ser entendida como um conjunto de procedimentos para reduzir os riscos de doenças, pois este conceito se trata de prevenção, e ao focar os fatores de risco restringe-se a visão dos determinantes sociais, voltando maior atenção às doenças do que a saúde e indivíduo (ROCHA; AKERMAN, 2014), como é o caso da Política Nacional de Promoção da Saúde, pois as ações estratégicas impedem o cuidado integral, equânime, resolutivo, humanizado e dialógico (ROCHA; AKERMAN, 2014).

Dessa forma, a promoção da saúde em alguns casos reforça o conceito de determinação social da saúde, contudo voltada para atuar favoravelmente na qualidade de vida das pessoas, para tal, ações intersetoriais e intrassetoriais são imprescindíveis. Por meio delas é possível ampliar a educação em saúde para mudança das condições de vida da população, assim as estratégias da promoção da saúde são capazes de promover a autonomia e os processos políticos e sociais, que por meio deles levar à transformação das práticas em saúde em direção dos princípios do SUS (HEIDEMANN et al, 2014).

Nas reflexões, a promoção da saúde situa-se, ainda no campo do ideal, mas estes movimentos podem transformá-la no real, principalmente por meio da utilização das premissas da EPS.

Transversal à temática promoção da saúde, encontra-se a dialogicidade e emancipação, perceptível nas narrativas como um objetivo ainda a ser alcançado, conforme excertos:

Então o interessante, o foco hoje, é você colocar a autonomia para esse paciente, informar para ele que medicação vai estar aqui nessa consulta e que o grupo é outra coisa, é uma

promoção, é uma educação para qualidade de vida, essas coisas. Estamos fazendo isso, não muito, não muito, mas esse já é o estudo, essa é a parte da academia que nós já temos aqui, nós como tutores já sabemos e estamos verbalizando, igual quando começou o 'saúde da família', repetíamos, tem que fazer, tem que fazer grupo, entenderam, fizeram grupos, agora nós também entendemos que tudo tem que evoluir. (E2)

Então até para a população é o APSUS, porque você vai fazer um grupo de hipertenso, além da educação, você tem estimular ele a sua autonomia, ele tem conhecer a sua doença e ter o autocuidado, então hoje esta mudando, não é que tudo agente vai dar para ele, a gente vai dar a assistência, mas que ele seja também corresponsável em relação à sua saúde; e isso é bem interessante. (E10)

Eu vejo que prática educativa é tanto entre os profissionais, tanto entre profissionais e população, é fazer com que haja uma mudança de comportamento mesmo entre os profissionais e da população, é quando você muda tanto a sua prática, a partir de uma troca de experiências ou seu comportamento, como no caso da população, então essa educação é para você fazer com que um profissional mude, transforme, melhore a sua prática ou que a população venha mudar o comportamento, mudar suas práticas, seus hábitos de vida, eu vejo dessa forma. (E9)

Pautados na compreensão de educação como prática construtiva de saberes e práticas, coletiva e constante, os participantes conseguem vislumbrar a necessidade de mudanças no processo de educação em saúde, para que este estimule a autonomia da população. Os valores e princípios das práticas educativas populares contribuem significativamente para a promoção da autonomia do cidadão no que se refere à sua condição de pessoa de direitos, corresponsável pelos seus projetos de saúde e modos de estar na vida (BRASIL, 2012).

Contudo, cumpre destacar que esta reflexão acerca das práticas educativas teve influência de diversas ações, políticas e programas, dentre eles cabe destacar o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), conforme os recortes:

Nós temos o setor de promoção da saúde e, ele tenta coordenar o processo de educação popular, principalmente em parceria com os NASFS. Os NASFS possuem esse papel de trabalhar a educação com a população e com os profissionais dentro das unidades. (E7)

Vejo que os NASFS são na verdade um gerador para a modificação desse processo, de educação em saúde. (E14)

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) deverão exercer um papel importante na condução deste trabalho dentro das UBS, por meio da equipe multiprofissional que o compõe. Pretende-se qualificar a atenção básica para atuar junto aos grupos de risco, estimulando a mudança de comportamento da população e a adoção de hábitos saudáveis. (PMS 2010-2013, p.44)

O NASF, criado em 2008, foi desenvolvido a fim de apoiar e integrar os profissionais das Equipes Saúde da Família, suas ações se baseiam em compartilhar as práticas e saberes em saúde nos territórios sob a responsabilidade destas equipes, a fim de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade e, para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS. Trata-se de uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que auxiliam no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais dentro dos territórios (BRASIL, 2009). A função desse núcleo favorece a dialogicidade por permitir diálogos autênticos entres profissionais e população, por meio da troca de saberes e práticas (FREIRE, 2011).

Grupos educativos desenvolvidos por profissionais preparados para a promoção da saúde possuem alta efetividade a um custo baixo (MASH et al, 2015). Para tal, as atividades educativas devem ser pautadas na dialogicidade e na problematização, valorizar os saberes e práticas da população, construindo com elas modos mais saudáveis de viver (FREIRE, 2011).

Esses influentes permitiram sensibilizar o olhar de alguns profissionais para perceber, a educação não como somente um momento grupal, mas como um processo contínuo e transversal às práticas de saúde.

Dessa forma, existem esforços da gestão municipal para que atualmente se busque desenvolver atividades educativas dialógicas em grupos, que visem não somente a prevenção, mas também a promoção da saúde, nos quais os indivíduos participem para a melhoria na sua qualidade de vida, com o desenvolvimento de ações estratificadas, organizadas e contínuas com os demais serviços da rede de saúde.

Ainda nesse sentido, uma das falas apresenta a necessidade da gestão incorporar a educação popular como norteador das ações educativas:

Eu vejo que a educação em saúde é um processo construído, mesmo porque você nunca pode partir do pressuposto que o outro não saiba nada, tem a coisa do empirismo, ela tem seus conhecimentos, temos seus valores e, muitas vezes de forma muito autoritária o serviço e a gestão, mesmo, impõe a prática dela, no modelo baseado nos valores dela. Deixando o valor do outro, do receptor, que seria no caso a população, como muito submisso. Então, acho que é um processo bastante difícil, mas muito necessário. Há que se achar o meio, eu não sei que meio é esse, mas há um meio e, tem que achar. Tem que ser o interlocutor dos dois [serviço/gestão e população], eu acho que é a necessidade do hoje. (E14)

E com o APSUS já está acontecendo, um pouco, com o Caminhos do Cuidado, já são feitos encontros nas unidades, mas sempre é uma demanda da gestão visando as demandas locais, e tem o TeleSaúde que é também pensando em uma necessidade local, que ainda é devagar, mas estamos iniciando.(E4)

As premissas da educação popular foram incorporadas pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde, desenvolvida em 2012 e aprovada em 2013, relativamente recente no campo da educação em saúde. Esta política vem para fortalecer a terceira geração da educação em saúde e prevê a cogestão e o planejamento participativo como aliados para seu desenvolvimento (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, sua efetivação influenciará não somente as ações com a população, mas uma reorganização da gestão em educação e saúde, auxiliando os municípios a efetivarem a participação popular na saúde (PEDROSA, 2014). Conseguirá desenvolver atividades dialógicas e significativas para o processo de mudança em saúde, refletindo na qualidade de vida da população.

Considerações Finais

As atividades educativas em saúde seguem as características da primeira e segunda geração da educação em saúde, pautada no preventivismo e na culpabilização. Dessa forma, as ações são realizadas pautadas no sanitarismo e na mudança de comportamento, seguindo a abordagem educativa vertical. As atividades são desenvolvidas na forma de grupos educativos, muito relacionado às

doenças e tratamentos, com abordagens pedagógicas mescladas – vertical e horizontal.

Contudo, novos olhares estão se configurando por meio de políticas e programas desenvolvidos pela união e estado, permitindo a efetivação da educação em saúde crítica – terceira geração – através da construção de grupos de promoção da saúde, com a lógica de promover e prevenir, seguindo a abordagem dialógica e emancipatória, enquadrando-se nas premissas da Política Nacional de Educação Popular.

Desse modo, a educação em saúde no município em questão está em um processo de constante construção e caminha para a promoção da saúde por meio de estratégias e práticas educativas dialógicas e emancipatórias.

Referências

BALDISSERA, V. D. A. Modelo radical de educação em saúde: possibilidades e desafios. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v.10, n.1, p. 7-12, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15692/pdf>>. Acesso em: 4 ago. 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília, DF, 2012.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, Vozes, 2008. p. 295-316.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 847-852, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00847.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2015.

FEIO, A.; OLIVEIRA, C. C. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. **Saúde Soci.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 703-715, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/104841/103630>>. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200024>. Acesso em: 25 out. 2015.

FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B.; CAMARGO-BORGES, C.; KAWATA, L. S.; MISHIMA, S. M. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, jul./ago. 2013. 08 telas. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0990.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

HECKATHORN, D. D. Comment: Snowball versus Respondent-Driven Sampling. **Sociol. Methodol.**, Bethesda, v. 41, no.1, p. 355-366, 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9531.2011.01244.x/full>>. Acesso em: 11 set. 2015.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; WOSNY, A. M.; BOEHS, A. E. Promoção da saúde na atenção básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3553-3559, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803553&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.11342013>>. Acesso em: 25 out. 2015.

KASH, S.; DESSINGER, C. J. Paulo Freire's relevance to online instruction and performance improvement. **Perfor. Improv.**, San Francisco, v. 49, no. 2, p.17-21, Feb. 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica: ciência e conhecimento científico, métodos científicos, teoria, hipóteses e variáveis, metodologia jurídica**. São Paulo: Atlas, 2011.

MASH, R.; KROUKAMP, R.; GRAZIANO, T.; LEVITT, N. Cost-effectiveness of a diabetes group education program delivered by health promoters with a guiding style in underserved communities in Cape Town, South Africa. **Patient Educ. Couns.**, Princeton, v. 98, no. 5, p. 622-626, 2015. Disponível em: <[http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(15\)00011-7/fulltext](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(15)00011-7/fulltext)>. Acesso em: 27 ago. 2015.

PEDROSA, J. I. S. A educação popular em saúde como prática emancipatória nas equipes de Saúde da Família. In: SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014. p.755-788.

ROCHA, D. AKERMAN, M. Determinação social da saúde e promoção da saúde: isto faz algum sentido para a Estratégia Saúde da Família? Em que sentido podemos seguir? In: SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014. p. 720-754.

SANTOS, A. O.; CASTRO, E. O. Demanda por grupos, psicologia e controle. **Psicol. & Soc.**, Belo Horizonte, v. 23, n. 2, p. 325-331, mAo/jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n2/a13v23n2.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2015.

SILVA, C. M. C.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. CAMARGO-BORGES, C.; KAWATA, L. S.; MISHIMA, S. M. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2539-2550, ago.2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 ago. 2015

5.5 MANUSCRITO 4

PRÁTICAS EDUCATIVAS MARCADAS PELA HISTÓRIA DA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

EDUCATIONAL PRACTICES MARKED BY THE HISTORY OF THE CONSTRUCTION OF PUBLIC HEALTH SYSTEM

Resumo: Objetivou-se analisar as políticas e programas que influenciaram a gestão de saúde, no que tange à ordenação das práticas de educação em saúde e educação na saúde no âmbito de seu município. Tratou-se de pesquisa social aplicada, de caráter qualitativo, descritivo e exploratório, desenvolvida em um município polo de saúde localizado a noroeste do estado do Paraná-Brasil. A coleta e análise dos dados se deram por duas técnicas: pesquisa documental, com 47 documentos da gestão municipal; e entrevistas, com os 16 gestores municipais de saúde. Os dados foram debatidos à luz das premissas da dialogicidade e problematização de Freire. A pesquisa foi realizada seguindo os preceitos éticos vigentes. Os resultados demonstram o Programa Saúde da Família, a Política Nacional de Humanização, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde, o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família e o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde, como influentes nas práticas educativas. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde não foi relatada. A dialogicidade e a problematização estão inseridas na saúde, contudo seu uso é tímido nas práticas educativas, desenvolvendo-se apenas no âmbito da gestão em saúde.

Descritores: Políticas públicas; Educação Continuada; Educação em Saúde.

Abstract: The objective of analyzing the policies and programs those influence the management of health in ordering health education practices and education on health within their municipality. It was applied social research, qualitative, descriptive and exploratory character, developed in a municipality health pole located to the Northwest of the State of Paraná-Brazil. The collection and analysis of data were by two techniques: documentary research, with 47 municipal management documents; and interviews with the 16 municipal health managers. The data were discussed in the light of the Exchange and of questioning assumptions Freire. The survey was conducted following the ethical precepts. The results demonstrate the program health of the Family, the National Policy of Humanization, the national policy of permanent education in health, the Health Pact, the National Policy of Health promotion, the core family health support and qualification program of primary health care, as influential. The National Policy on health education was not reported. The Exchange and questioning are inserted into health; however its use is shy in educational practices, therefore, develops only in the context of management in health.

Descriptors: Public Policies; Education, Continuing; Health Education.

Introdução

Educação e saúde se tratam de práticas sociais intimamente relacionadas. Destarte, no Brasil a educação no âmbito da saúde se trata de uma conquista

constitucional, inserida na Constituição de 1988, na qual expressa às atribuições do setor saúde na educação dos profissionais (BRASIL, 2009; BRASIL, 2012), chamada de educação na saúde e da comunidade, chamada de educação em saúde (FALKENBERG et al, 2014) como uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurada pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 2009; BRASIL, 2012).

Almejando a inserção e efetivação da educação, várias políticas e programas foram sendo implantadas ao longo dos anos, culminando atualmente nas Políticas Nacionais de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009) e de Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2012). Estas políticas fortaleceram, respectivamente, a problematização e a dialogicidade na saúde – conceitos estes integrantes da educação, tendo Paulo Freire como influente, cujos pensamentos são pautados no materialismo dialético, com enfoque na libertação dos sujeitos por meio da educação, das palavras ancoradas no diálogo e da realidade concebida pela problematização (FREIRE, 2011).

Entretanto, deve-se ressaltar que a educação no âmbito da saúde está em constante construção, e esta é permeada por diversas políticas, programas e ações em saúde. Estas são direcionadas pela gestão nacional e estadual, e balizados em torno das necessidades políticas, indicadores de saúde e pactos nacionais e internacionais (EDWARDS JÚNIOR, 2014).

Dessa forma, as políticas e programas têm a capacidade de influenciar na lógica assumida pela educação no âmbito da saúde. Nesse sentido, a pesquisa delineou-se com a seguinte questão norteadora: Quais as políticas e programas que influenciaram a gestão municipal na ordenação das práticas de educação em saúde e educação na saúde?

O estudo justifica-se pela necessidade de se conhecer as políticas e programas que influenciaram a construção das práticas educativas em saúde no município, sobretudo no que diz respeito à dialogicidade e problematização. Seus resultados possibilitarão compreender o processo de construção da educação nas práticas de saúde e, com isso, subsidiar novas estratégias e pesquisas que permitam alavancar suas práticas. Dessa forma, objetivou-se analisar as políticas e programas que influenciaram a gestão de saúde na ordenação das práticas de educação em saúde e educação na saúde no âmbito de seu município.

Metodologia

Tratou-se de uma pesquisa social aplicada de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo. A fonte de dados foram os documentos e depoimentos de gestores, ambos da secretaria municipal de saúde, envolvidos com as práticas educativas de um município polo regional localizado do noroeste do Estado do Paraná-Brasil, de 2006 a 2015. Este recorte temporal justifica-se pelo Pacto pela Saúde, promulgado em 2006, que reorganizou as práticas de gestão no SUS (BRASIL, 2006) e, supostamente, tenha influenciado as práticas educativas em saúde.

A coleta e análise dos dados se deram por duas técnicas: a pesquisa documental – que favoreceu a observação do processo de evolução dos conhecimentos, permitindo acrescentar a dimensão do tempo à compreensão social (CELLARD, 2008), e as entrevistas - que foram uma opção procedimental por acreditar que conhecer a história de um passado recente pode ser facilitado por meio de diálogos com atores envolvidos neste processo (MARCONI, 2011).

A Secretaria Municipal de Saúde disponibilizou 156 documentos relacionados ao escopo do estudo. Os mesmos foram agrupados segundo o tipo. Em seguida foi realizada a pré-análise dos mesmos por meio de leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa, levantando cinco dimensões: o contexto, o(s) autor (es), a autenticidade e a confiabilidade do texto, a natureza do texto, os conceitos-chave e a lógica interna do texto. Após esse processo 109 documentos foram descartados: 61 por serem elaborados por órgãos federais ou estaduais, 30 documentos por não se enquadrarem ao objetivo do estudo, nove arquivos por serem referentes a um mesmo manual, quatro por serem anteriores a 2006 e cinco arquivos por não possuírem informações de data ou autor.

Dessa forma, foram selecionados para análise 47 documentos, a saber: três Planos Municipais de Saúde, sete Programações Anuais de Saúde, sete Planilhas de Cursos e Eventos, nove Relatórios Anuais de Gestão, 10 Relatórios das atividades educativas e 11 Protocolos e Manuais. Os documentos selecionados passaram por um processo de levantamento das unidades de análise e, em seguida, definição das categorias de análise, durante fevereiro e maio de 2015. Os documentos foram identificados pelas suas iniciais, seguido do ano de publicação e número da página, da qual determinado trecho ou segmento foi retirado.

Para a seleção dos entrevistados foi utilizada a técnica 'bola-de-neve', na qual o participante inicial foi escolhido por conveniência, devido à íntima relação com o

foco de estudo; em seguida, ele indicou o segundo entrevistado, que indicou o terceiro, e assim sucessivamente, até que alcançou o objetivo da pesquisa (HECKATHORN, 2011).

Assim, participaram do estudo 16 gestores municipais de saúde, todos do sexo feminino, com idades variando entre 31 e 54 anos (média 45,9 anos), formação profissional na área da saúde, sendo: 10 enfermeiras, duas farmacêuticas, duas psicólogas, uma nutricionista e uma odontóloga. No que tange ao grau de escolaridade, todos os profissionais possuíam especialização *Latu-sensu* e quatro possuíam especialização *Stricto-sensu*, sendo três em nível de mestrado e uma de doutorado. Os profissionais exerciam função de gestão ou coordenação de programas de saúde, com tempo de trabalho variando entre 03 e 27 anos (média 18,7 anos). As entrevistas ocorreram durante o mês de dezembro de 2014, utilizando um roteiro semiestruturado, foram transcritas na íntegra e analisadas segundo análise de conteúdo temática, seguindo etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (BARDIN, 2011). As entrevistas foram identificadas com a letra E, de entrevistado, seguido de número arábico referente à ordem de realização das entrevistas.

As categorias de análise dos documentos foram agrupadas às categorias temáticas de Bardin (BARDIN, 2011) originando as categoriais finais do estudo.

A discussão dos dados se deu à luz das premissas da dialogicidade e da problematização de Freire (FREIRE, 2011). Segundo esse referencial, a educação é um ato político; a educação problematizadora, contrapondo a educação bancária, é participativa e dialógica e, como resultado do processo, constrói conhecimentos e transforma saberes e práticas (FREIRE, 2011; GADOTTI, 2012).

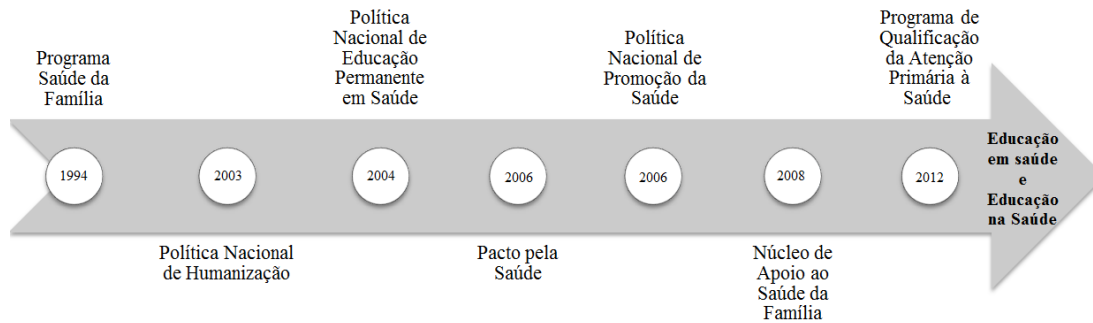
A pesquisa foi realizada seguindo as diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e resolução Complementares. Possui parecer favorável do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Número: 897.950/2014 - CAAE: 38820914.4.0000.0104), e do órgão competente da Secretaria Municipal de Saúde.

Resultados e Discussões

A análise das entrevistas e dos documentos evidenciou vários programas e políticas de saúde que influenciaram na construção da educação em saúde e na educação na saúde no município. Assim se apresenta as principais influências

encontradas, em ordem cronológica, (Figura 4) e as discutiremos pautadas nas suas contribuições para a dialogicidade e problematização (FREIRE, 2011; GADOTTI, 2012) em saúde.

Figura 4 – Políticas, programas e ações em saúde que influenciaram as práticas educativas desenvolvidas em um município do noroeste do Estado do Paraná-BR, 2015.



Fonte: as autoras.

Os dados coletados a partir dos documentos e das entrevistas evidenciaram que as políticas e programas que influenciaram as práticas educativas em saúde foram elaborados pela união e pelo estado, em geral direcionadas aos profissionais ou à população, como estes possuem íntima relação por serem os atores do processo de trabalho em saúde, as ações influenciam, concomitantemente, tanto a educação na saúde como a educação em saúde. Os programas e as políticas norteiam diretamente o processo de trabalho em saúde, pois requerem uma mudança no pensar e no fazer saúde.

Dessa forma, segundo a análise dos dados, o Programa Saúde da Família (PSF), atual Estratégia Saúde da Família (ESF), foi o primeiro estimulador das práticas educativas, segundo os gestores:

Acredito que um marco em relação às práticas educativas foi o Programa Saúde da Família (PSF), pois após a implantação do mesmo, em 2000, é que ocorreu uma mudança muito grande, porque era muito focado no atendimento, no serviço [...] E a partir do PSF se difundiu pensar em comunidade, pensar nas pessoas inseridas em um contexto mais ampliado. (E3)

O PSF foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994 e implantado no município em 1999. Trata-se de uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, pautado nos princípios do SUS. Sua

implantação ocorreu devido ao momento histórico-social brasileiro vigente, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atendia mais às necessidades do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas. Assim, o PSF se apresentou como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera o adoecer da população, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção centrado na comunidade e no território (BRASIL, 2001; FORTUNA et al., 2013).

Tratou-se de uns dos primeiros avanços para a dialogicidade e problematização em saúde, visto que estimulava o diálogo entre serviço de saúde e comunidade atendida e, as atividades desenvolvidas eram pautadas na compreensão da realidade de vida das pessoas, o que pode se considerar momentos de problematização. A consciência crítica das temáticas significativas às condições de vida e saúde somente é alcançada por meio da problematização da realidade pelos homens em conjunto, considerando seus aspectos histórico-culturais, (FREIRE, 2011) e este é alcançado com a prévia imersão dos gestores na realidade para o planejamento, previsto pelo PSF.

Nesse sentido, a atual ESF tem como um de seus pilares a educação, considerada como uma tecnologia para a concretização do SUS, pois permite ampliar a capacidade de cuidado e autocuidado em saúde. Para tal, deve desenvolver-se pautada nos pressupostos de: equidade, participação popular e integralidade, a fim de tornar-se eixo norteador das atividades de proteção, promoção, prevenção em saúde e programação local (MOUTINHO et al., 2014). Nesse sentido, refere-se à educação libertadora de Freire, a qual é capaz de desenvolver os saberes e práticas dos indivíduos, que em conjunto reconhecem sua realidade, por meio do diálogo e da problematização, e a transformam (FREIRE, 2011), tornando-se responsáveis por seus atos e pelas repercussões dos mesmos em suas vidas

Entretanto, atualmente, possuem inúmeras barreiras que impossibilitam o desenvolvimento de práticas educativas libertadoras, dialógicas e emancipadoras pela ESF, dentre as causas, destaca-se: desarticulação do trabalho em equipe, com sinais de atuação individualizada e de sobreposição de ações; a carência de recursos de apoio ao processo educativo; as limitações de infraestrutura das

unidades e a desvalorização da população, motivada pelo descrédito em relação à educação em saúde ou pela insatisfação com a metodologia de trabalho empregada (MOUTINHO et al., 2014). A dialogicidade e problematização da ESF focaram-se principalmente no nível de gestão, não conseguindo influenciar os profissionais que atuam na assistência direta ao usuário.

Destarte, no sentido de aproximar o trabalho em saúde com as necessidades da população, as análises destacam a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH). Sua adoção é encontrada nos excertos a seguir:

Implantar a Política Municipal de Humanização de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização;(PMS 2006-2009, p.43)

A educação dentro do serviço é obrigatória, seguindo as premissas da Política de Humanização. (E2)

A PNH, desenvolvida em 2003 pelo MS e no município em 2006, tem como objetivo colocar em prática os princípios do SUS no contexto e realidade dos serviços de saúde, gerando mudanças na gestão e na assistência. Incentiva a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários visando construir processos coletivos para o enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que frequentemente produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2013).

O foco da PNH é superar os obstáculos enfrentados no processo de construção do SUS, objetivando problematizar a gestão dos serviços de saúde e, portanto, os processos de trabalho. De modo a contrapor os modos hegemônicos de cuidar e gerir, marcados por práticas autoritárias e centralizadoras, potencializando e criando espaços de trocas, onde pessoas com valores, saberes, hábitos, desejos, interesses e necessidades diferentes encontrem, de forma coletiva, saídas para os desafios do cotidiano (FREIRE, 2011; SILVA; BARROS; MARTINS, 2015). A PNH desenvolve-se direcionada à mudança na gestão, mas insere discretamente a população nas ações.

Compreendendo a necessidade de qualificar os profissionais para atuar seguindo as necessidades e dinamicidade do SUS, em 2004 foi desenvolvida, pelo MS, a Política de Educação Permanente em Saúde, implantada no município em 2006. Cabe destacar que esta política, apesar de ser a mais influente no âmbito da

educação na saúde, somente emergiu nos documentos analisados, nas falas dos gestores apenas foram apresentadas trechos sugestivos à mesma.

Dessa forma, a educação permanente em saúde foi apresentada pela primeira vez no Plano Municipal de Saúde (PMS) de 2006-2009, como estratégia que seria assumida para organizar as ações educativas direcionadas aos profissionais, conforme recorte abaixo:

Diretrizes gerais da Gestão e Organização dos serviços: [...] Adotar a Política de Educação Permanente em Saúde nas capacitações; [...]. (PMS 2006-2009, p.43)

Elaborar Plano de Educação Permanente em Saúde (EPS) para os trabalhadores do SUS no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde. (RAG 2014, p.48)

A Política de Educação Permanente em Saúde foi criada em 2004 e alterada em 2007. Esse excerto faz menção à política de 2004, que objetivava a formação e o desenvolvimento de trabalhadores da saúde por meio de Colegiado de Gestão configurado como Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS (BRASIL, 2009). Nesse momento a política previa a integração da gestão dos serviços de saúde, com a acadêmica e com os serviços de saúde, almejando criar núcleos de educação, ainda na lógica de capacitação e com afastamento da realidade do local de trabalho.

Somente em 2007, a Política insere a problematização e a dialogicidade como norteadoras das práticas educativas com os profissionais, estas devem ser desenvolvidas dentro do ambiente de trabalho, de preferência pelos profissionais envolvidos, valorizando os saberes e práticas dos mesmos, pois somente assim é possível de desenvolver um processo educativo significativo, capaz de gerar mudanças efetivas (FREIRE, 2011). A educação permanente não pode ser vista somente como uma política de educação na saúde, mas como um processo de ensino e aprendizagem que inclui a participação ativa e efetiva de todos os atores envolvidos no processo de trabalho (BALDISSERA; BUENO, 2014).

O uso da Política de Educação Permanente em Saúde como estratégia de gestão, foi estimulada pelo Pacto pela Saúde. Este inseriu a educação permanente como diretriz de atuação em todas as áreas prioritárias, e reforçava sua adoção para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2006). Desde então, o termo ganhou destaque nos documentos de gestão analisados, no que se refere à educação com os profissionais.

Deste modo, voltado efetivamente à gestão, o Pacto pela Saúde realizou grande influência, não somente na educação, mas na autonomia do município, conforme excertos:

Eu acho que tudo está embutido como prática educativa, as ações de prevenção e promoção, os próprios indicadores, os próprios procedimentos, metas, objetivos do Pacto, eles apontam tudo para uma implementação dessas ações. (E15)

As ações a serem definidas neste plano também devem contemplar as propostas aprovadas na Conferência Municipal de Saúde e atender as prioridades definidas no “Pacto pela Saúde”, estabelecido pela Portaria 399/06 do Ministério da Saúde.(PMS 2006-2009, p.22)

Assim, o Pacto pela Saúde é desenvolvido pelo MS e implantado no município em 2006. O Pacto possui íntima relação com a gestão e com a educação, no capítulo Pacto de Gestão estabelece metas e diretrizes para o aperfeiçoamento da gestão, regulação do trabalho, educação em saúde e fomento à participação e ao controle social (BRASIL, 2006). No capítulo Pacto em Defesa da Vida, ressalta a promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento (BRASIL, 2006). As linhas de atuação ainda são muito diretivas e relacionadas à prevenção em saúde.

Nesse sentido, o Pacto pela Saúde permitiu visualizar a comunidade de modo abrangente e entender seus indicadores, dando aos municípios autonomia para planejar ações e estratégias voltadas às necessidades de saúde da sua população, conforme recorte abaixo:

O Pacto veio para nós nos organizarmos focando nas prioridades locais [...] e para isso precisávamos dessa permissão, de autonomia e da gestão também querer participar. O Pacto traz as metas e focos que o município precisa alcançar, e para fazer tudo isso o município precisa de parceiros, de colaboradores da comunidade para que isso efetivamente aconteça. (E2)

Dessa forma, novamente a dialogicidade está inserida no trabalho em saúde, pois permitiu os diálogos entre os indicadores de saúde local e a gestão municipal, estimulando que os gestores conhecessem a sua realidade e compreendessem os principais influentes no processo saúde-doença. O diálogo não é somente as palavras, este se expressa na postura, no modo de fazer e planejar (FREIRE, 2011). Entretanto, por mais que o Pacto pela Saúde promoveu ao município autonomia na

escolha de seu modo de trabalho e direcionou o olhar para os seus indicadores, as ações ainda se desenvolvem no nível gerencial.

Ainda nesse sentido, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), foi referida desde o PMS de 2006-2009 como eixo estruturador para o desenvolvimento de práticas educativas, conforme recorte abaixo:

O presente plano foi construído no contexto da proposta do governo municipal de instituir a promoção à saúde como eixo norteador da política pública, sob a perspectiva de município saudável. (PMS 2006-2009, p.07)

A PNPS foi criada em 2006 e desde então, implantada no município. Nesse mesmo período a Secretaria Municipal de Saúde instituiu a Diretoria de Assistência e Promoção à Saúde (PMS 2006-2009, p.09). Esta política entende a promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, como um modo de pensar e de operar em conjunto com as demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro. Dessa forma, contribui para a construção de ações voltadas às necessidades sociais em saúde, com enfoque nos aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento no país. Visto que, hegemonicamente as abordagens em saúde desenvolvem-se na perspectiva individualizante e fragmentária, e responsabilizam os sujeitos e as comunidades pelo seu adoecimento (BRASIL, 2010).

Essa política visa inserir uma perspectiva ampliada de saúde, de modo que as ações desenvolvidas em saúde sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, por meio do estímulo e fortalecimento do protagonismo dos cidadãos (BRASIL, 2010). O protagonismo e a emancipação somente se dão por meio de processos educativos pautados no diálogo e na visão crítica e reflexiva da realidade (FREIRE, 2011).

A PNPS se desenvolve no âmbito da gestão em saúde, e a fim de aproximar as ações dos profissionais e da população, as análises apontam para a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), conforme recortes:

A implantação dos NASF contribuiu muito com a implementação do processo de trabalho dentro das unidades, permitindo reflexões entre a equipe sobre os principais problemas de saúde locais e as pactuações para o alcance das metas, embora ainda de forma incipiente, havendo necessidade de amadurecer este processo nos próximos anos. (RAG 2010, p.53)

A Secretaria de Saúde tem buscado a implantação gradativa da Educação Permanente em Saúde (EPS), principalmente por meio dos profissionais dos NASF, [...] (PMS 2014-2017, p.33)

O NASF, criado pelo MS em 2008 e implantado no município desde então, foi desenvolvido a fim de apoiar e integrar os profissionais das ESF. Trata-se de uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que auxiliam na ampliação da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde das *populações adstritas* (BRASIL, 2009). O NASF atua *diretamente sob a realidade na qual a população está inserida*, sua proximidade com a equipe de saúde local e sua inserção na comunidade permite apreender as reais necessidades daquele local e daquelas pessoas e atuar, em conjunto com elas, para o desvelamento dos problemas e das possíveis soluções, permitindo a tomada de consciência pelos indivíduos (FREIRE, 2011).

As ações do NASF fortalecem a atenção básica e ampliam sua resolubilidade, além de auxiliar na integralidade do cuidado direcionado aos usuários do SUS, visto que promove o desenvolvimento de espaços para a produção de novos saberes e a ampliação da clínica para além das salas e da unidade de saúde, pois estimula o desenvolvimento de grupos educativos na comunidade, a fim de difundir e compartilhar saberes e práticas em saúde (SAMPAIO et al., 2012; MACIEL et al., 2015). Configura, dessa forma, as premissas da educação dialógica e problematizadora.

Visando intensificar e qualificar as ações educativas desenvolvidas com a população, o MS desenvolveu em 2012 a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, entretanto esta não esteve presente no discurso de nenhum entrevistado e nem nos documentos analisados. Apenas foi possível verificar sua presença sutil em algumas falas:

A educação em saúde com a população não tem hora, não tem local e ela não tem quem é que vai fazer isso, até no corredor eu posso abordar uma pessoa, eu posso fazer esse contato com ela, identificar alguma necessidade. (E1)

A prática educativa está no seu dia-a-dia, na tua conversa, no teu acolhimento, na forma de assistência. (E14)

Dessa forma, os conceitos de educação popular podem ser identificados, mas não podemos assumir que este se relaciona a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, ou que foi influenciado pela mesma. Pode se inferir que este fato

justifica-se por a política ser relativamente recente e não possui caráter normativo e diretivo, ela não se desenvolve por meio de metas e pactuações, trata-se de uma visão mais filosófica e reflexiva das práticas de saúde e sociais, esta política permite aos profissionais refletirem e repensarem seus processos educativos, sem induzi-los ao desenvolvimento de determinada ação.

Cumprе ressaltar, que as premissas ministeriais visam desenvolver o conceito de Educação Popular em Saúde se pauta na contraposição aos saberes e práticas autoritárias, afastadas da realidade social e orientadas por uma cultura medicalizada imposta à população e, centralizada nas decisões das instituições de saúde. Destarte, busca integrar o saber científico aos saberes populares, de modo compartilhado e dialógico com as práticas profissionais de saúde instituídas no SUS (FREIRE, 2011; BRASIL, 2012).

Dessa forma, sua implantação deve ser estimulada e realiza no município, pois irá contribuir para consolidar a dialogicidade na saúde e a problematização dos processos de trabalho, além de inserir a participação popular na saúde, premissa do SUS.

Por fim, destacando-se por promover a experiência de uma educação ativa e problematizadora, as análises ressaltam o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS), apresentado nos excertos:

A adesão do município ao Plano Diretor de Atenção Primária do Estado do Paraná por meio do APSUS, para formação e qualificação dos profissionais da atenção básica, tem proporcionado uma reflexão e implementação nos processos de trabalho das equipes, na prática da educação permanente. (PMS 2014-2017, p.33)

O APSUS são oficinas que aconteceram, [...] onde nós planejamos conhecimentos e falamos de conceitos. Integramos os profissionais da atenção básica, da urgência e emergência, da saúde mental. Discutiram-se novos protocolos, e todos construíram e mandamos para o estado como é que os profissionais de Maringá pensam em construir as redes de saúde. [...].(E1)

O APSUS é um programa desenvolvido desde 2012 pelo Governo do Estado do Paraná, por meio da Secretaria de Estado da Saúde que visa reorganização a Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica, desenvolvido em parceria com os municípios, estimulando as capacidades de assistência e de gestão, a fim de implantar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (PARANÁ, 2015). As ações ainda são divididas em ciclos de vida, visão biomédica, mas no que se refere ao manejo das atividades educativas destaca-se atividades horizontais e voltadas a realidade

da população e profissionais. Pautadas na valorização dos saberes e práticas dos profissionais, permitindo a reflexão crítica do processo de trabalho que estão inseridos e, a consciência crítica dos problemas e a construção conjunta de soluções (FREIRE, 2011).

A implantação do APSUS está em construção, contudo é possível notar que a mesma parece ser um caminho viável para superar a lacuna na relação academia e serviços de saúde, pois permite uma integração real por meio de um movimento reflexivo e transformador, neste contexto a formação de profissionais crítico-reflexivos se faz possível (COSTA et al., 2014).

Dessa forma, com a efetivação do APSUS, os profissionais passaram a ser os protagonistas de inovações, elevando a Saúde Pública do Paraná, pois, na medida em que os novos profissionais assimilam este referencial, balizado na criticidade, diálogo e inovação, o cidadão torna-se como centro do processo de cuidado (FREIRE, 2011), provocando a mudança no modelo de atenção à saúde preconizado pelo SUS (COSTA et al., 2014).

Cumprir destacar, que ocorreu nas últimas décadas, a reorientação do discurso oficial sobre educação em saúde e educação na saúde, gradativamente passou-se a inserir as ideias de reflexão crítica sobre a realidade, diálogo e empoderamento comunitário, almejando desenvolver condições de vida saudáveis. Assim, a educação que se deseja implementar objetiva, no plano teórico, não mais a manutenção de elementos ideológicos, mas a formação crítica-cidadã das pessoas, de modo que estas se tornem aptas a intervir de forma autônoma na realidade social (SILVA, DIAS, RODRIGUES, 2009), sejam elas profissionais ou usuários do SUS.

Considerações Finais

As práticas educativas estão sendo construídas influenciadas por direcionamentos ministeriais e estaduais, voltados à consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Programa Saúde da Família foi pioneiro ao permitir um olhar direcionado às especificidades da comunidade, seguido pela Política Nacional de Humanização que valoriza os saberes e os valores dos profissionais e da população, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde direcionou-se à qualificação e valorização dos profissionais. Por fim, o Pacto pela Saúde buscou reorganizar o serviço de saúde pautado em áreas estratégicas e necessidades da população e a

Política Nacional de Promoção da Saúde, seguiu estas áreas estratégicas e trouxe o olhar para a qualidade de vida, contudo, ainda muito direcionado à prevenção em saúde. Todas essas políticas, programas e ações aproximaram a dialogicidade e a problematização às práticas educativas, entretanto em nível de gestão e organização geral.

Após a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, desenvolvido com caráter educativo tanto aos profissionais como à população e do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde, que visa reorganizar a Atenção Primária no estado, a dialogicidade e a problematização começaram a ser debatidas e utilizadas sutilmente, no planejamento e execução das atividades educativas, objetivando valorizar os saberes e práticas dos profissionais e da população.

Todas essas ações permitiram compreender outras formas de realizar ações educativas e reavaliar a sua organização. Isto posto, refere-se que, mesmo que o município não consiga, ainda, realizar plenamente atividades educativas com as premissas da dialogicidade, construção coletiva, problematização e empoderamento, ele caminha, apoiado em diversas ações e programas, para tal.

Cabe ressaltar, que o município rapidamente adere às estratégias nacionais e estaduais, atentando às novas tendências em saúde e, que o processo de construção das práticas educativas é contínuo e multifatorial.

Agradecimento

À Secretaria Municipal de Saúde do Município de Maringá/PR, pela parceria e apoio à realização desta pesquisa.

Referências

BALDISSERA, V. D. A.; BUENO, S. M. V. A educação permanente em saúde e a educação libertária de Paulo Freire. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v.13, n. 2, p. 191-192, 2014. Disponível em: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/bce-sdi/Meus%20documentos/Downloads/26545-113078-1-PB.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1. ed. Brasília, DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF, 2009.
defesa do SUS e de gestão. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, Vozes, 2008. p. 295-316.

COSTA, M. A. R.; GOMES, E. A.; COSTA, D. F. B.; VASCONCELOS, I. C. Oficinas do APSUS: experiência de integração entre ensino, serviços de saúde e comunidade. In: CONGRESSO PARANAENSE DE SAÚDE PÚBLICA, 2., 2014, Curitiba. **Anais...** Curitiba: Inesco, 2014. Disponível em: <<http://inesco.org.br/conferencias/index.php/2congresso/2cpsp/paper/view/449>>. Acesso em: 31 ago. 2015.

EDWARDS JÚNIOR. D.B. ¿Cómo analizar la influencia de los actores e ideas internacionales en la formación de políticas educativas nacionales? Una propuesta de un marco de análisis y su aplicación a un caso de El Salvador. **Arch. Anal. Pol. Educat.**, [S.l.], v. 22, n. 12, p. 37, 2014. Telas. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.14507/epaa.v22n12.2014>>. Acesso em: 23 out 2015.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 847-852, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00847.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2015.

FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B.; CAMARGO-BORGES, C.; KAWATA, L. S.; MISHIMA, S. M. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, jul./ago. 2013. 08 telas. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0990.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

GADOTTI, M. Por que continuar lendo pedagogia do oprimido? **R. Pol. Públ.**, São Luiz, v.16, n. 2, p. 459-461, 2012. Disponível em:<
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321129114017>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

HECKATHORN, D. D. Comment: Snowball versus Respondent-Driven Sampling. **Sociol. Methodol.**, Bethesda, v. 41, no.1, p. 355-366, 2011. Disponível em:<
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9531.2011.01244.x/full>>. Acesso em: 11 set. 2015.

MACIEL, M. S.; COELHO, M. O.; MARQUES, L. A. R. V.; RODRIGUES NETO, E. M.; LOTIF, M. A. L.; PONTE, E. D. Ações de saúde desenvolvidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Revista Saúde**, Santa Maria, v. 41, n.1, p. 117-122, jan./jul. 2015. Disponível em:<ascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasauade/article/view/13283>. Acesso em: 30 ago. 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**: ciência e conhecimento científico, métodos científicos, teoria, hipóteses e variáveis, metodologia jurídica. São Paulo: Atlas, 2011.

MOUTINHO, C. B.; ALMEIDA, E. R.; LEITE, M. T. S.; VIEIRA, M. A. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 253-272, maio/ago. 2014. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. 2015.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde - APSUS**. Disponível em:<<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2808>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

SAMPAIO, J.; SOUSA, C. S. M.; MARCOLINO, E. C.; MAGALHÃES, F. C.; SOUZA, F. F.; ROCHA, A. M. O.; SOUZA NETO, A. A.; OLIVEIRA SOBRINHO, G. D. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. **Rev. Bras. Cien. Saúde**, São Caetano do Sul, v.16, n. 3, p. 317-324, 2012. Disponível em:
<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/viewFile/12572/7870><http://rlae.eerp.usp.br/index/search>>. Acesso em: 31 ago. 2015.

SILVA, C. P.; DIAS, M. S. A.; RODRIGUES, A. B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, p. 1453-1462, out. 2009. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 ago. 2015.

SILVA, F. H.; BARROS, M. E. B.; MARTINS, C. P. Experimentações e reflexões sobre o apoio institucional em saúde: trabalho a partir do Humaniza SUS. **Interface**, Botucatu, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015005030280&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. 2015.

CMGL e VDAB trabalharam em todas as etapas desse estudo, VMS e IHH na elaboração do projeto e na redação final.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apreendeu-se que as práticas educativas estão sendo construídas influenciadas por políticas e programas ministeriais e estaduais, em busca da consolidação do SUS e das políticas nacionais de Educação Permanente em Saúde e de Educação Popular em Saúde.

Em relação à **educação na saúde** a lógica da educação permanente em saúde está sendo construída, influenciada pela criação do NASF e desenvolvimento do APSUS. Contudo, a descentralização das ações e a problematização da realidade são entraves no desenvolvimento de atividades de educação permanente, em especial a nível local, pois os avanços na autonomia da gestão municipal não se refletem nas unidades de saúde.

A formação dos gestores trouxeram mudanças nas suas formas de trabalhar e propor ações educativas, sobretudo impulsionadas pelo APSUS. Assim, as experiências em práticas educativas dialógicas e horizontais os estimularam a mudar suas práticas educativas em educação permanente que, posteriormente, influenciam na prática de educação realizada por esses profissionais junto à comunidade.

Apesar da importância de determinados programas e estratégias, os mesmos não podem ser considerados como únicos influenciadores no processo de gestão e de evolução das práticas do serviço, já que esta é contínua e multifatorial.

A educação permanente ainda é evidenciada em sua maioria na forma de educação continuada ou em serviço, a mesma é sempre relatada como em construção. O número de ações direcionadas aos profissionais foi se elevando ao longo dos últimos anos, segundo a fala dos entrevistados, e inicia-se a discussão dessas atividades serem realizadas voltadas à realidade de trabalho e no seu lócus, sendo que as atividades desenvolvidas pelo APSUS tem caráter de oficina e é desenvolvida dentro da unidade durante o expediente da mesma. Contudo, não abrange temas específicos da unidade em questão e nem selecionados pelos profissionais que lá atuam.

A **educação em saúde** encontra-se, ainda, na lógica higienista. Nas falas, é possível relacioná-la à prevenção e promoção, com mais ênfase na primeira, pois se

baseia em indicadores epidemiológicos, que precisam de avaliação contínua, a fim de comprovar a resolutividade para o serviço e para a comunidade.

A educação popular é evidenciada em falas que ressaltam a importância da participação da população nas decisões organizacionais de saúde, visando o vínculo com a equipe de saúde e autonomia nas suas decisões em saúde. Entretanto, a educação com a população restringe-se ao desenvolvimento de grupos educativos e pontuais. Evidenciou-se também o início de uma discussão acerca da reorganização destes grupos e de sua efetividade, cujo maior escopo deve ser a promoção da saúde e o aumento da qualidade de vida, além da educação pelos pares, pouco evidenciado nos discursos.

As práticas educativas desenvolvem-se permeadas por **conceitos hegemônicos** da pedagogia tradicional de ensino, em especial as realizadas com a população. Conceitos contra hegemônicos começam a emergir em falas que se referem às práticas educativas com os profissionais de saúde. Contudo ainda há muito que se avançar para romper com a lógica do autoritarismo e do higienismo. Dessa forma, as falas são marcadas por palavras como ‘capacitar’, ‘educar’, ‘transmissão’, que remetem à forma de educação tradicional e vertical. Contudo os participantes evidenciam que os mesmos preocupam-se com o desenvolvimento de práticas diferentes e reconhecem suas dificuldades, evidenciando muitas palavras no texto como ‘ainda’, ‘buscar’, ‘construção’, ‘processo’, ‘valorização’, ‘autonomia’.

As mudanças ocorrem por meio da contradição, nesse processo as alterações, sutis e discretas, desenvolvem-se até que a transformação real e visível efetive-se. Esses movimentos, onde se transcende um fenômeno e torna-se outro – não mais semelhante em sua essência, foram sutilmente observados na realidade pesquisada.

Esses movimentos somente se desenvolvem após a consciência, pelos homens, da existência de outras formas de ação e de organização em saúde, e destes homens organizados e em conjunto, reconhecedores de seu contexto e reflexivos em sua realidade. Nesse sentido, é possível que as correlações de poder sejam substituídas por relações de autonomia e parceria entre as classes, caminhando para a construção da consciência crítica coletiva, na direção da autogestão e de uma consciência autônoma. Apreendemos, nessa direção, que mesmo as novas construções educativas não serem movimentos simples, por

envolverem relações de poder e dominação historicamente hegemônicas, elas estão surgindo no município.

As **políticas e programas que influenciaram as práticas educativas** em saúde foram diversas, estimuladas pela união e pelo estado. O Programa Saúde da Família foi o primeiro estimulador das práticas educativas com a população, seguido pela Política Nacional de Humanização, o qual atua com profissionais e valoriza a população. O Pacto pela Saúde, buscou reorganizar o serviço de saúde, pelo Núcleo de Apoio ao Saúde da Família, desenvolvido com caráter educativo tanto aos profissionais como a população e pelo APSUS. Apesar da importância de determinados programas e estratégias, os mesmos não podem ser considerados como únicos influenciadores no processo de gestão e de evolução das práticas do serviço, já que é contínua e multifatorial.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde não apareceram nos discursos de nenhum entrevistado e, somente a Política Nacional de Educação Permanente esteve presente em apenas um documento de gestão analisado.

Compreender outras formas de realizar ações educativas e reavaliar a sua organização mostram que, mesmo que o município não consiga ainda, realizar atividades educativas com as premissas da dialogicidade, construção coletiva e empoderamento, ele caminha para tal.

7 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM

O estudo possui diversas implicações para a enfermagem por tratar de temática que possui íntima relação com a mesma. Ademais a educação e saúde são temas de uma mesma prática atual estimulada pelas políticas públicas da área de gestão em saúde.

As implicações do estudo para o **ensino da enfermagem** se relacionam ao aprofundamento do conhecimento acerca das práticas educativas em saúde, desenvolvidas com os profissionais e com a população, demonstrando a necessidade de incorporar novos paradigmas na formação do enfermeiro, para transformar a realidade obsoleta com que são executadas. O levantamento desse processo histórico municipal permitirá, ainda, um amplo conhecimento de gestão e organização do Sistema Único de Saúde em nível local, especialmente para repensar a formação permanente de enfermeiros e demais profissionais na gestão municipal.

Assim, o estudo demonstrou que a educação em saúde, na lógica da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, ainda é frágil e em construção. Nesse sentido, a educação e saúde devem ser valorizadas e estimuladas no processo de formação dos enfermeiros.

No que se refere à **pesquisa em enfermagem**, destaca-se o método utilizado, pois o uso da pesquisa documental ainda é recente na área da saúde e da enfermagem. O mesmo se faz importante, pois permite conhecer sistematicamente o passado, distante ou recente, e compreender o processo de evolução histórica, as mudanças e os principais influenciadores e, atuar sobre os mesmos. As entrevistas realizadas permitiram apreender as mudanças sob a ótica dos envolvidos, sendo fundamental para complementar o processo de análise histórica.

No que tange à **prática de enfermagem**, o estudo demonstrou que o profissional enfermeiro possui papel relevante na gestão em saúde, visto pelo destaque no número de enfermeiras entrevistadas no estudo e que compuseram os autores dos documentos de gestão; esse aspecto ressalta a íntima relação da enfermagem com a gestão em saúde. Ademais, o estudo revelou a necessidade de

investir na formação da enfermagem para o desenvolvimento de práticas educativas problematizadas e dialógicas.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 61, n. 1, p. 117-121, jan./fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/19.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

ALVES, A. R. C. O conceito de hegemonia: de Gramsci a Laclau e Mouffe. **Lua Nova**, São Paulo, v. 80, p. 71-96, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n80/04.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

ALVES, G. G.; AERTS, D. Práticas educativas como em saúde e a estratégia saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 319-325, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a34.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 315-319, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a15v16n2.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2014.

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da Ciência**: filosofia e prática da pesquisa. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

BALDIN, N.; MUNHOZ, E. M. B. **Snowball (Bola De Neve)**: uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. Disponível em: <http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4398_2342.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2014.

BALDISSERA, V. D. A.; BUENO, S. M. V. A educação permanente em saúde e a educação libertária de Paulo Freire. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v.13, n. 2, p. 191-192, 2014. Disponível em: <<file:///C:/Documents%20and%20Settings/bce-sdi/Meus%20documentos/Downloads/26545-113078-1-PB.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2014.

BALDISSERA, V. D. A. Modelo radical de educação em saúde: possibilidades e desafios. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v.10, n.1, p. 7-12, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15692/pdf>>. Acesso em: 4 ago. 2015.

BALDISSERA, V. D. A. A educação permanente em saúde como proposta transformadora dos processos de trabalho. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 17, n. 2, p. 61-134, maio/ago. 2013.

BARATTA, G. **Antonio Gramsci em contraponto**: diálogos com o presente. Trad. Jaime Clasen. São Paulo: Ed. da Unesp, 2011.

BARATTA, G. **As rosas e os cadernos**: o pensamento dialógico de Antonio Gramsci. Trad. Giovanni Semeraro. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BATISTA, K. B. C.; GONCALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, dez. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2015.

BOAVENTURA, E. M. **Metodologia da pesquisa**: monografia, dissertação, tese. São Paulo: Atlas, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Nota técnica 16-2013**: Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília, DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Resolução n.466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 59, jun. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.135/GM/MS, de 25 de setembro de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 192, seção 1, p. 44, 7 dez. 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em: 1 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.176/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 6, seção 1, p. 35, 11 jan. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3176_24_12_2008.html>. Acesso em: 1 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.332/GM/MS, de 28 de dezembro de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 249, seção 1, p. 608-629, dez. 2006b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3332_28_12_2006.html>. Acesso em: 1 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Histórico. **Do sanitarismo à municipalização**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>>. Acesso em: 31 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Histórico do Telessaúde**. Disponível em: <<http://www.telessaudebrasil.org.br/>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 18 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 18 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1. ed. Brasília, DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil**. Brasília, DF, 2011.

CALDEIRA, D. A.; GONÇALVES, E. Avaliação de impacto da implantação da Iniciativa a Hospital Amigo da Criança. **Arch. Pediatr. Urug.**, Montivideo, v. 80, p. 80, p. 144-149, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n2/v83n2a06.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2015.

CARDOSO, I. M. "Rodas de educação permanente" na atenção básica de saúde: analisando contribuições. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, p.18-28, 2012. supl.1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/02.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2015.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, Vozes, 2008. p. 295-316.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

COSTA, M. A. R.; GOMES, E. A.; COSTA, D. F. B.; VASCONCELOS, I. C. Oficinas do APSUS: experiência de integração entre ensino, serviços de saúde e comunidade. In: CONGRESSO PARANAENSE DE SAÚDE PÚBLICA, 2., 2014, Curitiba. **Anais...** Curitiba: Inesco, 2014. Disponível em: <<http://inesco.org.br/conferencias/index.php/2congresso/2cpsp/paper/view/449>>. Acesso em: 31 ago. 2015.

CRUZ, R. G.; BIGLIARDI, R. V. A dialética materialista de Paulo Freire como método de pesquisa em educação. **Conjectura: Filos. Educ.**, Caxias do Sul, v.19, n. 2, p. 40-54, maio/ago. 2014.

EDWARDS JÚNIOR. D.B. ¿Cómo analizar la influencia de los actores e ideas internacionales en la formación de políticas educativas nacionales? Una propuesta de un marco de análisis y su aplicación a un caso de El Salvador. **Arch. Anal. Pol. Educat.**, [S.l.], v. 22, n. 12, p. 37, 2014. Telas. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.14507/epaa.v22n12.2014>>. Acesso em: 23 out 2015.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 847-852, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00847.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2015.

FEIO, A.; OLIVEIRA, C. C. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. **Saúde Soci.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 703-715, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/104841/103630>>. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200024>. Acesso em: 25 out. 2015.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 2. ed. São Caetano do Sul, São Paulo: Yendis Editora, 2007.

FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B.; CAMARGO-BORGES, C.; KAWATA, L. S.; MISHIMA, S. M. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, jul./ago. 2013. 08 telas. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0990.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2015.

FRANCO, C. M.; KOIFMAN, L. Produção do cuidado e produção pedagógica no planejamento participativo: uma interlocução com a Educação Permanente em Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 673-682, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 out 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Educação permanente em saúde**. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em: 11 ago 2015.

GADOTTI, M. Por que continuar lendo pedagogia do oprimido? **R. Pol. Públ.**, São Luiz, v.16, n. 2, p. 459-461, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321129114017>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

GARISTA, P.; SARDU, C.; MEREU, A.; CAMPAGNA, M.; CONTU, P. The mouse gave life to the mountain: Gramsci and health promotion. **Health Promot. Int.**, Eynsham, v. 30, no.3, p.746-55, 2015. Disponível em: <10.1093/heapro/dau002>. Acesso em: 15 set. 2015.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, C. P. M. L.; FRANCISCHETTI, I.; PARPINELI, V. L. F. Capítulo 2 - Educação permanente na academia (EPA) e Educação permanente em saúde (EPS): confluências. In: LAZARINI, C. A.; PIO, D. A. M.; ROLIN, L. M. G.; SOARES, M. O. M.; PARPINELI, V. L. F. **Educação permanente na academia: da teoria à prática**. Curitiba: Ed. CRV, 2014. p. 29-35.

GONZÁLEZ, A.D.; MENDONÇA, F.F.; BREVILHERI, E.C.L.; CARVALHO, G.S. Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.22, n.4, p.1094-1105, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400012&lng=en&tlng=pt>. Acesso em: 18 ago. 2015.

GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Moderna, 1981.

HECKATHORN, D. D. Comment: Snowball versus Respondent-Driven Sampling. **Sociol. Methodol.**, Bethesda, v. 41, no.1, p. 355-366, 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9531.2011.01244.x/full>>. Acesso em: 11 set. 2015.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; WOSNY, A. M.; BOEHS, A. E. Promoção da saúde na atenção básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3553-3559, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803553&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.11342013>>. Acesso em: 25 out. 2015.

HIGARASHI, I. H.; ROECKER, S.; BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Ações desenvolvidas pelo enfermeiro junto aos adolescentes no Programa Saúde da Família em Maringá/Paraná. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.12, n.1, p.127-135, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a17v12n1.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2014.

IBGE. **Infográficos**: dados gerais do município. Maringá. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=411520&search=|maringa>>. Acesso em: 3 jun. 2014.

KASH, S.; DESSINGER, C. J. Paulo Freire's relevance to online instruction and performance improvement. **Perfor. Improv.**, San Francisco, v. 49, no. 2, p.17-21, Feb. 2010.

KLEIN, D. P.; SILVA, D. M. G. Avaliação da educação em saúde recebida pela pessoa com estoma intestinal na perspectiva da clínica ampliada. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 262-270, abr./jun. 2014. Disponível em: <[file:///C:/Documents%20and%20Settings/bce-sdi/Meus%20documentos/Downloads/18806-106020-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/bce-sdi/Meus%20documentos/Downloads/18806-106020-1-PB%20(3).pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2015.

LORENZETTI, J.; LANZONI, G. M. M.; ASSUITI, L. F. C.; PIRES, D. E. P.; RAMOS, F. R. S. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-425, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.index-f.com/textocontexto/2014/23222.php>>. Acesso em: 29 jul. 2015.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 2012.

MACIEL, M. S.; COELHO, M. O.; MARQUES, L. A. R. V.; RODRIGUES NETO, E. M.; LOTIF, M. A. L.; PONTE, E. D. Ações de saúde desenvolvidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Revista Saúde**, Santa Maria, v. 41, n.1, p. 117-122, jan./jul. 2015. Disponível em:<<ascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasaude/article/view/13283>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

MAGLARAS, V. Consent and submission: Aspects of gramsci's theory of the political and civil society. **SAGE Open**, [S.l.], p. 1–8, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://sgo.sagepub.com/content/spsgo/3/1/2158244012472347.full.pdf>> Acesso em: 30 ago. 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**: ciência e conhecimento científico, métodos científicos, teoria, hipóteses e variáveis, metodologia jurídica. São Paulo: Atlas, 2011.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, e análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas, 2006.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de planejamento. **Plano municipal de saúde 2010-2013**. Maringá, 2010.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Serviços de Saúde**. Disponível em: <<http://www2.maringa.pr.gov.br/saude/?cod=servicos-saude>>. Acesso em: 18 set. 2014.

MASH, R.; KROUKAMP, R.; GRAZIANO, T.; LEVITT, N. Cost-effectiveness of a diabetes group education program delivered by health promoters with a guiding style in underserved communities in Cape Town, South Africa. **Patient Educ. Couns.**, Princeton, v. 98, no. 5, p. 622-626, 2015. Disponível em: <[http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(15\)00011-7/fulltext](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(15)00011-7/fulltext)>. Acesso em: 27 ago. 2015.

MAY, T. **Pesquisa social**: questões, métodos e processo. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. B. Educação em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 155-162.

MOTA, A.; SCHRAIBERLL, L. B. Institucionalização da saúde pública paulista nos anos 1930-1940. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 839-845, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n5/0034-8910-rsp-47-05-0839.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2015.

MOUTINHO, C. B.; ALMEIDA, E. R.; LEITE, M. T. S.; VIEIRA, M. A. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 253-272, maio/ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. 2015.

NICOLETTO, S. C. S.; BUENO, V. L. R. C.; NUNES, E. F. P. A.; CORDONI JÚNIOR, L.; GONZÁLEZ, A.D.; MENDONÇA, F. F.; BREVILHERI, E. C. L.; CARVALHO, G. S. Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1094-1105, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400012&lng=en&tlng=PT>. Acesso em: 18 ago. 2015.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica**. São Paulo: Pioneira, 1997.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde - APSUS**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2808>> . Acesso em: 17 mar. 2015.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. de F.; MEIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada dos enfermeiros de um do hospital de ensino. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 478-484, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/19.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

PEDROSA, J. I. S. A educação popular em saúde como prática emancipatória nas equipes de Saúde da Família. In: SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A.

V. M. **Saúde da família nos municípios brasileiros**: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014. p.755-788.

PEIXOTO, L. S.; GONÇALVES, L. C.; COSTA, T. D.; TAVARES, C. M. M.; CAVALCANTE, A. C. D.; CORTEZ, E. A. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enferm. Global**, v. 12, n. 29, p. 324-339, enero 2013. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_revision1.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2015.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa histórica. **Cadernos de Pesquisa**, n.114, p.179-195, 2001.

PP. Partido Progressista. **Nossa história**. Disponível em: <<http://www.pp.org.br/textos/453/27432/NossaHistoria/?sIT=119032>>. Acesso em: 3 ago. 2015.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n.1, jan./fev. 2012. 8 telas. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_14.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2015.

ROCHA, D. AKERMAN, M. Determinação social da saúde e promoção da saúde: isto faz algum sentido para a Estratégia Saúde da Família? Em que sentido podemos seguir? In: SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da família nos municípios brasileiros**: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014. p. 720-754.

RULE, P. Bakhtin and Freire: dialogue, dialectic and boundary learning. **Educ. Philosophy and Theory**, [S.l.], v. 43, no. 9, p. 924-942, Nov. 2011.

SABOIA, V. M.; VALENTE, G. S. C. A prática educativa em saúde nas consultas de enfermagem e nos encontros com grupos. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra v. 3, n. 2, dez. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 29 out. 2015.

SAMPAIO, J.; SOUSA, C. S. M.; MARCOLINO, E. C.; MAGALHÃES, F. C.; SOUZA, F. F.; ROCHA, A. M. O.; SOUZA NETO, A. A.; OLIVEIRA SOBRINHO, G. D. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. **Rev. Bras. Ciên. Saúde**, São Caetano do Sul, v.16, n. 3, p. 317-324, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/viewFile/12572/7870http://rlae.eerp.usp.br/index/search>>. Acesso em: 31 ago. 2015.

SANTOS, A. O.; CASTRO, E. O. Demanda por grupos, psicologia e controle. **Psicol. & Soc.**, Belo Horizonte, v. 23, n. 2, p. 325-331, mAo/jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n2/a13v23n2.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2015.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. A.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Rev. Bras. Hist. & Ciênc. Sociais**, [S. l.], ano 1, v. 1, p. 1-15, 2009. Disponível em:

<<http://redenep.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/pesquisa_documental_pistas_teoricas_e_metodologicas.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2015.

SILVA, C. M. C.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. CAMARGO-BORGES, C.; KAWATA, L. S.; MISHIMA, S. M. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2539-2550, ago.2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 ago. 2015.

SILVA, C. M. C.; MENEGHIM, M. C.; PEREIRA, A. C.; MIALHE, F. L. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2539-2550, 2010.

SILVA, C. P.; DIAS, M. S. A.; RODRIGUES, A. B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, p. 1453-1462, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 ago. 2015.

SILVA, F. H.; BARROS, M. E. B.; MARTINS, C. P. Experimentações e reflexões sobre o apoio institucional em saúde: trabalho a partir do Humaniza SUS. **Interface**, Botucatu, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015005030280&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. 2015.

SILVA, H. B.; MORAIS, M. B.; CAMPOS, T. S. Evolução histórica da educação em saúde no Brasil. **EFDeportes.com: Revista Digital**, Buenos Aires, v. 18, n. 187, 2013. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd187/evolucao-historica-da-educacao-em-saude.htm>>. Acesso em: 31 ago. 2014.

SILVA, L. A. A.; FRANCO, G. P.; LEITE, M. T.; PINNO, C.; LIMA, V. M. L.; SARAIVA, N. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 340-348, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200017&lng=pt>. Acesso em: 29 jul. 2015.

SILVA-ARIOLI, I. G.; SCHNEIDER, D. R.; BARBOSA, T. M.; ROS, M. A. Promoção e educação em saúde: uma análise epistemológica. **Psicol. Ciênc. Prof.**, Brasília, DF, v. 33, n. 3, p. 672-687, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n3/v33n3a12.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2015.

SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014.

SOUSA, L. B.; TORRES, C. A.; PINHEIRO, P. N. C.; PINHEIRO, A. K. B. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Rev. Enferm. U ERJ**,

Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p.55-60, jan./mar. 2010. Disponível em:
<<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a10.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2015.

STOZ, E. N. Enfoques sobre educação e saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília, DF, 2007.

VIEIRA, R. Life Stories. Cultural Métissage, and Personal Identities. **SAGE Open**, Oxford, v. 4, no.1, p. 2158-440, 2014.

VIVERO-ARRIAGADA, L. A. A reading from Gramsci of Paulo Freire's thought. **Cinta Moebio.**, Santiago, n. 51, p.127-136, 2014. Disponível em:
<<http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/51/vivero.html>>. Acesso em: 23 set. 2015.

WANDERLEY, L. E. W. **Educação popular**: metamorfoses e veredas. São Paulo: Cortez, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

FICHA BIBLIOGRÁFICA E DE APONTAMENTOS

TÍTULO:	
REFERÊNCIA:	
FICHA BIBLIOGRÁFICA	
SUMÁRIO	
APRECIÇÃO CRÍTICA	
FICHA DE APONTAMENTOS	
TRANSCRIÇÃO	
ESQUEMAS	
RESUMOS	
ANOTAÇÕES PESSOAIS	

APÊNDICE B

QUADRO DE AUTORES

DOCUMENTO	AUTORES	NÚMERO
PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE		
2006-2009	Enfermeiro	08
	Odontólogo	02
	Psicólogo	01
	Veterinário	01
	Farmacêutico	01
	Médico	01
	Assessoria e colaboração (UEM)	03
	TOTAL	17 autores
2010-2013	Enfermeiro	12
	Odontólogo	01
	Psicólogo	03
	Veterinário	02
	Farmacêutico	01
	Nutricionista	01
	Assistente social	01
	Administrativo	04
	Eng. Civil	01
	Assessoria e colaboração (UEM e Regional)	02
	Equipes NIS	12
	Conselho Municipal	01
	TOTAL	28 autores
2014-2017	Enfermeiro	21
	Odontólogo	02
	Psicólogo	02
	Veterinário	02
	Farmacêutico	04
	Nutricionista	01
	Ed. Física	01
	Administrativo	06
	Geógrafo	01
	Assessoria e colaboração (Regional)	01
	TOTAL	41 autores
PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE		
2009	Enfermeiro	01
	TOTAL	01 autor
2010	Enfermeiro	12
	Odontólogo	01
	Psicólogo	03
	Veterinário	02
	Farmacêutico	02
	Nutricionista	01
	Assistente social	01
	Administrativo	03
Eng. Civil	01	

	TOTAL	26 autores
2011	Enfermeiro	18
	Odontólogo	02
	Psicólogo	03
	Veterinário	02
	Farmacêutico	01
	Eng. civil	01
	Nutricionista	01
	Assistente social	01
	Administrativo	06
	TOTAL	35 autores
2012	Enfermeiro	09
	Odontólogo	02
	Psicólogo	03
	Veterinário	01
	Farmacêutico	02
	Nutricionista	01
	Administrativo	02
	TOTAL	20 autores
2013	Enfermeiro	11
	Odontólogo	02
	Psicólogo	03
	Veterinário	01
	Farmacêutico	02
	Nutricionista	01
	Administrativo	01
TOTAL	21 autores	
2014	Enfermeiro	21
	Odontólogo	02
	Psicólogo	03
	Veterinário	02
	Farmacêutico	04
	Nutricionista	01
	Educação física	01
	Administrativo	05
TOTAL	39 autores	
2015	Enfermeiro	21
	Odontólogo	02
	Psicólogo	03
	Veterinário	01
	Farmacêutico	04
	Nutricionista	01
	Administrativo	05
	Coronel SAMU	01
	TOTAL	38 autores
PLANILHAS DE CURSOS E EVENTOS		
2009	Enfermeiro	01
	TOTAL	01 autor
2010	Enfermeiro	01
	TOTAL	01 autor
2011	Enfermeiro	01
	TOTAL	01 autor
2012	Enfermeiro	01
	TOTAL	01 autor
2013	Enfermeiro	01
	TOTAL	01 autor
2014	Enfermeiro	01
	TOTAL	01 autor

	TOTAL	01 autor
2015	Enfermeiro	01
	TOTAL	01 autor
RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO		
2006	Enfermeiro	04
	TOTAL	04 autores
2007	Enfermeiro	16
	Odontólogo	01
	Psicólogo	03
	Médica	01
	Assistente social	01
	Administrativo	07
	TOTAL	29 autores
2008	Enfermeiro	16
	Odontólogo	03
	Psicólogo	04
	Médico	01
	Assistente social	01
	Administrativo	06
	Farmacêutico	01
	TOTAL	32 autores
2009	Enfermeiro	16
	Odontólogo	02
	Psicólogo	03
	Farmacêutico	01
	Nutricionista	01
	Assistente social	01
	Administrativo	05
	TOTAL	29 autores
2010	Enfermeiro	16
	Odontólogo	02
	Psicólogo	03
	Farmacêutico	01
	Nutricionista	01
	Assistente social	01
	Administrativo	05
	TOTAL	29 autores
2011	Enfermeiro	16
	Odontólogo	02
	Psicólogo	03
	Veterinário	02
	Farmacêutico	01
	Nutricionista	01
	Assistente social	01
	Administrativo	03
	Equipes das UBS	Todas
	TOTAL	29 autores
2012	Enfermeiro	19
	Odontólogo	02
	Psicólogo	03
	Veterinário	02
	Nutricionista	01
	Assistente social	01
	Administrativo	04
	Equipes das UBS	Todas
	TOTAL	32 autores
2013	Enfermeiro	11
	Odontólogo	01

	Psicólogo	03
	Veterinário	02
	Farmacêutico	01
	Nutricionista	01
	Administrativo	03
	Edu. Física	01
	Coronel SAMU	01
	TOTAL	24 autores
2014	Enfermeiro	20
	Odontólogo	02
	Psicólogo	03
	Veterinário	01
	Farmacêutico	04
	Nutricionista	01
	Coronel SAMU	01
	Administrativo	04
	TOTAL	36 autores
RELATÓRIOS DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS		
2006	Enfermeiro	01
	TOTAL	01 autor
2007	Enfermeiro	01
	TOTAL	01 autor
2008	Enfermeiro	01
	TOTAL	01 autor
2009	Enfermeiro	01
	TOTAL	01 autor
2010	Enfermeiro	01
	TOTAL	01 autor
2011	Enfermeiro	01
	TOTAL	01 autor
2012	Enfermeiro	01
	TOTAL	01 autor
2013	Enfermeiro	01
	TOTAL	01 autor
2014	Enfermeiro	01
	TOTAL	01 autor
2015	Enfermeiro	01
	TOTAL	01 autor
PROTOCOLOS E MANUAIS MUNICIPAIS		
Oncologia (2006)	Enfermeiro	02
	TOTAL	03 autores
Consulta de Enfermagem (2011)	Enfermeiro	13
	Farmacêutico	01
	Comissão–SMS	01
	TOTAL	15 autores
Sondagem (2011)	Enfermeiro	08
	Nutricionista	01
	TOTAL	09 autores
Saúde do Homem (2011)	Médico	06
	TOTAL	06 autores
Biossegurança (2011)	Enfermeiro	10
	Auxiliar de enfermagem	01
	Odontólogo	04
	Farmacêutico	01
	TOTAL	16 autores
Diabetes e glicemia capilar (2011)	Médico	04
	Farmacêutico	09

	TOTAL	13 autores
Feridas (2011)	Enfermeiro	09
	Médico	02
	Farmacêutico	01
	Nutricionista	01
	TOTAL	13 autores
Vacina (2011)	Enfermeiro	11
	TOTAL	11 autores
Medicamentos (2011)	Enfermeiro	03
	Farmacêutico	01
	Odontólogo	01
	TOTAL	05 autores
Urgência e Emergência (2012)	Enfermeiro	09
	Farmacêutico	01
	TOTAL	10 autores
Planejamento Familiar (2012)	Enfermeiro	06
	Médico	01
	TOTAL	07 autores

APÊNDICE C

QUADRO DE TERMOS-CHAVE - UNIDADES DE REGISTRO PRIMÁRIAS

PERÍODO/ANO	PROMOÇÃO	EDUCAÇÃO	EDUCAÇÃO EM SAÚDE	EDUCAÇÃO POPULAR	EDUCAÇÃO PERMANENTE
PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE					
2006-2009	15	14	01	00	01
2010-2013	31	30	13	00	07
2014-2017	16	23	04	00	14
RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO					
2006	03	05	00	00	01
2007	16	13	00	00	01
2008	13	13	02	00	00
2009	18	17	01	00	00
2010	21	18	08	00	02
2011	25	34	09	01	08
2012	28	42	17	00	16
2013	19	39	11	00	14
2014	16	17	02	00	08
PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE					
2009	04	07	01	00	00
2010	11	08	05	00	01
2011	17	15	05	01	01
2012	10	11	04	00	05
2013	11	15	07	00	05
2014	08	07	01	00	06
2015	08	07	01	00	06
RELATÓRIO DE CURSOS					
2006	01	01	00	00	00
2007	00	01	00	00	01
2008	02	03	01	00	00
2009	00	01	00	00	00
2010	00	01	00	00	00
2011	02	04	00	00	00
2012	00	03	00	00	01
2013	02	09	00	00	03
2014	01	06	00	00	04
PROTÓCOLOS MUNICIPAL					
2006	06	00	00	00	00
2011	04	02	00	00	01
2011	02	01	00	00	00
2011	02	00	00	00	00
2011	07	01	00	00	00
2011	02	00	00	00	00
2011	03	01	00	00	00
2011	02	00	00	00	00
2011	02	00	00	00	00
2012	02	00	00	00	00
2012	02	05	00	00	00

* 02 referencias são relacionadas às coordenadoras de programas que constam na lista de autores e não a citações no texto.

APÊNDICE D

QUADRO DE TERMOS-CHAVE - UNIDADES DE REGISTRO SECUNDÁRIAS

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

PERÍODO	PREVENÇÃO	PROMOÇÃO /PREVENÇÃO	PROMOÇÃO	CAPACITAÇÃO	TREINAMENTO	CURSO	OFICINA	EDUCAÇÃO*
2006-2009	24	05	16	23	02	03	09	07
2010-2013	46	07	31	19	01	07	15	31
2014-2017	15	01	16	12	00	02	11	23

* Descrição dos termos relacionados à educação.

Educação	Educação em saúde	Educação permanente	Educação dos trabalhadores	PET	Educação Sanitária	Educação Infantil	Educação Ambiental	Educação à população	Educação e Fiscalização	Educação e prevenção	Educação sexual
03	01	01	00	00	00	01	00	00	00	00	01
01	13	07	01	01	00	01	02	02	01	02	00
02	04	14	00	00	01	02	00	00	00	00	00

RELATÓRIO DE CURSOS

PERÍODO	PREVENÇÃO	PROMOÇÃO /PREVENÇÃO	PROMOÇÃO	CAPACITAÇÃO	TREINAMENTO	CURSO	OFICINA	EDUCAÇÃO
2006	02	-	01	08	05	06	07	01 (neutro)
2007	01	-	-	01	03	09	04	01 (permanente)
2008	02	01	02	16	12	14	03	03 (2infantil/1bucal)
2009	02	-	-	05	04	03	-	01 (neutro)
2010	04	-	-	10	03	08	04	01 (infantil)
2011	06	-	02	10	01	01	10	04 (infantil)
2012	02	-	-	09	01	03	04	03 (1neutro/1infantil/1 permanente)
2013	01	-	02	10	01	03	05	05 (3permanente/2infanti)
2014	03	01	01	04	01	01	09	05 (4permanente/1infanti)

RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO

PERÍODO	PREVENÇÃO	PROMOÇÃO /PREVENÇÃO	PROMOÇÃO	CAPACITAÇÃO	TREINAMENTO	CURSO	OFICINA	EDUCAÇÃO*
2006	04	01	03	04	00	03	02	05
2007	20	06	16	18	00	11	11	13
2008	29	04	13	24	02	11	09	13
2009	39	09	18	42	04	12	26	17
2010	43	04	21	39	01	03	37	18
2011	45	04	25	63	02	09	72	34
2012	61	10	28	41	02	08	17	42
2013	47	06	19	47	01	16	21	39
2014	35	03	16	35	00	09	19	17

* Descrição dos termos relacionados à educação.

Educação	Educação em saúde	Educação permanente	Educação e/na saúde	Educação física	Educação para o/no trânsito	Educação Infantil	Educação Ambiental	Educação e prevenção	Educação popular	Educação e fiscalização	Educação sexual	Educação assistencial social
03	-	01	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-
08	-	01	-	01	01	01	01	-	-	-	-	-
06	02	-	-	01	-	03	-	-	-	-	01	-
07	01	-	02 (na)	03	01	02	-	-	-	01	-	-
03	08	02	-	01	-	02	-	02	-	-	-	-
06	09	08	01 (e)	-	01	07	-	01	01	-	-	-
03	17	16	-	01	-	02	-	02	01	-	-	-
04	11	15	01 (na)	-	-	03	-	01	-	-	-	04
-	02	08	-	01	06	-	-	-	-	-	-	-

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

PERÍODO	PREVENÇÃO	PROMOÇÃO /PREVENÇÃO	PROMOÇÃO	CAPACITAÇÃO	TREINAMENTO	CURSO	OFICINA	EDUCAÇÃO
2009	19	02	04	23	00	07	06	07
2010	15	03	11	14	00	01	16	08
2011	24	05	17	28	00	04	18	15
2012	19	03	10	16	00	02	07	11
2013	26	05	11	15	00	02	07	15
2014	10	01	08	10	00	01	05	07
2015	09	00	08	10	00	01	05	07

* Descrição dos termos relacionados à educação.

Educação	Educação em saúde	Educação física	Educação permanente	Educação de vigilância	Educação à população	Educação Infantil	Educação popular	Educação assistência social	Educação e Fiscalização	Educação e prevenção
02	01	01	-	01	-	02	-	-	-	-
-	05	01	01	-	-	-	-	-	-	01
04	05	-	01	-	01	01	02	-	-	01
-	04	-	05	-	01	-	-	-	-	01
-	07	-	05	-	01	-	-	01	-	01
-	01	-	06	-	-	-	-	-	-	-
-	01	-	06	-	-	-	-	-	-	-

PROTOCOLOS E MANUAIS

ANO	TEMA	PREVENÇÃO	PROMOÇÃO /PREVENÇÃO	PROMOÇÃO	CAPACITAÇÃO	TREINAMENTO	CURSO	OFICINA	EDUCAÇÃO*
2006	Oncologia	15	03	06	02	01	-	-	-
2011	Consulta de Enfermagem	18	03	04	-	01	01	-	02
2011	Sondagem	01	01	02	-	01	-	-	01
2011	Saúde do Homem	-	-	02	-	-	-	-	-
2011	Biossegurança	18	02	07	-	03	-	-	01
2011	Diabetes e glicemia capilar	01	01	02	01	02	-	-	-
2011	Feridas	12	01	03	-	-	-	-	01
2011	Vacina	08	01	02	-	01	-	-	-
2011	Medicamentos	02	01	02	-	-	-	-	-
2012	Urgência e Emergência	01	01	02	-	-	-	-	-
2012	Planejamento Familiar	18	01	02	-	01	-	-	05

* Descrição dos termos relacionados à educação.

Educação	Educação em saúde	Educação continuada	Educação permanente	Educação em grupo	Educação à população	Educação Infantil
02	-	-	01			Consulta de Enfermagem
01	-	-	-			Sondagem
		01				Biossegurança
-	-	01	-	-	-	Feridas
-	-	-	-	05	-	Planejamento Familiar

APÊNDICE E

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome:

Formação profissional:

Tempo de trabalho:

Cargo:

Conte-me sobre o desenvolvimento das práticas educativas nos serviços de saúde desde o Pacto pela saúde (2006)?

Você considera que tem havido mudanças? Se sim, o que elas trouxeram para os serviços?

Em sua opinião, como são desenvolvidas as ações educativas com a população?
Eles seguem alguma diretriz da gestão municipal?

Em sua opinião, como são desenvolvidas ações educativas com os profissionais?
Eles seguem alguma diretriz da gestão municipal?

Na condição de gestão municipal, como você concebe as práticas educativas?

APÊNDICE F

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PR, que faz parte do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e é orientada pela prof^a. Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera da Universidade Estadual de Maringá. O objetivo da pesquisa é analisar a evolução histórica das práticas educativas no município de Maringá-Paraná-Brasil, no período de 2006 á 2013. Para isto a sua participação é muito importante, e ela se daria através de uma entrevista semiestruturado, utilizando um roteiro elaborado pela pesquisadora contendo questões referentes às práticas educativas desenvolvidas no município de Maringá. As entrevistas serão gravadas e transcritas na íntegra, porém sem identificação do respondente. Informamos que poderão ocorrer desconforto mínimos durante as respostas devido a constrangimento em relação à temática, além do tempo demandando para a realização da entrevistas. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade os dados gravados serão excluídos após a transcrição. Os benefícios esperados são analisar as práticas educativas, traçando o desenvolvimento das mesmas, de modo a auxiliar na formulação e execução das atividades de educação e saúde. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Eu,.....declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pelo Prof^a. Dr^a. Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera

_____ Data:.....

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, Célia Maria Gomes Labegalini declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

_____ Data:.....

Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Célia Maria Gomes Labegalini

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM – Bloco 02 (PSE) da UEM.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel.: (43)9151-2624 – E-mail: celia-labegalini-@hotmail.com

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá.

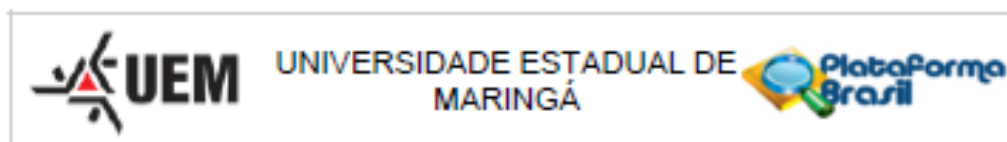
Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM - Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel.: (44) 3261-4444 - E-mail: copep@uem.br

ANEXOS

ANEXO 1

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A EVOLUÇÃO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PR:UM CAMINHO PARA SUPERÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS

Pesquisador: Vanessa Denardi Antoniazzi Baldissera

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38820914.4.0000.0104

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Maringá

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 897.950

Data da Relatoria: 30/11/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa proposto por pesquisador vinculado à Universidade Estadual de Maringá.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a evolução histórica das práticas educativas em saúde no município de Maringá-Paraná-Brasil, no período de 2006 a 2014.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão submetidos os sujeitos da pesquisa serão suportados pelos benefícios apontados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O objeto do estudo são as práticas educativas em saúde desenvolvidas no município de Maringá desde 2006 na visão dos gestores envolvidos e a partir de documentos oficiais do município. De acordo com o referencial teórico, a educação e a saúde constituem-se em saberes e práticas distintos que, em diversos momentos e contextos (STOTZ; 2007), articulam-se retratando a íntima relação com seus conceitos ancorados em referenciais teóricos, que são historicamente construídos (SILVA et al, 2010). Aplica-se nas práticas de saúde, tanto nas ações educativas destinadas à população, quanto naquelas voltadas para os trabalhadores de saúde, denominando-

Endereço: Av. Colombo, 5700, UEM-PPG
Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
UF: PR Município: MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4444 Fax: (44)3011-4518 E-mail: copep@uem.br



Continuação do Parecer: 697.920

se práticas educativas em saúde, concebida como toda a atividade desenvolvida em conjunto com grupos sociais, derivados de conhecimentos que compõem as áreas interdisciplinares da saúde e da educação. Trata-se de uma pesquisa social aplicada, de nível exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, que utilizará documentos da gestão municipal de saúde e entrevistas aos gestores da secretaria municipal de saúde que tenham envolvimento com as práticas educativas no município de Maringá-Paraná-Brasil. Este recorte temporal justifica-se devido ao Pacto pela Saúde do Ministério da Saúde em 2006, que reorganiza as práticas de gestão no Sistema Único de Saúde e influencia diretamente as práticas de educativas em saúde. Os documentos serão coletados e analisados utilizando a técnica de pesquisa documental, a mesma favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de conhecimentos e comportamentos. O uso de documentos permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social. Os documentos públicos municipais oficiais e administrativas são os mais indicados para esse tipo de método, pois mesmo que estes percam sua vigência, servem de fonte histórica, devido a relação direta e estreita com os eventos, tornando-se materiais de grande importância investigativa, pois estes nortearam as práticas passadas e influenciaram as futuras. Os gestores serão entrevistados utilizando um roteiro semiestruturado. O roteiro possuirá duas partes: uma primeira parte, com questões de caráter mais objetivo, destinada à caracterização dos sujeitos; e uma segunda parte, com questões abertas, voltada ao desenvolvimento da temática central do estudo. Conhecer a história, de um passado recente pode ser facilitado com a entrevista de atores envolvidos neste processo. Será utilizando a técnica bola-de-neve, ou método de cadeias, onde o participante inicial é escolhido por conveniência devido a sua chance ser um sujeito "rico" em informações, em seguida ele indicará o segundo entrevistado, que indicará o terceiro e assim sucessivamente, até que não existam mais indicados ou que se atenda aos objetivos da pesquisa. Os dados serão analisados segundo análise temática de Bardin, sendo as três etapas básicas referentes à análise temática: (1) pré-análise; (2) exploração do material; e (3) tratamento dos resultados. O projeto apresenta claramente o embasamento teórico, a justificativa e os objetivos. A metodologia proposta está de acordo com os objetivos a serem alcançados. Os riscos e benefícios estão apresentados de maneira satisfatória. Apresenta um TCLE adequado e autorização da Secretaria de Saúde do Município de Maringá para a realização do projeto. Apresenta cronograma adequado e os custos serão arcados pelo próprio pesquisador.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Folha de Rosto devidamente preenchida e assinada pelo responsável institucional. O cronograma de execução é compatível com a proposta enviada. Descreve gastos sob a

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
UF: PR Município: MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4444 Fax: (44)3011-4518 E-mail: copec@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 007.000

responsabilidade do pesquisador. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contempla as garantias mínimas preconizadas. Apresenta as autorizações necessárias.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela.

MARINGÁ, 03 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Ricardo Cesar Gardiolo
(Coordenador)

Endereço: Av. Colombo, 5700, UEM-PPG
Bairro: Jardim Universitário CEP: 57.020-900
UF: PR Município: MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4444 Fax: (44)3011-4518 E-mail: copep@uem.br

ANEXO 2

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARINGÁ



Ofício nº2237/2014

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CECAPS

Assessoria de Formação e Capacitação dos
Trabalhadores da Saúde

Maringá, 17 de novembro de 2014.

Prezado Senhor

Informamos que foi autorizada pela Comissão Permanente de Avaliação de Projetos – Portaria nº 004/2013 desta Secretaria Municipal de Saúde, o projeto de pesquisa **“A evolução das práticas educativas em saúde no município de Maringá: um caminho para superação de saberes e práticas”**, a ser realizada no CECAPS e demais setores da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá.

Orientamos ainda que, após parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, o pesquisador deverá retornar ao CECAPS para obter a autorização para sua entrada no setor.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos,

Atenciosamente


Lourdes Thome
Coordenadora CECAPS