

A EFETIVAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Érika Sales dos Santos*
Ana Paula Sousa Gomes**
Isadora Benevides Rabêlo***
Lúcia Conde de Oliveira****

RESUMO: O presente artigo aborda os resultados parciais da pesquisa intitulada “Participação popular na Estratégia Saúde da Família - ESF”, a qual está sendo realizada em cinco Centros de Saúde da Família (CSF) da Secretaria Executiva Regional IV em Fortaleza. Neste, discorreremos sobre a efetivação das atividades de educação e promoção da saúde no CSF Ocelo Pinheiro, localizado no bairro Itaoca. A pesquisa é de natureza qualitativa, do tipo Pesquisa Participante. As técnicas de coleta de dados são a observação participante e o grupo focal. Pretende-se mobilizar e sensibilizar os coordenadores, profissionais da saúde e lideranças comunitárias para participarem do processo de investigação, elaboração e execução dos planos de ação desmistificando as noções ilusórias de participação e fortalecendo o entendimento da mesma. Com relação aos resultados preliminares, a Unidade possui quatro equipes de saúde da família, sendo que cada uma possui em média oitocentas famílias adscritas, mas acaba sendo responsável pela atenção a cerca de 8.540 pessoas, quase o triplo da quantidade determinada pelo Ministério da Saúde. No âmbito da educação em saúde, as atividades realizadas ainda são pontuais e focalizadas. Em geral, resumem-se a intervenções em sala de espera desenvolvidas pela equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os temas abordados não são escolhidos pelos usuários, mas sim pelo que se acredita ser de interesse da maioria, o que caracteriza a reprodução da passividade usual dos processos pedagógicos tradicionais. São realizadas também algumas atividades de saúde bucal nas escolas, as quais ainda não são suficientes e satisfatórias.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. Educação em saúde.

* Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará; bolsista da pesquisa “Participação popular na Estratégia Saúde da Família - ESF”. E-mail: erika.ess@hotmail.com

** Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará; bolsista da pesquisa “Participação popular na Estratégia Saúde da Família - ESF”. E-mail: ana_apsg@hotmail.com

*** Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará; bolsista da pesquisa “Participação popular na Estratégia Saúde da Família - ESF”. E-mail: isa.rabelo@hotmail.com

**** Professora adjunta da Universidade Estadual do Ceará; Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Coordenadora da pesquisa. E-mail: conde.lucia@gmail.com

Introdução

O exposto artigo é uma versão parcial dos resultados da pesquisa denominado “Participação popular na Estratégia Saúde da Família (ESF)”, o qual está sendo financiado pelo CNPq por meio do edital Universal/2009. O presente estudo está sendo realizado em cinco Centros de Saúde da Família (CSF) da Secretaria Executiva Regional IV no município de Fortaleza, sendo que em algumas unidades a pesquisa está sendo conduzida pelos estudantes do PET-Saúde/SF e em outras pelas bolsistas de iniciação científica. O período para realização da referida pesquisa é de 2009 a 2011. Esta tem como foco analisar a participação popular nos conselhos locais de saúde e a participação nas ações de educação e promoção da saúde.

Nesta parcial, será tratado como estão acontecendo as atividades de educação e promoção da saúde, particularmente no Centro de Saúde da Família Ocelo Pinheiro, localizado no bairro Itaoca. Antes, porém, para compreendermos o sistema de saúde atual, verifica-se a necessidade de estudos e de considerações sobre o histórico da saúde no Brasil, sobre a criação e implantação do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e, por fim, sobre a educação em saúde.

O Sistema Único de Saúde e a estratégia saúde da família

Assim, segundo Bravo (2006), a saúde no Brasil, no período compreendido entre a colônia e o império, tinha um caráter assistencialista, que se mantinha principalmente através da prestação de serviços pelas Santas Casas de Misericórdia. Já a partir da década de 30 o Estado redefine seu papel, a questão social deixa de ser apenas caso de polícia, e passa a ser enfrentada com políticas sociais. A política de saúde, especificamente nesta época, era dividida em dois subsistemas: saúde pública e medicina previdenciária. Nos anos 50, com o incentivo dado à economia e à modernização, há um incremento ao crescimento dos serviços privados.

Ainda de acordo com a autora referida, durante o governo dos militares, período com grande caráter desenvolvimentista, a saúde pública declinou e a medicina previdenciária expandiu-se. Também, pelo fato de as políticas sociais apresentarem-se subordinadas à economia. A política de saúde enfrentou tensões em relação ao aumento de serviços, a carência de recursos financeiros, e o confronto de diferentes interesses da burocracia do setor

público, do setor privado particularmente das corporações ligadas às empresas médicas e da emergência do movimento sanitário.

A partir dos anos 80, mesmo com o aprofundamento da crise econômica internacional que terá mais repercussões nos países periféricos como o Brasil, a população passou a lutar por um melhor sistema de saúde. Esta luta culminou na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual a população discutiu como deveria ser a política de saúde. Suas conclusões serviram de base para as propostas da saúde na Constituição Federal de 1988, que garantiu a saúde, em seu artigo 6º, como direito social, sendo criado assim o SUS. Na década de 90, o direito à saúde é reiterado através das leis 8.080 e 8.142.

Um sistema de saúde caracteriza-se como a união de agências e agentes os quais em sua atuação têm como finalidade principal a garantia da saúde das pessoas e das populações. O SUS é então um sistema de saúde conectado por um conjunto de ações e serviços públicos universais para garantir a promoção, a proteção e a recuperação da saúde (PAIM, 2009). Este tem como diretrizes definidas na Constituição, artigo 198, a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. Pauta-se também nos princípios da universalidade, equidade, e na preservação da autonomia das pessoas em defesa da sua integridade.

Os serviços prestados pelo sistema público de saúde apresentam-se divididos em três níveis de complexidade: o nível primário, secundário e terciário. Este trabalho se deterá, entretanto, no nível primário de saúde, no qual estão inseridos os serviços de Atenção Básica.

Conceitualmente, a atenção primária em saúde foi definida em 1978 durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão. Segundo a Declaração Oficial dessa Conferência, a atenção primária de saúde é essencialmente assistência sanitária colocada ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, com sua plena participação e a um custo suportável pela comunidade e pelo país (OMS, 1978).

Anterior a Constituição, esse sistema de saúde estava organizado segundo o modelo biomédico. Contudo, a partir das propostas do Movimento de Reforma Sanitária e baseando-se nos princípios do SUS começam a ser gestadas algumas alternativas para reorientar o modelo de atenção à saúde. Dentre essas formas surge o Programa Saúde da Família (PSF), implantado pelo Ministério da Saúde em 1994. Posteriormente, o PSF se afirma como uma estratégia de reorientação do modelo de atenção (BRASIL, 1997), passando a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF). É uma forma de organização do SUS, baseada na existência de equipes multiprofissionais compostas por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, que

devem se responsabilizar pela atenção integral e contínua à saúde de cerca de oitocentas famílias (aproximadamente 3.450 pessoas) cada uma (BRASIL, 2006).

Segundo Andrade (2006), a ESF surgiu como uma política nacional de saúde em 1994 dentro de um contexto rico de influências institucionais determinantes de sua incorporação como política prioritária do Estado no Brasil. A construção da ESF foi consequência de um processo lento de tensão com o modelo tecnicista, hospitalocêntrico e medicalocêntrico de assistência à saúde. Esse modelo se mostrava incapaz de responder efetivamente às demandas individuais e coletivas da população.

A ESF, conforme afirma Andrade (2004) é um modelo de organização dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) característico do SUS que mantém coerência com os princípios organizativos do Sistema Único de Saúde: acessibilidade, resolubilidade, regionalização, descentralização, hierarquização e participação popular.

Dessa forma, a ESF pode ser definida como um modelo de atenção primária operacionalizada através de ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar, mas considerando sempre o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que o usuário se insere (ANDRADE, 2004).

De acordo com a definição das prioridades e das diretrizes para a organização da Atenção Básica foi elaborada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual anuncia a proposta política do Ministério da Saúde para os serviços primários de saúde brasileiros. Essa política foi uma construção coletiva entre as secretarias municipais e estaduais de saúde, juntamente com o Ministério da Saúde, profissionais da área e organizações da sociedade civil (BRASIL, 2006).

No que concerne ainda à Atenção Básica em saúde, foi publicado em 2006 o Pacto pela Vida 2006 que tinha na Estratégia Saúde da Família sua prioridade e forma de organização dos serviços prestados pela Atenção Básica de saúde. Esse pacto definia seis prioridades:

[...] a saúde do Idoso; controle do câncer do colo do útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da Saúde; fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica é considerada a “porta de entrada” do Sistema Único de Saúde e baseou-se para a sua organização em seus princípios. Essa política ficou responsável por definir:

[...] as responsabilidades de cada esfera de governo, infra-estrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2006).

No âmbito da ESF, faz-se necessário refletir sobre a relevância da educação em saúde, que se configura como uma de suas linhas de ação. A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas voltadas para a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais da saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (1997), espera-se que a equipe de saúde da família seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos.

Os saberes e as práticas de educação em saúde, em seus diferentes momentos históricos, foram impregnados por um discurso sanitário e fizeram uso de estratégias comunicacionais com estes discursos. O discurso higienista e as intervenções normalizadoras tradicionalmente marcaram o campo de práticas da educação em saúde. Estas práticas eram orientadas por um discurso biologicista, que reduzia a determinação do processo saúde-doença à dimensão individual, não assimilando as implicações das políticas sociais e das condições de vida e de trabalho para a saúde. Este discurso predominou no campo da educação em saúde e ainda pode ser encontrado como orientador de práticas educativas (ALVES, 2005).

No Brasil, no início da década de 70, movimentos buscavam romper com a tradição autoritária e normalizadora da relação entre os serviços de saúde e a população. Destaca-se o movimento da Educação Popular em saúde (VASCONCELOS, 2001). Este movimento foi precipitado pela insatisfação de alguns profissionais de saúde com os serviços oficiais, que dirigindo-se para as periferias dos grandes centros urbanos e regiões rurais, aproximaram-se das classes populares e dos movimentos sociais locais. A aproximação favoreceu a convivência dos profissionais com a dinâmica do processo de adoecimento e cura no meio popular; bem como o confronto com a complexidade dos problemas de saúde nessas populações, o que levou muitos profissionais a buscarem a reorientação de suas práticas com

a finalidade de enfrentar de forma mais global os problemas de saúde identificados (ALVES, 2005). Assim sendo, a metodologia da Educação Popular foi assimilada pelo movimento dos profissionais, constituindo seu elemento estruturante fundamental (VASCONCELOS, 2001).

O movimento de Educação Popular em Saúde tem priorizado a relação educativa com a população, rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário. Valorizam-se as trocas interpessoais, as iniciativas da população e usuários e, pelo diálogo, buscam-se a explicitação e compreensão do saber popular. Esta metodologia contrapõe-se à passividade usual das práticas educativas tradicionais. O usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. A Educação Popular em Saúde deve ser vista não como uma atividade a mais a ser realizada pelos serviços de saúde, mas como uma estratégia capaz de reorientar as práticas de saúde, superando o fosso cultural entre os serviços de saúde e a população assistida (ALVES, 2005).

O reconhecimento do outro (usuário) permite que as organizações prestadoras de serviços se abram para a participação dos usuários nos processos de produção de ações de saúde, criando novas oportunidades de discussão e recomposição de práticas voltadas para a promoção da saúde como resultado da ação educativa e para a institucionalização de outras formas de gestão (PEDROSA, 2001).

O objetivo da educação dialógica não é o de informar para a saúde, mas de transformar saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional da saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. Objetiva-se ainda que essas práticas educativas sejam emancipatórias. A estratégia valorizada por este modelo é a comunicação dialógica, que visa à construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde (CHIESA; VERÍSSIMO, 2003)

Segundo Stotz (2001), este novo saber será um saber continuado, mas aberto às mudanças da vida que são impostas pelas doenças. Trata-se de um modo totalmente diferente de organizar os serviços de atenção à saúde e de conceber a saúde e a doença. Ao mesmo tempo, implica envolver-se com a vida das pessoas e, nesse sentido, com a mudança das condições que propiciam o surgimento da doença.

Metodologia

A pesquisa é de natureza qualitativa, do tipo Pesquisa Participante (PP). Nela se busca captar a compreensão dos sujeitos envolvidos, um contato denso com os diversos saberes e uma relação de construção coletiva do processo de conhecimento entre pesquisador e pesquisado.

A pesquisa participante envolve um processo de investigação, de educação e de ação. Alguns elementos podem definir a pesquisa participante, como a realização concomitante da investigação e da ação; a participação conjunta de pesquisadores e pesquisados; a proposta político-pedagógica a favor dos oprimidos e o objetivo de mudança ou transformação social (HAGUETTE, 1992). Ela se apoia em três princípios fundamentais: a possibilidade lógica e política de sujeitos e grupos populares serem produtores diretos, ou pelo menos, participantes do próprio saber orgânico da classe, um saber que nem por ser popular deixa de ser científico e crítico. Um saber que oriente a ação coletiva e que, justamente por refletir a prática do povo, seja plenamente crítico e científico, do seu ponto de vista; o poder de determinação de uso e do destino político do saber produzido pela pesquisa, tenha ela tido ou não a participação de sujeitos populares em todas as etapas; o lugar e as formas de participação do conhecimento científico erudito e de seu agente profissional do saber, no “trabalho com o povo” que gera a necessidade da sua participação (BRANDÃO, 1999).

Nessa metodologia a condução da pesquisa é de propriedade e de responsabilidade comum dos pesquisadores e dos pesquisados para a construção do conhecimento, assim podemos repensar o trabalho coletivo de produção de conhecimento.

A pesquisa está sendo desenvolvida em cinco centros de saúde da família (CSF) da Secretaria Executiva Regional IV, em Fortaleza. Em dois CSF o trabalho empírico está sendo realizado pelas estudantes da iniciação científica, nos outros três pelos bolsistas do Programa de Educação para o trabalho em Saúde (PET-Saúde). Conta com a participação de professores e estudantes de graduação da área da saúde da Universidade Estadual do Ceará e profissionais de saúde e usuários dos CSF's.

As técnicas de coleta de dados utilizadas foram a observação participante e o grupo focal. Para Minayo (2008), a observação participante é um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. Os conteúdos das observações serão problematizados com todos os participantes da pesquisa.

No processo de observação participante é preciso ter cautela para não confundir os resultados obtidos com a observação direta em relação aos depoimentos obtidos e as interpretações dos fatos com as análises e deduções do pesquisador. Este instrumento nos possibilita observar as situações espontâneas e formais, além de acompanhar as ações cotidianas e habituais do CSF, visualizando as circunstâncias e o sentido dessas ações, interrogando sobre as razões e significados dos seus atos. Nesse processo torna-se fundamental o uso do diário de campo para o registro dos eventos.

No intuito de conhecer mais sobre o CSF Ocelo Pinheiro, iniciamos o processo de observação participante em todos os espaços da Unidade e fizemos contatos informais com moradores do bairro Itaoca pertencente ao grande Montese que conhecem a história do território e do CSF. As informações foram registradas e contribuíram na construção do banco de dados da pesquisa.

Outra técnica de coleta de dados é o grupo focal, que é reconhecido pela sua importância nas pesquisas qualitativas e porque sua operacionalização favorece o processo participativo deste estudo. Nesta técnica, um grupo de pessoas que tenham características em comum são convidadas a se reunirem para discutirem determinado tema através da exposição de ideias, experiência pessoal, percepções e valores, que são evidenciados e processados pelos participantes a fim de se obter a compreensão mais ampla sobre o assunto da pesquisa, de um modo que não seria possível por outros métodos. Com esta técnica, um mesmo tema pode ser analisado de diversas perspectivas e a interação entre os participantes se torna maior. O processo do grupo é coordenado por um facilitador e dois relatores, e as falas são registradas pelo gravador para observações e análises posteriores. Também são feitas anotações no que se refere ao comportamento dos participantes.

Já realizamos um grupo focal com os agentes comunitários de saúde (ACS) e outro com os profissionais de nível superior do CSF Ocelo Pinheiro. Também marcamos um grupo focal com os usuários do CLS, mas houve falha na mobilização só comparecendo uma usuária. Posteriormente estaremos marcando novo grupo focal com os usuários. A realização de diferentes grupos focais, com os coordenadores dos CSF's, com profissionais da saúde, com lideranças comunitárias e com os usuários do SUS, tem a finalidade de entender as experiências de participação popular presentes na realidade da Estratégia Saúde da Família, nesse CSF. Os dados aqui apresentados são resultados da observação participante desenvolvidas no campo

Nesse processo pretende-se mobilizar e sensibilizar os coordenadores, profissionais da saúde e lideranças comunitárias para participarem do processo de investigação, elaboração e

execução dos planos de ação desmistificando as noções ilusórias de participação e potencializando o entendimento de uma participação emancipatória.

A Estratégia Saúde da Família em Fortaleza e as ações de educação em saúde

Segundo a Prefeitura Municipal de Fortaleza (2010), o PSF atingia, até 2005, apenas 15% da população do município, contando com 100 equipes de profissionais. Em 2006, com o concurso público realizado pela Prefeitura, o número de equipes do PSF aumentou para 320, chegando a uma cobertura de 43% dos fortalezenses. Com relação à saúde bucal, atualmente, existem 164 consultórios odontológicos nos Centros de Saúde da Família e 171 equipes de saúde bucal, vinculadas às equipes do saúde da família.

Na atual gestão, houve um aumento de mais de 100% no número de equipes de saúde da família. Com a contratação destes profissionais, o número de equipes completas, compostas por médicos, enfermeiros e dentistas, chegou a 225. Além dos profissionais de nível superior, foram contratados 1.050 agentes sanitários e 1.322 agentes comunitários de saúde para compor o programa. (FORTALEZA, 2008).

O CSF Ocelo Pinheiro, local da coleta de dados de nossa responsabilidade, pertence à SER IV, a qual abrange uma área territorial de 34.272 km² e possui uma rede municipal de saúde formada por 12 unidades de atendimento básico, além de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um Hospital de Atendimento à Criança e um hospital secundário, o Frotinha da Parangaba (FORTALEZA, 2008).

A Unidade de Saúde foi criada em 1982 após a reivindicação da população, que percebeu a necessidade de um posto de saúde para atender à demanda que crescia cada vez mais com o desenvolvimento do bairro. Assim, os moradores se organizaram e levaram a reivindicação ao vereador da época, e este, cumprindo o seu papel de parlamentar, comunicou ao prefeito essa necessidade. O posto teve sua inauguração em agosto de 1982, como Posto Médico Odontológico Dr. Ocelo Pinheiro, e apenas no ano de 1991 passou a ser chamado de Centro de Saúde Dr. Ocelo Pinheiro. O nome do Centro foi dado em homenagem ao médico otorrinolaringologista Ocelo Pinheiro, que também era amigo do prefeito de Fortaleza da época, Lúcio Alcântara. O terreno atual da Unidade pertencia a José Mauro de Rocha, primeiro farmacêutico do bairro, mas agora pertence à prefeitura.

O CSF Ocelo Pinheiro consiste em uma unidade básica de saúde e atende ao contingente populacional do bairro no qual está localizado. Os atendimentos prestados são de cunho ambulatorial, destinando-se a atender a uma demanda espontânea de usuários e a

demanda organizada pelas equipes de saúde da família. Apesar de ter passado por uma reforma entre o início do ano de 2009 e meados de 2010 (permanecendo fechado durante esse período), a estrutura física do CSF ainda não atende à crescente demanda. O número de consultórios é insuficiente, as salas de espera são pequenas e pouco ventiladas (permanecendo lotadas durante os horários de atendimento) e não existe sala de reuniões. É importante salientar que, em comparação à estrutura antiga, o espaço físico atual possibilita mais conforto e qualidade nos serviços prestados.

A equipe de profissionais do CSF é composta por 63 funcionários: quatro agentes administrativos; 27 agentes comunitários de saúde (ACS); dois atendentes de serviços de saúde; três auxiliares de consultório dentário; cinco auxiliares de enfermagem; um coordenador; três dentistas; um DNI; seis enfermeiros; um guarda municipal; seis médicos; dois profissionais de serviços gerais e dois vigias noturnos. Vale ressaltar que uma parcela relevante dos funcionários é terceirizada, sendo contratada pelo Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Apoio à Gestão em Saúde (IDGS), uma organização social (OS) criada pela gestão do Partido dos Trabalhadores para gerenciar os trabalhadores terceirizados contratados pela gestão municipal, bem como realizar serviços de manutenção da rede municipal de saúde.

A Unidade, que atende a uma população de cerca de 34.150 habitantes, possui três equipes de PSF, e uma formada apenas por uma enfermeira e oito agentes comunitários de saúde (ACS), que se vincula ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Essa estratégia de equipes do PACS surge para tentar minimizar a carência de profissionais médicos e garante o repasse de recursos do governo federal correspondente a esse programa. Dessa forma, cada equipe de saúde da família possui uma média de 800 famílias adscritas, mas acaba sendo responsável pela atenção à saúde de cerca de 8.500 pessoas, quase o triplo da quantidade determinada pelo Ministério da Saúde, que é de cerca de 3.450 pessoas para cada equipe.

O CSF presta serviços de puericultura, pediatria, odontologia, imunização, pré-natal, planejamento familiar, prevenção de câncer de colo de útero e de mama, atendimento aos usuários do Programa Bolsa Família e atendimento a portadores de hipertensão, diabetes, tuberculose ou hanseníase. Fora do espaço físico da Unidade de Saúde, alguns profissionais desenvolvem o Programa Saúde na Escola (PSE), realizam a vacinação extra-muro (organizada em escolas, empresas ou na própria comunidade), realizam atividades de saúde bucal nas escolas e fazem visita domiciliar.

Com relação à educação em saúde, as atividades realizadas nesse âmbito ainda são pontuais e focalizadas. Em geral, resumem-se a intervenções em sala de espera desenvolvidas pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os temas abordados não são escolhidos pelos usuários, mas sim pelo que se acredita ser de interesse da maioria, o que caracteriza a reprodução da passividade usual dos processos pedagógicos tradicionais. Segundo Vasconcelos (2001), é fundamental tomar o saber das classes populares como ponto de partida do processo pedagógico, pois na Educação Popular não basta que o conteúdo discutido seja revolucionário se o processo de discussão se mantém vertical.

Os estudantes da Universidade Estadual do Ceará também realizam algumas atividades de educação em saúde na sala de espera. Nesse momento, é possível perceber que a população se sente mais à vontade para participar de forma espontânea e colocar as suas opiniões. É como se houvesse uma aproximação maior entre os estudantes e a população do que entre os profissionais e os usuários. O fato pode ser decorrente da formação de vínculos entre os alunos e a comunidade, o que não acontece com os profissionais da equipe do NASF, visto que estes se dividem entre cinco CSF's.

Conforme dito anteriormente, alguns profissionais realizam atividades de educação em saúde ou de saúde bucal nas escolas, criando alguns vínculos com a comunidade e fortalecendo laços com os equipamentos sociais disponíveis no território. São esses profissionais que, apesar de representarem uma minoria, utilizam seus contatos informais em locais como: supermercados, para arrecadar doações e distribuir entre os usuários como forma de premiar a população que participa das campanhas promovidas pelos profissionais do CSF. Estes ainda buscam as escolas ou creches para solicitar o empréstimo de materiais educativos, ou as lideranças religiosas locais, facilitando o acesso a espaços alternativos (como o salão paroquial, por exemplo), já que a estrutura física da Unidade não comporta muitas pessoas.

Embora essas iniciativas sejam pontuais, frágeis e transitórias, já denotam uma articulação incipiente entre o profissional e o território no qual ele se insere. Vale ressaltar que a intervenção profissional das equipes como um todo deve ocorrer nas unidades de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, que tem um território definido, com uma população delimitada, sob sua responsabilidade. Conforme afirma Vasconcelos (2001), é essencial que haja uma valorização das trocas interpessoais que acontecem tanto nos contatos formais (consultas individuais, reuniões educativas e visitas domiciliares) como também nos contatos informais e na participação em eventos sociais locais.

Não basta, no entanto, que alguns saibam fazer, é preciso que este “saber-fazer” se amplie e se generalize, criando caminhos administrativos para a sua operacionalização. Essa

generalização passa principalmente pela formação de recursos humanos. O método da Educação Popular reorienta a relação entre o profissional e a população, ressaltando as suas iniciativas e o seu processo de busca de melhorias (VASCONCELOS, 2001).

O modelo hegemônico preconiza a difusão de hábitos e a persuasão dos indivíduos, que devem adotar comportamentos saudáveis. O indivíduo, nesse contexto, é visto como o maior responsável pela sua saúde e culpado por sua doença, esquecendo que ele está inserido em relações culturais, políticas e econômicas (SMEKE, 2001).

De acordo com Pedrosa (2001), é preciso reconhecer que o “popular” da Educação em Saúde traz implícito ou explícito os conceitos de libertação, autonomia e de co-gestão, contribuindo para a construção de sujeitos sociais. No Brasil, as mudanças estruturais necessárias ainda não foram suficientes para transformações organizacionais mais profundas; entretanto, novos atores e elementos foram incorporados, trazendo experiências e desejos.

Nesse sentido, segundo Smeke (2001), o papel do educador em saúde é muito mais o de “ajudar o grupo a pensar” do que “pensar pelo grupo”, é mais de questionar do que discursar, mais de assessorar do que de decidir, contribuindo para o crescimento da autonomia e da consciência do grupo.

Considerações finais

No Brasil, apesar dos consideráveis esforços no sentido de consolidar a educação em saúde enquanto instrumento por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde atinge a vida cotidiana das pessoas e oferece subsídios para a adoção de novas condutas de saúde, nota-se que esse processo ainda constitui-se num grande desafio.

Para que a educação em saúde seja realmente efetivada, é necessário tornar hegemônico um modelo de atuação pautado no fortalecimento da participação individual, grupal e coletiva dos usuários e no estabelecimento de uma nova relação com o usuário, tendo como elemento primordial a comunicação e a troca de saberes.

Também é necessário capacitar os profissionais da saúde para que estes possam superar as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços e as exigências produtivas em termos de números no sistema de saúde. Dessa forma, a Educação Popular em saúde passaria a ser concebida no cotidiano dos CSF's não como uma atividade a mais, mas como um instrumento de reorientação da prática por meio da dinamização e do fortalecimento da relação horizontal entre os profissionais, a população e os movimentos organizados.

Através da discussão teórica e do contato empírico proporcionados pela pesquisa, concluímos que a educação em saúde é um instrumento essencial na superação da distância que separa os serviços de saúde, o saber profissional e o saber popular. É possível acreditar, portanto, que apesar de longo, esse caminho rumo à construção de práticas mais dialógicas é bastante viável.

5) Referências bibliográficas

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

ANDRADE, Luiz O. M.; BARRETO, Ivana C.H.C.; FONSECA, Cláudio D. et. al. A estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria I.; GIUGLIANI, Elsa R.J. et al. **Medicina Ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ANDRADE, Luiz O. M.; BARRETO, Ivana C.H.C.; BEZERRA, Roberto C. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão V.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

BRANDÃO, Carlos R. (Org.). **Pesquisa Participante**. 8.ed. São Paulo: Brasiliense, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria GM 03/2006**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRAVO, Maria I.S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

_____; MATOS, Maurílio C. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: MOTA, Ana E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO, Maria A.P.; ACIOLI, S.; STOTZ, Eduardo N. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: VASCONCELOS, Eymard M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001.

CHIESA, Ana M.; VERÍSSIMO, Maria D.L.Ó.R. A educação em saúde na prática do PSF.

Manual de Enfermagem.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. **Mais 67 contratados para o PSF.**

Disponível em:

<http://www.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=9122&Itemid=82>. Acessado em: 28 de jan de 2011. 15h24min.

_____. **Prefeitura convoca 100 profissionais de nível superior para o PSF.** Disponível em:

<http://www.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=13424&Itemid=78>. Acessado em: 28 de jan de 2011. 14h20min.

_____. **Regional 4.** Disponível em:

<http://www.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=36&Itemid=53>. Acessado em: 26 de jan de 2011. 19h13min.

HAGUETTE, Tereza M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia.** Petrópolis: Vozes, 1992.

MINAYO, Maria C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.** Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em:

<<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acessado em: 12 de dez. de 2010. 14h50min.

PEDROSA, José I.S. Educação popular, saúde, institucionalização: temas para debate. In: VASCONCELOS, Eymard M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde.** São Paulo: Hucitec, 2001.

SMEKE, Elizabeth L.M.; OLIVEIRA, Nayara L.S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, Eymard M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde.** São Paulo: Hucitec, 2001.

STOTZ, Eduardo N. A cultura e o saber: linhas cruzadas, pontos de fuga. In:

VASCONCELOS, Eymard M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde.** São Paulo: Hucitec, 2001.

VASCONCELOS, Eymard M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, Eymard M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde.** São Paulo: Hucitec, 2001.